LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-UNIÈME ANNÉE

1908

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1908

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 30 décembre : MM. Perdoux et Bloch (Marcel), 12 ; Croissant, 9 ; Lemarignier, 11 ; Lefèvre, 7 ; Lœwy, 10 ; Roux (Georges), 12 ; Marquis, 9 ; Hue, 7 ; Gautier (Emile), 10.

Prochaine séance lundi 6 janvier 1908, à cinq heures, à Beaujon.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Par suite du départ au 1er janvier de M. Josserand, médecin de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivantes ont lieu dans les services hospitaliers :

M. Lyonnet passe à l'Hôtel-Dieu, M. Mollard, à l'hôpital Saint Pothin, M. Gallavardin, à l'hôpital de la Croix-Rousse, M. Cade, à l'hospice du Perron.

— Saint-Etienne. — Il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 16 mars 1908, un concours public pour une place d'ophtalmologiste de ses établissements.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Valbenoite, 40, à Saint-Etienne.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Duguet, professeur agrégé, médecin des hôpitaux honoraire, membre de l'Académie de médecine.

Marine. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Léo, médecin en chef de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe Brunet, Lucas, Souls, Renault et Mourron.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bernard (de Paris), Butruille (de Roubaix), Descouleurs et Droubaix (de Paris), Gourdon (de Paris), Guy (de Villeneuve-sur-Lot), Lapierre (de Sedan), Laurent (de Paris), Lefèvre (de Malakoff), Ombrédanne (de Paris), Permilleux (de Levallois-Perret), Piquet (de Constantine), Pombourcq (d'Acheux), Rachet (d'Honfleur), Roussy (de Paris), Therre (de Vichy).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Alliot (de Ceaucé), Ancelet, Bailliart, Berchon, Boisramé, Bouchacourt et Boullenger (de Paris), Boyer (de Commercy), Brodier (de Paris), Calbat (de Mirecourt), Cardot (de Cosne), Cernea (de Paris), Céry (de Bouzy), Chauvelot (de Paris), Clarac (de Jouy), Contal (de Mirecourt), Courtault, Debonnelle et Delage (de Paris), Delbrel (de Castelnaud), Demonchy (de Paris), Derville (de Roubaix), Deschamps (d'Argences), Deshayes et Dhotel (de Paris), Durrand (de Saint-Nazaire), Ferrie et Ghika (de Paris), Godefroy (de Paris), Guillemain (de Couëron), Kéranguyader (de Crozon), Labour (de Montoire), Lambert (de Toulouse), Langlois (de Paris), Lefillatre (de Troarn), Maurié (de Menton), Orjuben (de Saint Nazaire), Predhomme (de Buironfosse), Prieur (de Château-Thierry), Ramally (de Noyon), Reinburg et Salmon (de Paris), Tellier (de Nieppe), Truelle (de Paris), Widicz (de Clermont).

GUERRE. — Par décret du 24 décembre, ont lieu les mutations suivantes :

Médecin principal de première classe. — M. Pauzat, passe à l'hôp. milit. de Bordeaux.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Lacronique, nommé médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Rouen ; Pierron, passe à l'hôpit. milit. Bégin, à Saint-Mandé ; Sangle-Ferrière, nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Bayonne.

Médecins-majors de premère classe. — MM. Coindreau, passe au 99e d'inf. ; Prost-Maréchal, à l'hôpit. milit. de Versailles ; Odile, à l'hôpit. milit. Saint-Martin, à Paris ; Eymeri, aux hôpit. de la division d'Alger : Friant, nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Givet ; Guirlet, passe aux hôpit. de la division de Constantine : Busquet, au 22e d'art.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Dodieau, passe aux hôpit. de la division d'Alger ; Démery, au 140e d'inf. ; Meyer, au 55e d'inf. ; Michaud, au 139e d'inf. ; Silvestre, au 15e escadron du train des équipages ; Sirot, au 3e chass. à cheval ; Morel, au 29e bat. de chass. à pied ; Coste, au 26e d'inf. ; Borie, au 100e d'inf.

Médecins aides-majors de premère classe. — MM. Bauby, passe au 128e d'inf. ; Grenier, au 82e d'inf. ; Godeau, au 106e d'inf. ; Béraud, au 87e d'inf. ; Henriot, au 95e d'inf. ; Nicard, au 23e drag. ; Royer, au 18e drag. ; Le Petit, au 29e bat. chass. à pied ; Lefèvre, au 58e d'inf.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — Le bureau de la Société est ainsi composé pour 1908 :

Président : M. le docteur Chauffard ; vice-président : M. le docteur Oulmont ; secrétaire général : M. le docteur A. Siredey ; trésorier : M. le docteur Hudelo ; secrétaires des séances : MM. Rist et Guillain.

Comité de publication : MM. A. Siredey, Widal, Triboulet, Rist et Guillain.

Conseil de famille : MM. Chauffard, Siredey, Moutard-Martin, Mathieu et Ménétrier.

Conseil d'administration : MM. Danlos, Bourey, Achard, Courtois-Suffit, Mosny et Vincent.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 10.)*

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'ŒIL TABÉTIQUE

Par MM. MASSIA et DELACHANAL,
Internes des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — Les troubles oculaires dans le tabes furent signalés d'emblée par les observateurs. En même temps qu'il décrivait l' « ataxie locomotrice progressive » (1858), Duchenne (2) signalait en bloc les *troubles pupillaires*, les *paralysies des nerfs moteurs de l'œil*, et l'*amblyopie*, symptômes confirmés par Romberg, Trousseau, Radcliffe.

Les *phénomènes pupillaires* prennent avec Argyll-Robertson (1869) une importance primordiale. Il donne son nom à la dissociation du réflexe à la lumière et du réflexe à l'accommodation, et ce signe est considéré par certains comme pathognomonique. D'autres auteurs, Romberg, puis Vincent (3), Erb (4), Delecluze (5), Blanc (6), signalent le *myosis*, la *mydriase*, l'*inégalité pupillaire*, la *déformation des pupilles.* L'école de la Salpêtrière montre l'importance et la fréquence des troubles oculaires dans la période préataxique.

Fournier, dans ses leçons de l'hôpital Saint-Louis, démontre l'allure spéciale des paralysies des muscles de l'œil dans le tabes. Les lésions des nerfs oculomoteurs et du nerf optique sont étudiées par Luys, Lebert, Ranvier, Renault, Pierret.

L'atrophie du nerf optique, enfin, l'amaurose est étudiée par Gœger, de Wecker, Galezowski, surtout par Charcot, puis par Fournier. Son importance pronostique est discutée par Gowers, Benedict, Déjerine, et parmi les auteurs plus récents, P. Marie, Marie et Léri.

De nombreuses publications récentes, sans entamer la triade oculaire tabétique, sont venues la compléter de quelques signes nouveaux, qu'il nous faudra signaler.

La valeur séméiologique des troubles oculaires du tabes n'est plus à démontrer. La plupart apparaissent à la période préataxique, avant même le signe de Westphall, et permettent ainsi un diagnostic précoce L'importance pronostique de certains d'entre eux, comme l'atrophie papillaire, a été longtemps discutée, et la question est à peine résolue à l'heure actuelle.

Mettre en évidence les caractères de ces troubles en insistant surtout sur leur étude clinique, tel sera le but de cet article.

(1) Reproduction interdite.

(2) Duchenne. De l'ataxie locomotrice progressive, in *Arch. gén. de méd.*, 1858-1859.

(3) Vincent. Th. de Paris, 1877.

(4) Erb. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1879.

(5) Delecluze. Th. de Paris, 1880.

(6) Blanc. Th. de Paris, 1885.

II

Toutes ou presque toutes les parties de l'œil et de ses annexes peuvent être intéressées dans ces manifestations tabétiques.

Nous étudierons successivement :

A. Troubles moteurs. — a. *Musculature extrinsèque.*

b. *Musculature intrinsèque :*

Iris { Myosis ou mydriase.
Anisocorie.
Irrégularité pupillaire.
Atrophie de l'iris.

Accommodation.

Réflectivité pupillaire { Signe d'Argyll.
— d'Erb.
— de Pilcz.
— de Gowers.

B. Troubles sensitifs. — a. *Sensibilité générale :*
Superficielle.
Profonde, ou sensible à la pression.

b. *Sensibilité spéciale ou sens de la vue.*

C. Troubles trophiques, vaso-moteurs et sécrétoires. — Hypotonie oculaire.
Epiphora.
Herpès cornéen.
Kératite neuro-paralytique.
Atrophie papillaire.

A. **Troubles moteurs.** — I. Musculature extrinsèque, ou paralysies oculaires. — La *fréquence* des paralysies des muscles moteurs de l'œil en fait un symptôme des plus importants du tabes; dans près de la moitié des cas, elles apparaissent à un certain moment de l'évolution de la maladie. Cette fréquence varie suivant les auteurs : 48 sur 100 pour Fournier (1), 40 sur 100 pour Berger et Moelli; 17 sur 44 d'après Erb, 20 p. 100 d'après Uhthoff (2).

Elles apparaissent surtout au début de la maladie. Elles constituent alors un signe de la période préataxique d'un tabes, qui pourra n'évoluer que quelques années plus tard. Ces paralysies du début ont enfin des caractères si spécieux qu'on doit les séparer des paralysies qui surviennent dans la période confirmée.

Le sexe n'a aucune influence sur leur fréquence. Enfin la forme spéciale qu'est le tabes juvénile présente trop peu de cas pour qu'on puisse établir une statistique.

a. *Paralysies du début.* — Ces paralysies ont des caractères bien tranchés. Disons d'emblée qu'elles peuvent atteindre toute la musculature extrinsèque de l'œil. Cependant, et Duchenne, Charcot (3), Leyden (4) insistent sur ce point, elles frappent plus volontiers les muscles innervés par la troisième et la sixième paires, et parmi eux : le *releveur de la*

(1) Fournier. *Ataxie locomotrice*, 1882.

(2) Uhthoff. *Recueil d'ophtalmologie*, 1889.

(3) Charcot. *Leçons du mardi*, 1888-1889.

(4) Leyden. *Maladies de la moelle.*

paupière, le *droit externe*, le *droit interne;* les muscles *droit inférieur* et les muscles *obliques* sont plus rarement pris.

Ces paralysies sont souvent dissociées, *parcellaires* (Fournier), et les muscles innervés par un même nerf peuvent ne pas être tous frappés, tandis que des muscles innervés par des nerfs différents peuvent être touchés simultanément. L'ophtalmoplégie totale est rare ; dans la majorité des cas, les paralysies sont monooculaires.

Leur *évolution* est caractéristique. Nous ne reviendrons pas sur leur précocité déjà signalée; mais nous devons insister sur la brusquerie de leur début. A un moment quelconque de la journée, un homme jusque-là bien portant peut présenter subitement tous les signes d'une paralysie oculaire, sans aucun prodrome douloureux ou autre. Cette paralysie a très souvent une durée éphémère : quelques semaines, quelques jours, plus rarement (Fournier) quelques instants. Elle a donc une bénignité relative, d'autant plus que sa disparition est le plus souvent complète et absolue. Elle est spontanée d'ordinaire et indépendante de toute intervention thérapeutique. Le professeur Fournier la qualifie très exactement de *paralysies résolutive, rapidement résolutive, spontanément résolutive.*

Tels sont les caractères des paralysies précoces, monooculaires, parcellaires, brusques par leur début, rapides et bénignes dans leur évolution. Ils devront donner l'éveil au clinicien, lui rendre suspecte toute paralysie, qui, chez un syphilitique, guérit, et guérit spontanément.

b. *Paralysies de la période confirmée.* — Elles sont moins fréquentes que les précédentes; leurs caractères sont tout différents : le seul point commun qu'elles présentent entre elles, c'est de frapper les mêmes muscles, ceux innervés par les troisième et sixième paires. Mais contrairement aux paralysies de la période préataxique elles se manifestent plus complètement dans leur symptomatologie : c'est ainsi qu'on trouvera frappés tous les muscles innervés par le moteur oculaire commun par exemple. Elles sont aussi beaucoup plus souvent bilatérales. Enfin leur caractère spécial, c'est que loin d'avoir un début brusque et instantané, elles se développent peu à peu, arrivent jusqu'au tableau complet de la paralysie et ne rétrocèdent pas : elles sont définitives sauf de rares exceptions. On peut aussi trouver, assez rarement d'ailleurs, une ophtalmoplégie externe totale (Gilbert Ballet).

Tels sont les caractères des paralysies oculaires du tabes. Nous allons maintenant analyser les symptômes.

c. *Symptômes.* — Que la paralysie soit apparue brusquement ou à peu près, ses signes seront toujours les mêmes. Etudions d'abord les signes fonctionnels.

La *diplopie* est le signe capital qui peut faire affirmer la paralysie. Le malade se plaint de voir double, quand il regarde certains points de l'espace. Elle est beaucoup plus marquée au début, et diminue ensuite peut-être à cause de la diminution de l'acuité visuelle qui est si fréquente dans le tabes.

A côté de la diplopie, nous trouvons d'autres troubles accessoires, qui n'en sont que la conséquence : le malade se dirige avec une certaine appréhension; il se sent gêné; il a de la céphalée, souvent des vertiges (1) et même des vomissements, des chutes, des lipothymies, quand il veut se diriger en se servant de ses deux yeux. Bien des malades savent faire cesser ces troubles secondaires à leur diplopie, en fermant simplement l'œil lésé; spontanément même cet œil se supprime parfois fonctionnellement. On peut noter encore le vertige monoculaire, qui survient quand le malade ferme l'œil sain : il ne peut plus apprécier correctement les distances; instinctivement l'œil lésé se ferme.

La diplopie est donc en somme le seul trouble qu'accuse le malade : elle est *binoculaire*, c'est-à-dire que chaque œil fournit une image distincte. Cette image est trouble, moins intense de coloration pour l'œil paralysé que l'image donnée par l'œil sain. L'image de l'œil paralysé est l'image fausse.

Enfin, on la dit *homonyme* quand l'image fausse se fait du côté de l'œil paralysé, *hétéronyme* quand elle se fait du côté opposé (l'image vraie étant considérée comme point de repère). Pour savoir si elle est homonyme ou croisée (2) on emploie le procédé suivant : on place une bougie devant le malade, à deux mètres environ, et un verre coloré devant un des deux yeux : le malade indiquera immédiatement le côté où il voit la lumière colorée. On peut aussi lui faire regarder une bougie et lui demander d'indiquer avec le doigt où il voit les images (3) : si la diplopie est directe, les deux bras sont parallèles; si elle est hétéronyme, les deux bras seront obligés de se croiser. Or, on peut, par le raisonnement arriver à la règle suivante : toute diplopie homonyme résulte de la paralysie d'un abducteur (droit externe); toute diplopie croisée, de la paralysie d'un adducteur (droit interne); l'image est toujours déviée du côté où agit le muscle paralysé. Il sera donc possible de trouver ainsi : 1° le muscle paralysé, en appliquant la même règle pour les muscles droits supérieurs ou inférieurs ; 2° l'œil auquel appartient le muscle lésé, en cherchant dans quelle position l'écartement des images existe.

Les propositions qui peuvent faire trouver les muscles paralysés et leur côté sont réunies dans le tableau de Guende, auquel on a recours en clinique.

Nous n'insisterons pas sur la fatigue et même sur les altérations de la vision qui déforment plus ou moins les images ; si elles sont quelque peu en rapport avec la diplopie, elles font bien plutôt partie de l'étude de l'atrophie papillaire.

Les signes physiques présentés par le malade consistent surtout en *ptosis* et en *strabisme*.

La paralysie du releveur se traduit par un *ptosis* généralement unilatéral, qu'on reconnaît facilement ; si les deux paupières sont en ptosis, le malade, renversant la tête en arrière et fronçant ses sourcils par

(1) Panas. *Leçons sur le strabisme et les paralysies oculaires.*

(2) Mardellis. Troubles oculaires du tabes, *Journ. des médecins praticiens de Lyon*, 1903.

(3) Terrien. Les paralysies oculaires, *Presse méd.*, 1903.

contraction du frontal, présente le *facies* spécial d'Hutchinson.

Nous constaterons également une diminution de la motilité du muscle paralysé, et plus souvent enfin du strabisme, surtout quand le muscle est arrivé à la paralysie complète, que les muscles antagonistes ont toute liberté d'action.

Ce *strabisme* sera naturellement *convergent* ou *divergent*, *unilatéral* ou *bilatéral*, suivant le muscle paralysé; la contracture des antagonistes augmente le strabisme, pouvant même le laisser persister après guérison, phénomène décrit par de Greefe sous le nom de strabisme concomitant consécutif.

Ces signes physiques sont dans les cas avancés suffisants pour caractériser les paralysies; mais c'est lorsque les troubles précédents sont peu accusés qu'on doit étudier avec soin la diplopie, pour en faire le diagnostic.

d. *Diagnostic.* — Et tout d'abord y a-t-il paralysie oculaire? Le vertige sera vite rattaché à sa cause réelle; on ne prendra pas pour une paralysie d'un muscle de l'œil un strabisme préexistant : dans ce cas, les deux yeux se dirigent du même côté au commandement, et il n'y a pas de limitation anormale de l'arc parcouru par les globes oculaires. Une tumeur de l'orbite, ou un phlegmon donnant de la diplopie ne seront pas confondus avec une paralysie oculaire; l'exophtalmie, les battements, et tous les autres signes feront le diagnostic; de plus la diplopie n'obéit à aucune règle et est bien différente de celle que nous avons décrite.

Nous trouvant en présence d'une paralysie oculaire, quelle en est la cause? On éliminera la paralysie par compression : la lenteur du début, la marche progressive, la forme non parcellaire, la non-spontanéité de la guérison, la feront différencier des paralysies du début; de même les paralysies diphtériques, précédées d'une angine, atteignant surtout le jeune âge; les paralysies toxiques des albuminuriques accompagnées d'œdème, et des autres signes du mal de Bright; les paralysies des diabétiques, si rares que nous pouvons les éliminer.

En somme, les caractères des paralysies oculaires du début : spontanéité, disparition spontanée et rapide, feront soupçonner le diagnostic qui sera fixé par les autres signes, Westphall, Argyll-Robertson, de la période pré-ataxique.

e. *Pathogénie et anatomie pathologique.* — Il est assez délicat de vouloir élucider l'origine de ces paralysies, au moins pour les paralysies du début. Celles en effet de la période confirmée sont faciles à expliquer; on constate dans ces cas des lésions nucléaires nettes, lésions nerveuses irréparables comme toutes celles du tabes.

Mais pour les paralysies passagères, la question est, on le conçoit, beaucoup plus complexe. Plusieurs auteurs ont cherché à les élucider, sans cependant y parvenir. Pierret (1) en fait des troubles d'ordre purement réflexe; Vincent (2) y a vu des troubles circulatoires portant sur le muscle lui-même, les rendant ainsi plus ou moins indépendantes du système nerveux. Pour d'autres encore, on ne doit voir là que des manifestations symptomatiques de névrites périphériques, portant soit sur de gros troncs, soit sur de minces filets n'allant qu'à un muscle, ce qui expliquerait la dissociation dans ces paralysies.

(1) Pierret. Th. de Paris, 1876.

(2) Vincent. Loc. cit.

De fait, on trouverait assez fréquemment des lésions des filets nerveux; et c'est là l'opinion le plus souvent admise.

Pour d'autres enfin, Brissaud en particulier, il n'y aurait là que des lésions centrales (1), de même que dans les paralysies de la période confirmée; se basant sur un certain nombre d'autopsies, il admet que la lésion nucléaire existe toujours. Si dans quelques cas on n'a rien trouvé, c'est que les lésions des cellules sont encore trop peu marquées pour que la technique histologique, peut-être insuffisante, puisse les déceler. Brissaud se base aussi sur ce fait, c'est que chez beaucoup de malades, les paralysies parcellaires de la période pré-ataxique ne font que précéder les paralysies définitives de la période confirmée.

Quant aux lésions rencontrées dans ces cas, elles ne diffèrent pas des lésions générales du tabes.

Les nerfs ne sont plus constitués que par un grand nombre de gaines vides, et par des fibres grêles; on peut y rencontrer aussi la dégénérescence segmentaire (2).

Dans les noyaux ce sont surtout les fibres d'arrivée qui sont lésées, bien qu'on ait signalé l'état trouble, la vacuolisation, la forme irrégulière des cellules.

Quoi qu'il en soit, on voit que les paralysies passagères de la période pré-ataxique ne peuvent pas dans tous les cas s'expliquer facilement.

II. Paralysies faciale et sympathique. — Il nous reste à dire quelques mots sur les paralysies de ces deux nerfs pour terminer l'étude des troubles moteurs de l'œil.

On sait que la paralysie faciale a été notée assez fréquemment dans le tabes (Fournier); on la décrit soit comme une paralysie faciale ordinaire, soit comme une paralysie frappant uniquement le facial inférieur. D'après Fournier (3), elle se comporterait souvent comme les paralysies oculaires : apparition dans la période pré-ataxique, bénignité relative, curabilité spontanée. Mais ce sont surtout ses manifestations oculaires qui nous intéressent ici.

La paralysie porte sur l'orbiculaire et va entraîner une série de troubles spéciaux; le malade par suite ne peut fermer les paupières fortement : on n'éprouve aucune difficulté à ouvrir l'œil fermé énergiquement : c'est la lagophtalmie; le plus souvent même les paupières ne peuvent arriver au contact. La paupière inférieure participe elle aussi à la paralysie, et s'éverse peu à peu en dehors, formant ectropion.

Les larmes mal contenues coulent plus ou moins

(1) Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses.*

(2) Déjerine et Petren. Soc. de biol., juillet 1896.

(3) Fournier. Loc. cit.

sur les joues; l'œil sans cesse en contact avec les poussières de l'air peut présenter des ulcérations, des kératites, relevant peut-être aussi de troubles trophiques, et que nous étudierons plus loin.

Le grand sympathique lui aussi a été rendu responsable de certains troubles qu'on peut rencontrer dans l'œil d'un tabétique. C'est ainsi que le rétrécissement (1) de la fente palpébrale est mis sur le compte de la paralysie des fibres lisses des paupières, innervées par le sympathique. C'est peut-être aussi à ce nerf qu'est due l'*exophtalmie* qu'on a quelquefois signalée dans le tabes. Mais ne doit-on pas voir là une association entre ataxie locomotrice et goitre exophtalmique, comme Charcot, Marie, Marinesco, Déléarde (2)? Il n'y a peut-être qu'une simple coïncidence (Joffroy et Ballet); pour Barié même, le tabes pourrait déterminer la maladie de Basedow par lésions bulbaires secondaires. En tous cas, si on en croit François Franck (3), l'exophtalmie serait bien donnée par une lésion sympathique, mais par une excitation et non pas par une paralysie : le muscle de Muller, propulseur du globe de l'œil en excitation constante expliquerait l'exophtalmie dans les cas où on la trouve.

Signalons l'hypotonie oculaire (4), ou diminution de la pression oculaire, due elle aussi à la paralysie du grand sympathique.

Il faut encore insister sur un point récemment mis en lumière par MM. Mirallié et Devaux (5) : c'est l'incoordination motrice des muscles de l'œil; elle apparaît généralement à un degré avancé de l'affection, et lorsque l'ataxie est déjà très considérable aux membres supérieurs et inférieurs ; le malade ne commande pas mieux à ses muscles oculaires qu'aux muscles de ses membres; il ne s'en rend d'ailleurs pas compte en temps ordinaire; mais si on fixe l'axe visuel par un artifice quelconque, on s'aperçoit que les mouvements sont incoordonnés.

Le nystagmus enfin est tout à fait exceptionnel dans le tabes vrai, et c'est là un fait important pour le diagnostic de la maladie de Friedreich.

III. Musculature intrinsèque. — Les troubles de la musculature interne de l'œil sont eux aussi d'un grand intérêt et d'une importance séméiologique considérable. Leur fréquence est plus grande encore que celle des paralysies des muscles extrinsèques; et certains d'entre eux, tel le signe d'Argyll-Robertson présentent une constance presque absolue : les symptômes fournis par la musculature interne de l'œil sont, dit Déjerine, de véritables signes de tabes.

1. Iris. — 1° *Myosis et mydriase.* — Nous étudierons d'abord les dimensions de la pupille, dimensions très souvent anormales, qui à première vue peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

La plupart des auteurs, Duchenne et Romberg les premiers, avaient observé que la pupille est rétrécie chez bon nombre de tabétiques. Et de fait, si on examine les pupilles des malades, on en trouve beaucoup en myosis ; ce myosis parfois très marqué peut souvent faire penser à un tabes fruste qui ne donne pas de troubles subjectifs.

Le plus souvent il est bilatéral; Rochon-Duvigneaux évalue à près de 50 p. 100 le nombre des tabétiques présentant du rétrécissement pupillaire. Argyll-Robertson signale que dans l'immense majorité des cas, les pupilles en myosis ne se contractent pas à la lumière, en un mot présentent le signe qui porte son nom. Nous devons signaler aussi une autre particularité, c'est que les paralysies des muscles externes de l'œil accompagnent rarement le myosis; de même la paralysie du muscle ciliaire, c'est-à-dire de l'accommodation, se voit rarement, et l'atrophie de la papille entraînant la cécité ou la diminution de la vision, ne coexiste pas souvent avec les yeux myotiques (1). Il semblerait que lorsque la pupille est contractée, l'œil en aurait comme une sorte d'immunité contre les divers autres accidents si fréquents chez les tabétiques : seul le signe d'Argyll-Robertson serait l'accompagnement presque obligé de la modalité en myosis.

On peut aussi trouver la modalité *en mydriase*; mais elle est beaucoup moins fréquente. Il n'y aurait pas plus, en effet de 20 à 30 p. 100 de tabétiques mydriatiques, encore faut-il dire de suite qu'on observe souvent en même temps une atrophie papillaire avancée; et le professeur Raymond (2) signale ce fait, que la mydriase est surtout fréquente dans une période avancée du tabes, alors que l'acuité visuelle a beaucoup diminué.

Enfin la mydriase est le mode pupillaire à peu près constant lorsque le malade est amaurotique. Dans tous ces cas en effet, il est naturel que la pupille soit au repos, c'est-à-dire dilatée; l'œil ne percevant plus ou percevant mal la lumière, la sollicitation réflexe de la contractilité pupillaire se trouve de ce fait abolie ou diminuée. Disons cependant, qu'il existe quelques tabétiques aveugles à papille complètement atrophiée, dont la pupille est myotique; mais ceci est assez rare; la majorité des yeux tabétiques amaurotiques est en mydriase.

On comprend aussi que par suite de ce fait, les réflexes à la convergence et à l'accommodation soient le plus souvent abolis chez les tabétiques en mydriase : l'œil ne percevant que peu ou pas de lumière n'a pas à accommoder. Il existerait cependant des cas à accommodation conservée avec cécité complète. On conçoit qu'il soit très difficile de s'en rendre compte.

En dehors de ces cas de mydriase, fonction pour ainsi dire d'un tabes-cécité, il en existe d'autres, avec conservation de la vue, où l'on peut constater alors une ophtalmoplégie interne d'origine nucléaire ou névritique, au même titre que les ophtalmoplégies externes. De telles lésions expliquent la dilatation pupillaire ; il faudrait admettre avec Axenfeld,

(1) Berger. Acad. des sciences, juin 1888.
(2) Déléarde. *Gaz. hebd. de méd et de chir.*, 1899.
(3) François Franck. Acad. de méd., 1899.
(4) Berger. *Revue de méd.*, mars 1890.
(5) Mirallié et Devaux. Soc. de neurol., 1903.

(1) Vincent. Loc. cit.
(2) Raymond. Art. tabes, in Dict. Decfambre.

dans ces cas, une paralysie du moteur oculaire commun. Le réflexe lumineux est, en tous cas, toujours aboli.

Il existe enfin de la mydriase, sans atrophie papillaire, sans ophtalmoplégie; on peut alors songer plus ou moins hypothétiquement à une excitation du sympathique, qui mettrait en jeu les fibres dilatatrices; cette explication pathogénique n'a d'ailleurs que la valeur d'une hypothèse.

Enfin, dans un certain nombre de cas, 30 p. 100 en moyenne, les pupilles ne sont ni rétrécies, ni dilatées; ce sont les pupilles moyennes de Rochon-Duvigneaux et Heitz. Nous pourrons d'ailleurs trouver dans ces pupilles de dilatation moyenne et semblant normales, des troubles divers, tels que l'irrégularité.

De cette étude, nous pouvons donc conclure que, si les pupilles peuvent être normales ou en mydriase dans le tabes, cependant, dans la grande majorité des cas elles sont en myosis. Myosis et signe d'Argyll-Robertson semblent être la caractéristique pupillaire de l'œil tabétique.

2° *Inégalité pupillaire.* — Avec une fréquence un peu moins grande que le myosis ou la mydriase, nous trouvons une modalité de la pupille qu'on rencontre parfois dans le tabes, c'est *l'inégalité pupillaire* ou *anisocorie.*

C'est Baillarger, qui le premier (1850) l'a signalée dans la paralysie générale; on l'a notée depuis dans le tabes.

Il est facile, tout d'abord, dans la majorité des cas, de constater l'inégalité pupillaire; mais on devra se garder de causes d'erreur faciles à éviter, en particulier l'inégalité de l'éclairage: le malade sera placé de façon telle que les deux yeux soient éclairés bien également par la source lumineuse.

L'anisocorie peut résulter des deux faits suivants: L'une des pupilles est ou bien élargie, ou bien rétrécie. Comme l'étude du myosis peut nous le faire prévoir, c'est la seconde variété qui est la plus fréquente dans le tabes. Comme dans le myosis bilatéral, il faut voir peut-être là un trouble dû à l'excitation du moteur oculaire commun, ou à une paralysie du sympathique; l'inverse dans l'anisocorie par mydriase. L'éclairage fort ou l'éclairage faible mettant en jeu, le premier l'activité du moteur oculaire commun, le second, celle du sympathique, feront le diagnostic.

Mais auparavant, l'on doit se demander *quelle est la pupille anormale?* Le plus souvent, ce sera la pupille en myosis. On devra cependant la rechercher : la pupille atteinte sera celle qui réagira le moins à la lumière. Dans l'*anisocorie physiologique*, d'ailleurs rare, les deux pupilles, au contraire, bien qu'inégales conservent des réactions identiques.

La pupille pathologique sera dilatée ou contractée, on peut arriver à savoir par *quel mécanisme*, si c'est l'oculo-moteur ou le sympathique qui est en jeu. Nous le trouverons, en suivant avec M. Mardellis les règles suivantes :

1° La pupille malade est en mydriase. C'est ou par réaction sympathique, ou par paralysie du moteur oculaire commun. Dans le premier cas, l'oculo-moteur est intact, la convergence et l'accommodation le seront aussi, et l'atropine exagérera la mydriase, tandis que l'ésérine ne la diminuera pas. On pourra signaler des troubles concomitants de l'excitation du sympathique : dilatation de la fente palpébrale, phénomènes vaso-moteurs. Dans la mydriase par paralysie du moteur oculaire commun, la convergence et l'accommodation sont intéressées; l'atropine et l'ésérine sont sans action.

2° La pupille est en myosis. Dans le myosis spasmodique (excitation du moteur oculaire commun) la convergence et l'accommodation sont sans action sur la pupille; l'ésérine et l'atropine n'agissent pas. Dans le myosis par paralysie du sympathique, on pourra faire réagir la pupille contractée à la lumière ou à l'accommodation.

3° *Irrégularité pupillaire.* — L'irrégularité pupillaire qu'il nous faut maintenant étudier, a été signalée d'abord par Terson, ensuite par Dufour, Babinski et de nombreux autres auteurs.

Elle est surtout fréquente dans les yeux en mydriase. La déformation peut être des plus diverses et échappe à toute description. Signalons pourtant la *pupille elliptique*, décrite par Berger. On devra s'assurer, en présence de ces déformations qu'elles ne sont pas congénitales; qu'elles ne sont pas dues non plus à des synéchies, consécutives à un iritis par exemple. Elles se présentent le plus souvent sous forme d'irrégularités sur le pourtour de la pupille, qui montre des échancrures plus ou moins considérables. Généralement unilatérales au début, elles deviennent bientôt bilatérales.

Dans les premières périodes du tabes, ces déformations passent généralement inaperçues; elles sont en effet très minimes et vont peu à peu en augmentant, mais leur fréquence serait telle, d'après Joffroy, que tous les malades présentant le signe d'Argyll auraient des pupilles plus ou moins déformées. On peut considérer cette déformation comme très précoce, antérieure même au signe d'Argyll, et elle serait le premier des troubles de l'innervation de l'iris.

La valeur séméiologique de la déformation pupillaire serait donc considérable, à cause de sa précocité; mais il importe de la rechercher avec soin, car au début, elle peut facilement passer inaperçue.

Myosis, mydriase, irrégularité pupillaire, telles sont donc les différentes modalités qu'on peut signaler dans l'œil tabétique; elles ne sont pourtant pas aussi tranchées que notre description pourrait le faire croire, et il convient au contraire ici de signaler leur mutabilité l'une en l'autre; un malade myotique pendant un certain temps peut devenir mydriatique; ce phénomène est même assez fréquent; cela se conçoit bien, car nous savons que la pupille est souvent dilatée dans les cas très avancés.

Il s'agit là de modifications définitives; les pupilles tabétiques peuvent présenter aussi des modifications passagères : pendant les crises gastriques, elles se dilatent énormément, puis reviennent à leur forme primitive, une fois la crise passée; de même Trousseau, Raymond, ont signalé cette dilatation passagère dans les crises de douleurs fulgurantes.

4° *Atrophie de l'iris.* — Avant de passer à l'étude de la réflectivité pupillaire, il nous faut parler d'un signe peu connu : c'est l'atrophie de l'iris, qu'on peut constater chez un grand nombre de malades. Si nous plaçons ici l'étude d'une lésion qui trouverait peut-être sa place dans les troubles trophiques, c'est que cette atrophie de l'iris pourrait expliquer la pathogénie de l'irrégularité pupillaire, dont nous venons de parler, il n'y a qu'un instant.

En quoi consiste ce signe ? En voici la description, d'après M. Dupuy-Dutemps (1) qui l'a récemment étudié. Si l'on examine un iris à la loupe, on reconnaît qu'il est parcouru par des tractus en relief : ce sont des plis que l'on peut décrire ainsi : dans la région sphinctérienne, ce sont des plis radiés, formés par l'action du sphincter irien; à la périphérie, les rides sont circulaires et dues aux fibres dilatatrices. Dupuy-Dutemps a remarqué que chez les tabétiques et les paralytiques généraux, ces rides avaient disparu, soit complètement, soit sur une partie de l'iris seulement; dans les cas très marqués on peut observer ce fait à l'œil nu; on conçoit aussi qu'on puisse expliquer ainsi la déformation pupillaire. L'Argyll précéderait cette atrophie, mais le réflexe à l'accommodation et le rétrécissement de la pupille à la fermeture des paupières (réflexe de Galassi) n'apparaîtraient que bien après l'atrophie de l'iris.

La *pathogénie* de cette lésion ne peut guère se comprendre que comme un trouble trophique; le centre nerveux en cause est probablement le ganglion ophtalmique, qui tient physiologiquement sous sa dépendance la motilité et la trophicité de l'iris. La valeur diagnostique de ce signe serait elle aussi, assez considérable; en effet, l'atrophie de l'iris serait à peu près constante dans le tabes et la paralysie générale.

2. *Accommodation.* — Nous serons brefs sur l'étude de l'accommodation, dont les troubles sont relativement peu importants. Cependant, la fonction accommodatrice est assez souvent altérée chez les tabétiques. Le muscle ciliaire chargé de cette fonction peut être atteint de spasme ou de paralysie à des degrés divers, d'où dérivent des changements du pouvoir accommodatif en plus ou en moins.

Le *spasme de l'accommodation*, relativement rare, se traduit par le rétrécissement du punctum remotum, ce qui simule la myopie acquise. Cet état peut exister seul ou se lier au spasme du sphincter de l'iris provoquant le myosis. Ce spasme non seulement trouble le fonctionnement des yeux, mais il devient cause de douleurs péri-orbitaires, de larmoiement, de photophobie, parfois de diminution du champ visuel. Il s'y montre par instant une tendance des yeux à converger (2), ce qui tient à la liaison entre l'effort d'accommodation et une convergence exagérée.

La *paralysie de l'accommodation*, autrement fréquente que le spasme, peut être complète ou incomplète. Toute parésie ou paralysie du muscle ciliaire se traduit par la diminution de l'amplitude accommodative survenant à un âge où il ne peut être question de presbytie.

Tous ces troubles sont naturellement sous la dépendance d'une lésion du moteur oculaire commun ou des nerfs ciliaires.

Bien plus importante est l'étude de la réflectivité pupillaire chez les tabétiques, que nous allons maintenant entreprendre. (*A suivre.*)

(1) Dupuy-Dutemps. Soc. franç. d'ophtalm., Congrès, 1905; — *Ann. d'oculistique*, 1905.

(2) Auschmann. Signe oculaire rare, *Sem. méd.*, 1904.

LA MALADIE DE JEAN-JACQUES ROUSSEAU

D'APRÈS LES DOCUMENTS RÉCENTS

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE (1).

Dans une communication à l'Académie de médecine du mois de janvier 1907 (2) nous avons montré que l'infection tuberculeuse était souvent à l'origine de la plupart des manifestations pathologiques, englobées sous la si vague dénomination d'arthritisme.

Depuis lors, nous avons, maintes fois, retrouvé en clinique la confirmation des idées que nous défendions, et de même, maintes fois, nous avons vu des diagnostics rétrospectifs de tuberculose inflammatoire s'imposer à notre esprit en parcourant les si nombreuses nosographies d'hommes célèbres qui ne cessent de défrayer la chronique médicale, malgré de longues observations et de détaillés protocoles d'autopsie.

Il en est un parmi ceux qui ont le plus occupé l'opinion médicale contemporaine dont la maladie nous avait d'autant plus frappés que, dans les exégèses les plus récentes, elle était encore étiquetée : *arthritisme* ou *neuro-arthritisme*. Nous voulons parler de Jean-Jacques Rousseau.

Qu'on lui ait fait bonne ou mauvaise presse suivant le point de vue auquel on s'est placé, le célèbre écrivain n'en est pas moins resté une énigme pathologique, et jusqu'à ces jours derniers, tout en protestant mentalement contre la dénomination si floue donnée à la longue série des malaises qu'il a si merveilleusement décrits, nous ne trouvions, nous devons l'avouer, aucune explication satisfaisante de ses infirmités prolongées.

Mais voici qu'un document nouveau surgit, d'une importance capitale en l'espèce. On vient de mettre au jour un dernier testament de Jean-Jacques (3) qui a, pour nous, un immense intérêt. Il y donne, en effet, une telle description de tous les accidents qu'il a éprouvés, de l'âge de quinze ans à sa mort, qu'un diagnostic nouveau et précis, celui-là, s'impose à la seule lecture.

Ce qui pouvait n'être qu'une simple impression devient, par la nouvelle auto-observation de l'illustre malade, par l'enchaînement des faits qu'il indique, et en vertu de toute une série de notions acquises depuis lui, d'une indiscutable évidence : *Rousseau avait un rétrécissement congénital de l'urètre.*

L'observation qui suit, publiée par M. le docteur Régis dans la *Chronique médicale* du 1er décembre dernier, conduit fatalement à un tel diagnostic. Certes, nous ne prétendons

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 31 décembre 1907.

(2) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire et arthritisme. Les arthritiques ou les prétendus tels ne sont souvent que des tuberculeux, Acad. de méd., 7 janv. 1907.

(3) Ce testament, qui date de 1763, a été découvert au mois de février 1907, à Neuchâtel, par M. Théophile Dufour. Il le communiqua, entre autres personnes, à M. le professeur Régis (*Chronique méd.*, loc. cit.).

point élucider, ainsi, d'un mot, tout le mystère des maladies d'un homme aussi complexe. Trop de gens s'y sont essayés pour qu'à notre tour nous reprenions l'histoire de sa neurasthénie, de ses troubles oculaires, de ses vertiges, de « sa folie », de son arthritisme!

Il nous semble pourtant que sa maladie urinaire émerge du chaos de toutes ses misères, et qu'on peut l'en distraire. Elle n'est pas, assurément, sans relation avec tout le reste, mais, à notre gré, on en a trop fait une conséquence de son état psychique. Ne faudrait-il pas renverser les termes de la question? Au lieu de voir en Rousseau un psychasthénique « portant sa vessie dans la tête », nous pensons que beaucoup de ses bizarreries et de « ses folies » furent aggravées, sinon produites, par des troubles urinaires, par une dysurie prolongée.

Nous ne nous occuperons donc que d'eux seuls. Et d'ailleurs, eux seuls ont déjà fait parler beaucoup. Nombreux sont les critiques qui, jusqu'aujourd'hui, se sont efforcés de préciser le pourquoi de sa grande difficulté à uriner. On en trouvera la liste dans l'article, d'une érudition si avertie, que Cabanès a consacré au cas pathologique de Rousseau (1); mais nous croyons que nul n'a fait le diagnostic exact. Ce n'était ni une hypertrophie prostatique congénitale (Desruelles), ni une affection spasmodique de l'urètre (Sœmmering), ni un rétrécissement produit par le gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse (Amussat); ce n'était pas davantage une valvule musculaire de la prostate comme le voulait Mercier.

L'observation qui suit le démontre amplement :

L'étrange maladie qui me consume depuis trente ans, écrit Rousseau, *et qui, selon toute apparence, terminera mes jours, est si différente de toutes les autres maladies de ce genre avec lesquelles les médecins et les chirurgiens l'ont toujours confondue, que je crois qu'il importe à l'utilité publique, qu'elle soit examinée après ma mort, dans son siège même. C'est pourquoi je souhaite que mon corps soit ouvert, par d'habiles gens, s'il est possible, et qu'on observe avec soin l'état du siège de la maladie, dont je joins ici la note pour l'instruction des chirurgiens. Les parties malades doivent être affectées d'une manière bien extraordinaire puisque, depuis vingt ans, tout ce qu'ont fait les plus habiles et plus savants artistes, pour soulager mes maux, n'a fait constamment que les irriter. Je déclare, au surplus, n'avoir jamais eu aucune des maladies qui souvent donnent lieu à celles de cette espèce, en quoi j'avoue n'avoir à me vanter que de mon bonheur. Ce que je dis est certain, et j'insiste sur cette affirmation, parce que des médecins et chirurgiens ont sur ce point refusé de me croire, et ils ont eu tort. Il importe qu'ils ne cherchent pas la cause du mal où elle n'est point...*

. . . .

Il y a vingt ans que je suis tourmenté d'une rétention d'urine, dont j'ai même eu des atteintes dès mon enfance, et que j'ai longtemps attribuée à la pierre. M. Morand ni les plus habiles chirurgiens n'ayant jamais pu me sonder, je suis resté incertain sur cette cause, jusqu'à ce qu'enfin le frère Côme est venu à bout d'introduire une algalie très menue, avec laquelle il s'est assuré qu'il n'y avait point de pierre.

Mes rétentions ne sont point par accès, comme celles de ceux qui ont la pierre, qui tantôt urinent à plein canal, et tantôt n'urinent point du tout. Mon état est un état habituel. Je n'urine jamais à plein canal, et jamais aussi l'urine n'est totalement supprimée, mais le cours en est seulement plus ou moins embarrassé, sans être jamais entièrement libre, de sorte que j'éprouve une inquiétude, un besoin presque continuel, que je ne puis jamais bien satisfaire. Je remarque pourtant dans ces inégalités un progrès constant, par lequel le fil de l'urine diminue d'année en année, ce qui me fait juger qu'il finira tôt ou tard par être tout à fait arrêté.

(1) *Le cabinet secret de l'histoire*, t. III, Paris, 2e édit., 1905.

Il y a des embarras dans le canal de l'urètre, et les bougies suppuratives de M. Duran m'ont quelquefois procuré un peu de soulagement, mais leur long usage, loin de continuer à me soulager, m'a toujours nui, et même, leur introduction devenant chaque jour plus difficile, il a fallu en faire de jour en jour plus minces, et enfin les quitter par longs intervalles, pour les reprendre ensuite avec moins de difficulté.

Il m'a semblé que l'obstacle qui s'opposait à leur introduction s'enfonçait toujours plus dans la vessie, de sorte qu'il a fallu, d'année en année, employer des bougies plus longues, et, dans les derniers temps, n'en trouvant plus qui le fussent assez, je me suis avisé de les allonger.

Les bains, les diurétiques, tout ce qui apporte ordinairement un soulagement à ces sortes de maux n'a fait qu'augmenter les miens, et jamais la saignée ne m'a procuré le moindre soulagement.

Les médecins et les chirurgiens n'ont jamais fait sur mon mal que des raisonnements vagues, par lesquels ils cherchaient plus à me consoler qu'à m'instruire. Faute de savoir guérir le corps, ils ont voulu se mêler de guérir l'esprit. Leurs soins n'ont pas plus profité à l'un qu'à l'autre. J'ai vécu beaucoup plus tranquille depuis que je me suis passé d'eux.

Le frère Côme dit avoir trouvé la prostate fort grosse, fort dure, et comme squirreuse : c'est donc là qu'il faut porter ses observations. Le siège du mal est certainement dans la prostate, ou dans le col de la vessie, ou dans le canal de l'urètre, et probablement dans tous les trois. C'est là qu'examinant l'état des parties, on pourra trouver la cause du mal.

Il ne faut point chercher cette cause dans l'effet de quelque ancienne maladie vénérienne, car je déclare n'en avoir jamais eu de cette espèce. Je l'ai dit aux artistes qui m'ont soigné. J'ai jugé que plusieurs d'entre eux ne m'en croyaient pas. Ils ont eu tort. Cet avantage, n'étant qu'un effet de mon bonheur, ne peut m'attirer aucune espèce de louange, et soit qu'on m'en croie, ou qu'on ne m'en croie pas, je crois devoir confirmer ici la vérité que j'ai déclarée, afin qu'on n'aille pas chercher à mon mal une cause qu'il n'a point eue.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1907).

La radiographie des organes abdominaux permet-elle le diagnostic de la mort réelle? — M. Béclère démontre, contrairement à l'opinion de M. Ch. Vaillant, qu'il n'existe pas, dans la netteté plus ou moins grande des images radiographiques de l'abdomen, pendant la vie et après la mort, une différence essentielle et caractéristique, mais seulement des différences de degré, variables avec le degré d'immobilité et de réplétion gazeuse du tube digestif, quelle que soit d'ailleurs la nature des gaz qui le remplissent.

D'un cadavre non douteux à un sujet bien vivant, ces différences atteignent leur maximum, mais la question est de savoir à quel minimum elles se réduisent chez une personne en état de mort apparente dont les mouvements respiratoires sont suspendus, surtout si elle présente du météorisme abdominal et de l'immobilité paroxystique de l'intestin; on sait, d'autre part, que les contractions péristaltiques du tube digestif peuvent persister plus ou moins longtemps après la mort.

Sans nier que la radiographie de l'abdomen soit capable d'aider au diagnostic différentiel de la mort apparente et de la mort réelle, il est donc impossible, pour qui connaît la complexité et les difficultés du problème, de le considérer comme résolu.

Contribution à l'étude de l'influence des traumatismes sur la localisation de la tuberculose. Résultats de trau-

matismes articulaires chez des lapins tuberculisés par la voie digestive. — MM. A. Rodet et Jeanbrau. Une première expérience a montré aux auteurs que dans un délai de deux à quatre semaines après l'introduction de bacilles atténués par la voie digestive il n'y avait pas de localisations tuberculeuses sur les jointures traumatisées chez des lapins *en période de croissance*.

Dans une seconde expérience faite sur des lapins *adultes*, l'introduction dans les voies digestives de bacilles atténués de tuberculose humaine a déterminé une infection très discrète à localisation pulmonaire. Malgré cette tuberculisation pulmonaire d'origine digestive qui fournit la preuve que des bacilles tuberculeux ont été charriés par le sang à un moment donné, on n'a pu, même après six mois, constater la moindre trace d'une localisation articulaire sur des jointures soumises à des traumatismes fermés.

Action excito-sécrétoire de la branche interne du spinal sur l'estomac et le pancréas. — MM. F.-X. Lesbre et F. Maignon concluent que la branche interne du spinal du porc contient non seulement les fibres motrices, mais encore les fibres sécrétoires, c'est-à-dire toutes les fibres centrifuges du vague.

Propriétés physiologiques des bacilles tuberculeux chlorés. — MM. Moussu et Goupil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 28 décembre 1907)

L'inhalation en thérapeutique. (Discussion.) — M. Golesceano présente un appareil spécial pour les inhalations à travers la voie nasale, et dans lequel une double canalisation vise le passage de la vapeur chaude qui se dégage de la chaudière, et celui de l'air frais apporté à l'aide d'une soufflerie.

Evaluation de l'acidité du suc gastrique. — M. Lematte démontre qu'il faut absolument tenir compte de la sécrétion totale pendant l'expérience ; il faut titrer l'acide chlorhydrique directement avec l'hélianthine et évaluer le chlore combiné par différence.

Il faut abandonner le phénol-phtaléine comme indicateur et employer de préférence un réactif formé de bois de campêche et de tournesol, réactif très sensible.

Sur un tic douloureux du pied. — M. Maurice Bloch cite un cas avec crises douloureuses de quelques secondes, accompagnées de mouvements latéraux et rythmés du pied, avec flexion et redressement des orteils.

Ictère hémolytique dans un cas d'embolie pulmonaire. — M. Gallois relate le cas d'une malade asystolique, atteinte d'une embolie pulmonaire; huit jours après, apparaît un ictère de teinte un peu spéciale ; pas de bilirubine dans les urines, pas de décoloration dans les matières fécales. A l'autopsie, infarctus pulmonaire considérable avec épanchement pleural teinté de jaune, et caillot organisé dans le ventricule droit.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

du 13 au 18 janvier 1908

THÈSES

Jeudi 16 janvier 1908, à une heure. — M. Renaudin. Les perforations brusques du duodénum, diagnostic et traitement. (MM. Berger, président; Albarran, Marion et Morestin.) — M. Streiff. Traitement des écoulements urétraux chez les auteurs anciens et modernes. (MM. Albarran, président; Berger, Marion et Morestin.) — M. Cerise. De la sensibilité cornéenne. (MM. de Lapersonne, Bar, Auvray et Jeannin.) — M. Usquin. Morbidité et mortalité dans les rétentions placentaires post-abortum. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Auvray et Jeannin.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Comité consultatif de l'enseignement public. — MM. les professeurs Debove, ancien doyen, et Landouzy, doyen actuel de la Faculté de médecine de Paris, sont nommés membres du Comité consultatif de l'enseignement public.

Assistance publique. — Ont obtenu le brevet d'aptitude aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'Assistance publique : MM. les docteurs Cougoule, médecin-inspecteur des enfants du premier âge du département du Lot, et Favette, médecin-inspecteur des enfants du premier âge du département de l'Hérault.

Inspectorat départemental d'hygiène de la Somme. — Le concours que nous avons annoncé pour le poste d'inspecteur d'hygiène du département de la Somme vient de se terminer par la nomination du docteur Lacomme, préparateur au laboratoire d'hygiène de la Faculté de Lyon.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Barat-Dulaurier (de Saint-Antoine-sur-l'Isle), Chiché (de Pauillac), Pollet (de Fleurbaix), doyen des médecins et président d'honneur de la fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais; décédé à quatre-vingt-dix-neuf ans; Léquibin (d'Oisemont), Meunier (de Reims), et les professeurs Hoffa et Lassar (de Berlin).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1908, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Paul Robin. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt. — 5° *Médecine thermale*, par le docteur Macrez.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins du bureau de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 francs. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 francs ; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — A la suite des dernières élections du Conseil du Syndicat des médecins de la Seine un grand nombre de démissions se sont produites.

Un certain nombre de démissionnaires viennent de se réunir pour fonder un nouveau syndicat ayant pour titre : « Syndicat médical de Paris, » et ayant pour objet :

1° La défense des intérêts professionnels;

2° L'arbitrage dans les conflits de tous ordres ;

3° La protection des membres contre les poursuites dont ils peuvent être l'objet à l'occasion de l'exercice de la profession;

4° Les poursuites pour la répression de l'exercice illégal de la médecine;

5° La création de services annexes et d'œuvres filiales utiles aux intérêts professionnels.

Notre excellent confrère le *Bulletin médical* publie dans son dernier numéro les statuts de ce nouveau Syndicat ainsi que la liste des nouveaux adhérents.

Le président provisoire est le docteur Descout, 37, rue Etienne-Marcel, à Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Oui est nommé professeur d'accouchements et hygiène de la première enfance (chaire fondée par l'Université de Lille).

M. Carrière est nommé professeur de thérapeutique.

M. Patoir est nommé professeur de médecine légale.

— Lyon. — M. Lannois est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

M. Vallas est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Montpellier. — M. Puech est nommé professeur adjoint.

— Nancy. — M. Ancel est nommé professeur d'anatomie.
M. Bouin est nommé professeur d'histologie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin-inspecteur de l'armée Viry.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée de terre Demandre, Villier; MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée de terre Bergougnioux, Delaye et Treille.

Au grade de chevalier. — M. le médecin de première classe de la marine Averous; M. Vidaillet (de Paris); MM. les médecins-majors de première classe Bardot, Barrier, Couturier, Goulon, Patte, Rouchaud, Thérault, Vigerie; MM. les médecins-majors de deuxième classe Cauvet, Claude, Ducurtit, Franquet, Lenoir, Saulay, Ulliel; MM. les médecins-majors de première classe des troupes coloniales Debrieu, Ollivier, Rigellet; MM. les médecins de l'armée territoriale Belle, Girard, Sapelier, Lannois, Cahou, Paul-Boncour.

— Médaille de l'Assistance publique. — MM. Purrey (d'Alger), Ribierre, à Zemmora (Algérie).

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — M. le professeur J. Chatin, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est nommé vice-président du conseil pour l'année 1908.

ASSISTANCE MÉDICALE. — Sont arrêtées les mutations suivantes parmi les médecins de l'Assistance médicale à Paris :

Au XIIIe arrondissement (traitement à domicile), M. Friedel, antérieurement affecté au XIIe arrondissement (consultations).

Au Ve arrondissement (traitement à domicile), M. Froger, antérieurement affecté au IVe arrondissement (traitement à domicile).

Au IVe arrondissement (traitement à domicile), M. F.-G. Picard, provisoirement sans affectation.

Au IVe arrondissement (consultations), M. Beauvy, provisoirement affecté au XIIIe arrondissement (consultations).

Au XIIIe arrondissement (consultations), M. Castex, provisoirement affecté au XIXe arrondissement (consultations).

Au IIIe arrondissement (consultations), M. Vincent, provisoirement affecté au XXe arrondissement (consultations).

Au XXe arrondissement (consultations), M. Lavie (à titre provisoire), provisoirement sans affectation.

Au VIIe arrondissement (consultations), M. Cayrol (à titre provisoire), provisoirement sans affectation.

Au Xe arrondissement (consultations), M. Thébault, antérieurement affecté au Ier arrondissement (traitement à domicile).

Au Ier arrondissement (traitement à domicile), M. Berruyer, antérieurement affecté au XVIe arrondissement (consultations).

Au XVIe arrondissement (consultations), M. Dreyfus, antérieurement affecté au XIIe arrondissemeut (consultations).

Au XXe arrondissement (consultations), M. Robert, antérieurement affecté au XIe arrondissement (traitement à domicile).

Au XIIIe arrondissement (consultations), M. Bochory, provisoirement sans affectation.

Ces mutations sont valables à partir du 1er janvier 1908.

Désinfection des vêtements dans l'armée. — Par mesure de prophylaxie, le ministre de la guerre a prescrit que les vêtements destinés aux hommes de l'active, de la réserve ou de la territoriale, seront obligatoirement désinfectés avant leur réintégration au magasin, et quand ils doivent passer d'un homme à un autre sans avoir été réintégrés au magasin.

Concours pour l'emploi d'infirmières laïques. — Le concours s'ouvrira le 1er février 1908, à huit heures du matin, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Les demandes d'inscription et de renseignements devront être adressées au médecin-inspecteur, directeur du service de santé de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. La liste d'inscription sera close le 15 janvier 1908 et arrêtée par le ministre.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. Paul Jacquemet, secrétaire de la Société des sciences médicales de Montpellier.

Société des amis de l'Université. — Parmi les conférences organisées cette année à la Sorbonne par la Société des amis de l'Université de Paris, nous relevons les suivantes. Le 30 janvier, M. Delage : « La parthénogenèse expérimentale. » Le 13 février, M. Richet : « De l'inanition. » Le 12 mars, M. Landouzy : « De l'alimentation. »

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Joffroy reprendra son cours de clinique des maladies mentales le samedi 11 janvier 1908, à dix heures, à l'asile Sainte-Anne et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

Les cours de *psychiatrie* de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie reprendront le jeudi 9 janvier 1908, à neuf heures du matin, à l'asile Sainte-Anne. Ces cours sont publics.

M. le docteur René Charpentier, chef de clinique des maladies mentales, reprendra le cours théorique de psychiatrie le jeudi 9 janvier 1908, à neuf heures, et le continuera les samedis, lundis et jeudis suivants, à la même heure.

M. le docteur Dupouy, chef de clinique des maladies mentales, reprendra le cours pratique de psychiatrie (examens de malades, rédaction de rapports), le jeudi 9 janvier, à dix heures, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure.

Clinique des maladies du système nerveux (M. le professeur Raymond). — *Cours complémentaire et pratique (1re série) d'anatomie pathologique.* — M. le docteur Alquier, chef des travaux anatomiques.

Programme des leçons. — Technique générale. Principales méthodes de fixation et de coloration.

Examen du sang. Numération des globules rouges et blancs. La formule leucocytaire normale : ses principales variations. Valeur séméiologique de l'examen du sang.

Méthode des coupes après inclusion à la celloïdine et à la paraffine.

Lésions conjonctivo-vasculaires des inflammations aiguës et chroniques.

Principales altérations des tissus conjonctif, cartilagineux et osseux des muscles, des épithéliums.

Tuberculose. Syphilis.

Tumeurs bénignes (lipomes, myxomes, fibromes, bourgeons charnus, adénomes, papillomes, kystes dermoïdes).

Sarcomes conjonctif et névroglique. Endothéliome.

Cancer.

Principales lésions des appareils circulatoire, respiratoire, digestif, du foie, des voies biliaires, du pancréas, des glandes salivaires, de l'appareil urinaire, des organes génitaux, des organes lymphoïdes de la rate et de la moelle osseuse, des glandes à sécrétion interne (hypophyse, thyroïde et parathyroïde, capsules surrénales, îlots de Langerhans du pancréas, thymus).

Technique générale du système nerveux. Méthode de Nissl. Lésions des cellules nerveuses.

Dissociation. Méthode de Weigert-Pal et de Marchi. Méthode de Ramon y Cajal. Dégénérescence wallérienne. Névrites.

Inflammation du tissu nerveux (encéphalites, myélites). Ramollissement cérébral, myélomalacie.

Tuberculose des centres nerveux. Compressions de la moelle, dégénération des principaux faisceaux blancs.

Syphilis nerveuse. Tabes. Paralysie générale.

Syringomyélie. Sclérose en plaques. Sclérose latérale amyotrophique.

Le cours commencera le lundi 13 janvier 1908, à cinq heures de l'après-midi, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Clinique (Salpêtrière), et se continuera tous les jours à la même heure. Les pièces anatomiques, réactifs et instruments seront fournis gratuitement aux élèves qui n'auront à fournir que les lames et lamelles. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures (guichet n° 3).

Le droit d'inscription à verser est fixé à 100 francs. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin de neuf heures à midi, au docteur Alquier, à la Salpêtrière.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

École de psychologie (49, rue Saint-André-des-Arts). — Cours de 1908 (8e année). — *Hypnotisme thérapeutique.* — M. le docteur Bérillon, professeur. Objet du cours : 1° Psychothérapie générale : le rôle prépondérant de l'hypnotisme dans la psychothérapie ; 2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : les enfants et les adolescents anormaux : retardataires, instables, timides, indociles, pervers et nerveux. Les jeudis à cinq heures, à partir du jeudi 9 janvier.

Hypnotisme expérimental. — M. le docteur Paul Magnin, professeur. Objet du cours : les traitements de l'hystérie. Les jeudis à cinq heures et demie, à partir du jeudi 9 janvier.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 21.*)

MALADIE DE PARKINSON

SURVENUE CHEZ UNE DÉMENTE ÉPILEPTIQUE

Par H. BOURILHET,
Interne à l'Asile de Villejuif.

Si la maladie de Parkinson est bien connue au point de vue symptomatique, il n'en est pas de même au point de vue étiologique et pathogénique où les hypothèses et les opinions contradictoires peuvent se donner libre carrière. La paralysie agitante est-elle une névrose, une maladie organique de l'axe encéphalo-médullaire ou du système musculaire et même du corps thyroïde? Chacune de ces opinions a eu ses partisans; et à l'appui de ces différentes thèses ils ont fourni des faits soit anatomiques, soit cliniques qui paraissent leur avoir donné raison. Pour tout concilier, une théorie mixte raye la maladie de Parkinson du cadre des entités morbides pour en faire un syndrome que l'on peut voir survenir au cours d'états pathologiques variés.

Sans avoir la prétention de prendre parti dans le débat, nous rapportons une observation qui nous paraît intéressante grâce à la succession morbide et aux associations pathologiques du cas que nous publions.

Rose D..., couturière, mariée, âgée actuellement de soixante-sept ans, a été internée à l'asile de Bailleul (Nord) (1) le 1er mai 1867 à l'âge de vingt-sept ans. Nous n'avons pu avoir de renseignements sur ses antécédents héréditaires, et la malade par suite de son état mental était incapable de nous en donner.

Avant son entrée à l'asile, D... était en traitement à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille. Elle arrive à Bailleul avec le diagnostic de « manie récidivante ». D'après les renseignements de la sœur surveillante du quartier, la malade, dans les premières années de son internement, était atteinte de délire hallucinatoire. Armée d'un manche à balai, elle faisait manœuvrer des soldats, donnait des ordres à des personnages imaginaires. Parfois, elle frappait sur un ustensile de cuisine pour imiter le son du tambour et entraîner ses hommes. Par moments elle se montrait très dangereuse et très impulsive. Quelquefois, à la fin des accès d'agitation, elle avait des vertiges avec pâleur de la face. Entre temps elle travaillait, piquait à la machine.

Il y a quinze à seize ans environ, des symptômes nouveaux apparaissent. D... est prise d'attaques convulsives. Ce sont de véritables attaques d'épilepsie avec succession régulière des symptômes classiques : cri, chute, convulsions toniques et cloniques. Au début les crises étaient rares, au nombre de 2 ou 3 par année seulement. Actuellement elles se produisent 5 à 6 fois par mois. Leur fréquence a augmenté rapidement après la ménopause.

La malade présente encore des hallucinations multiples de la vue et de l'ouie; elle est encore parfois très violente. Les facultés intellectuelles sont très affaiblies et diminuent progressivement. Surdité légère.

L'attitude générale de D... rappelle nettement la maladie de Parkinson. Dans la station debout le tronc est incliné sur le bassin et la tête sur le tronc; les mains sont ramenées en avant au niveau de la ceinture. A la face on observe le masque parkinsonnien avec immobilité et indifférence, regard figé, accentuation des plis transversaux du front. La rigidité musculaire est généralisée, les divers segments du corps sont comme soudés; le sterno-cléido-mastoïdien forme de chaque côté une saillie dure et tendue. La malade progresse à petits pas sur la pointe des pieds, les yeux fixés à terre, le haut du corps porté en avant avec tendance à la pulsion. Lorsque son attention est attirée en arrière elle se retourne tout d'une pièce. Tout le corps est animé d'un tremblement à oscillations lentes et de faible amplitude. Le tremblement est surtout prononcé aux mains où le pouce et l'index exécutent un mouvement analogue à celui que l'on fait pour émietter du pain. Ce tremblement diminue mais sans disparaître dans les mouvements volontaires.

Cette attitude spéciale qui a débuté il y a environ deux ans augmente progressivement.

D... recherche le froid et resterait continuellement dans la cour du quartier si on ne l'obligeait à se mettre à l'abri par les mauvais temps.

La sensibilité est conservée; la piqûre est perçue sur tout le tégument.

Le réflexe rotulien est nettement exagéré des deux côtés.

La recherche du signe de Babinski ne nous a rien donné. L'excitation par piqûre ou grattage de la plante du pied n'est pas suivie de mouvements appréciables du gros orteil tant à droite qu'à gauche.

Les pupilles sont immobiles à la lumière. Vu le peu de docilité de la malade nous n'avons pu rechercher le réflexe à l'accommodation.

A l'auscultation de la poitrine nous avons constaté que le premier bruit du cœur est fort et éclatant, tandis que le deuxième est sourd et mal frappé. Tachycardie assez accentuée. Pouls irrégulier.

Enfin à noter, comme affection incidente, de l'ictère il y a sept à huit ans.

Cette observation nous a paru intéressante par la succession des accidents morbides : délire hallucinatoire, épilepsie, paralysie agitante. Il est fort probable que le délire du début était symptomatique d'une épilepsie larvée. Notre opinion est basée sur la nature du délire avec ses intervalles de calme, l'impulsivité de la malade et les vertiges consécutifs aux accès délirants. Il est d'ailleurs de règle au moment de la ménopause de voir les accidents comitiaux s'aggraver, comme c'est le cas chez notre malade.

Quoi qu'il en soit, la paralysie agitante, ou si l'on veut le syndrome parkinsonnien, est nettement survenu chez D... au cours d'une démence épileptique. Il y a-t-il simple coïncidence ou rapport de cause à effet? Combemale qui a publié un cas d'association de maladie de Parkinson et d'épilepsie (*Echo médical du Nord*, 14 mai 1899) pense que les deux affections n'ont aucun lien de causalité et évoluent chacune pour son propre compte. Quant à nous, nous laisserons à chacun le soin d'interpréter dans le sens qu'il lui plaira.

---

(1) Cette observation a été prise dans le service du docteur Chocreaux; et nous sommes heureux de le remercier de l'excellent accueil qu'il nous a réservé.

LA MALADIE DE JEAN-JACQUES ROUSSEAU

D'APRÈS LES DOCUMENTS RÉCENTS

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE (1).

Si, maintenant, pour synthétiser, en quelques mots, cette longue histoire dont certains passages ont une précision toute chirurgicale, il nous fallait formuler un diagnostic résumé, nous dirions : *Troubles urinaires datant de la jeunesse. Pas de blennorragie. Pas de traumatisme. Rétention incomplète habituelle. Incontinence probable ; miction par regorgement. Cathétérisme presque impossible ; rétrécissement serré, certainement congénital, n'admettant qu'une fine bougie. Pas de calcul. Marche progressive des accidents.*

Que l'on ajoute à cela ce que Rousseau nous dit de ses voies urinaires, en maints endroits des *Confessions*, on verra se confirmer le diagnostic dans le sens que nous indiquons.

Mais auparavant, pour faire ressortir, avec plus d'évidence encore, l'exactitude de cette manière de voir, à première vue quelque peu surprenante, nous voudrions brièvement rappeler ce que l'on sait des rétrécissements congénitaux de l'urètre.

Longtemps ignorés, et longtemps regardés comme des curiosités d'anatomie pathologique, ils sont restés mal connus jusqu'aux travaux d'Englisch et de Bazy, et à la thèse si documentée de son élève Foisy (2), qui a écrit à leur sujet une très complète monographie. Ce peuvent être de simples brides, des valvules, des diaphragmes complets ou de véritables sténoses annulaires plus ou moins étendues, dont, peu à peu, l'influence mécanique réagit sur la vessie, qui s'hypertrophie, puis se dilate, avec, dans presque tous les cas, un certain degré de paralysie vésicale et de rétention chronique d'urine. A la longue, les voies urinaires supérieures réagissent également. Les uretères se dilatent, le rein est profondément touché, subissant la transformation micropolykystique ou une atrophie considérable par néphrite interstitielle.

Nous ne parlons point des complications infectieuses toujours possibles dans des canaux en rétention, mais il nous paraît utile de rappeler que, *toujours, les moindres poussées congestives accusent la traduction clinique de cette malformation, d'où l'influence manifeste de la puberté, des excitations génitales, et plus tard, de la sénilité prostatique.*

Cliniquement, l'affection, comme tant d'autres malformations congénitales, peut n'apparaître qu'à longue échéance ; l'enfant vit et grandit sans trouble aucun, tout au moins notable, et c'est seulement assez tard, à la puberté ou à la fin de l'adolescence, lors des premières manifestations génitales, que se montrent des troubles variés de canalisation urinaire : longueur anormale dans la durée de la miction, au reste indolore, pollakiurie, efforts pour uriner, dont le besoin est impérieux et demande à être aussitôt satisfait, incontinence post-mictionnelle et, souvent, troubles génitaux : érections fréquentes, priapisme et habitudes sexuelles précoces.

Plus tard, c'est la rétention d'urine aiguë, parfois à un âge déjà avancé, ou la rétention chronique habituelle à laquelle le rétrécissement congénital mène insidieusement, mais sûrement. Enfin, à une période variable, l'incontinence d'urine s'installe, véritable miction par regorgement, dont la gêne est trop connue pour que nous insistions sur autre chose que l'état psychique, engendré par elle chez presque tous ceux qui en souffrent.

Or donc, qu'en fut-il de Rousseau?

Il naquit, apportant *le germe d'une incommodité que les ans ont renforcée.* Dès l'âge de quinze ans, les troubles urinaires commencent. Eut-il de l'incontinence? On ne sait. Toujours est-il qu'il est obligé à pisser souvent.

Peu à peu, ses malaises mictionnels s'aggravent ; ils deviennent assez prononcés pour qu'un beau jour il se mette à *vivre en ours.* Il se tient à l'écart des réunions et des cercles. Ses besoins d'uriner sont si fréquents, si impérieux que, vers la quarantaine, il n'ose accepter, de cœur léger, toute obligation prolongée.

On sait qu'après la représentation du *Devin de village*, à Fontainebleau, invité par le roi à lui être présenté, il se dérobe, malgré son légitime orgueil, à cette consécration de son génie, car il a peur d'être contraint à quitter intempestivement la galerie royale : *Ma première idée se porta sur un fréquent besoin de sortir qui m'avait fait beaucoup souffrir le soir même au spectacle et qui pouvait me tourmenter le lendemain quand je serais dans la galerie ou dans les appartements du roi.*

Un peu plus tard, en 1758, les crises de congestion et, par suite, la pollakiurie et la rétention se précisent ; la moindre cause a un fâcheux retentissement urétro-vésical. « A peine fus-je installé... que de vives et fréquentes attaques de mes rétentions se compliquèrent avec l'incommodité nouvelle d'une descente qui me tourmentait depuis quelque temps... je tombai dans les plus cruels accidents. Le médecin Thierry... m'éclaira sur mon état. Les sondes, les bougies, les bandages, tout l'appareil des infirmités de l'âge (il a quarante-six ans!) rassemblé autour de moi, me fit durement *sentir qu'on n'a plus le cœur jeune impunément quand le corps a cessé de l'être.* »

D'ailleurs il n'a pas de rétentions aiguës. Sa vessie est dilatée, peut-être même herniée : « Il s'est formé une enflure dans le bas-ventre, un peu au-dessus de l'aine gauche. Cette enflure est en ligne droite et de direction oblique. » Il parle un peu plus loin de la douleur sourde et légère qui depuis quelques années ne le quitte point dans le bas-ventre.

Du reste, l'urine diminue en quantité de jour en jour, et sort plus difficilement, « excepté quand elle est tout à fait crue et de couleur d'eau claire ; alors elle sort avec un peu plus d'abondance et de facilité. Mais en quelque état que ce soit, il faut toujours presser le bas-ventre pour la faire sortir. »

Cet état n'aurait pu évidemment se prolonger longtemps sans une incontinence dont il ne prononce pas le mot, mais qui dut sauver la situation. A vrai dire, on pourrait préciser et parodier le mot connu : en facilitant la fonction, elle sauvait le fonctionnaire, mais aggravait la situation.

La dysurie est désormais incessante. C'est alors que réfugié dans le comté de Neufchâtel, à l'abri des belles indiscrètes de Paris ou de Montmorency, autorisé par le pasteur du lieu, il prend l'habit d'Arménien qui lui fut tant reproché, mais lui rendit l'existence supportable. Ah! certes, il est facile de crier à l'excentricité! Pour qui ne sait point les affres de la vie urinaire longtemps prolongée, pour qui n'a point vu toutes les « bourrelleries » du rétréci en fin de carrière, il est aisé de sourire et d'écrire que « la fêlure gagne ». En réalité, médicalement tout s'explique bien : Rousseau est en assez piètre état pour qu'il prît « pareil équipage », au risque du qu'en dira-t-on dont, au reste, il se souciait fort peu. Et d'ailleurs, en se résignant à cette robe de chambre pittoresque, Jean-Jacques ne faisait que se conformer à l'habitude de tant d'incontinents, désireux d'éviter la souillure trop facile du vêtement masculin.

Toutes ces misères n'avaient point été sans impressionner fâcheusement les reins. Quand le philosophe, après s'être révélé si sagace observateur de lui-même, parle de ses coliques néphrétiques, il est bien probable qu'il faut y voir des douleurs relevant de la congestion uretéro-rénale, car ses dernières années furent incontestablement celles d'un artério-scléreux du rein. On dira peut-être qu'il eût dû finir d'insuffisance rénale ou d'infection, s'il eût été vraiment rétréci?

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 1, p. 3.

(2) E. Foisy. *Le rétrécissement congénital de l'urètre*, Th. de Paris, 1905.

C'est probablement parce que sa sténose ne fut jamais franchie qu'il dut d'échapper à la fin habituelle de tant de rétrécis. « M. Morand, ni les plus habiles chirurgiens, n'ont jamais pu me sonder, écrit-il. Seul le frère Côme est venu à bout d'introduire une algalie très menue, avec laquelle il s'est assuré qu'il n'y avait point de pierre. »

Toujours est-il qu'à partir du jour unique où il fut cathétérisé « après deux heures de douloureuses tentatives », les troubles urinaires parurent s'amender. Peut-être lui déchirat-on inconsciemment une valvule, comme le supposa Mercier. On ne sait; d'ailleurs, ce n'était qu'une trêve. L'hiver suivant, ses souffrances redoublaient. Ce fut l'époque de la « garde-robe arménienne ». Peu à peu, cependant, il paraît moins souffrir. Ses incommodités ordinaires le maltraitent moins, et ce n'est que dans certaines circonstances, plus particulièrement pénibles, qu'il geint du rappel de sa dysurie. Il est vrai de dire qu'alors, beaucoup de choses nouvelles le tourmentent davantage : sa sciatique, ses rhumatismes, etc.; et que son état cérébral n'est plus le même.

Il vieillissait de plus en plus. Aux troubles urinaires provoqués par son rétrécissement s'étaient ajoutés ceux d'une hypertrophie prostatique. Le frère Côme n'avait-il pas diagnostiqué « une prostate fort grosse, fort dure... » et luimême ne s'en rendait-il pas compte par cette remarque si topique « que l'obstacle s'enfonçait toujours plus, dans la vessie »?

Peu à peu, il s'achemine vers la fin, et le 2 juillet 1778, à l'âge de soixante-six ans, il meurt brusquement d'une hémorragie cérébrale.

Si telle fut la fin de Rousseau, elle nous paraît dans la logique même des choses. Nombre de vieux rétrécis finissent ainsi. N'est-ce point, à vrai dire, pour eux, la meilleure manière de mourir? Urinaire jusqu'au bout, Jean-Jacques fut donc dans la règle. Ce nous est une raison de plus de croire au diagnostic que nous formulions en commençant. Sans doute, le résultat de son autopsie fut négatif. Mais, sans vouloir, à si longue distance, récuser la compétence de M. Casterès, chirurgien à Senlis, qui ouvrit le corps, il est invraisemblable qu'on n'ait trouvé « ni dans les reins, ni dans la vessie, les uretères et l'urètre, non plus que dans les organes et canaux séminaux aucune partie, aucun point qui fût maladif ou contre nature ». Cinquante ans de dysurie aussi marquée, une parésie vésicale aussi accentuée que celle dont souffrit Rousseau, laissent évidemment des traces. Faite sans doute avec l'idée préconçue de trouver quelque pierre ou quelque grave vice de conformation, l'autopsie ne révéla rien, parce qu'on ne trouve habituellement que ce que l'on connaît bien et ce que l'on cherche. Toute l'histoire pathologique de Rousseau proteste contre un protocole nécropsique aussi négatif, et même, en admettant l'idée, si souvent soutenue, d'un rétrécissement spasmodique et d'une psychasthénie urinaire, il nous paraît impossible que son appareil urinaire fût intact.

Est-ce à dire, pour cela, que nous voulions souscrire au diagnostic de névrose spasmodique de l'urètre? Certes non.

Dans le récent travail qu'il vient de publier sur le dernier testament du philosophe de Genève, M. Régis, qui a consacré à Rousseau quelques pages d'une psychiatrie si vécue, conclut à une *neurasthénie spasmodique obsédante liée à de l'artério-sclérose arthritique*.

Que Jean-Jacques fut un neurasthénique quelque peu obsédé, la chose est sûre; nous dirions plus : on le serait à moins. Combien n'en connaissons-nous pas de ces rétrécis, constamment tourmentés par l'angoisse mictionnelle, et dont la neurasthénie se dissipe au jour où l'on a su rendre à leur urètre une perméabilité suffisante!

Que Rousseau ait été un artério-scléreux et précocement sénile, c'est bien probable. Il en offrit pas mal de stigmates. Mais ce furent là *choses acquises*, et l'état de ses voies urinaires a pu conditionner toute sa pathologie. Le génie porte trop souvent en lui-même sa rançon, et il en faut bien peu pour le tarer physiquement.

En présence des accidents urinaires que nous avons contés, l'hypothèse de spasme est inadmissible. L'observation citée plus haut s'élève contre un tel diagnostic. Les névrosés du canal ne sauraient faire cinquante années de rétention et d'incontinence. Leurs malaises ne sont point l'état habituel lentement aggravé dont souffrit Rousseau. Enfin, il n'est pas de spasme essentiel qui ne cède, un jour ou l'autre, au cathétérisme avec de grosses sondes; il n'est pas de spasme que n'aggrave le contact d'une fine bougie!

Or donc comme notre malade n'eut ni traumatisme, ni blennorragie, ni calcul, comme il commença, de bonne heure, à monter son calvaire urinaire, nous croyons amplement justifiée l'étiquette que nous imposions au début à la plus importante de « ses maladies ». Nous disons la plus importante, non point seulement parce que ce fut celle dont il souffrit le plus, et dont il parla le plus souvent, mais encore, parce qu'elle fut probablement la cause de toutes les autres.

Jean-Jacques fut, avant tout, un rétréci. D'après la description qu'il en a donnée (loc. cit.), son rétrécissement devait siéger au niveau de la région bulbo-membraneuse, qui est un des lieux d'élection de ce vice de conformation. Atteint d'une sténose congénitale de l'urètre profond, il a, un demi-siècle durant, souffert de troubles graves de la miction, d'accidents variés d'empoisonnements urinaires... qui jouèrent le plus grand rôle dans son état psychique.

Ils aggravèrent ce que l'on a appelé sa folie, si tant est qu'ils ne furent, à eux seuls, le motif réel de son hypocondrie.

Eux seuls suffisent à expliquer bien des défaillances. A cause d'eux, nous devons l'excuser beaucoup, car, par eux ou malgré eux, il nous a légué une œuvre géniale dont le retentissement fut si profond.

PRATIQUE HYDROLOGIQUE

MARTIGNY-LES-BAINS (VOSGES)

LA « SOURCE SAVONNEUSE »

Par le docteur DEDET.

Tout le monde, aujourd'hui, connaît les propriété des eaux de Martigny prises en boisson, et caractérisées par la source type « Lithinée ». Elles sont devenues les émules de Contrexéville et de Vittel, qui, avec elles, constituent le bassin des « Eaux froides des Vosges » complété par Remoncourt et Heucheloup.

C'est une troisième source, réservée exclusivement à l'usage externe et sans similaire dans la région, que je veux faire sommairement connaître. Douze années d'observation m'autorisent à la consacrer comme entrée dans la clinique de la station.

HISTORIQUE. — En 1883, M. E. Jacquemin, professeur de chimie générale, de minéralogie et d'hydrologie, revise l'analyse des deux sources de Martigny et en ajoute une nouvelle, celle d'une source, nouvellement captée dans le parc même, non loin des autres, et la baptise du nom de « Source savonneuse » ou Schlangenbad français (bain des serpents). Mais ici rien de merveilleux, ni de légendaire comme dans le duché de Nassau où le public attribue l'onctuosité de la source à une matière animale déposée par des petits reptiles (Coluber flavescens), d'où son nom; la sensation onctueuse au toucher, semblable à l'impression produite par le savon, serait due, pour Jacquemin, au silicate d'alumine. La proportion de ce corps est si faible qu'on peut aussi admettre qu'elle doit son velouté aux substances argileuses multiples dont l'eau se

charge dans son trajet souterrain. Quoi qu'il en soit, le fait existe et il a baptisé la « Source ».

Caractères physiques et chimiques. — C'est une eau sulfatée calcaire et magnésienne. Comme toutes les eaux de ce groupe vosgien, elle est assez pauvre en sels alcalins, et environ sept fois plus riche en sels alcalino-terreux. Les mêmes principes dominants qu'on trouve dans les sources Lithinée et des Dames, se retrouvent ici, à la différence près qu'elle ne renferme que des proportions infinitésimales de lithine. Son débit est considérable. Elle a une température de + 10°25 à 11 degrés. Elle est limpide, légèrement trouble sous un volume faible, elle offre une transparence bleuâtre sous une certaine épaisseur. Son odeur est nulle, sa saveur légèrement doucereuse, elle est onctueuse au toucher.

Analyse. — La minéralisation totale de la Savonneuse est de 1g420 par 1 000 grammes, sa composition la suivante :

Bicarbonates	de soude	0,152
	de lithine	traces
	de magnésie	0,130
	de chaux	0,387
	de fer	traces
Chlorure de sodium		0,060
Sulfate de soude		0,021
— magnésie		0,150
— chaux		0,520
Arséniate de chaux. Silicates		traces
		1,420

Il parut intéressant au professeur Jacquemin de connaître la nature de la matière qui donne à l'eau son velouté caractéristique. Voici le procédé qu'il employa. Il soumit à l'analyse le dépôt qui s'effectue dans l'eau au repos et obtint les résultats suivants :

Acide silicique	43,05
Alumine	34,25
Peroxyde de fer	4,55
Carbonate de lithine	traces
— magnésie	3,86
— chaux	4,60
Arséniates, phosphates de chaux	traces
Humidité	9,69
	100

C'est donc, conclut-il, un mélange intime de *silicates d'alumine*, de fer, de peroxyde de fer libre, de carbonates de magnésie et de chaux, avec traces de lithine, phosphates et arséniates de chaux.

Modes d'emploi. — Réservée exclusivement à l'usage externe, l'eau de la Savonneuse est employée, en bains, douches, lotions, pulvérisations, suivant l'effet qu'en veut obtenir le médecin, et l'individualité que vise la médication externe. C'est le bain alcalin naturel dont on varie la température à son gré.

Action physiologique. — C'est une eau sédative, hypotensive, décapante. Cette action est-elle due à sa minéralisation anti-acide, à sa radio-activité? Je l'ignore, mais elle est consacrée par mes observations personnelles et par celles de tous mes confrères consultants à la station. De nombreux médecins en traitement ont fait la même constatation.

Indications thérapeutiques. — Son usage est indiqué dans la goutte donnant lieu à des manifestations du côté de la peau, ou des glandes sudoripares, si souvent observées chez les arthritiques à titre permanent ou passager, sous forme d'eczéma, d'acné, de couperose, de diabétides, ou toute effervescence extérieure de la peau, qu'on peut classer sous le nom générique d'arthritides. Dans toutes ces affections, elle ne sera que le complément obligatoire des eaux ingérées de la source Lithinée ou des Dames. Elle agira dans ces cas en produisant à l'extérieur le lavage cutané, en diminuant l'hyperesthésie du derme, et en décapant la peau par sa composition alcalino-terreuse. Elle viendra renforcer le lavage interne.

Dans les lithiases rénale ou biliaire, elle vient en atténuation des douleurs, sous forme de bains, et en dehors des crises aiguës, elle est, sous forme de douches ou en balnéation, un adjuvant précieux de la migration calculeuse.

Les affections liées aux troubles de l'innervation, les hémicranies opiniâtres des uricémiques, leurs névralgies variées principalement aux époques menstruelles, sont aussi tributaires de l'hydrothérapie raisonnée, méthodique, médicalement dirigée de la Savonneuse.

En dehors enfin, de ces catégories de goutteux *cutanés*, lithiasiques, uricémiques, qui font la spécialisation de la station ; en dehors de tout *traitement interne*, les névropathes, les surmenés des grands centres pourront tirer grand profit d'une eau sédative, adoucissante, dans un pays sain, salubre, à température agréable, à altitude moyenne (377 mètres), dans une station où pour employer l'expression heureuse du professeur Landouzy en 1907, l'air est ozonisé au contact des arborescences qui l'environnent, provenant des arbres multiples de son parc merveilleux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 30 décembre 1907).

Le chlorure d'éthyle dans le sang au cours de l'anesthésie. — MM. Lucien Camus et Maurice Nicloux. Les analyses faites au cours de l'anesthésie montrent que le chlorure d'éthyle pénètre avec une grande rapidité dans le sang, que son taux, dans certaines conditions, peut s'élever considérablement sans danger pour l'organisme, car l'élimination est possible en un temps extrêmement court. Pratiquement l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, faite méthodiquement, offre une grande sécurité, car la respiration artificielle, dans les cas d'intoxication, jouit d'une efficacité exceptionnelle.

Élection. — M. Bouchard est élu vice-président de l'Académie pour 1908.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 31 décembre 1907)

Cicatrice filtrante et glaucome. — M. Lagrange (de Bordeaux) pense que le seul moyen de supprimer l'hypertension d'un œil glaucomateux chronique consiste à créer dans cet œil une cicatrice filtrante ; c'est ainsi qu'agissent, pour un temps plus ou moins long, la sclérotomie et l'iridectomie, lorsque l'œil est très tendu et que la cicatrisation de la plaie se fait en quelque sorte sous pression; quand l'hypertension est modérée ou faible ou presque nulle (glaucome chronique simple), il est impossible de créer une cicatrice filtrante si l'on ne fait pas une résection sclérale selon le procédé que l'auteur a préconisé.

La cicatrice ainsi obtenue revêt trois types différents, c'est tantôt un simple amincissement scléral, tantôt une petite fistulette sous-conjonctivale, tantôt un soulèvement ampulliforme; l'auteur présente à l'Académie dix dessins originaux représentant ces diverses particularités.

Ces trois variétés dépendent en premier lieu de la largeur du lambeau excisé, en second lieu du degré de tension de l'œil opéré; dans tous les cas où l'on obtient l'une quelconque de ces trois formes de cicatrice filtrante on supprime absolument l'hypertension et l'œil glaucomateux est ainsi guéri dans toute la mesure où un acte chirurgical peut le guérir.

Les observations cliniques que peut invoquer l'auteur à l'appui de sa manière de voir sont maintenant très nombreuses et assez anciennes pour démontrer l'efficacité de cette opération.

La maladie de Jean-Jacques Rousseau d'après les documents récents. — M. A. Poncet, en son nom et au nom de M. René Leriche, fait une communication sur ce sujet. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 1, p. 3, et plus haut, p. 16.)

M. Landouzy a écouté avec d'autant plus d'intérêt la communication de M. Poncet qu'il y voit une nouvelle preuve de l'opinion qu'il a déjà soutenue, savoir que l'état pathologique désigné sous le nom de neuro-arthritisme est presque toujours fonction d'une maladie infectieuse antérieure. A l'exemple de Rousseau on peut ajouter celui de Montaigne qui, ainsi qu'il le dit lui-même, fut aussi un « martyr de la vessie et de l'urètre ». En résumé, le neuro-arthritisme est toujours le résultat d'une auto-intoxication ou d'une infection préalable.

Action retardante, atténuante et peut-être abortive exercée sur la syphilis par des injections systématiquement localisées et réitérées d'atoxyl faites au début de cette maladie. — Depuis trois mois, M. H. Hallopeau a traité cinq malades par l'atoxyl employé localement : quatre ont reçu des injections de 5 ou de 10 centigrammes par jour sous le fourreau ou dans la grande lèvre; chez les trois qui ont reçu 10 centigrammes, les accidents secondaires font défaut aujourd'hui, c'est-à-dire de soixante-quinze à quatre-vingt-cinq jours après le début de l'induration, alors qu'en règle générale la date de leur apparition est d'environ quarante-cinq jours : un malade qui a fait pendant une quinzaine trois frictions quotidiennes sur un chancre du menton avec une pommade contenant 50 p. 100 d'atoxyl est également indemne, seul celui qui n'a reçu que 5 centigrammes en injections locales a eu une roséole cinquante-six jours après le début de l'induration chancreuse; elle a été d'ailleurs exclusivement palmaire et fugace. L'auteur a été conduit à cette médication locale, non empiriquement mais par une série de déductions de faits constatés par lui : ce sont la suractivité des tréponémas dans le chancre induré, son ganglion satellite et parfois les colonies qui en émanent directement; c'est aussi la puissance d'action des injections localisées, c'est encore la constatation par M. Foreau de l'atoxyl dans l'urine d'où il résulte que l'on peut donner sans danger pendant longtemps les doses indiquées, les premières s'éliminant à mesure que l'on en introduit de nouvelles. Si l'auteur n'attend pas des observations plus prolongées et plus nombreuses pour publier ces faits si favorables, c'est qu'à côté de la question scientifique, il y a un intérêt pratique et qu'il est utile de faire connaître les résultats obtenus aux médecins qui ont charge de soigner les nouveaux cas qui chaque jour forment légion.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1907)

A propos des spirilles dans les noyaux des cellules de l'épendyme. — M. Nageotte. Les spirilles décrites par MM. Ravaut et Pouselle dans les noyaux des cellules de l'épendyme de certains syphilitiques ne peuvent pas être considérées sans discussion comme étant des spirochètes; il existe en effet à l'état normal chez les animaux des figures tout à fait analogues, qui ont été décrites par Mann, Lenhonek, Holmgren et surtout par Ramon y Cajal, ces structures se colorent parfaitement par la méthode à l'argent réduit, or on sait que la méthode de Levaditi n'est qu'une variante de la méthode originale de Cajal.

Rhumatisme et maladie de Basedow. — MM. Mouriquand et Bouchut ont observé dans le service du professeur Pic, à Lyon, un cas remarquable de rhumatisme qui s'est compliqué, pendant la convalescence, d'une maladie de Basedow à marche aiguë et mortelle. Le malade, âgé de quarante-quatre ans, alcoolique, avait eu de nombreuses atteintes de rhumatisme. La dernière, survenue récemment, fut plus sévère que les autres. Au bout d'un mois, on vit apparaître des palpitations, de la tachycardie (150 pulsations), du tremblement généralisé, de l'exophtalmie, en même temps que le corps thyroïde, déjà tuméfié, augmentait de volume. La diarrhée était persistante et rebelle.

Ces symptômes de basedowisme s'aggravèrent considérablement. Le pouls, déjà fréquent, devint incomptable. L'albuminurie, l'ictère s'installèrent, ainsi que les œdèmes, et le malade mourut dans l'asystolie, deux mois après le début de ses symptômes de goitre exophtalmique.

L'examen microscopique du corps thyroïde a montré des lésions parenchymateuses et interstitielles de cette glande. Il existait de la myocardite scléreuse et de la péricardite.

Ce cas confirme et vient appuyer l'opinion récemment émise par M. H. Vincent touchant les rapports étroits qui relient souvent la maladie de Basedow au goitre exophtalmique, et dont il a expliqué l'existence par la tuméfaction thyroïdienne fréquente au cours du rhumatisme aigu et la persistance anormale de cette tuméfaction.

Ils ont, du reste, recherché la fréquence des antécédents rhumatismaux chez les basedowiens, dans la littérature médicale : sur une centaine de malades, ces antécédents existaient dans *un tiers des cas*.

Chez le sujet qui fait l'observation actuelle, la mort par asystolie leur paraît relever des lésions du myocarde provoquées par le rhumatisme, plutôt que du goitre exophtalmique lui-même.

Epreuve de l'atropine dans un cas de bradycardie ictérique. — MM. Crouzon et Le Play. Dans un cas de bradycardie consécutive à un ictère infectieux, l'épreuve de l'atropine n'a amené aucun relèvement du pouls. Il semble donc qu'il s'agisse dans ce cas d'un ralentissement du pouls d'origine myocardique.

Complication hépatique au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — MM. Crouzon et Le Play. Il s'agit d'un cas de rhumatisme articulaire aigu franc au cours duquel apparut un ictère hémaphéique avec hypertrophie du foie et de la rate et anémie marquée. La déglobulisation rhumatismale associée à l'insuffisance fonctionnelle du foie permet d'expliquer l'accumulation des pigments biliaires dans l'organisme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1907)

Sur l'insuffisance simultanée de plusieurs glandes à sécrétion interne (insuffisance pluriglandulaire). — MM. H. Claude et H. Gougerot. Les relations réciproques des glandes à sécrétion interne sont mal connues, l'altération de l'une d'entre elles pourrait déterminer l'hypertrophie compensatrice de certaines autres ou au contraire leur déchéance fonctionnelle. Il semble que dans certains cas l'insuffisance de ces organes puisse se développer simultanément. Un homme que les auteurs ont observé pendant plusieurs années fut atteint à quarante ans, sans cause déterminée en dehors de l'alcoo-

lisme et d'une tuberculose latente, d'une atrophie rapide des organes génitaux avec perte complète des fonctions génitales, jusque-là absolument normales. En même temps, on constata une disparition des poils, de l'asthénie, de l'apathie, des modifications de caractère, de la sécheresse de la peau, l'absence de sudation, une frilosité excessive, des pigmentations de la peau et des muqueuses, un abaissement progressif de la pression artérielle. Dès le début le corps thyroïde parut atrophié, plus tard apparurent des adénites cervicales tuberculeuses et des fistules. Le malade succomba à une tuberculose pulmonaire. L'aspect du sujet n'était nullement celui de l'infantilisme. L'autopsie montra une atrophie complète des testicules avec disparition des éléments de la lignée séminale, mais conservation de quelques cellules de la glande interstitielle, une sclérose atrophique des capsules surrénales, des lésions hypophysaires et spléniques. Le syndrome présenté par notre malade consistait donc dans la réunion d'un certain nombre des caractères attribués à l'insuffisance testiculaire, thyroïdienne, surrénale, etc. L'histoire clinique comme l'histologie pathologique ne permettent pas de subordonner les diverses lésions glandulaires à l'altération primitive de l'une d'elles, aussi pensons-nous qu'il s'agit bien d'une insuffisance pluriglandulaire simultanée.

Sur la formation de la stercobiline dans l'intestin. — MM. Gilbert et Herscher démontrent que la stercobiline (urobiline fécale) se forme dans l'intestin aux dépens des pigments biliaires, non pas sous l'influence de microbes réducteurs, comme on l'admet généralement, mais bien par l'action de l'intestin lui-même, qui sécrète une substance réductrice de l'ordre des catalases. Ils basent leur conviction sur les six constatations suivantes : 1° les fèces de l'enfant nouveau-né ne contiennent pas, et cela parfois pendant longtemps, de stercobiline; elles renferment seulement des pigments biliaires, malgré la richesse de la flore microbienne intestinale; 2° les cultures des microbes des matières fécales de l'adulte sont incapables de transformer la bilirubine en urobiline; 3° les extraits aqueux de la muqueuse de l'intestin grêle produisent cette transformation; 4° des extraits de la muqueuse rectale sont incapables de la réaliser; 5° les matières fécales de l'adulte renferment une catalase qui manque dans celles du nouveau-né; 6° les extraits des matières fécales sont susceptibles ou non de transformer la bilirubine en urobiline, selon qu'elles contiennent ou non une catalase.

Ces diverses constatations se complètent mutuellement et montrent que dans l'intestin, la réduction de la bilirubine en stercobiline est un phénomène d'origine cellulaire. C'est là un processus semblable à celui qui préside dans le rein, ainsi que l'ont montré MM. Gilbert et Herscher, à la formation de l'urobiline urinaire. Et l'on conçoit bien, en ce qui concerne les pigments d'origine biliaire, l'identité des phénomènes urinaires et fécaux que les auteurs ont signalée à maintes reprises.

Résistance leucocytaire. — MM. Achard et Feuillié ont étudié la résistance des globules blancs en les soumettant à l'action d'une solution équimoléculaire de chlorure de sodium et d'urée congelant à — 0°60. Les lymphocytes sont moins fragiles que les polynucléaires. Ceux-ci présentent des altérations dont on peut distinguer quatre degrés : tendance au déploiement du noyau; noyau déployé, élargi et pâle; noyau presque homogène, diffluent, irrégulier; débris nucléaires informes.

Tous les polynucléaires d'un même sang ne sont pas également résistants et l'on peut observer parfois tous les degrés d'altération sur une même lame.

Nombre de circonstances modifient la résistance des leucocytes. L'excès de chaleur ou de froid la diminue, ainsi que les intoxications et infections expérimentales. Chez l'homme, elle subit, du fait de la maladie ou de la médication, des variations nombreuses et de sens divers.

Elimination du chlorure d'éthyle. — D'après MM. Camus et Nicloux, cette élimination est très rapide et, en quelques minutes, le taux du chlorure d'éthyle dans le sang baisse considérablement. D'autre part, on peut, en la faisant respirer pure, introduire dans le sang jusqu'à 200 milligrammes de cette substance, alors que la dose anesthésique est de 25 milligrammes pour 100 centimètres cubes de sang. La respiration s'arrête dans ces conditions. Mais quelques mouvements de respiration artificielle assurent l'élimination de la substance et permettent à l'animal de se réveiller. Les hématies fixent trois fois plus de chlorure d'éthyle que le plasma.

La fragilité globulaire varie-t-elle suivant que l'on opère sur du sang défibriné, oxalaté ou fluoré ? — MM. Iscovesco et Salignat ont fait des mesures précises sur des globules provenant du même animal et dont le sang a été divisé en trois lots. Les globules ont été lavés trois fois au chlorure de sodium isotonique, et on constate qu'il existe des différences sensibles dans l'hémolyse produite par un sérum hémolytique suivant que les globules proviennent d'un sang défibriné, oxalaté ou fluoré. Malgré quelques irrégularités, il semble que ce sont les globules oxalatés qui sont les plus fragiles et les défibrinés le moins.

Autres communications :

Sur le sérum de Quéry et son emploi dans la syphilis. — M. Hallopeau.

Modifications du foie après la défibrination totale du sang. — MM. Doyon, Gautier et Policard.

Modifications de la coagulabilité du sang consécutive à l'anémie artérielle du foie. Action du sérum. — MM. Doyon et Gautier.

I. Action des rayons Röntgen sur le testicule du lapin. — II. Modifications de l'épithélium séminal. Etat de l'épididyme. — MM. Dubreuil et Regaud.

Sur l'excitation chimique des terminaisons cutanées des nerfs sensitifs. — MM. Dhéré et Prigent.

Interprétation chimique d'un cas authentique de mélanidrose observé par M. Blanchard. — M. Maillart.

A propos de l'introduction, dans l'organisme, du soufre colloïdal. — MM. Maillart et Danlos.

Surrénale accessoire dans l'ovaire. — MM. Debeyre et Riche.

Etendue et mécanisme du polymorphisme des bactéries par les agents physiques. — MM. Rajat et Péju.

Origine physiologique du pouvoir saccharifiant de la salive. — M. Mestrezat.

Action des phosphates neutres de potassium et de sodium sur la coagulation du lait de vache par le lab-ferment. — M. Gerber.

Etudes sur les lipoïdes de l'organisme. Ferrolécithine. Cholesthérine. — M. Iscovesco.

Différence sexuelle dans le poids de l'encéphale chez les animaux. — M. Lapicque.

Le sondage de l'estomac contrôlé par la radioscopie sur le vivant. — M. Kolbé.

Influence de la concentration en peptone des milieux sur le pouvoir protéolytique de la bactéridie charbonneuse. — MM. Malfitano et Lazarus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — HOPITAL NECKER. — M. le docteur Hirtz, à partir du 9 janvier 1908, reprendra ses leçons de thérapeutique clinique, tous les jours, salle Chauffard.

Le jeudi, à dix heures, thérapeutique d'urgence, à l'amphithéâtre.

— HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Le docteur Mosny étudiera l'*étiologie*, le *diagnostic*, le *pronostic*, le *traitement* et la *prophylaxie* de la *tuberculose pulmonaire* chez l'homme, en 15 leçons qui auront lieu chaque jour, sauf le dimanche et le lundi, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Antoine (laboratoire Louis).

Le nombre des élèves est fixé à 30.

Droit d'inscription à cette série de 15 leçons : 20 francs.

La première série commencera le mardi 21 janvier 1908.

PROGRAMME DU COURS. — Première leçon : *Exposition du programme du cours.* — Les grandes dates de l'histoire de la tuberculose, depuis le début du XIXe siècle jusqu'à l'époque actuelle; Evolution des idées.

Deuxième leçon : ETIOLOGIE. — *Le bacille de la tuberculose humaine :* Caractères morphologiques, propriétés biologiques, pouvoir pathogène; Les bacilles des tuberculoses animales; Unité ou pluralité; Les bacilles acido-résistants; Le saprophytisme du bacille de la tuberculose.

Troisième leçon : ETIOLOGIE (*suite*). — *Les poisons du bacille de la tuberculose :* Poisons adhérents et poisons diffusibles; Les tuberculines; leur préparation, leurs propriétés.

Quatrième leçon : ETIOLOGIE (*suite*). — *Conditions étiologiques spéciales de la contamination tuberculeuse :* Fréquence suivant l'âge, le sexe, les professions, les collectivités, les races, le climat; Tuberculose familiale; Tuberculose et habitation; Mortalité et morbidité tuberculeuses.

Cinquième leçon : ETIOLOGIE (*suite*). — *Hérédité de la tuberculose :* Hérédité du germe ou du terrain; Hérédité typique ou atypique; La descendance des tuberculeux.

Sixième leçon : ETIOLOGIE (*suite*). — *Contagion de la tuberculose :* Comment on devient tuberculeux; Inoculation, ingestion, inhalation; Contamination : Immunité, prédisposition, naturelles ou acquises, individuelles, familiales, ethniques, sociales; Eclosion : conditions révélatrices, traumatismes, maladies intercurrentes, alcoolisme et tuberculose.

Septième leçon : DIAGNOSTIC. — *Diagnostic clinique :* Notions générales de topographie thoraco-pulmonaire; Signes stéthoscopiques de la tuberculose pulmonaire : technique de l'auscultation, de la palpation, de la percussion; Etude analytique des signes stéthoscopiques de la tuberculose pulmonaire : leur signification, leur valeur; Etude synthétique de ces signes : leur évolution.

Huitième leçon : DIAGNOSTIC (*suite*). — *Diagnostic clinique* (*suite*) : Autres signes physiques de la tuberculose pulmonaire, radioscopie, etc.; Troubles fonctionnels et phénomènes généraux.

Neuvième leçon : DIAGNOSTIC EXPÉRIMENTAL. — Recherche du bacille par la coloration et par l'inoculation à l'animal; Inoscopie.

Dixième leçon : DIAGNOSTIC EXPÉRIMENTAL (*suite*). — Méthode opsonique; Séro-réaction, agglutination; Tuberculine : inoculation sous-cutanée, cuti-réaction, oculo-réaction.

Onzième leçon : DIAGNOSTIC et PRONOSTIC. — Appréciation de la valeur respective des divers procédés ou méthodes de diagnostic de la tuberculose pulmonaire; Evolution des signes et des symptômes; diagnostic précoce; *Pronostic.*

Douzième et treizième leçons : TRAITEMENT. — *Cure hygiéno-diététique de la tuberculose* : Repos; exercices physiques, sports tolérés ou interdits, les indications du repos; Alimentation : suralimentation et alimentation rationnelle, nombre et composition des repas; Aération : climatothérapie de la tuberculose pulmonaire, indications climatériques, les divers climats et leur action sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire; Cure libre et cure surveillée : dispensaires, sanatoriums.

Quatorzième leçon : TRAITEMENT (*suite*). — *Thérapeutique symptomatique, thérapeutique spécifique* : Médicaments antibacillaires, sérothérapie, tuberculines.

Quinzième leçon : PROPHYLAXIE. — *Individuelle* : Préservation des sujets sains, destruction des virus. — *Collective* : Prophylaxie familiale, tuberculose et mariage, habitation, écoles, armées de terre et de mer, usines, ateliers, hôpitaux, etc. — *Sociale* : La tuberculose maladie populaire; Mutualités, assurances obligatoires, ligues et associations anti-tuberculeuses; Résultats obtenus en différents pays par la lutte contre la tuberculose.

Sous la direction du docteur Mosny, l'interne du service fera, dans le courant de l'année, plusieurs séries de *conférences d'auscultation appliquée au diagnostic des maladies de l'appareil respiratoire.*

— SÉANCE SOLENNELLE D'INAUGURATION. — Le dimanche 19 janvier, à dix heures du matin, aura lieu la séance solennelle d'inauguration de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux, sous la présidence de M. le docteur Just Lucas-Championnière.

La réunion se tiendra dans le grand amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 30 nov. 1907.) DE WAELE : Contribution à l'étude de l'anaphylaxie. — HEGER : Nouvelles expériences sur la valeur des échanges nutritifs dans les centres nerveux chez des lapins inoculés du virus fixe de la rage. — DEMOOR : Influence de la pression osmotique sur la viscosité du muscle et sur l'allure de sa contraction. — LIÉNAUX : Remarques sur l'appréciation du signe de Straus et sur la valeur relative des cultures et des inoculations dans le diagnostic de la morve.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 11, nov. 1907.) A. KUTTNER : Tuberculose laryngée et grossesse. — M. LANNOIS : Séquestration presque totale des deux rochers chez un enfant. — F. ROSE et F. LEMAITRE : De l'hémiplégie palato-laryngée.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Déc. 1907.) THOINOT et Ch. PAUL : Etude sur les perforations utérines gangréneuses consécutives à l'avortement criminel.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 226, 25 nov. 1907.) René DESPLATS : Contribution à l'étude du traitement du tic douloureux de la face par l'introduction électrolytique de l'ion salicylique. — H. BORDIER : Traitement électrique du xanthélasma. — L. PASSIER : Les moyens d'immobilisation en radiographie. — (N° 227, 10 déc.) TRIBONDEAU et BELLEY : Action des

rayons X sur l'œil en voie de développement. — CLUZET : Sur l'excitation par courants alternatifs. — VILLARD : Sur un nouvel alternateur. — BORDIER : Détermination de la quantité de rayons X absorbée par différents tissus sous des épaisseurs croissantes. — (N° 228, 25 déc.) Jean GAUTRELET : Action sur le cœur de certains ions métalliques introduits par électrolyse dans la circulation de l'animal. — H. GUILLEMINOT : Nouveau modèle de tableau-pupitre électrothérapique pour les différents usages médicaux.

Archives de médecine des enfants. — (N° 12, déc. 1907.) CACCIA : Cystite chez les nourrissons. — BRUDZINSKI : Hôpital des Enfants de Lodz.

Archives générales de chirurgie. — (N° 5, nov. 1907.) R. LE FORT : Le genu recurvatum acquis (*fin*). — P.-J. DREYFUS : Les tumeurs malignes primitives de l'ovaire (*fin*). — Léon SOURDILLE : La lithiase rénale primitive (*fin*).

Archives générales de médecine. — (N° 11, nov. 1907.) E. DEVAUX : Théorie osmotique du sommeil. — L. JAUBERT : Du prétendu antagonisme entre la fièvre typhoïde et la tuberculose. — NEL : Hernie étranglée chez un enfant de cinq mois. Kélotomie. — Michel REGNAULT : Accidents gravido-cardiaques, accouchement prématuré provoqué au cours du septième mois.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVII, n° 16, 17 oct 1907.) Charles S. BENSON : La prostate au point de vue chirurgical. — H. F. HARTWELL et Roger I. LEE : Le traitement des infections simples dues au staphylococcus aureus par les « vaccines de Wright ». — Charles F. WITHINGTON : Un cas de rage. — A. C. HEFFENGER : Quelques considérations personnelles sur la chirurgie abdominale. — Charles Green CUSTOM : La question de l'homicide médical plausible (*suite*). — (N° 17, 24 oct.) Thomas M. ROTELS : Les rayons X en pédiatrie (reproduction de 19 radiographies). — Francis S. WATSON : Vingt-cinq années d'expérience dans le traitement du rétrécissement de l'urètre (avec 4 tabl.). — Follen CABOT : La prostatectomie en deux temps par une technique spéciale. — Charles Green CUSTOM : La question de l'homicide médical plausible (*fin*). — (N° 18, 31 oct.) Edwards REYNOLDS : La supériorité de l'opération césarienne primitive sur l'opération secondaire. Avantages d'établir à l'avance la méthode de délivrance (avec 289 observations en tableau). — George G. GOULD : Sur l'origine d'être « droitier ». — E. W. TAYLOR : Le témoignage des experts médicaux. — Thomas F. LEEN : Ulcère tuberculeux de l'iléon. Perforation. Péritonite généralisée. Opération, mort. — (N° 19, 7 nov.) Charles F. PAINTER : Expériences avec les opsonines et vaccines bactériennes sur le traitement des arthrites tuberculeuses et non tuberculeuses (avec 20 observations). — Frank S. BULKELEY : Revue de la littérature sur la sérothérapie du goitre exophtalmique (avec 1 tabl.). — Robert N. WILSON : La syphilis et la blennorragie en médecine interne. — Byron ROBINSON : Le repos anatomique et physiologique du péritoine dans la péritonite. — John G. W. KNOWLTON : Traumatismes du tarse. — (N° 20, 14 nov.) E. H. BRADFORD : La transplantation musculaire et tendineuse (avec 1 fig. et 36 observations). — Albert H. MILLER : Le traitement marin de l'arthrite tuberculeuse des enfants (avec 2 fig.). — E. A. CROCKETT : Deux cas d'hémorragie à la suite de l'amygdalotomie. — W. F. DOOLITTLE : Dextrocardie congénitale (avec 1 fig.). — Benjamin B. CATES ; Tumeur abdominale simulant un cancer du gros intestin. — (N° 21, 21 nov.) Henry M. SWIFT : Le délire et les états délirants. — Dudley ROBERTS : La suralimentation et les affections qui s'y rapportent. — Thomas J. MAYS : L'immunité et l'action thérapeutique (avec 1 tracé). — F. G. WELESTER : Le diagnostic et le traitement de la diphtérie chez les jeunes enfants. — R. M. SMITH : Une méthode simple de montrer la structure des plexus nerveux (avec 1 fig.). — (N° 22, 28 nov.) C. L. WALTON : La poliomyélite antérieure de l'adulte (avec 9 observations inédites). — Richard F. CHASE : Le diagnostic du cancer gastrique (avec 1 tabl.). — Robert SOUTTER : Un appareil portatif pour exercer la traction et la contention dans les fractures ou les opérations sur le membre inférieur (avec 4 fig.) — Robert LOUTTER : Un appareil de maintien pour les déviations latérales de la colonne vertébrale (avec 3 fig.). — W. E. PAUL et W. A. BROOKS : Un cas d'anévrisme disséquant et rompu de l'aorte, autopsie. — James R. TORBERT : Dystocie due à des fibromes. Mort intra-utérine du fœtus, craniotomie. — (N° 23, 5 déc.) T. Chittenden HILL : La technique à observer dans l'examen et le traitement local des affections de la partie supérieure du rectum et le côlon pelvien (avec 4 fig.). — Isador H. CORIAT : Nouvelles études sur les paralysies nocturnes (avec 4 observations). — Edward SWASEY : Le goitre exophtalmique — Frank E. STETSON et Oscar S. CREELEY : Un cas d'iléo-colite folliculaire non ulcérative (avec 2 fig.). — (N° 42, 12 déc.) John T. BOWEN : Les verrues de la plante des pieds. Leur prophylaxie chez l'enfant et les jeunes gens, leur histoire pathologique. — Alfred P. ROGERS : La correction de la mauvaise occlusion des mâchoires et sa relation à la rhinologie (avec 13 fig.). — Charles Green CUSTOM : Un cas de cystostomie intrapubienne chez un prostatique ; avec remarques sur la technique de l'opération. — J. Dellinger BARNEY : Le cancer de l'urètre chez l'homme. Description de 2 cas. — J. Herbert YOUNG : Un cas de dextrocardie acquise associée avec une phtisie avancée (avec une radiographie).

Medical Record. — (Vol. LXXII, n° 15, 12 oct. 1907.) Robert ABBE : L'action spécifique du radium comme force unique en thérapeutique. — Denslow LEWIS : Prophylaxie vénérienne pratique. — Chevalier JACKSON : Perforations de la cloison ; leur occlusion par une opération plastique. — Robert W. TAYLOR : Syphilis et massage. — Robert W. WILSON : Présence, dans le virus vaccinal, de bacilles et de spores ressemblant à ceux du tétanos. — (N° 16, 19 oct.) Green CUSTOM : Ptose des viscères abdominaux au point de vue chirurgical. — Oliver C. SMITH : L'âge avancé comme contre-indication opératoire. — W. Edward FITCH : Importance de la correction des modes défectueuses dans le vêtement des femmes au point de vue du traitement de leurs maladies. — J. H. RICHARDS : L'opération de Gill Wylie dans l'appendicite. — (N° 17, 26 oct.) Max EINHORN : Expériences pour explorer les fonctions du tube digestif. — WAINWHIGHT : Quelques exemples de synthèse chimique appliquée à la production d'agents thérapeutiques. — GOLDWATER : Quelques phases du progrès hospitalier. — Isham G. HARRIS : La psychiatrie et son importance. — HAUBOLD : Rupture du foie ; opération ; mort. — (N° 18, 2 nov.) George M. GOULD : Etude d'un cas d'écriture simultanée avec les deux mains. — Joseph COLLINS : Poliomyélite antérieure aiguë ou paralysie spinale aiguë des enfants ; remarques sur une épidémie qui sévit actuellement à New-York. — J. N. ROY : Mélanose primitive du palais ; fistule naso-buccale d'origine sarcomateuse. — David SHEITLIS : Streptococcémie compliquant une appendicite. — (N° 19, 9 nov.) Willy MEYER : Masque de Kuhn pour aspiration pulmonaire dans le traitement par l'hyperémie (Bier) de la tuberculose pulmonaire. — William J. MORTON : Le radium dans le traitement du cancer et du lupus. — Lewis A. COFFIN : Complications intracraniennes des affections des cavités accessoires du nez. — ROCHWELL : La photothérapie dans la névrite.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 3. — JEUDI 9 JANVIER 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 9 JANVIER 1908. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 6 janvier : MM. Poisson, 3; Bourrouillon, 5; Romget, 11; Mlle de Jong, 9; MM. Godlevski, 7; Dutheil, 10; Mora, 12; Fouquiau, 11; Rousseau (Emile) et Delivet, 10.

PATHOLOGIE. — Séance du 6 janvier : MM. Pironneau et Zislin, 11; Mlle Lévy, 9; MM. Girou, 7; Gastinel, 11; Jacquemin, 6; Fenestre, 9; Verdoux, 10; Magrou, 4; Leveuf, 5.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Une médaille d'or a été décernée, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique, à M. le doctenr Chautemps, sénateur, médecin de l'hôpital-hospice de Saint-Julien.

LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES, dans son assemblée générale du 26 décembre 1907, a élu son bureau pour 1908 : président, M. le docteur E. de Pradel; vice-présidents, MM. les docteurs Cayla, H. Gourichon, H. Gillet ; secrétaire général, M. le docteur Butte; trésorier, M. le docteur Dufestel; secrétaires, MM. les docteurs Biard, Meyer, Gagnière.

La Société s'est ensuite occupée de l'examen de la vision et de l'audition chez les écoliers, puis elle a nommé une commission chargée d'élaborer un projet de règlement relatif au recrutement par le concours des médecins scolaires.

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR KŒBERLÉ. — Les élèves et les amis d'Eugène Kœberlé, le vulgarisateur de l'ovariotomie, ont célébré samedi, à Strasbourg, son quatre-vingtième anniversaire.

A cette occasion ils lui ont offert une plaquette commémorative.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Cotholendy, inspecteur de la marine en retraite ; Lagrèze (de Fixécourt) et Stéphan (de Marseille).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. — M. le professeur Dieulafoy commencera son cours de clinique médicale, le samedi 11 janvier 1908, à dix heures et demie du matin, à l'amphithéâtre Trousseau, et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Sous la direction de M. le docteur Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, MM. Dominici et Rubens-Duval commenceront le 15 janvier une série de conférences sur : Le tissu conjonctif normal et pathologique. Hématologie et organes hématopoiétiques. L'inflammation et les inflammations chroniques. Syphilis et tuberculose. Les tumeurs.

Les conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis de deux à quatre heures, du 15 janvier inclus au 23 mars inclus. Elles comprennent une leçon théorique et une manipulation pratique.

La leçon théorique est gratuite pour les internes des hôpitaux. Le nombre des auditeurs est limité à 30.

Le nombre d'élèves admis aux manipulations pratiques est limité à 12. Le droit d'inscription est de 150 francs pour les internes des hôpitaux et de 300 francs pour les autres auditeurs.

Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

LABORATOIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE (Professeur : M. Gariel). — ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE ET DE LA RADIOLOGIE. — MM. André Broca et A. Zimmern, agrégés, assistés de M. le docteur Turchini, préparateur, commenceront le lundi 13 janvier, à deux heures et demie, une série de 18 séances d'exercices pratiques d'électricité médicale (électrodiagnostic et électrothérapie) et de radiologie, précédés de conférences explicatives, et les continueront les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Programme. — 1. M. Broca : Courant galvanique. Instrumentation. Moyens de mesure. — 2. Broca : La bobine d'induction en médecine et le courant faradique. — 3. M. Zimmern : Actions physiologiques des courants galvanique et faradique. Electrodiagnostic. — 4. M. Zimmern : L'électrodiagnostic et ses applications. Electrothérapie dans les maladies du système nerveux et les accidents du travail. — 5. M. Zimmern : Applications diverses du courant galvanique. Lavement électrique, etc. — 6. M. Broca : La théorie des ions. L'introduction électrolytique des médicaments. La résistance électrolytique du corps humain. — 7. M. Zimmern : L'électrolyse et ses applications. — 8. M. Broca : L'électricité statique. — 9. Broca : Les courants de haute fréquence. — 10. M. Zimmern : Application des courants de haute fréquence. — 11. M. Broca : L'ampoule de Crookes. Les rayons cathodiques et les rayons X. — 12. M. Broca : Technique radiologique en général. Mesures. — 13. M. Broca : Technique de la radiographie. — 14. M. Zimmern : Applications de la radiographie au diagnostic. — 15. M. Zimmern : Technique de la radioscopie. — 16. M. Zimmern : Applications de la radioscopie au diagnostic. — 17. M. Broca : Recherche des corps étrangers. Stéréoradiographie. — 18. M. Zimmern : Effets physiologiques des rayons X. Accidents. Mesures de protection. Principes de la radiographie.

Le droit à verser est de 50 francs. — Le nombre des élèves est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants munis de 10 inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement des droits.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Facultà (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Une seconde série aura lieu aux environs des vacances de Pâques.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — Un groupe d'internes et anciens internes des hôpitaux commencera le lundi 22 janvier 1908, à quatre heures, à l'hôpital de la Pitié, une conférence privée d'internat.

Chaque partie du programme sera traitée par un conférencier spécial :

PATHOLOGIE INTERNE. — M. A. Fage : Fièvres éruptives. Maladies de l'enfance. Maladies cutanées, syphilitiques, vénériennes. — M. Giroux : Maladies du cœur, du sang, des vaisseaux. Maladies générales. — M. Joltrain : Maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, du système nerveux.

ANATOMIE ET PATHOLOGIE EXTERNE. — M. B. Bord : Tête et cou. — M. J. Caraven : Thorax. — M. Desmarets : Abdomen. Système nerveux central. — M. Desmoulins : Membres. — M. Germain : Appareil urinaire. Organes génitaux de l'homme. — M. O. Pottet : Organes génitaux de la femme. Accouchements.

S'inscrire auprès de M. Pottet, à la Pitié, ou de tout autre membre de la Conférence.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Courses de Nice. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés jusqu'au 24 janvier 1908.

Les billets sont valables vingt jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60 ; 2e classe, 131 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Abrégé d'anatomie, par MM. P. POIRIER, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, A. CHARPY, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Toulouse, B. CUNÉO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 3 volumes grand in-8°, avec nombreuses figures en noir et en couleurs, reliés toile anglaise, tête dorée. — Prix : 50 francs. — Tome I. *Embryologie, ostéologie, arthrologie, myologie*. Gr. in-8° de 560 pages, avec 402 figures en noir et en couleurs. — Tome II. *Cœur, artères, veines lymphatiques, centres nerveux, nerfs craniens, nerfs rachidiens*. Gr. in-8° de 500 pages, avec 248 figures en noir et en couleurs. Les tomes I et II sont vendus ensemble, reliés toile anglaise. — Prix : 35 francs. — Tome III. *Tube digestif et annexes, organes respiratoires, appareil urinaire, organes génitaux de l'homme et de la femme, organes des sens*. Gr. in-8° d'environ 650 pages, avec 300 figures en noir et en couleurs, relié toile (paraîtra en mai 1908). — Prix : 15 francs. — A partir de l'apparition du tome III, les tomes I et II ne seront plus vendus séparément. — Paris, Masson et Cie

La pratique de la médecine, par William OSLER, professeur royal à l'Université d'Oxford. Traduction francaise sur la sixième édition par les docteurs M. SALOMON, chef de clinique à la Faculté, et Louis LAZARD, ancien interne de l'hôpital de Rothschild. In-8 raisin de 1224 p., avec 22 fig. dans le texte et 4 pl. en coul. — Prix : cartonné, 25 francs. — Paris, 1908, G. Steinheil, édit.

Précis d'ophtalmologie, par le docteur F. TERRIEN, ancien chef de clinique ophtalmologiste à la Faculté de médecine de Paris, ophtalmologiste de l'hôpital des Enfants-Malades, préface du professeur DE LAPERSONNE. Petit in-8°, avec 271 figures, cartonné. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis des examens de laboratoire employés en clinique, par M. L. BARD, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. G. HUMBERT et H. MALLET, anciens chefs de clinique médicale, médecins-adjoints de l'hôpital cantonal de Genève. In-8° de la Collection de Précis médicaux, de xx-627 pages, avec 138 fig. en noir et en couleurs, cartonné toile. — Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de technique histologique et cytologique, par le docteur G. RUBENTHALER. Préface de M. A. PRENANT, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris. In-18 de 395 pages, avec 48 figures et 12 microphotographies hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les nouveaux procédés du diagnostic de la syphilis. Technique de la recherche des spirochètes dans les frottis et les coupes. Technique des inoculations expérimentales. Technique de la recherche des antigènes et anticorps syphilitiques, par le docteur V. MORAX. In-8° de 32 pages avec une planche en couleurs. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

SUR UN CAS DE MALADIE DE BARLOW

LES MODIFICATIONS SANGUINES

AU COURS DU SCORBUT INFANTILE

Par MM. PROSPER MERKLEN et LÉON TIXIER.

(Travail du service et du laboratoire de M. le professeur Hutinel.)

Nous avons eu l'occasion d'observer (1) un enfant atteint de maladie de Barlow, caractérisée par une pseudo-paralysie douloureuse des membres inférieurs, une anémie très accentuée, sans ecchymoses ni hématomes cliniquement appréciables.

Si la maladie de Barlow est, à l'heure actuelle, bien connue dans ses différentes modalités, il nous a semblé par contre que l'évolution de la formule sanguine pendant l'accentuation des symptômes et sous l'influence du traitement antiscorbutique, puis ferrugineux, méritait une étude systématique.

Les examens hématologiques ne présentent pas seulement un intérêt spécial à la maladie de Barlow; ils se rattachent à la question plus générale des anémies de cause digestive et ils permettent d'entrevoir le lien qui relie le scorbut infantile aux troubles gastro-intestinaux chroniques si fréquemment observés chez les enfants.

OBSERVATION. — Robert C..., né le 5 janvier 1905, est conduit le 4 mars 1907 à l'hospice des Enfants-Assistés dans le service de notre maître M. le professseur Hutinel, pour une pseudo-paralysie des membres inférieurs et des élévations transitoires de température dont la cause demeure assez obscure.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA MÈRE DE L'ENFANT. — Robert C... naquit à terme, pesant environ 5 livres et demie. C'était la première grossesse de la mère, grossesse assez pénible (malaises très fréquents et vomissements répétés durant les premiers mois). L'accouchement s'effectua cependant normalement.

Pas d'antécédents héréditaires instructifs. Le père jouit d'une excellente santé et n'aurait jamais eu de maladie grave. La mère est nerveuse; vers l'âge de seize ans, elle a été soignée pour une chloro-anémie légère dout elle était guérie longtemps avant la conception de son fils.

L'enfant fut nourri au sein de la mère pendant les deux premiers mois et demi. Durant ce laps de temps les selles furent constamment vertes, le poids demeura sensiblement stationnaire. Pendant les deux mois suivants on donna du lait Gallia, puis du lait n'ayant subi aucune préparation industrielle et seulement stérilisé par la mère au moyen d'un appareil genre Soxhlet. Cette alimentation lactée fut continuée exclusivement jusqu'à quatorze mois. A cet âge on ajouta au lait (1200 grammes environ dans les vingt-quatre heures) deux bouillies par jour, très épaisses, préparées avec de la phosphatine. La consommation de phosphatine était environ de deux boîtes par semaine. Lait et phosphatine constituèrent toute l'alimentation de l'enfant jusqu'au mois de mars 1907 (deux ans et quatre mois), époque à laquelle nous le vîmes dans le service de M. Hutinel. Il ne prit jamais ni viandes, ni légumes, ni œufs.

En mai 1906, c'est-à-dire à seize mois, l'enfant eut une atteinte de faux croup; pendant une période de trois semaines, il présenta des oscillations de la température de 38°5 à 39 degrés; puis il eut dans le courant de juin 1906 une pneumonie qui évolua normalement en quelques jours vers la guérison.

A partir d'octobre 1906, il eut, à peu près tous les mois, une poussée fébrile de deux à trois jours qu'il était possible de rattacher soit à de l'infection intestinale, soit à un reliquat d'infection broncho-pulmonaire. Durant ces périodes, pendant lesquelles le thermomètre montait à 39°5 ou 40 degrés, les selles étaient normales ou diminuées; mais dans leur intervalle, le petit malade avait très souvent de la diarrhée verte (entre deux et cinq selles dans les vingt-quatre heures).

Dans le courant de janvier 1907, l'enfant commença à éprouver de la difficulté à marcher; dans son lit il ne témoignait aucune souffrance, mais dès qu'on le forçait à marcher il se mettait à crier, se plaignait de souffrir des jambes, et ses lamentations cessaient seulement lorsque sa mère le portait dans ses bras. L'appétit de l'enfant était des plus capricieux, et malgré les tentatives nombreuses faites pour lui donner autre chose que du lait et de la phosphatine, il refusait obstinément tout aliment. Lorsqu'il n'était pas surveillé, il avait une véritable perversion alimentaire (ancienne pica) et ingérait toute espèce de substances non alimentaires et notamment du charbon, de la terre et même des débris de plâtre.

Au point de vue intestinal, des crises de diarrhée succédaient à des périodes de constipation plus ou moins marqués; à certains moments cependant les selles semblaient tout à fait normales.

Ce fut principalement dans le courant de février 1907 que l'enfant commença à pâlir.

Trois examens du sang pratiqués du 18 avril au 5 mai 1907 nous montrèrent avec quelle rapidité l'anémie s'accentua (3 890 000 — 2 580 000 — 1 980 000).

Examen du 4 mars 1907. — On est en présence d'un enfant peu amaigri, dont les téguments, ainsi que les muqueuses, sont très notablement décolorés. Le ventre est légèrement ballonné, le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt, la rate est appréciable à la palpation; l'examen du poumon ne permet de déceler aucun foyer de broncho-pneumonie, et aucun signe net n'autorise à porter le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique ou de tuberculose pulmonaire.

L'examen de la bouche ne révèle la présence d'aucune ecchymose, d'aucune hémorragie, d'aucune fongosité de la muqueuse buccale, gingivale ou pharyngée; la dentition est normale.

Ce qui attire l'attention, c'est un léger degré de pseudo-paralysie douloureuse des membres inférieurs coïncidant avec des troubles fonctionnels sérieux éprouvés pendant la marche. La palpation profonde des membres inférieurs est extrêmement douloureuse; c'est bien l'os qui est douloureux et non les masses musculaires, mais on ne peut, en aucun endroit, affirmer l'existence d'hématomes sous-périostés.

Il n'existe aucun signe net de rachitisme. La température est de 37°4, le pouls est régulier à 96, la respiration normale, les urines ne renferment pas d'albumine.

En présence de ces symptômes de pseudo-paralysie douloureuse, joints à cette notion que l'enfant n'avait encore pris jusqu'à l'âge de cinquante-trois mois que du lait stérilisé et de la phosphatine, le diagnostic de maladie de Barlow est porté, même en l'absence d'hématome sous-périosté et d'ecchymoses de la muqueuse gingivo-buccale. Le traitement

(1) Cet enfant a été présenté à la Société de pédiatrie le 17 décembre 1907.

classique est aussitôt prescrit (pommes de terre, lait frais, quatre cuillerées à café de jus de citron par jour).

En quelques jours il se fait une véritable transformation dans l'état du petit malade. L'appétit revient progressivement; il commence à ne plus souffrir lorsqu'on explore la sensibilité profonde des membres inférieurs, puis huit jours après le début du traitement il peut jouer dans la salle avec les autres enfants sans qu'il se plaigne de souffrir en aucune façon.

Bien que la pâleur de l'enfant soit toujours très accentuée, dix jours de traitement antiscorbutique avaient suffi pour que le nombre des hématies tombé à 1 980 000 remonte à 3 450 000. La quantité d'hémoglobine étant encore fort réduite (60 p. 100), on associe au traitement par le jus de citron et les aliments frais la médication ferrugineuse (0,20 de protoxalate de fer, *pro die*). L'amélioration de l'anémie fut alors extrêmement rapide : les téguments et les muqueuses reprirent en quelques jours une coloration rosée presque normale; dix jours après le début du traitement ferrugineux le taux de l'hémoglobine était passé de 60 à 85 p. 100, et le nombre des hématies de 3 450 000 à 4 650 000.

Malgré la disparition de la pseudo-paralysie douloureuse et de l'anémie, l'enfant eut dans la suite à quatre reprises différentes des poussées fébriles (39°5) qu'il semble permis de rattacher au fonctionnement imparfait du tractus intestinal (30 mai, 25 juin, 14 juillet, 15 août). L'hyperthermie disparaissait au bout de trente-six ou quarante-huit heures, et dans l'intervalle de ces poussées fébriles, la mère considérait l'état de l'enfant comme tout à fait normal. Il continue à prendre des légumes, des fruits cuits, des œufs, peu de lait, et dix jours par mois 20 centigrammes par jour de protoxalate de fer.

Nous avons eu l'occasion de revoir cet enfant dans le courant d'octobre 1907. Son état général est excellent, son teint est très coloré, les fonctions intestinales s'effectuent normalement. Depuis trois mois la température est demeurée sensiblement stationnaire aux environs de 37 degrés.

Examens du sang. — *Pendant l'accentuation des symptômes.* — 18 avril 1907 :

Globules rouges	3 890 000
Globules blancs	8 800
Hémoglobine (Tallqvist)	70
Polynucléaires neutrophiles	59
Polynucléaires éosinophiles	1
Mastzellen	1
Grands mononucléaires	1
Moyens mononucléaires	31
Lymphocytes	7
Hématies nucléées	1,5

30 avril 1907 :

Globules rouges	2 580 000
Globules blancs	7 200
Hémoglobine (Tallqvist)	70
Polynucléaires neutrophiles	39
Polynucléaires éosinophiles	2
Mastzellen	»
Grands mononucléaires	7
Moyens mononucléaires	51
Lymphocytes	1
Hématies nucléées	0,5

5 mai 1907 :

Globules rouges	1 980 000
Globules blancs	6 800
Hémoglobine (Tallqvist)	65
Polynucléaires neutrophiles	61
Polynucléaires éosinophiles	0,25
Mastzellen	1
Grands mononucléaires	1
Moyens mononucléaires	35
Lymphocytes	3
Hématies nucléées	0,5

Après dix jours de traitement antiscorbutique. — 13 avril 1907 :

Globules rouges	3 450 000
Globules blancs	13 200
Hémoglobine (Tallqvist)	60
Polynucléaires neutrophiles	64
Polynucléaires éosinophiles	1,5
Mastzellen	»
Grands mononucléaires	8,5
Moyens mononucléaires	26,5
Lymphocytes	0,25
Hématies nucléées	»

Après dix jours de traitement ferrugineux. — 23 avril 1907 :

Globules rouges	4 650 000
Globules blancs	10 400
Hémoglobine (Tallqvist)	85
Polynucléaires neutrophiles	40
Polynucléaires éosinophiles	1
Mastzellen	0,5
Grands mononucléaires	4,5
Moyens mononucléaires	44,5
Lymphocytes	10
Hématies nucléées	»

Examen du sang sec. — *Pendant l'accentuation des accidents.* — Les globules rouges ne sont pas déformés; ils présentent une légère inégalité de taille et d'intensité de coloration. D'une façon générale, la quantité d'hémoglobine incorporée dans chaque élément est réduite. La dimension moyenne des hématies semble un peu inférieure à la normale. Nombre assez élevé de globules nains.

Les hématies nucléées appartiennent au type normoblastique; quelques-unes d'entre elles présentent des figures de karyokinèse (examen du 18 avril 1906).

Les polynucléaires neutrophiles sont de taille très sensiblement inégale, leur noyau est généralement plus bourgeonnant que celui des polynucléaires d'un sang normal. Cinq à six formes de transition entre les myélocytes et les polynucléaires neutrophiles pour 100 leucocytes.

Dans l'examen du 5 mai 1907, les inégalités de taille et d'intensité de coloration sont encore plus accentuées, on note çà et là quelques rares déformations globulaires. Pas de polychromatophilie bien nette.

Coagulation sensiblement normale. Rétraction du caillot faible après vingt-quatre heures.

Après dix jours de traitement antiscorbutique. — Pas de formes cellulaires anormales; la quantité d'hémoglobine incorporée dans chaque élément est encore plus réduite qu'au cours des examens précédents. La dimension moyenne des hématies semble toujours un peu inférieure à la normale.

Dix jours après le début du traitement ferrugineux. — Ce qui domine, c'est une inégalité extrêmement accentuée dans l'intensité de coloration des globules rouges; tandis que certains sont presque complètement décolorés, d'autres au contraire,

de dimensions moyennes, présentent une surcharge nette en hémoglobine. L'anisocytose est encore assez marquée. La poïkilocytose est très atténuée.

En résumé, dans cette observation, le diagnostic de maladie de Barlow ne peut être mis en doute. L'absence d'ecchymoses gingivo-buccales et d'hématomes aurait fait penser, il y a quelques années encore, à une forme fruste de la maladie ; on attendait généralement l'apparition de ces manifestations hémorragiques pour instituer le traitement antiscorbutique.

Dès 1903, M. le professeur Hutinel (1) estimait que la paraplégie douloureuse pouvait, dans bien des cas, constituer le seul symptôme de la maladie ; et M. Ausset, dans son rapport très documenté au Congrès de Rouen de 1904, écrivait « qu'avec l'anémie, l'hyperesthésie et l'impotence fonctionnelle, on n'a pas besoin d'attendre les hémorragies et les hématomes pour faire le diagnostic de la maladie de Barlow ».

D'après les nombreuses observations publiées jusqu'à ce jour, on peut admettre que, dans une première période, les épanchements de sang qui existent très vraisemblablement sous le périoste ne sont pas suffisamment importants ou collectés pour donner lieu à des signes physiques. Il serait bien difficile d'expliquer autrement que par leur intervention la paraplégie douloureuse. Dans une seconde période, ces collections sanguines sous-périostées, beaucoup plus volumineuses, sont alors cliniquement appréciables.

Il est assez naturel de rattacher à cette phase plus avancée de la maladie les symptômes qui traduisent une altération profonde du milieu sanguin (ecchymoses de la peau ou des muqueuses).

Cette division est d'ailleurs toute schématique, puisque, comme pour la plupart des maladies, la chronologie des symptômes ne suit pas une règle constante.

Dans notre cas particulier, l'enfant avait été nourri au lait stérilisé par un appareil genre Soxhlet associé à de la phosphatine ; il nous est donc difficile de préciser quel a été le rôle respectif de ces deux facteurs dans la pathogénie des accidents. Bien que le lait et la phosphatine aient été chacun incriminés dans un certain nombre d'observations, nous aurions plus de tendance à penser que la privation d'aliments crus jusqu'à l'âge de deux ans a eu la plus large part dans la genèse de la maladie.

Nous nous proposons d'insister davantage sur la partie hématologique de notre observation. Les recherches de cet ordre ne sont ni fréquentes ni complètes, et les cas étudiés à cet égard n'ont malheureusement pas été suivis aux différentes périodes de la maladie.

Certains auteurs se sont bornés à l'examen quantitatif du sang. La plupart d'entre eux ont trouvé une diminution relative du nombre des hématies, une leucocytose nulle ou modérée, et surtout un abaissement considérable du taux de l'hémoglobine et le plus habituellement de la valeur globulaire.

(1) Hutinel. Discussion à la Société de pédiatrie, 21 avril 1903.

Jemma (1).	G. R. 3 800 000.	G. B. 14 900.	Hémoglob. 45 p. 100.
Morgan Rotch (2).	G. R. 2 400 000	G. B. 27 100.	Hémoglob. 50 p. 100.
Lenoble (3) 1er cas.	G. R. 4 433 000.	G. B. 20 150.	V. G. 0,60.
2e cas.	G. R. 5 952 000.	G. B. 18 600.	V. G. 0,49.
Siegfried Weiss (4).	G. R. 4 162 000.	G. B. 17 185.	Hémoglob. 70 p. 100.

D'autres auteurs se sont particulièrement attachés à mettre en relief l'examen qualitatif de la formule sanguine ; de Bruin (5), Siegfried Weiss (6) insistaient sur la présence de myélocytes, Netter et Salomon (7) sur celle d'une mononucléose intense avec présence de myélocytes orthobasophiles de Dominici. Lenoble (8) met en relief la réaction myéloïde légère, mais indiscutable, constituée par le passage dans les vaisseaux périphériques de myélocytes et d'hématies nucléées.

Au point de vue de l'évolution de l'anémie, nous ne connaissons que l'observation de Lenoble dans laquelle le sang ait été étudié comme dans la nôtre une dizaine de jours après l'institution de la médication antiscorbutique. Il est intéressant de voir que ces examens sont sensiblement concordants : le nombre des hématies s'était notablement élevé, par contre le taux de l'hémoglobine s'était encore abaissé (G. R. 4 433 000 à 5 735 000 ; V. G. 0,60 à 0,40 dans le cas de Lenoble. — G. R. 1 980 000 à 3 450 000 ; hémoglobine, 65 à 60 p. 100 dans le cas de Merklen et Tixier).

Sans doute la médication antiscorbutique, prolongée un temps suffisant, avec une bonne alimentation, peut suffire à faire disparaître l'anémie ; mais il nous a semblé que la médication ferrugineuse était susceptible d'activer considérablement la convalescence. En effet, sous l'influence de cette thérapeutique, nous observions en quelques jours une véritable transformation dans l'état de l'enfant ; ses couleurs revinrent progressivement, et dix jours après le début du traitement ferrugineux nous observions une formule sanguine sensiblement normale (G. R. 4 650 000 ; hémoglob., 85 p. 100).

Il est utile de prescrire du fer à ces petits anémiques quelque temps après la guérison apparente de l'anémie.

La succession de nos examens hématologiques faits pendant l'accentuation des symptômes nous permet de rapprocher les formules sanguines des auteurs précédents, formules qui pourraient paraître différentes au premier abord. Ainsi, nous trouvons dans certaines observations un chiffre globulaire sensiblement normal (Netter et Salomon, Lenoble, Siegfried Weiss), alors que dans d'autres l'hypoglobulie est très accentuée (Morgan Rotch). Dans notre cas, on peut se rendre compte, en se rapportant

(1) R. Jemma. *La Pediatria*, juin 1902.

(2) Morgan Rotch. *The med. News*, 13 sept. 1903.

(3) Lenoble. *Pédiat. prat.*, 15 mars 1904.

(4) Siegfried Weiss. *Arch. f. Kind.*, 1905.

(5) De Bruin, cité par Ausset. Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Rouen, avril 1904.

(6) Siegfried Weiss. Loc. cit.

(7) Netter et Salomon. Soc. de pédiat., 17 fév. 1903.

(8) Lenoble. Loc. cit.

aux examens du sang, que le chiffre des hématies s'abaisse proportionnellement à l'intensité des symptômes. D'ailleurs, au cours des anémies infantiles, l'hypoglobulie est assez variable à quelques jours d'intervalle et, comme l'un de nous (1) eut l'occasion de le montrer, c'est là un facteur plus infidèle pour apprécier l'intensité de l'anémie que l'abaissement du taux de l'hémoglobine.

En résumé, au cours de la maladie de Barlow on observe une anémie caractérisée par une diminution de la quantité de l'hémoglobine plus constante que l'hypoglobulie, qui est sujette à des variations quotidiennes. La leucocytose est fréquente, mais ne semble pas de règle. La réaction myéloïde s'observe souvent et est constituée par la présence dans le sang de formes cellulaires anormales [myélocytes, formes de transition entre les myélocytes et les polynucléaires granuleux, hématies nucléées (2)].

Les relations qui existent entre le syndrome scorbutiforme et les troubles de la nutrition sont reconnues par la majorité des auteurs. Ce qui différencie cliniquement la maladie de Barlow des divers troubles si fréquents à la suite des gastro-entérites chroniques, c'est l'apparition d'hémorragies en différents points de l'organisme (squelette, muqueuse et peau).

Suivant Ausset, dont la conception est d'ailleurs tout à fait hypothétique, les hémorragies tiendraient à la variété spéciale du microorganisme en cause. Faut-il considérer avec Lenoble qu'il est possible d'identifier, de par des réactions sanguines spécifiques, la maladie de Barlow et le purpura myéloïde? Faut-il, comme il l'écrit, admettre qu'il existe « un syndrome hématologique de tout premier ordre, à peu près unique, dont la constance et la régularité caractérisent tout un groupe de maladies hémorragipares, dont le point de départ est une infection spécifique d'origine gastro-intestinale, dont l'aboutissant est la mise en circulation des fonctions du système hématopoiétique et surtout de la moelle osseuse »? Nous ne pensons pas que cette conception puisse être admise sans réserves. Les modifications du sang que nous avons signalées dans notre cas de maladie de Barlow, l'un de nous (3) les a constatées avec les mêmes caractères chez plusieurs enfants que des troubles gastro-intestinaux chroniques avaient rendus anémiques. Ces enfants ne présentèrent à aucun moment d'hémorragie sous-périostée, cutanée ou muqueuse.

En résumé, la réaction myéloïde du sang ne saurait être considérée comme spécifique des états hémorragipares. Elle est étroitement liée, en dehors des anémies graves, aux processus toxiques ou infectieux d'intensité ou de durée suffisante. Plus les examens hématologiques se multiplient, plus le cadre des infections s'accompagnant de myélémie tend à s'élargir. L'un de nous eut l'occasion d'en rapporter un bel exemple chez l'adulte (1). Ces faits sont d'ailleurs en concordance parfaite avec la conception de Dominici (2).

(1) Léon Tixier. Anémie consécutive à des troubles gastro-intestinaux. Variations successives de la formule hématologique (anémie à type chlorotique, anémie simple, anémie avec myélémie), *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juin 1907.

(2) Deux causes principales peuvent provoquer l'essor des hématies nucléées de la moelle des os dans les vaisseaux périphériques : d'une part les anémies intenses (*réaction de rénovation sanguine très active*), d'autre part un certain nombre d'infections (*réaction de défense de Dominici*). Nous pensons avec Lenoble qu'au cours de la maladie de Barlow l'anémie quantitative est, dans bien des cas, insuffisante à elle seule pour provoquer de tels signes de rénovation sanguine.

(3) Léon Tixier. *Rapports entre les fonctions digestives et l'hématopoïèse*, Th. de Paris, 1907.

(1) C. Rénon et L. Tixier. Ascite et pleurésie opalescentes chez une cardiaque. Réaction myéloïde considérable du sang, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 mars 1906.

(2) Dominici. *Globules rouges et infection*, Th. de Paris, 1901.

MÉDECINE LÉGALE

L'EXAMEN NÉCROSCOPIQUE DE L'HYMEN

Une affaire retentissante vient d'attirer à nouveau l'attention sur les assassinats suivis de viol commis sur des fillettes, l'imagination populaire est hantée par ce genre de crime et il résulte de cet état de choses des dangers multiples. D'abord l'imitation qui suscite des forfaits de même nature, puis les fausses accusations si facilement portées à la légère contre des innocents, enfin la suggestion que l'influence collective de l'ambiance peut exercer sur le médecin expert et qui lui rend plus difficile encore l'appréciation toujours malaisée et délicate des faits de ce genre.

Je viens de lire à ce sujet dans la *Liguria medica* (1907, nº 5) deux cas rapportés par le professeur Perrando, et que je crois intéressant de résumer ici car ils montrent combien les erreurs de diagnostic sont faciles lorsqu'il s'agit de reconnaître sur le cadavre s'il y a eu défloration.

Le premier cas concerne une jeune fille de seize ans, très émaciée au moment de sa mort et supposée victime de sévices et de viol. Chez cette fille, morte de phtisie, lorsqu'on écartait les cuisses on constatait une atrophie générale de la vulve; les petites lèvres n'existaient plus si ce n'est sous la forme de deux replis très grêles et seulement au voisinage du capuchon du clitoris. Un léger bourrelet annulaire, mince et peu saillant entourait l'entrée du vagin et représentait la membrane de l'hymen; l'orifice de cette membrane vaste et circulaire permettait, sans qu'il fût nécessaire de faire bâiller largement la vulve, d'apercevoir les colonnes de l'extrémité inférieure du vagin. Ce dernier était resserré et très plissé.

Rigoureusement parlant, il ne pouvait être question de rupture et de fragmentation de l'hymen, puisque le bourrelet dont nous avons parlé était très régulier, très net et sans aucune effilure. Mais en présence d'un orifice hyménéal aussi large et aussi dilatable, il était loisible de se demander si la jeune fille n'avait pas été habituée progressivement aux rapprochements sexuels. Ce ne fut pas l'opinion de M. Perrando qui conclut à la mort par tuberculose, affection au cours de laquelle les altérations cachectiques de tout l'organisme avaient étendu leur influence aux organes génitaux. Il s'agissait en somme d'une cachexie génitale type dont les caractères consistent dans l'atrophie manifeste de la vulve, des petites lèvres et de l'hymen; il n'existait par contre dans ce cas aucun signe de rétropulsion de la vulve, rétropulsion qui

selon les auteurs français serait la preuve d'une déformation lente.

Le second cas a trait à une fillette de treize ans, robuste et bien développée, dont le cadavre fut découvert dans un puits vingt-quatre heures environ après la mort. D'après l'accusation, elle aurait été violée par un homme robuste et jetée ensuite dans le puits pour faire croire à un accident. A l'expertise on constata les signes caractéristiques de la mort par noyade, mais on ne trouva aucune trace de lutte ou de violence. Ni les organes génitaux, ni l'anus, ne présentaient les indices d'actes accomplis par force, mais les experts déclarèrent que la fillette avait certainement subi le coït et ils en trouvaient la preuve dans les multiples déchirures de l'hymen.

Le corps était inhumé depuis seize jours environ, lorsque pour pouvoir procéder à des constatations supplémentaires une exhumation fut ordonnée et confiée au professeur Perrando.

A l'examen des organes génitaux il vit que le contour hyménéal présentait à la partie supérieure un léger feston qui se dirigeait verticalement en bas; à la partie inférieure il en existait un autre, symétrique au premier et se dirigeant vers le haut. Sur les parties latérales de ce liséré inférieur existaient deux fentes profondes et parfaitement symétriques sur chacun des deux côtés. M. Perrando conclut qu'on se trouvait en présence d'un hymen de forme atypique mais cependant absolument intact; l'absence de tout signe de lutte, de toute ecchymose et de tout traumatisme de la région génitale constatée lors de la première expertise corroborait son opinion et le faisait s'inscrire en faux contre l'appréciation portée antérieurement.

L'auteur fait remarquer en passant quelle résistance remarquable l'hymen présente à la putréfaction; en effet le cadavre était déjà inhumé depuis seize jours comme on l'a vu plus haut, déjà sectionné et en état de décomposition avancée et néanmoins il fut possible de faire des constatations utiles.

Le professeur Perrando termine en recommandant de bien examiner et d'évaluer soigneusement dans ces cas les particularités anatomiques pathologiques et embryogénétiques qui peuvent par elles-mêmes déterminer des variations dans la forme de l'hymen. Cela est absolument indispensable si l'on veut éviter des erreurs de diagnostic d'une gravité exceptionnelle puisqu'elles peuvent entraîner la condamnation d'un innocent.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1908)

En quittant le fauteuil de la présidence, M. GAUTHIER résume les travaux de l'Académie au cours de l'année qui vient de s'écouler. M. BUCQUOY, en le remplaçant au fauteuil, après les remerciements d'usage, exprime le regret que les cliniciens qui font partie de l'Académie, n'aient pas pris plus de part aux discussions et n'apportent pas plus souvent le tribut de leur expérience.

Ptose et dilatation de l'estomac étudiées à l'aide de la radioscopie. — M. ENRIQUEZ fait une communication sur ce sujet. Des nombreuses expérimentations qu'a faites M. Enriquez, il résulte que la dilatation anatomique de l'estomac est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, que dans la grande majorité des cas, le bord supérieur de l'estomac descend jusqu'à 6, 8 et même 12 centimètres au-dessous de l'ombilic. Pour y remédier, M. Enriquez conseille une pelote caoutchoutée de forme spéciale qu'on peut aisément gonfler suivant les cas et qui est maintenue en place par une double sangle. Cette pelote est bien supportée et donne de bons résultats.

Intoxication par l'oxyde de carbone obtenue chez des lapins endormis par la morphine. — M. GRÉHANT relate les résultats d'expériences sur des lapins.

Du phosphore dans l'organisme des êtres vivants. — M. G. ANDRÉ. Comment le phosphore se fixe-t-il sur la cellule en général et quelle est la forme à donner à cette substance pour que cette fixation ait lieu?

Le phosphore pénètre toujours dans le végétal à l'état exclusivement minéral, mais il possède une tendance particulière à entrer en réaction avec les composés azotés d'origine albuminoïde qu'il trouve à sa portée. En effet, au début de la germination, l'absorption des matières venues du sol ne s'étend pas à tous les éléments salins à la fois.

Le poids de l'acide phosphorique ne commence à croître qu'au moment même où la plante prend au sol de l'azote. La pénétration de ces deux éléments est donc simultanée et le phosphore minéral entre immédiatement en réaction avec les albuminoïdes de nouvelle formation pour donner naissance à des nucléo-albumines et à des lécithines dont la proportion va sans cesse en croissant.

Etant donné que le fonctionnement de la cellule végétale est identique, dans bien des cas, à celui de la cellule animale, on peut admettre l'existence d'une synthèse analogue dans la cellule animale aux dépens des albuminoïdes et des phosphates minéraux, ayant principalement son siège dans les leucocytes.

Il semble donc qu'il y ait intérêt en thérapeutique à se rapprocher, dans l'administration du phosphore, de la forme sous laquelle la plante s'empare de cet élément, c'est-à-dire des phosphates minéraux et rien n'autorise à penser qu'il ne puisse pas en être ainsi.

— Le programme portait une communication de M. AUGAGNEUR sur le paludisme à Madagascar. Cette communication n'a pas été faite, M. Augagneur n'ayant pas répondu à l'appel de son nom.

LIVRES NOUVEAUX

Précis des examens de laboratoire employés en clinique (1), par L. BARD, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, avec la collaboration de G. HUMBERT et H. MALLET, anciens chefs de clinique médicale, médecins adjoints de l'hôpital cantonal de Genève.

Les progrès des sciences médicales ont considérablement étendu, au cours de ces dernières années, le champ des examens de laboratoire appliqués aux études cliniques et même à la médecine pratique. Indispensable à tous ceux qui veulent entreprendre des recherches scientifiques, leur connaissance

(1) Un vol. in-8 de XX-627 p. avec 138 fig. en noir et en coul., cart. toile souple. — Prix : 9 francs. — Paris, Masson.

s'impose aux praticiens, tous devant être à même de les utiliser dans la mesure où le comporte l'intérêt des malades qui se confient à leurs soins. Mais il est difficile aux praticiens et aux étudiants d'aller chercher les différentes méthodes d'investigation clinique dans les monographies particulières et dans les ouvrages spéciaux où elles se trouvent dispersées; c'est pour leur faciliter cette tâche que M. Bard a réuni, dans un seul *Précis*, les multiples examens de laboratoire nés de l'application à la médecine des sciences diverses qui lui ont apporté leur collaboration fréquente. Il a été rédigé avec la préoccupation dominante des intérêts cliniques, et ce point de vue est seul entré en ligne de compte, aussi bien dans les divisions adoptées et dans le groupement des matières, que dans le choix à faire entre les diverses méthodes qui ont été proposées. Ce nouvel ouvrage constitue donc le manuel des laboratoires de clinique; il s'adresse aux médecins et aux assistants des services hospitaliers, aux étudiants avancés, comme aux médecins praticiens, dans la mesure où les uns et les autres ne demandent aux examens scientifiques que d'être les adjuvants de la médecine et de la pratique.

L. GAYARD.

Abrégé d'anatomie (1), par MM. POIRIER, CHARPY et CUNÉO.

MM. Charpy et Cunéo qui, en collaboration avec le professeur Poirier, avaient publié le *Traité d'anatomie humaine*, dont on connait le grand succès, ont voulu, à côté de cet ouvrage si complet, mettre à la portée des étudiants de première et de deuxième année qui dissèquent, un livre plus simple où ils puissent trouver facilement les notions indispensables dont ils ont besoin pour apprendre l'anatomie; c'est pourquoi MM. Poirier, Charpy et Cunéo ont écrit cet abrégé en trois volumes.

Les deux premières parties qui viennent de paraître comprennent l'embryologie, l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie dans le premier fascicule; le cœur, les artères, veines et lymphatiques, les centres nerveux, les nerfs craniens et rachidiens dans le second fascicule.

Chaque chapitre est précédé d'un préambule où sont clairement exposés, quoique en quelques mots, les conseils à suivre pour la dissection et les méthodes à employer.

La description anatomique de chaque organe est très concise et cependant complète sans être sèche; elle ne rebute pas. L'histologie, comme l'embryologie ont été réduites juste à l'indispensable.

De très nombreuses figures en noir et surtout en couleurs, reproductions fidèles des belles planches du *Traité d'anatomie humaine*, facilitent la lecture de cet abrégé et en font une espèce d'atlas qui sera consulté avec plaisir par les étudiants.

ÉTIENNE LE SOURD.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE MAIRE DE NIMES ET L'ASSISTANCE MÉDICALE (2)

Le tribunal des conflits vient d'être appelé à trancher un différend entre l'autorité administrative et l'autorité judiciaire, où toutes deux s'étaient déclarées incompétentes.

Le docteur Vauriot s'était fait inscrire à Nimes pour le service de nuit, en conformité d'un arrêté municipal sur l'organisation de l'assistance médicale. Mais il apprit que le maire de Nimes, le docteur Crouzet, avait, par une note destinée à demeurer confidentielle, mais affichée par inadvertance dans un commissariat de police, prescrit aux agents de ne jamais recourir à son intervention, même lorsqu'ils en seraient requis.

Il assigna donc M. Crouzet devant le tribunal de Nimes en 20000 francs de dommages-intérêts. Le tribunal, par un jugement ultérieurement confirmé en appel, se déclara incompétent par le motif que l'ordre confidentiel donné par le maire avait trait à un service dont le contrôle lui appartenait, qu'il agissait ainsi en qualité de maire, et que pour statuer sur le caractère peut-être malveillant et dolosif de l'abus de pouvoir reproché, l'autorité judiciaire serait amenée à apprécier dans ses termes et dans son esprit un acte administratif.

La Cour de cassation confirma cette manière de voir. Mais le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, n'admit pas cette thèse, et lorsque l'affaire fut portée devant lui, se déclara à son tour incompétent.

M. Vauriot, écarté ainsi de tous les prétoires auxquels il s'adressait, fit alors au tribunal des conflits une demande en règlement de juges.

Il fit valoir que sa demande tendait à prouver que M. Crouzet aurait, suivant lui, cédé au désir de le priver du bénéfice de son inscription au mépris d'un arrêté duquel, en tant que maire, il était tenu d'assurer l'exécution. Il ajoutait que le soin que M. Crouzet avait eu de prescrire que cet ordre demeurât confidentiel témoignait qu'il ne se serait pas mépris sur l'illégalité commise et aurait seulement voulu se mettre à l'abri de toute responsabilité.

Le tribunal des conflits vient, par un arrêt (7 déc. 1907), de se ranger au système du Conseil d'Etat. Il a jugé que les faits ainsi articulés constitueraient, s'ils étaient établis, des fautes personnelles à M. Crouzet et se détachant de l'exercice de ses fonctions de maire de Nimes.

Ce sera donc à l'autorité judiciaire qu'il appartiendra de connaître des griefs de M. Vauriot.

(1) 3 vol. in-8 (voir Bulletin bibliogr., p. 26). — Paris, Masson.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 34, p. 397.

ARTICLES ORIGINAUX

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 12, déc. 1907.) J. NICOLAS et P. GAUTHIER : Cuti-réaction et ophtalmo-réaction dans diverses dermatoses d'origine tuberculeuse ou non. — W. DUBREUILH et G. PETGES : Lichen plan atrophique.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N°. 12, déc. 1907.) M. JABOULAY : A propos de l'étiologie et du traitement de certains abcès du foie. — A. MATHIEU : Etude sur les migraines tardivement aggravées et sur les migraines d'apparition tardive. — HAUTEFEUILLE : Tétanie gastrique. — Ch. AUBERTIN et P. HÉBERT : Sur le processus histologique de la gastrite alcoolique expérimentale.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 12, déc. 1907.) RAMBAUD : L'Ecole de médecine de Poitiers à ses débuts (*fin*). — J. MÉREAU : Coqueluche et vaccine. — POULIOT : La thiosinamine et son emploi thérapeutique (*fin.*) — MORICHAU-BEAUCHANT : Les albuminuries non nuisibles.

Écho médical du Nord. — (N° 47, 24 nov. 1907.) M. BRETON et E. PAINBLAN : Syndrome cérébelleux de Friedreich et atrophie optique. — TOUSSAINT : Plaie par balle de revolver du lobe temporal avec rupture de l'artère méningée moyenne. Trépanation, ligature et drainage. Guérison. — Solon VERAS : Sur un cas de scoliose hystérique. — (N° 48, 1er déc.) RAVIART, LORTHIOIS, GAYET et CANNAC : Ophtalmo-réaction en psychiatrie. — GUGELET : Paralysie faciale droite complète suivie d'hémiplégie gauche fugace, au cours d'une albuminurie latente. — (N° 49, 8 déc.) INGELRANS : Algies centrales d'origine traumatique. — PAINBLAN : Ophtalmo-réaction et affections oculaires. — (N° 50, 15 déc.) L. JULIEN (de Tourcoing) : Appendicites aiguës chez l'enfant. — (N° 51, 22 déc.) PATOIR : Accidents du travail et tuberculose pulmonaire. — (N° 52, 29 déc.) MALMÉJAC : Examen rapide des eaux destinées à l'alimentation.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 47, 24 nov. 1907.) Paul LEMAIRE et CLÉJAT : Sur un cas d'asystolie avec anarsaque et sur la composition des sérosités d'œdème. — COLLIN : La banane dans le traitement des diarrhées aux colonies.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 47, 24 nov. 1907.) VILLAR : Traumatismes et appendicite. Conséquences médico-légales. — VENOT : Occlusion intestinale au cours d'une appendicite. — (N° 48, 1er déc.) MOURE et BRINDEL : Sinusites maxillaires et ostéite. — BRANDEIS : Sur les sédiments d'urine purulente. — (N° 49, 8 déc.) A. BOURSIER : Fibrome sphacelé. Hystérectomie subtotale. Guérison. — (N° 50, 15 déc.) P. CARLES : L'intoxication plombique par la vaisselle culinaire. — GOURDON : Nouvelle méthode de diagnostic et classification des scolioses des adolescents. — (N° 51, 22 déc.) BRINDEL : Laryngite tuberculeuse et trachéotomie. — (N° 52, 29 déc.) W. DUBREUILH : De l'eczéma des lèvres causé par les dentifrices. — AUCHÉ : Complications hépatiques de l'impétigo.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 déc. 1907.) A. ROBIN : Traitement du prurigo. Un cas de viscéroptose abdominale généralisée. Traitement. — A. BROCA : L'hémostase chez les hémophiles par les injections de sérum animal frais. — (25 déc.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Notes pratiques de chirurgie courante et d'obstétrique.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 51, 19 déc. 1907.) HENROTIN : Ce qui manque à nos Gouttes de lait pour être efficaces dans la lutte contre la mortalité infantile. — VAN LINT : La pratique ophtalmique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 47, 23 nov. 1907.) René DESPLATS : A propos d'un nouveau traitement médico-chirurgical du cancer. — E. POITEAU : Fracture de l'occipital; hémorragie frontale. Mort par infection méningée. — (N° 48, 30 nov.) René DESPLATS : A propos d'un nouveau traitement médico-chirurgical du cancer (*fin*). — E. SABLÉ : Sur un cas de méningite tuberculeuse mortelle ayant évolué sans réaction générale. — (N° 49, 7 déc.) DANEL : Gommes syphilitiques multiples de la mamelle. — LE GLAND : Recherches sur un cas de staphylococcie mortelle. — (N° 50, 14 déc.) DESPLATS : A propos du pèlerinage national de Lourdes. — LE GLAND : Recherches sur un cas de staphylococcie mortelle (*fin*). — (N° 51, 21 déc.) H. DESPLATS : A propos du pèlerinage national de Lourdes (*fin*). — DELASSAS : Grossesse tubaire de deux mois, rupture, inondation péritonéale, laparotomie, guérison

Marseille médical. — (N° 23, 1er déc. 1907.) ROUX DE BRIGNOLLES et GALLERAND : Sur un cas de torticolis. — DAMAS (de Digne) : Occlusion par bride serrée. — MASINI : De l'emploi de l'incision de Kehr. — ROCHU : L'avenir du vésicatoire (*fin*).

Montpellier médical. — (N° 47, 24 nov. 1907.) GAUJOUX et DELMAS : Des polyuries insipides; Essai de classification pathogénique. — Mme GAUSSEL-ZIEGELMANN : Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier (1903-1904). — (N° 48, 1er déc.) VIALLETON : Sur le rôle topographique des arcs viscéraux et la formation du cou. — Louis GAUCHER : Etude bactériologique des huîtres de Cette et de l'étang de Thau. — (N° 49, 8 déc.) L. VIALLETON : Sur le rôle topographique des arcs viscéraux et la formation du cou (*suite*). — (N° 50, 15 déc.) BERTIN-SANS, H. IMBERT et O. BLAUFUS : La question du lait à Montpellier. Organisation d'une surveillance des laitiers syndiqués, résultats obtenus. — L. VIALLETON : Sur le rôle topographique des arcs viscéraux et formation du cou (*suite*).

Nord médical. — (N° 316, 1er déc. 1907.) LEMOINE et GÉRARD : Conceptions diverses de l'action antitoxique du foie vis-à-vis des poisons tuberculeux. — LAMBLING : L'intoxication acétonique au cours du diabète.

Pédiâtrie pratique. — (N° 23, 1er déc. 1907.) E. AUSSET : Cent cas d'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — A. JOUTY : Complications des affections du rhino-pharynx chez l'enfant (*suite*). — (N° 24, 15 déc.) Ant. JOUTY : Complications des affections du rhino-pharynx chez l'enfant (*fin*). — E. AUSSET : Traitement de la grippe chez les enfants.

Presse médicale. — (N° 96, 27 nov. 1907.) A. BROCA : Tuberculose d'un ancien pied plat. — Marcel NATHAN : La cellule de Kupffer et son évolution vers la cellule géante. — (N° 97, 30 nov.) FOIX et MALLEIN : La réaction de Bordet et Gengou vis-à-vis du streptocoque dans la scarlatine. — A. BAUMGARTNER : Le traitement de l'appendicite d'après quelques travaux récents. — E. JOURDRAN : Des altérations des dernières phalanges dans la maladie bleue. — P. DESFOSSES : Examen clinique des formes extérieures du cou. — (N° 99, 7 déc.) F. DE LAPERSONNE : L'ophtalmo-réaction présente-t-elle quelques dangers pour l'œil? — André BERGERON : Tuberculines et vaccins de Carl Spengler. Principes de sa méthode. — (N° 100, 11 déc.) TUFFIER et Paul AUBOURG : Examen de quelques estomacs à l'aide des rayons de Röntgen. — (N° 101, 14 déc.) JAYLE et LŒWY : Le traitement des métrites par l'application de ventouses sur le col. Méthode de Bier. — (N° 102, 18 déc.) PRENANT : Leçon d'ouverture. — (N° 103, 21 déc.) H. ROGER et L.-G. SIMON : Action synergique des sucs gastrique et pancréatique sur les féculents. — GUIBÉ : Le fonctionnement de la bouche stomacale chez les gastro-entérostomisés à pylore perméable. — (N° 104, 25 déc.) NICOLAS : Leçon d'ouverture. — (N° 105, 28 déc.) R. PROUST : Technique de l'opération de Kruské. — M. LETULLE : Rupture spontanée de l'aorte. — A. SÉZARY : Technique et valeur de l'examen microbiologique dans la syphilis.

Therapie der Gegenwart. — (Nov. 1907.) M. MARTENS : Traitement de la tuberculose articulaire. — Ernst MAI : Recherches sur l'action de l'escoline sur la muqueuse de l'estomac. — Alfred STIEDA : Pancréatite hémorragique aiguë, guérie par tamponnement. — J. HOPPE : Emploi du nucléogène chez les enfants atteints d'affections nerveuses. — H. GOLDSCHMIDT : Considération sur l'endoscopie de l'urètre. — Carl HOLLSTEIN : Traitement de la séborrhée du cuir chevelu à l'aide des solutions de théopinol. — (Déc.) J. BOAS : De la question du traitement opiacé dans la pérityphlite. — Wilhelm STERNBERG : Médicaments et appétit. — Georg KOCH : Traitement et pronostic de la méningite cérébro-spinale épidémique et contribution à la symptomatologie de l'hydrocéphale chronique acquis. — Eugen HOLLÄNDER : Traitement chirurgical de la tuberculose des muqueuses des voies supérieures, notamment du larynx. — Georg MÜLLER : Ecoles pour scoliotiques. — A. HORST : Thiopinol (Matzka). Une nouvelle préparation soluble de soufre, ses indications et emploi en gynécologie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE HUMÉRALE

DÉFINITION. — L'artère humérale est normalement la continuation de l'artère axillaire : elle s'étend par conséquent du bord inférieur du grand pectoral au milieu du pli du coude où elle se bifurque en une branche externe radiale, une branche interne cubitale.

TRAJET. DIRECTION. — L'humérale est verticalement descendante sur le bord interne du biceps; elle peut devenir flexueuse vers la quarantième année; au point de vue anatomique elle occupe donc deux régions : la région brachiale et le pli du coude. Le calibre normal est de 4 millimètres.

RAPPORTS. — A. *Au bras.* — L'artère humérale est logée dans une sorte de canal dont les parois seraient musculaires et aponévrotiques. La paroi *antérieure* est l'aponévrose brachiale qui vient de recouvrir le biceps : cette aponévrose est tendue, résistante. Sur elle monte la veine basilique. Anastomosée parfois cette basilique reçoit des affluents très nombrenx au bord interne du bras elle est accompagnée de filets nerveux sous-cutanés : branches du brachial cutané interne et de l'accessoire du brachial cutané. La paroi *postérieure* est musculalre, elle est constituée de haut en bas par les faisceaux inférieurs du coraco-brachial qui se fixent à la face interne de l'humérus, au-dessous du trou de conjugaison. Plus bas on rencontre le faisceau interne du brachial antérieur; la paroi *externe* est représentée par le bord interne du biceps, nettement charnu. Quant à la paroi *interne*, il faut reconnaître qu'elle est conventionnelle. Ce serait la partie interne de l'aponévrose brachiale, au point où elle se confond avec la cloison inter-musculaire interne. Dans ce canal brachial l'artère humérale a des rapports avec des vaisseaux et des nerfs; les rapports vasculaires sont constitués par les deux *veines humérales profondes*; accolées aux faces de l'artère, elles s'envoient des anastomoses en échelons. C'est pourquoi la dénudation du vaisseau peut être très difficile : il faut rappeler que la veine basilique dans des cas assez fréquents se jette dans les veines humérales à la partie moyenne du bras. Anormalement les deux veines humérales profondes sont fusionnées en un seul tronc avant l'arrivée au creux axillaire : on n'a plus qu'un seul tronc veineux en dedans de l'artère. Les rapports avec les *nerfs* sont plus importants : le *musculo-cutané* n'a pas de rapports immédiats, c'est-à-dire qu'après avoir perforé le muscle coraco-brachial, le nerf s'engage vers la face profonde du biceps, par conséquent est bien en dehors de l'artère. Mais le musculo-cutané donne de longs filets pour le biceps, pour le brachial antérieur, toutes ces branches sont en rapport avec l'artère humérale : le *nerf médian* est le nerf satellite; il faut rappeler que si normalement le nerf est en dehors de l'artère, puis passe en avant d'elle et lui devient franchement interne, formant avec celle-ci un X allongé, chez d'autres sujets, le nerf passe en arrière de l'artère, ou bien le nerf est parallèle au vaisseau sur toute la hauteur du bras. Mais le médian envoie une anastomose au musculo-cutané : c'est de l'anastomose que naîtront les filets musculaires pour le bras et surtout un filet vasculaire pour l'artère (Hirschfield). Quant au *nerf cubital* il n'est en rapports avec l'artère humérale qu'à la partie supérieure; il est en dedans d'elle, puis lui devient postérieur pour perforer la cloison intermusculaire interne. Le *nerf radial* n'a que des rapports sur une très faible étendue, puisqu'il se portera en arrière pour mériter son nom de nerf musculo-spinal. Il s'engagera dans la gouttière homonyme, accompagnant l'humérale profonde. Bize a admis qu'au bras l'artère humérale est entourée d'une gaine fibreuse; le médian aurait également un étui cellulo-fibreux.

B. Au *pli du coude*, l'artère humérale est logée dans le sillon bicipital interne : en *dehors* de l'artère humérale est le tendon de biceps qui se porte vers la profondeur pour gagner la partie postérieure de la tubérosité bicipitale du radius : le tendon est entouré de deux bourses séreuses; en *avant* de l'artère se trouve l'expansion aponévrotique du biceps parfois assez résistante pour simuler une véritable bifurcation de tendon du biceps ; sur cette formation monte obliquement de dehors en dedans la veine médiane basilique dont la partie inférieure reçoit la communicante du pli du coude; il arrive fréquemment que la veine basilique soit représentée par un plexus; et dans les cas où l'expansion est très mince, elle semble reposer directement sur l'artère humérale, d'où l'indication de ne pas l'utiliser dans la saignée; en plus elle est entourée par des filets du brachial cutané interne ; en *dedans* de l'artère le nerf *médian*, terne, grisâtre, ayant fourni des rameaux articulaires pour le coude, et des filets pour le rond pronateur et le grand palmaire. C'est encore la saillie épitrochléenne et les muscles ronds pronateurs, grand palmaire, plus profondément le chef épitrochléen du fléchisseur superficiel; en *arrière*, on trouve les faisceaux du brachial antérieur, ceux-ci étaient obliquement descendants, puis ont changé de direction, sont devenus horizontaux pour se fixer à l'apophyse coronoïde du cubitus.

Collatérales. — De haut en bas l'artère humérale donne quelques branches musculaires puis une longue artère pour le muscle brachial antérieur et surtout :

a. L'humérale profonde, celle-ci topographiquement naît au niveau du bord inférieur du muscle grand rond; elle se porte en arrière, descend recouverte par le biceps entre le vaste externe qui est au-dessus, le vaste interne qui est au-dessous, dans la gouttière du nerf radial qui lui est parallèle et sous-jacent; elle débouche dans le sillon bicipital externe et va entre le long supinateur qui lui est externe et le biceps qui lui est interne, s'anastomoser avec la récurrente radiale antérieure;

b. La *collatérale interne supérieure* descend sur le bord interne du bras, mais ne tarde pas à perforer la cloison intermusculaire interne, elle sera satellite du nerf cubital, et dans le sillon épitrochléo-olécranien s'anastomosera avec la récurrente cubitale postérieure;

c. La *collatérale interne inférieure* naît au-dessus du pli du coude, se porte en dedans, presque horizontale, puis se bifurque en une branche antérieure du sillon bicipital interne, s'anastomosant avec la récurrente cubitale antérieure et une branche postérieure qui perforera la cloison intermusculaire interne deviendra postérieure et contribuera à former l'arcade sus-olécranienne, constituée par la récurrente radiale postérieure pour sa moitié externe.

ANOMALIES OBSERVÉES SUR LE TRAJET. — Ce sont les cas de division prématurée en radiale et cubitale; ou bien l'artère passe sous une apophyse anormale sus-épitrochléenne, parfois cette apophyse est reliée à l'épitrochlée par un ligament qu'il faut inciser pour apercevoir le vaisseau ; l'humérale peut donner des branches supplémentaires ; c'est ainsi qu'on peut voir une artère superficielle du pli du coude suivant le trajet d'une des veines superficielles.

LIGATURE. — Se fait suivant une ligne menée du sommet du creux de l'aisselle, au milieu du pli de coude en dedans du tendon du biceps; au bras le premier point de repère sera le bord interne du biceps; le second, le cordon du médian. Au pli du coude, il faudra faire une incision de 6 centimètres : 3 centimètres au-dessus, 3 au-dessous du pli de flexion, inciser prudemment pour ne pas ouvrir la veine et sectionner l'expansion sur la sonde cannelée, l'artère est entre deux cordons : l'un tendineux externe, l'autre nerveux interne.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 4. — SAMEDI 11 JANVIER 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 11 JANVIER 1908. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 8 janvier : MM. Pruvost, 10; Ghys, 7; Toulant, 11; Nicaud, 10; Pimpaneau, 5; Dubois (Robert), 8; Philbert, 10.

Pathologie. — Séance du 8 janvier : MM. Balland, 3; Doucet, 7; Pierret, 6; Girode, 11; Mlle Lenormand, 8; MM. Mondor, 10; Schneider, 3; Dumont, 10; Netter, 4; Binet du Jassonneix, 10; Cottenot, 12.

Prochaine séance samedi 11 janvier 1908, à quatre heures, à la Charité.

— Un concours pour l'admissibilité au concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 24 février 1908, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, service du personnel, du lundi 20 janvier au samedi 8 février inclusivement, de midi à trois heures.

Le nombre des places d'admissibles mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inacrire en vue du concours d'admission dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du lundi 20 janvier au samedi 8 février inclusivement, de midi à trois heures.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien en chef dans les asiles publics du département de la Seine et à une place de pharmacien-adjoint à l'asile puplic d'aliénées de Maison-Blanche, sera ouvert le lundi 10 février 1908, à une heure précise, à l'asile-clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, n° 1, à Paris.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, service des aliénés, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 13 janvinr au samedi 25 janvier 1908, inclusivement.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la première semaine, 931 décès, au lieu de 878 pendant la semaine précédente et de 1040, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal. La rougeole et la scarlatine, toujours très fréquentes, le sont moins que pendant la semaine dernière. Elles ne causent d'ailleurs qu'un nombre de décès voisin de la normale.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 43).

La variole a causé 1 décès, chiffre identique à la moyenne, Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 5, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 17).

La rougeole a causé 8 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 252 au lieu de 300 précédemment et au lieu de 163, moyenne des quatre dernières années.

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 147 ; il s'élevait à 201 pendant la semaine précédente (moyenne 73).

La coqueluche a causé 1 décès (moyenne 3).

La diphtérie a causé 2 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 41, au lieu de 57 pendant la semaine précédente (moyenne 85).

La diarrhée infantile a causé 23 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant la semaine précédente (moyenne 85).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 151 décès, au lieu de 150 la semaine précédente, et au lieu de 212, moyenne ordinaire de la saison.

En outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 194 décès (moyenne 207).

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'ŒIL TABÉTIQUE (2)

Par MM. MASSIA et DELACHANAL,

Internes des hôpitaux de Lyon.

3. *Réflectivité pupillaire.* — La réflectivité pupillaire comprend l'étude d'un certain nombre de signes, signe d'Erb, signe de Pilcz, signe de Gowers, mais dont le plus important et de beaucoup, se trouve être le signe dit d'Argyll-Robertson.

a. *Signe d'Argyll-Robertson* (3). — C'est en 1869 qu'Argyll-Robertson signala pour la première fois, au cours du tabes, le signe qui porte son nom, il aurait été vu cependant avant lui (P. Marie, Grasset) par Vincent et Coingt. Depuis, l'extrême fréquence de ce signe dans le tabes fut confirmée par tous les travaux ultérieurs.

Toutefois, ce signe n'est pas resté propriété exclusive du tabes; il est relativement fréquent dans la paralysie générale; il a été signalé aussi dans la syringomyélie et la névrite interstitielle hypertrophique (4), mais à titre d'exception.

Cependant, d'une façon habituelle, signe d'Argyll veut dire *tabes et paralysie générale*. Si l'on se rappelle la parenté intime qui existe, au point de vue clinique et anatomo-pathologique entre les deux affections, la fréquence extrême de la syphilis dans ces deux maladies, on pouvait se demander si ce signe commun aux deux affections n'était pas en relation causale avec une étiologie commune, la syphilis.

La *communication de Babinski* (13 juillet 1899) à la Société de dermatologie de Paris; celle faite plus tard par ce même auteur (17 mai 1901) à la Société médicale des hôpitaux de Paris, la thèse de son élève Charpentier, les travaux de Kœnig (5), de Harris (6), d'Erb (7), de Cestan, de Dufour (8) ne semblent laisser aucun doute à cet égard: la présence du signe d'Argyll-Robertson doit faire soupçonner la syphilis.

Le *signe d'Argyll-Robertson* consiste en ce fait que les pupilles réagissent bien à la convergence et à l'accommodation, alors qu'elles ne répondent plus à une excitation ou à une variation lumineuse; elles ne se retrécissent pas devant la lumière; elles ne se dilatent pas à l'obscurité.

La *recherche du signe d'Argyll-Robertson* demande quelques précautions; il est bon d'examiner les malades dans la chambre noire, d'employer un éclairage intense qu'on fait tomber sur la région maculaire, partie la plus sensible de la rétine, car l'éclairage des parties périphériques peut ne provoquer qu'une légère réaction pupillaire, même chez les sujets normaux. L'œil non examiné devra être fermé pour éviter tout mouvement synergique de l'iris. Si l'étroitesse de la pupille rend l'observation difficile, certains auteurs conseillent de se servir d'une loupe et au besoin de recourir à la cocaïne qui dilate la pupille sans abolir sa contractilité. Enfin dans tous les cas positifs d'absence du réflexe, il est nécessaire d'explorer l'acuité visuelle et le fond de l'œil, et de noter l'absence des synéchies empêchant le libre jeu de la pupille.

L'*importance séméiologique et pronostique* du signe d'Argyll est grande. « J'y ai recours, dit le professeur Fournier, dans son *Traité de la période préataxique du tabes*, en parlant de ce signe, constamment et systématiquement chez tous mes malades. Je puis donc parler par expérience, et je n'hésite pas à déclarer que je le tiens pour un excellent signe pour le diagnostic du tabes et plus particulièrement pour ces tabes à début obscur et incertain, pauvres en manifestations, presque latents à l'origine, et conséquemment exposés à passer inaperçus un certain temps. »

Le signe d'Argyll, habituellement *bilatéral*, peut, tout à fait au début du tabes, mais exceptionnellement n'exister que d'un seul côté: c'est le *signe d'Argyll unilatéral;* dans ce cas, il présente un des caractères spéciaux bien décrits par Babinski, qui permettent de distinguer la perte du réflexe lumineux du tabes, le vrai signe d'Argyll de la perte du réflexe lumineux observé dans le cours de certaines névrites optiques.

Les mouvements des pupilles à l'état normal sont synergiques: l'éclairage d'un seul œil fait contracter les deux pupilles; l'on a un *réflexe consensuel*. Cette synergie des mouvements continue à persister lorsqu'une lésion quelconque de la rétine ou du nerf optique abolit la perception lumineuse de l'un des deux yeux. L'éclairage de l'œil sain provoquera la contraction des deux pupilles. M. Babinski a montré qu'il n'en était pas ainsi lorsqu'il s'agit d'un signe d'Argyll unilatéral vrai, d'origine tabétique et indépendant de toute lésion du nerf optique. Dans ce cas la pupille atteinte reste immobile à la lumière, non seulement par excitation directe, mais aussi par l'éclairage de l'œil opposé; elle a perdu ses deux reflexes, direct et consensuel. Au contraire l'autre pupille saine qui a son réflexe direct, conserve aussi son réflexe lumineux consensuel, lorsqu'on éclaire l'œil atteint de signe d'Argyll unilatéral. Nous verrons plus loin que ce phénomème empêche de localiser sur la voie centripète la lésion productuce du signe d'Argyll.

Nous venons d'étudier le signe d'Argyll unilatéral. Chez d'autres malades, et cela pendant un temps plus ou moins long, ce signe d'Argyll se trouve à l'état d'ébauche, la réaction est lente et incomplète ou inégale des deux côtés; c'est le *signe d'Argyll incomplet*. Cette paresse de la pupille à la lumière est un signe précoce du tabes, et qui a une grande

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 1, p. 3.

(3) R. Cestan et Dupuy-Dutemps. Signe pupillaire d'Argyll-Robertson; sa valeur séméiologique; ses relations avec la syphilis, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1901.

(4) Déjerine et Sottas. Soc. de biol., 1893.

(5) Kœnig. *The Journ. of mental Science*, july 1900.

(6) Harris. *Brit. med. Journ.*, 1900.

(7) Erb. *Munch. med. Wochens.*, 1900.

(8) Dufour. Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis, le tabes et la paralysie générale, Soc. méd. des hôpit. de Paris, juin 1902.

valeur diagnostique; il peut précéder le signe de Westphall.

Enfin, à une période plus ou moins avancée de la maladie la réaction pupillaire à l'accommodation et à la convergence peut quelquefois faire également défaut : c'est le *signe d'Argyll compliqué*. Dans ce cas l'accommodation se trouve parfaitement conservée bien qu'elle ne s'accompagne pas de rétrécissement de la pupille.

Un autre caractère important du signe d'Argyll est son *intermittence*. Classiquement, cependant, il est considéré *comme un signe immuable de tabes*. « Une fois établi, écrit M. Déjerine, le signe d'Argyll persiste indéfiniment dans le tabes comme dans la paralysie générale. » M. Raymond n'est pas moins formel.

Pourtant, le signe d'Argyll peut présenter au cours du tabes de grandes variations. Erb l'avait déjà signalé. Les observations plus récentes de MM. de Massourri et Mantoux ne laissent aucun doute à cet égard; tel le cas de ce malade rapporté par Mantoux (1), chez lequel à chaque crise gastrique le signe d'Argyll disparaissait. La durée de ces intermittences peut être courte (un jour) ou persister pendant des mois. Toutefois, certains auteurs comme Rendu (2), Raymond et autres ont mis en doute l'existence du tabes dans ces cas, et ceci précisément parce que les symptômes pupillaires s'étaient amendés et qu'en même temps il y avait atténuation des autres signes tabétiques.

L'*interprétation pathogénique du signe d'Argyll* est difficile et obscure. Nous connaissons mal physiologiquement les voies des réflexes pupillaires à la lumière.

Il est certain que l'excitation sensorielle suit le nerf optique (voie centripète). Or cette voie reste nécessairement normale puisque le réflexe consensuel persiste pour l'œil sain dans les cas d'Argyll-Robertson unilatéral, l'œil atteint étant éclairé.

La voie centrifuge comprend le moteur oculaire commun et ses noyaux, le grand sympathique, le ganglion ophtalmique, les nerfs ciliaires. Mais une lésion des noyaux de la troisième paire détermine une mydriase avec perte de l'accommodation aussi bien à la distance qu'à la lumière; une lésion du sympathique cervical détermine du myosis, mais avec persistance de l'accommodation aussi bien à la lumière qu'à la distance.

Il faut donc admettre que la lésion se trouve dans les centres réflexes. La voie optique se termine dans un centre ganglionnaire (habenula ou tubercule quadrijumeau antérieur, suivant les auteurs) en relation avec les noyaux de la troisième paire. Il y aurait en outre, d'après Grasset (3), un centre cortical des nerfs de la pupille. De ce centre partiraient des fibres qui franchiraient la ligne médiane, et viendraient après avoir fait relai dans les centres ganglionnaires

(1) Ch. Mantoux. Intermittence du signe d'Argyll dans le tabes, *Presse méd.*, 1901.

(2) Rendu. Troubles oculaires dans la syphilis et ataxie, *Gaz. des hôpit.*, 1891.

(3) Grasset. *Traité des maladies du système nerveux.*

précités s'unir aux autres fibres du moteur oculaire commun. Ce centre serait volontaire et de lui dépendrait l'accommodation à la distance, qui n'est pas, ainsi que le fait remarquer Grasset un réflexe à proprement parler, mais plutôt un ensemble de mouvements automatiquement réalisés sous l'influence d'une innervation corticale. La suppression des relations entre le centre ganglionnaire de la voie sensorielle et les centres ganglionnaires du moteur oculaire commun supprimera le réflexe à la lumière tandis que le réflexe à l'accommodation persistera.

C'est là une explication, mais c'est encore pure hypothèse.

Le signe d'Argyll-Robertson présente, on le voit, une importance considérable dans le tabes. Bien moins importants sont les autres troubles de la réflectivité pupillaire qu'il nous faut maintenant signaler.

b. Le *signe d'Erb* (1) consiste dans l'abolition du réflexe pupillaire à la douleur; chez les sujets sains, la pupille se dilate sous l'influence de la douleur; il n'en est rien chez le tabétique.

c. Le *signe de Gowers* se caractérise par le fait que la pupille réagit à la lumière par des mouvements oscillatoires.

d. Le *signe de Pilcz* (2) est constitué par le rétrécissement des pupilles, coïncidant avec l'occlusion des paupières. Ce phénomène du rétrécissement pupillaire pendant l'occlusion palpébrale et de leur dilatation au moment de l'ouverture des paupières serait d'après la plupart des auteurs une réaction normale pouvant être observée avec certaines précautions, et dans des conditions d'éclairage convenables chez la plupart des sujets. Pilcz, qui l'a observé cependant chez quelques sujets sains a signalé sa grande fréquence chez les tabétiques et les paralytiques généraux.

De l'étude qui précède, on peut conclure à l'importance des troubles moteurs considérés dans l'œil tabétique. Il n'est pas de tabétique qui n'en présente peu ou prou au cours de sa maladie. Loin derrière eux viennent comme valeur diagnostique et comme fréquence les troubles sensitifs.

B. **Troubles sensitifs.** — L'étude des troubles sensitifs, dans l'œil tabétique, comprend celle de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale ou sens de la vue. Comme l'acuité visuelle est intimement liée à l'atrophie papillaire, nous rejetons son étude pour en faire un paragraphe à part consacré à cette dernière. Ici donc nous n'étudierons que les troubles de la sensibilité générale. Celle-ci à son tour se subdivise en sensibilité superficielle et sensibilité profonde. C'est par cette dernière que nous commencerons.

I. Sensibilité profonde. — C'est la sensibilité oculaire à la pression. Si, chez un sujet sain, on comprime le globe oculaire, on fait naître dans l'intérieur de l'œil une douleur aiguë, caractéristique,

(1) Erb. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1879.

(2) Pilcz. *Revue de neurol.*, juin 1900.

bientôt intolérable; chez certains tabétiques confirmés au contraire, semblable manœuvre n'amène aucune sensation douloureuse. La sensibilité oculaire à la pression est abolie, et cette abolition constitue l'*analgésie oculaire à la pression*.

Cette question avait été l'objet de recherches de la part de MM. Abadie et Rocher. M. Le Merle (1) [de Bordeaux] en étudie dans sa thèse la valeur séméiologique.

La sensibilité à la pression n'est pas abolie chez tous les tabétiques. Elle peut rester normale.

Elle peut, de même, être considérablement augmentée; il y a alors *hyperalgésie oculaire à la pression*. Les cas d'hyperalgésie sont encore peu nombreux. Nous ne ferons que les mentionner.

L'*analgésie oculaire* peut être complète ou incomplète. Dans ce dernier cas il y a hypoalgésie. L'*hypoalgésie* peut être légère, difficile à apprécier, mais elle peut aussi être très marquée. Entre la sensation normale et l'analgésie complète, il y a tous les degrés. Nous entendrons donc par analgésie oculaire « toutes les variations en moins de la sensibilité oculaire à la pression ».

L'*analgésie* peut être *unilatérale*, affecter indifféremment l'un ou l'autre œil; elle peut être aussi *bilatérale*. Elle ne se présente pas forcément au même degré dans les deux globes oculaires. Il peut y avoir concurremment d'un côté une conservation intégrale des sensations normales, et de l'autre de l'hypoalgésie ou même de l'analgésie complète. De même l'analgésie complète d'un œil n'est quelquefois accompagnée que d'hypoalgésie plus ou moins marquée de l'autre.

Il est difficile de fixer les conditions d'âge, de sexe, de durée de la maladie, etc., qui aient quelques rapports avec ce phénomène. M. Le Merle attire particulièrement l'attention sur deux points. Il a recherché d'abord dans quel rapport les diverses analgésies pouvaient se rencontrer chez les tabétiques. Or, il a vu que les analgésies testiculaires et mammaires se rencontrent dans les deux tiers des cas environ. L'analgésie oculaire prend place entre ces deux groupes, plus fréquente que les secondes, mais moins souvent observées que les premières.

Un second point est relatif à l'état de l'œil chez les tabétiques atteints de cette complication; or, il ne semble pas que l'analgésie oculaire soit plus fréquente chez les malades qui ont présenté quelque altération de l'œil, paralysies, signe d'Argyll-Robertson, etc., on la retrouve dans quelques maladies locales. Elle se rencontre dans des affections d'ordre plus général, telles que l'hystérie; elle affecte alors les mêmes caractères que dans le tabes.

II. Sensibilité superficielle. — De même que dans les autres territoires sensitifs, de même dans le tabes, on constate au niveau de l'œil des troubles de la sensibilité consistant en anesthésie, hypoesthésie, hyperesthésie. Tous ces symptômes sont sous la dépendance du trijumeau. Ils sont moins fréquents que les anesthésies testiculaires.

La sensibilité peut être atteinte dans son mode objectif ou subjectif. Les troubles objectifs ont été étudiés par Hayem (1), par Pierret (2) surtout, par Ed. Berger (3). L'anesthésie ou l'hypoesthésie de la conjonctive et de la cornée peut être unilatérale ou bilatérale. On observe les mêmes modalités d'association que pour la sensibilité profonde. Une fois installée l'anesthésie est persistante, et Berger a rapporté un certain nombre de ces cas. Elle s'accompagne assez souvent d'anesthésie sur le territoire facial du trijumeau. On observe aussi mais moins fréquemment de l'hyperesthésie oculaire.

La sensibilité subjective peut également être touchée. Féré dans une communication à la Société de biologie (janvier 1887), a rapporté des observations d'ataxiques présentant de temps en temps de véritables douleurs fulgurantes au niveau de l'orbite; elles étaient de courte durée, cessant brusquement, au bout d'un court espace de temps, ne dépassant pas une seconde, le plus souvent unilatérales. Elles s'accompagnaient de dacryorrhée, sur laquelle, d'ailleurs, nous reviendrons.

C. Troubles trophiques vasomoteurs et secrétoires. — I. Troubles trophiques. — L'étude que nous venons de faire des troubles de la sensibilité nous amène naturellement à étudier les troubles trophiques, consécutifs aux altérations de nerfs sensitifs, en même temps trophiques, comme le trijumeau.

Nous ne ferons que citer l'*herpès cornéen*; les membranes externes de l'œil sont parfois atteintes: la conjonctive rouge présente une éruption vésiculeuse; l'iris est enflammée. Quelquefois on observe des ulcérations, et parfois même une perforation de la cornée amenant la fonte de l'œil. L'herpès cornéen ne s'accompagne pas d'anesthésie cornéenne.

Nous serons brefs également sur la *kératite neuro-paralytique* qui ne présente, de même que l'herpès cornéen, rien de particulier dans le tabes. Ce sont toutes deux des affections rares dans cette maladie. La kératite est souvent précédée de violentes douleurs névralgiques périorbitaires unilatérales. La lésion siège plutôt sur les parties déclives, mais presque toujours l'ensemble de la cornée se trouble et se dépolit. Il est à remarquer que celle-ci est insensible. L'évolution est rapide, la cornée se ramollit et se perfore. Il s'agit d'un véritable mal perforant; c'est là une lésion tardive, une véritable complication du tabes.

Nous n'avons pas à entrer dans de longs détails sur la kératite neuro-paralytique, en ce qui concerne sa pathogénie. Cette dernière est tranchée depuis les expériences de Magendie et de Cl. Bernard sur la section du trijumeau en avant du ganglion de Gasser. A la destruction de la branche ophtalmique, par section expérimentale ou par névrite comme dans le

(1) Le Merle. Th. de Bordeaux, 1900; — *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mai 1900.

(1) Hayem. Soc. de biol., août 1879.
(2) Pierret. Loc. cit.
(3) Berger. Acad. des sciences, juin 1888; — *Arch. f. Augan*, 1888-1889; — *Revue de méd.*, mars 1890.

tabes, une infection surajoutée est nécessaire pour produire le mal perforant de la cornée.

II. Troubles vaso-moteurs et sécrétoires. — Ces troubles comprennent l'étude de la *dacryorrhée* (1) *et de l'épiphora* des ataxiques. Il ne s'agit pas là seulement de troubles sécrétoires intéressant la seule glande lacrymale, mais aussi toutes les glandes de l'œil. L'observation de ce symptôme n'est pas de date récente. Déjà Trousseau (2) avait signalé dans l'ataxie locomotrice une exagération de sécrétion de la conjonctive, qui subissait elle-même un certain degré d'inflammation. Duchenne [de Boulogne (3)] avait également noté la vascularisation de cette membrane. Pierret signale l'épiphora unilatéral ou bilatéral, mais le rapporte à des paralysies musculaires. Nous signalerons la thèse de Petrolucci (4) sur l'*épiphora ataxique*, sévèrement jugé par Féré (5). Celui-ci le premier, fait ressortir le véritable caractère du larmoiement dans l'ataxie locomotrice. Une de ses observations est typique à cet égard; il s'agissait d'un malade, tabétique avéré, chez lequel les douleurs lancinantes se firent d'abord sentir à la face.

Pendant les crises une rougeur envahissait la pommette, puis les paupières et la conjonctive, et un larmoiement considérable survenait en même temps que des sueurs abondantes, après lequel il ne restait aucune trace d'inflammation. Féré faisait remarquer que tous les autres symptômes du même ordre (hyperhydrose, sialorrhée, gastrorrhée, entrorrhée) se produisent simultanément, et il les attribuait à des troubles vasomoteurs. Kœnig rapporte une observation avec crise de larmoiement et douleurs fréquentes. Ed. Berger a vu lui aussi souvent des crises de larmes, mais sans douleurs fulgurantes péri-orbitaires.

Il semble bien qu'il s'agisse là de troubles sécrétoires devant être rattachés soit à une hyperexcitation du trijumeau, soit à une paralysie du sympathique.

D. **Atrophie papillaire.** — L'atrophie papillaire ressortirait bien évidemment des troubles trophiques. Mais en raison de son importance nous en faisons un paragraphe à part. C'est, en effet, un symptôme fréquemment observé au cours du tabes. Nous n'avons pas ici l'intention de faire une étude très complète de l'atrophie papillaire tabétique, du tabes-cécité, renvoyant pour plus de détails à la remarquable revue de M. Léri (6), à laquelle nous faisons de nombreux emprunts.

1. Fréquence. — La plupart des statistiques récentes fixent entre 10 et 30 p. 100 la proportion de tabes, qui s'accompagne d'atrophie optique : Fournier 15 p. 100, Uhthoff 20 p. 100. Les statistiques varient d'ailleurs suivant qu'elles sont faites par des neurologistes ou des ophtalmologistes. Celles de ces derniers sont naturellement plus élevés, puisqu'elles ne s'appliquent qu'aux tabétiques présentant des manifestations oculaires.

Comme le tabes lui-même, l'atrophie optique s'observe surtout entre trente et cinquante ans. Elle serait plus fréquente chez la femme d'après Mendel (1). Elle peut exister et même avec fréquence chez les jeunes sujets atteints de tabes juvénile [4 cas sur 9 observations citées par Raymond (2)], et aussi à un âge très avancé.

2. Epoque d'apparition. — L'atrophie est un symptôme précoce. Elle peut demeurer plusieurs années l'unique signe du tabes et dans plus des deux tiers des cas, elle survient dans la période préataxique. Elle est moins fréquente dans la période ataxique, exceptionnelle au cours de la période paralytique.

3. Siège et nature des lésions. — Toutes les opinions ont été émises sur la forme, la nature et l'origine des lésions de l'atrophie optique tabétique. Les uns à la suite de Popoff [1893 (3)], Moxter (4), von Michel (5), de Grosz (6) en placent le point de départ dans la rétine : les lésions seraient donc essentiellement périphériques; elles occuperaient tout d'abord la couche des cellules ganglionnaires de la rétine et des fibres nerveuses pour gagner ensuite le tronc du nerf optique, suivant une direction centripète. Ils en donnent pour preuves que le chiasma et la bandelette optique sont presque toujours indemnes au début. et que plus tard, les lésions sont toujours moins prononcées à ce niveau qu'à la périphérie du tractus optique (théorie rétinienne).

Pour les autres, il s'agit de névrite du nerf optique, névrite interstitielle pour certains, comme Virchow, parenchymateuse avec prolifération conjonctive secondaire pour d'autres (Vulpian, Charcot). Charcot, Erb, Gowers admettaient que le processus débutait par les parties périphériques, et gagnaient les parties axiales. Pour Poncet [1882 (7)] c'est le contraire. Certains enfin croient à la dégénérescence sans aucun ordre : Leber (8), Westphall (9), Hoffmann (10), Uhthoff, de Wecher (11).

De récents travaux (1904, 1905), Marie (12) et Léri (13)

(1) Kœnig. Dacryorrhée ataxique, *Progrès méd.*, 1891.

(2) Trousseau. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. II.

(3) Duchenne. Recherches cliniques sur l'état du grand sympathique dans l'ataxie, *Gaz. hebdom. de méd.*, 1864.

(4) Petrolucci. *Epiphora ataxique*, Th. de Montpellier, 1886.

(5) Féré. Soc. de biol., janv. 1887. — *Sem. méd.*, 12 janv. 1887.

(6) Léri. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1904.

(1) Mendel. Tabes chez la femme, *Semaine méd.*, 1901.

(2) Raymond. *Leçons sur le système nerveux*, 1898.

(3) Popoff. *Journ. de neurol. de Kazan*, 1893; *Deuts. Zeits. f. Nervenk.*

(4) Moxter. *Deuts. med. Wochens.*, 1895, n° 36; *Zeits. f. Medicin*, 1896.

(5) Von Michel. Congr. de Moscou, 1897; Soc. d'ophtal.

(6) De Grosz. Soc. hongr. des sc. nat., mars 1898; Congr. d'Utrecht, 1899.

(7) Poncet. Soc. de biol., fév. 1882.

(8) Leber. *Arch. f. Ophtalm.*, 1868.

(9) Westphall. *Arch. f. Psych*, XV, p. 3.

(10) Hoffmann. Uber das Verhalten der Schnurwenatrophie bei Tabes, *Inaug. Dissert.*, Berlin 1888.

(11) De Wecker et Landolt. *Traité d'ophtalmologie*, 1889.

(12) Marie et Léri. Bandelettes optiques et tabes-cécité, Soc. de neurol., 1905.

(13) A. Léri. Etude de la rétine et du nerf optique dans l'amaurose tabétique, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1904, nos 4 et 5.

concluent que l'atrophie tabétique ne commence pas par la rétine; ils trouvent dans tous les cas un nombre assez grand de cellules ganglionnaires. Les lésions du nerf ont une origine vasculaire. Ceux-ci sont soit augmentés de volume par hypertrophie des travées conjonctivo-névrogliques, qui séparent normalement les fibres nerveuses, soit le plus souvent diminués de volume; ils ne présentent plus alors qu'un semis de nodules fibreux extrêmement nombreux disséminés sur un fond uniforme parsemé de cellules névrogliques.

Les lésions du chiasma sont les mêmes que celles du nerf optique.

Les bandelettes optiques présentent une simple atrophie des conducteurs nerveux.

Nous n'insisterons pas sur les lésions de méningite diffuse de la base, analogues à celles de la paralysie générale, ni sur l'état des lésions de la moelle qui sont tantôt celles du tabes incipiens, tantôt celles du tabes vulgaire le plus caractérisé. Ce dernier fait a son importance au point de vue de la valeur pronostique de la cécité.

4. Aspect ophtalmoscopique. — Il se présente sous deux formes : l'hyperémie de la papille avec névrorétinite, et l'atrophie optique simple.

a. *Névrorétinite* (1). — L'image de la papille n'est plus nette et celle-ci est difficile à distinguer. Les bords deviennent flous; les vaisseaux, artères et veines, sont hyperémiés, augmentés de volume; la papille est légèrement saillante et peut disparaître à peu près complètement.

Cet aspect qui peut se montrer au début de l'atrophie tabétique est exceptionnel. D'après Uhthoff, il ne serait jamais la conséquence directe du tabes lui-même, et devrait être rapporté à la syphilis ou à une affection locale du globe oculaire.

b. *Atrophie optique simple ou primitive.* — C'est la forme chronique. Elle est dite simple ou primitive, par opposition à l'atrophie post-névritique, qu'on observe à la suite de l'inflammation du nerf optique.

Ici la papille perd peu à peu sa coloration rosée et devient très pâle. Elle prend une teinte blanche, éclatante, *crayeuse*, tranchant vivement sur le fond rouge du globe oculaire. Elle apparaît sous l'aspect d'un petit disque blanc souvent comparé à un pain à cacheter. Les vaisseaux sont appliqués à sa surface, de calibre normal, non sinueux, contrairement à ce qu'on observe dans l'atrophie postnévritique.

5. Symptomes cliniques. — Ces altérations de la papille entraînent nécessairement des troubles fonctionnels caractérisés par des modifications du champ visuel et de l'acuité visuelle. Ils apparaissent progressivement, leur marche est lente comme l'atrophie elle-même.

Rarement, au contraire, la cécité paraît soudaine et bilatérale. Mais dans ces cas, elle est toujours transitoire, dure quelques heures ou quelques jours, apparait dans la période préataxique. Il s'agit d'une « attaque amaurotique » due à une paralysie du nerf optique absolument comparable aux paralysies oculomotrices passagères de la période préataxique.

(1) Terrien. Atrophie optique tabétique, *Presse méd.*, 1905.

Le plus souvent, le *début* est *lent et monooculaire.* C'est là un caractère essentiel d'après Galezowski et Fournier. Ce fait distingue l'atrophie tabétique au début de certaines névrites toxiques du nerf optique, où le début des troubles oculaires est simultané pour les deux yeux. L'œil, le premier frappé, est toujours, d'après Galezowski, le plus atteint.

Deuxième caractère important : « L'évolution de l'amaurose est *lente, continue, graduellement progressive.* » Même dans ce cas, elle peut paraître soudaine d'un côté quand, la cécité étant devenue progressivement complète de ce côté sans que l'autre œil ait été notablement atteint, le malade ne s'est pas trouvé gêné; il suffit qu'un simple hasard lui fasse fermer l'œil resté complètement sain pour qu'il s'aperçoive brusquement qu'il ne voit plus du tout de l'autre côté.

Les auteurs évaluent à trois ans la durée moyenne totale de l'évolution de l'amaurose tabétique (Berger), la durée minima étant de quelques mois, la durée maxima variant de cinq à dix, quinze ans et davantage. M. Léri distingue deux périodes successives : la première d'évolution relativement aiguë (elle correspond sans doute à la phase de névrorétinite) durant de quelques mois à un ou deux ans, pendant laquelle le malade perd graduellement toute vision distincte, toute notion de la forme et de la couleur des objets, la seconde d'évolution essentiellement chronique durant de quatre à dix ans et plus, pendant laquelle le malade distingue encore le jour de la nuit.

Pour les auteurs classiques, c'est la *notion des couleurs* qui disparaît la première [Benedict (de Vienne)]. Cette dyschromatopsie suivrait, d'après Galezowski, Charcot, une évolution à peu près fixe : le vert disparaîtrait le premier, puis le rouge; le jaune et le bleu survivraient les derniers. La notion des contours des objets disparaîtrait ensuite, puis la sensation de lumière. Pour M. Léri, cette évolution ne serait point aussi nette. Peut-être ne faut-il voir dans tous ces phénomènes qu'une simple diminution de l'acuité visuelle.

Etudions maintenant, plus en détail, les modifications du champ visuel et de l'acuité visuelle.

a. *Champ visuel.* — Les modifications du champ visuel ont été très discutées, et les auteurs ne sont pas d'accord. Leber admet un rétrécissement concentrique, Galezowski un rétrécissement périphérique, von Græf un rétrécissement nasal, Schweiger un rétrécissement temporal. Nous rangerons ces modifications du champ visuel sous trois chefs (1) : rétrécissement concentrique, rétrécissement en secteur, diminution totale.

α. *Rétrécissement concentrique* (Leber). — C'est une forme fréquente. Le champ visuel est rétréci à la fois pour le blanc et les couleurs. Le rétrécissement peut atteindre un degré considérable, mais en ce cas l'acuité visuelle est toujours diminuée. Tout à fait au début, le champ visuel pour les couleurs est tout d'abord intéressé, et on peut constater un rétré-

(1) Terrien. Loc. cit.

cissement, alors que les limites pour le blanc sont sensiblement normales. Il est rare que le rétrécissement soit absolument concentrique; il est plus accentué d'un côté que de l'autre (Charcot).

β. *Rétrécissement en secteur.* — L'inégalité du rétrécissement peut être beaucoup plus considérable; un ou plusieurs quadrants du champ visuel ont tout à fait disparu, alors que le reste du champ visuel est seulement rétréci, ou même a conservé son étendue normale.

Il faut rapprocher du rétrécissement en secteur les cas d'hémianopsie homonyme ou hétéronyme observés au cours du tabes. Il ne s'agit pas là de l'hémianopsie vraie. Lorsque celle-ci existe, elle apparaît comme complication et reconnaît pour cause une lésion cérébrale ou basale d'origine syphilitique. Le rétrécissement de forme hémianopsique s'en distingue par les caractères suivants : la partie perdue du champ visuel dans les deux yeux est rarement symétrique; si l'on examine avec attention le champ visuel dans tous ses diamètres, on constate que le scotome n'est pas exactement limité par une ligne verticale ou horizontale, comme cela est la règle dans l'hémianopsie classique. Il se prolonge plus ou moins à chacune de ses extrémités sur la moitié du champ visuel demeurée saine.

γ. *Diminution totale.* — C'est la forme la plus fréquente. Ici il semble que le nerf tout entier soit intéressé. Les lésions sont particulièrement diffuses; les troubles occupent toute l'étendue du champ visuel. La vision est indistincte, à la fois pour le blanc et pour les couleurs, et cela dans les parties périphériques aussi bien que dans les centrales. Le vert et le rouge disparaissent les premiers; le bleu et le jaune persistent plus longtemps; le blanc disparaît le dernier.

Etudions maintenant les altérations de la vision centrale.

δ. *Acuité visuelle.* — Comme pour le champ visuel, on devra rechercher le degré d'acuité visuelle à la fois pour le blanc et pour les couleurs.

Les troubles de la vision des couleurs apparaissent de bonne heure au cours de l'atrophie tabétique, souvent même alors que la vision centrale est encore intacte. Comme pour la vision périphérique, c'est tout d'abord le vert puis le rouge qui se perdent peu à peu. Cependant, au début, un éclairage intense permet de distinguer des couleurs qui ne le seraient pas avec un éclairage faible.

La vision centrale est conservée assez longtemps, quelquefois même le champ visuel peut être rétréci et l'acuité visuelle relativement bonne, et permettre un travail appliqué. Elle diminue, en même temps que le rétrécissement du champ visuel progresse pour disparaître tout à fait après un temps variable.

Exceptionnellement on a noté au début l'apparition d'un scotome central, alors que le champ visuel était encore normal. Cette forme clinique est caractéristique de l'amblyopie alcoolique et tabagique. Elle ne se rencontre que 2 fois p. 100 dans le tabes, d'après Uhthoff. Et encore un examen attentif révèle-t-il très souvent en pareil cas des altérations périphériques du champ visuel. On constate presque toujours en un point quelconque de la périphérie une limitation partielle ou totale.

D'ailleurs, l'évolution ultérieure de l'affection permettra d'éviter toute confusion. Le pronostic de l'amblyopie toxique est favorable et la rétrocession des lésions est la règle, si l'on supprime l'intoxication et les habitudes alcooliques. Au contraire, le scotome central du tabes ne fera que se compléter et aboutira nécessairement à la cécité.

Sens lumineux. — Il est d'ordinaire peu altéré; les tabétiques sont peu gênés par la diminution d'éclairage, sauf pour la vision des couleurs. Il est exceptionnel de constater de l'héméralopie. Bien entendu, lorsque l'atrophie optique est absolue, et que l'acuité visuelle et le champ visuel sont complètement perdus, la sensation lumineuse elle-même finit par disparaître, et le malade ne perçoit même plus la lumière.

Mais un fait intéressant à signaler, et qu'il n'est pas « rare de rencontrer chez certains atrophiques, qui ne perçoivent même plus la lumière, ce sont des sensations lumineuses subjectives. C'est ainsi que certains jours, pendant toute la journée, par exemple, le sujet est plongé dans le noir absolu. Au contraire, d'autres fois, il lui semble se trouver entouré d'une lumière relativement intense. Il voit blanc. Souvent ces phénomènes se succèdent avec des alternatives assez régulières. Il est à noter que les jours noirs sont beaucoup plus difficilement supportés par les malades, que les jours blancs. Ces sensations n'ont aucune valeur pronostique, mais elles peuvent entretenir chez ces malades une certaine illusion et leur laisser espérer une amélioration possible » (Terrien).

b. *Valeur séméiologique et pronostique.* — L'atrophie papillaire peut rester longtemps l'unique symptôme de tabes. Toutefois, elle ne peut suffire à elle seule pour établir le diagnostic causal. Associée, au contraire, à un autre symptôme du tabes elle acquiert une importance capitale.

Elle apparaît presque toujours de bonne heure, à la période préataxique, et c'est en raison de sa fréquence et de son importance que nous avons insisté longuement sur les troubles fonctionnels dont elle est le substratum.

Bien plus on a discuté son influence heureuse sur la marche du tabes. Les symptômes oculaires semblent imprimer à l'affection un caractère stationnaire. Déjà Fournier [1882 (1)] décrit la forme amaurotique du tabes comme une forme fruste. Benedict [1881 (2)] le premier note une relation entre la cécité et la *bénignité définitive* de l'affection spinale; il admet même plus tard (1889) la rétrocession des phénomènes tabétiques même moteurs sous l'influence de la cécité. Déjerine et Martin [1890 (3)] vont moins loin : l'atrophie papillaire souvent au début du tabes, écrivent-ils, arrête presque toujours l'évolution de la sclérose des cordons postérieurs. Gowers (4) sé-

(1) Fournier. Loc. cit.

(2) Benedict. Ueber Ætiologie, Prognose und Therapie der Tabes, *Wien. med. Presse*, 1881.

(3) Déjerine et Martin. Soc. de biol., juin 1890.

(4) Gowers. *Brit. ophtalm. Soc.* et *Lancet*, 1883.

pare l'amaurose précoce et rapide avec peu ou pas d'incoordination motrice de l'amaurose tardive, lente, et ordinairement incomplète; P. Marie (1) en 1892 adopte l'opinion de Gowers. P. Marie et Switalski [1900 (2)] séparent le tabes avec atrophie papillaire, de l'atrophie papillaire des tabétisants, et concluent que la bénignité du tabes-cécité n'est que relative; Léri enfin, dans sa thèse, va plus loin; il considère l'atrophie papillaire tabétique et le tabes vulgaire comme deux localisations distinctes d'un même processus, n'ayant entre elles qu'un rapport étiologique, l'infection syphilitique.

III

Conclusion. — Telles sont les modifications que présente dans le tabes l'organe de la vision. Il semblerait que nous devrions terminer par un chapitre traitement.

Par malheur, il semble qu'il n'y en ait aucun, et les cas de paralysies oculaires, de cécité guéries par la suspension dans le tabes semblent bien plutôt ressortir de ces faits de paralysies précoces, curables, mais spontanément curables, suivant l'expression de Fournier, que nous avons signalées. Il n'en est pas moins vrai que l'étude de l'œil tabétique n'est pas illusoire. Toutes ses manifestations morbides apparaissent à la période préataxique, et certaines constituent des signes qu'on retrouve dans tout tabes. Par la date de leur apparition, ils sont les éléments d'un diagnostic précoce. Nous avons suffisamment insisté à propos de chacun d'eux, sur leur valeur séméiologique pour n'avoir point besoin d'y revenir ici. Nous avons eu surtout en vue de faire une étude clinique, et c'est pourquoi nous avons souvent rejeté dans l'ombre l'anatomie pathologique et la pathogénie. Nous avons voulu grouper dans une étude d'ensemble les différents phénomènes cliniques que présente à l'examen l'œil d'un tabétique. Et nous avons pu constater, que plus encore que dans les autres régions, les lésions étaient complexes, qu'elles affectaient tous les tissus, cornée, iris, rétine, tous les nerfs, aussi bien ceux du mouvement que ceux de la sensibilité quelle qu'elle soit, Tout dans l'œil tabétique présente une allure spéciale. Il n'est pas jusqu'au regard lui-même, qui ne soit particulier : « œil brillant, regard atone, » tel l'a défini Gilles de la Tourette (3).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1908)

Tumeurs inflammatoires intra-abdominales. — Cette intéressante question soulevée à l'occasion d'une observation de M. Proust mérite l'attention des chirurgiens.

M. LEJARS nous a fait un rapport sur un nouveau cas apporté par M. Delbois. Il s'agit d'une jeune femme qui était atteinte d'un gros fibrome utérin remontant jusqu'aux fausses côtes. Le fibrome fut enlevé. Les suites de l'opération furent quelque peu compliquées et traînèrent en longueur. La malade s'amaigrit, s'émacie. Deux mois après l'intervention elle tomba dans un état cachectique. M. Delbois constata alors la présence, dans la région sous-hépatique, d'une tumeur dure, douloureuse, grosse comme une orange. Il fit une laparotomie sus-hépatique, arriva sur la vésicule biliaire qu'il trouva normale. Au-dessous se trouvait une tumeur dure, grisâtre, adhérente, faisant corps avec l'angle correspondant du côlon. Le médecin qui assistait M. Delbois pensa qu'il fallait réséquer cette partie du côlon. Cependant non sans peine, M. Delbois parvint à décortiquer la tumeur et à l'enlever. A la coupe macroscopiquement, elle avait toutes les apparences d'un cancer. Cependant, sauf une fistule stercorale qui se ferma d'elle-même, les suites furent des plus simples, la malade guérit et elle est aujourd'hui dans un état florissant. Il s'agissait donc d'une tumeur purement inflammatoire. Ce fait peut être superposé à celui de M. Proust.

Il est bien entendu, fait remarquer M. Lejars, que le diagnostic de ces tumeurs inflammatoires reste toujours difficile. Toutefois, il est peut-être plus facile après une première intervention qui a pu laisser après elle une lésion inflammatoire. Dans les cas où cette lésion se produit spontanément, le diagnostic devient plus difficile. Il n'y a guère que l'apparition de la fièvre qui pourrait mettre sur la voie du diagnostic, celle-ci n'existant pas dans le cancer.

Chirurgie stomacale. — La communication faite récemment par M. Delbet sur l'inutilité apparente de la gastro-entérostomie dans les cas où le pylore est libre, ainsi que cela avait lieu chez les animaux sur lesquels il fit ses expériences, semble avoir apporté quelque émoi dans l'esprit de ceux de nos confrères qui s'occupent plus particulièrement de chirurgie gastrique. Aussi devenait-il intéressant de connaître l'opinion des plus autorisés en la matière. C'est pourquoi la communication de M. Ricard a été écoutée avec un vif intérêt.

Il résulte donc, dit M. Ricard, des expériences de M. Delbet que la bouche stomacale, dans ses expériences, ne fonctionne pas. Ainsi que l'ont fait remarquer MM. Tuffier et Hartmann, les expériences de M. Delbet ne font que confirmer une opinion déjà connue des chirurgiens s'occupant de la chirurgie stomacale.

M. Ricard rappelle les conclusions des rapports présentés au Congrès international de chirurgie de Bruxelles par MM. Monprofit (d'Angers) et Mayo-Robson (d'Amsterdam).

Pour le premier, il est bien entendu que les affections chroniques de l'estomac sont presque toujours justiciables de la gastro-entérostomie.

Quand tous les régimes et tous les traitements ont échoué, quand il faut maintenir le malade au régime lacté, la gastro-entérostomie intervient comme dernière ressource. Même conclusion de la part des deux autres rapporteurs. Mais il est bien entendu, dit M. Ricard, que les malades devront, après comme avant l'opération, suivre un traitement diététique spécial. La gastro-entérostomie n'est qu'un acte chirurgical au cours d'un traitement médical.

D'après certaines statistiques, cette opération donnerait 7 p. 100 de mauvais résultats, 39 p. 100 de résultats médiocres et 54 p. 100 de bons résultats. Mais il est bien certain que, même dans les cas où on obtient de bons résultats, elle ne supprime pas l'estomac.

M. Tuffier a étudié les résultats de l'opération, au point de vue de la digestion, à l'aide de la radioscopie. M. Ricard ne suivra pas son collègue dans ces recherches.

Il aborde ensuite la question du circulus viciosus. Il possède, à ce sujet, trois faits personnels dont deux ne sont pas de vrais faits de circulus viciosus.

Le premier cas qu'il a observé se rapporte à une jeune fumme du service de Rendu, émaciée, ne pouvant plus tolérer aucune nourriture, chez laquelle il pratiqua sa première gastro-entérostomie. Il fixa une anse jéjunale à la paroi antérieure de l'estomac. La malade continua à vomir à pleines cuvettes. Le troisième jour, M. Ricard fit une nouvelle laparotomie; il constata qu'une des anses intestinales était très dilatée, tandis que celle qu'il avait fixée à l'estomac était aplatie; elle ne fonctionnait pas, il fit alors une anastomose jéjuno-jéjunale;

(1) R. MARIE. *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892.

(2) P. MARIE et SWITALSKI. Congr. de Paris, 1900

(3) GILLES DE LA TOURETTE. Acad. des sc., fév. 1899.

le malade cessa de vomir et guérit. C'était donc là un cas bien net de circulus viciosus.

Dans le second cas, il s'agissait d'une sage-femme chez laquelle M. Ricard pratiqua une gastro-entérostomie pour accidents graves. Elle continua à vomir après l'opération; M. Ricard rouvre l'abdomen le troisième jour, fait une jéjuno-jéjunostomie; les vomissements persistent; la malade s'est énergiquement refusée au lavage de l'estomac; M. Ricard fait une troisième laparotomie, ne constate rien d'anormal et fait une nouvelle gastro-entérostomie. La malade continue à vomir; M. Ricard croyait avoir eu affaire à un circulus viciosus; c'était un cas de dilatation aiguë de l'estomac que nous a décrit M. Reynier.

Troisième cas : Sténose pylorique, gastro-entérostomie difficile, vomissements bilieux, température à 38 degrés, douleurs. M. Ricard rouvre l'abdomen et constate, autour de la bouche, un peu de rougeur, quelques exsudats, un peu de liquide; une partie du surjet fait défaut; en somme, il y a un peu de péritonite localisée autour de la bouche stomacale; un bon nettoyage et un bon drainage en eurent aisément raison et cette malade guérit.

Voilà donc 3 cas dans lesquels on pouvait croire avoir affaire à un circulus viciosus. Le premier seul fut un vrai cas de circulus viciosus, le second était un cas de dilatation aiguë de l'estomac, et le troisième un cas de péritonite localisée. Les cas de vrai circulus viciosus sont, en réalité, très rares.

M. Ricard aborde ensuite la question du meilleur procédé opératoire. Il est de l'avis de Delbet; tous les procédés se valent; le mieux est alors de choisir le plus simple. C'est à la gastro-entérostomie postérieure par le procédé de Van Hacker qu'a recours M. Ricard. En principe, il faut faire une bouche assez large, la placer dans le point le plus déclive et le plus près possible du pylore. C'est par ces trois principales conclusions que M. Ricard termine son intéressante communication.

M. Souligoux estime que les mêmes règles doivent guider le chirurgien, qu'il s'agisse de l'estomac ou de l'intestin. Il est bien entendu que la nouvelle bouche stomacale est inutilisée s'il n'y a pas d'obstacle du côté du pylore. En cas d'ulcère, la gastro-entérostomie donne d'excellents résultats. Comme M. Ricard, M. Souligoux donne la préférence au procédé de Van Hacker. Il fait une bouche pas trop large; 3 à 3 centimètres et demi de diamètre lui paraissent très suffisants.

M. Guinard pense qu'il est facile de faire connaître l'expérimentation et la clinique. Les expériences de Delbet confirment ce fait que la bouche stomacale n'empêche pas le passage par la voie naturelle. Mais nous savons que dans les cas de spasmes du pylore, par exemple, la gastro-entérostomie fait cesser le spasme pylorique.

Comme M. Ricard, M. Guinard considère le vrai circulus viciosus comme très rare. Il a vu, après une gastro-entérostomie, se produire une hypersécrétion du suc gastrique, une véritable gastrosuccorée avec vomissements abondants.

Comme M. Ricard, M. Guinard donne la préférence à la gastro-entérostomie postérieure pratiquée aussi près que possible du pylore.

M. Routier a fait la gastro-entéro-anastomose antérieure chez une jeune fille de vingt-trois ans qui vomissait tout ce qu'elle prenait. Le pylore était un peu induré. Elle vomit encore après l'opération. Les lavages de l'estomac l'ont guérie.

M. Quénu fait remarquer qu'il y a des cas dans lesquels il est impossible de trouver la cause des accidents. Il y a des vices de circulation de l'estomac qu'on ne peut expliquer. M. Quénu cite un exemple : gastro-entérostomie postérieure, continuation des vomissements, nouvelle laparotomie, gastro-entérostomie antérieure, aucune amélioration; mort; nécropsie : on ne trouve rien qui puisse expliquer les accidents.

M. Arrou a vu un seul cas de circulus viciosus. Même cas que celui que vient de rapporter M. Quénu : vomissements incessants : gastro-entérostomie antérieure, aucune amélioration; réouverture, entéro-anastomose entre les deux anses jéjunales, continuation des vomissements; mort; autopsie : rien. C'est un cas de circulus viciosus sans explication.

M. Hartmann fait intervenir comme cause possible de ces accidents les mouvements antipéristaltiques de l'intestin pouvant faire remonter dans l'estomac les liquides. Il donne plusieurs exemples.

Dans ces cas, il fait le lavage de l'estomac et le fait suivre immédiatement de l'ingurgitation d'un demi-litre de lait, qui a pour effet de pousser les liquides vers l'intestin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 JANVIER 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 2e partie), *Hôtel-Dieu* : (1re série) : MM. Gaucher, Legry et Sicard; — (2e série) : MM. Pierre Marie, André Jousset et Lœper; — — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 21 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Lenormant; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Albarran et Marion; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 22 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Gosset et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Mulon.

1er (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Thiéry et Lepage; — (2e série) : MM. Retterer, Proust et Couvelaire; — (3e série) : MM. Auguste Broca, Potocki et Branca; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 23 janvier, à une heure. — 2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (2e partie, oral) : MM. Raymond, Gouget et Brumpt.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Fernand Bezançon; — M. Nicloux, suppléant

Vendredi 24 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Delens et Proust.

3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Sicard et A. Jousset.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne; — M. Mulon, suppléant.

5e (chrurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Lecène et Ombredanne; — (2e série) : MM. Segond, Gosset et Pierre Duval; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 25 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Jeannin; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 22 janvier 1908, à une heure. — M. Lasaygnes. De l'origine hérédo-syphilitique de l'ozène. (MM. Gaucher, président; Roger, Richaud et Zimmern.) — M. Malaquin. Des métaux colloïdaux. (MM. Roger, président; Gaucher, Richaud et Zimmern.) — M. Vaysse. Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Rigollot-Simonnot. L'occlusion intestinale après la gastro-entérostomie et sa prophylaxie. Etude critique des procédés de gastro-entérostomie. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 10 janvier : MM. Rolland, 11 ; Bouhey, 4 ; Velter, 12 ; Bachy, 9 ; Perrin, 2 ; Fontorbe, 5 ; Séguinot, 10 ; Ferrand, 7 ; Molard, 6 ; Fassou, 7.

Pathologie. — Séance du 11 janvier : MM. Monod (Robert), 6 ; Bertier, 10 ; Petit (Paul), 11 ; Ferté et Lechevallier, 8 ; Sourdille, 7 ; Martingay, 12 ; Prélat, 8 ; Boivin, 7 ; Ferry (Charles), 6.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le *prix Jeunese* (histologie, 750 francs) est attribué à M. Branca, pour ses travaux sur l'histologie.

Le *prix Barbier* (2 000 francs) est décerné à M. Guisez, pour ses appareils pour la broncho et l'œsophagoscopie.

Le *prix Saintour* (3 000 francs) est attribué à M. Josué.

Thèses récompensées. — *Médailles d'argent.* — MM. Brelet, Chiray, Chirié, Gernez, Lœderich, Leenhardt, Lhermitte, de Martel, Nepveu, Okinczye, Raspail, Roblin, Rouchy, Roussy, Thaon.

Médailles de bronze. — MM. Albès, Bourguignon, David, Deglos, Delmas, Deshayes, Denéchau, Fauconnier, Galippe, Genévrier, Giraudeau, Giron, Gimbert, Guillon, Israëls de Jong, Landowski, Le Gentil, Lelièvre, Lemaire, Marsan, Martineau, Maumus, Mazilier, Merry, Nandrot, Pathault, Rottenstein, Siguret, Thévenin.

Mentions honorables. — MM. Aumaître, Capette, Chabriez Clément, Couffon, Debrovici, de Fourmestraux, Georges, Guyot, Le Sourd (Etienne), Neveu, Pageot, Ortal, Ramond, Ruault, Schmiergeld, Siegel, Trouvé, Vayanos, Verniac, Vollet, Vornière.

— Inscriptions. — Les inscriptions de troisième et de quatrième année, pour le deuxième trimestre 1907-1908, sont délivrées jusqu'au 18 janvier tous les jours, excepté le mardi 14 janvier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Gaudier, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à ladite Faculté.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours pour la nomination à une place de médecin en chef dans les asiles publics du département de la Seine sera ouvert le jeudi 5 mars 1908, à deux heures précises, à la Préfecture de la Seine, à Paris.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, service des aliénés, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 20 janvinr au jeudi 13 février 1908, inclusivement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Chaleix-Vivie (de Bordeaux) et Édouard Regnoul (de Villeneuve-la-Guyard).

HOPITAL SAINT-ANTOINE (service de M. le docteur Albert Mathieu). — Maladies de l'appareil digestif. — Pendant le semestre d'hiver jusqu'en avril, M. le docteur Mathieu, aidé de ses assistants, fera une série de conférences ; ces leçons auront lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous, dans le service de la consultation (20, rue de Cîteaux).

Le mardi à dix heures : Examen des malades de la consultation externe, par M. le docteur Mathieu.

Le mercredi à dix heures et demie : Conférence de M. le docteur J.-Ch. Roux.

Le jeudi à dix heures et demie : Conférence de M. le docteur Mathieu.

Le vendredi à dix heures : Conférence de M. le docteur Laboulais, sur les méthodes d'exploration gastro intestinale

ou de M. le docteur Moutier sur l'anatomie pathologique de l'appareil digestif.

Le lundi à dix heures : Visite dans la salle Chomel. Conférence et présentation de malades.

HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES, 28, rue Serpente. — M. Kolbé (de Châtel-Guyon) fera, à partir du 27 janvier 1908, à six heures du soir, une série de conférences avec projections, présentations de préparations microscopiques et d'appareils sur la « bioscopie médicale de l'estomac et de l'intestin par les rayons X, l'examen coprologique et la recto-sigmoïdoscopie ».

M. Scrini fera, à partir du mercredi 5 février, à six heures du soir, une série de conférences sur les « nouvelles médications et les indications thérapeutiques dans les maladies les plus fréquentes des yeux ».

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (30 nov. 1907.) A. Robin : Traitement du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications cardiaques par les ferments métalliques. — (8 déc.) E. Rochard : Du cancer dans ses rapports avec les accidents du travail. — (15 déc.) Manquat : Influence de l'arthritisme sur la descendance. Déductions doctrinales et hygiéniques. — A. Robin : Traitement du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications cardiaques par les ferments métalliques (*fin*). — (23 déc.) Rochard : Du traitement des tumeurs malignes par les rayons de Röntgen.

Bulletin médical. — (N° 92, 27 nov. 1907.) H. Vincent : Nouvelles recherches sur l'étiologie du tétanos médical. Influence prédisposante des lésions hépatiques. — Leroux : Rapports de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose pulmonaire chronique chez les enfants. — (N° 93, 30 nov.) Granjux : Les tuberculoses militaires et les responsabilités. — Le Fur : L'autonomie des Facultés et Ecoles de province. — (N° 94, 4 déc.) A. Charpentier : Les manifestations hystériques (le pithiatisme). — (N° 95, 7 déc.) Paul Berger : Les causes des récidives à la suite de la cure radicale des hernies inguinales. Hernies crurales qui se développent à la suite de la guérison d'une hernie inguinale. — R. Cruchet : Le nouveau-né et l'enfant dans les œuvres de Buffon. — Paul Sainton : Le signe du frontal dans le goitre exophtalmique. — (N° 96, 11 déc.) F. Bezançon et A. Philibert : Etude comparée de l'acido-résistance du bacille tuberculeux et des bacilles dits acido-résistants. — (N° 97, 14 déc.) Pinard : De la responsabilité médicale. Exercice illégal de la médecine légale par un juge d'instruction. Usurpation du rôle d'accusateur public par un médecin expert. — Le Gendre : Quelques aspects de la goutte chez les contemporains. — Malherbe : Comment le médecin praticien peut arriver au diagnostic précis des différentes variétés de surdité chronique. — (N° 98, 18 déc.) Queyrat : Le professeur Grancher. — (N° 99, 21 déc.) A. Robin : Le traitement médical des phlébites. — Fernand Besançon : De la diminution du murmure vésiculaire aux sommets et en particulier au sommet droit. Sa valeur séméiologique. — (N° 100, 25 déc.) Hutinel : L'enseignement de la pediatrie à la Faculté de Paris. Leçon d'ouverture. — (N° 101, 28 déc.) Pinard : De la responsabilité médicale; lamentables conséquences d'une hémorragie rétro-placentaire.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 44, 2 nov. 1907.) Erben : Sur la teneur en lécithine des érythrocytes dans le diabète sucré. — (N° 45, 9 nov.) Sofer : La lutte contre la malaria en Autriche. — (N° 46, 16 nov.) Binz : Sur les maladies vénériennes dans l'antiquité.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 31 oct. 1907.) Aschaffenburg : Les nouvelles théories de l'hystérie. — Klieneberger : Examen de l'intelligence des écoliers et des étudiants. — Kölpin : Absence du phénomène des orteils sans aucune affection appréciable du système nerveux. — Wolff-Eisner : Sur l'absence de glycogène dans les leucocytes dans la leucémie myéloïde avec remarques sur son importance pour la doctrine de l'immunité et la théorie de la phagocytose. — Cassel : Remarques sur la méningite cérébro-spinale chez les enfants à Berlin. — Bournes : Les luxations de l'articulation de Lisfranc. — Hœne : Sur le peu d'utilisation du traitement de la syphilis par les suppositoires au mercure. — (N° 45, 7 nov.) Brentano : Principe pour le traitement des hernies. — Martens : Technique de l'opération de l'ulcère perforant de l'estomac. — Wirsing : Intoxication par le plomb avec affection oculaire. — Alexander : Sur un cas de cirrhose traumatique du foie. — Haecker : Contribution anatomique et clinique à la connaissance de la rupture bilatérale du tendon du quadriceps immédiatement au-dessus du bord supérieur de la rotule. — Alsberg : Hyperalgésies de la peau et leur importance en gynécologie. — Frickenhaus : Les préparations modernes d'argent sont-elles dénuées d'action caustique. — Buttersak : Intoxications aiguës après lavements d'huile. — (N° 46, 14 nov.) Koch : Rapport définitif sur l'œuvre de l'expédition allemande pour l'étude de la maladie du sommeil. — Hering : Sur l'analyse du pouls veineux. — Schlayer : Sur la question des substances hypertensives dans le sang au cours de la néphrite chronique. — Kretschmer : Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis héréditaire tardive. — — Brentano : Principes pour le traitement des hernies. — Goldenberg : Prothèses de paraffine dans le but de se soustraire au service militaire.

Medizinische Blætter. — (N° 45, 9 nov. 1907.) Seifert : Contribution à l'étude des paralysies toxiques du larynx. — (N° 46, 16 nov.) Munter : Importance des médicaments physiques dans le traitement du diabète sucré.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 44, 3 nov. 1907.) Velits : Sur le traitement des myomes utérins. — (N° 45, 10 nov.) Velits : Sur le traitement des myomes utérins.

Revue de la tuberculose. — (N° 6, déc. 1907.) S. Arloing, Bayle et Dumarest : Rapports entre la séro-agglutination, la localisation anatomique et l'évolution de la tuberculose chez l'homme. — L. Guinard : Quelques considérations générales sur l'emploi de la tuberculine et des sérums. — Ch. Mantoux : La congestion froide variable des tuberculeux pulmonaires.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 47, 23 nov. 1907.) Jules Mouret : De la résection du cornet inférieur dans la cure radicale de la sinusite maxillaire. — A. Canépele : La laryngoscopie dans le traitement des sténoses laryngées. — (N° 48, 30 nov.) Hanau, W. Lœb : Anatomie des sinus accessoires du nez basée sur la reconstruction de deux têtes. — (N° 49, 7 déc.) E.-J. Moure : Considérations cliniques sur la laryngectomie. — (N° 50, 14 déc.) V. Mérel : Nouveau procédé d'anesthésie et d'hémostase dans l'extraction des osselets. — J.-E. Mathieu : Cancer du larynx et tuberculose. — (N° 51, 21 déc.) Marcel Rollet : De l'influence de l'œil sur l'oreille à l'état normal et pathologique.

(*Voir la suite, page 58.*)

UN NOUVEAU SPHYGMOMANOMÈTRE

ÉTUDE COMPARATIVE DU SPHYGMOMANOMÈTRE DE POTAIN ET DU SPHYGMOMANOMÈTRE DE GROS

Par MM. L. RIMBAUD,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier,
et VENNES,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

La démonstration de la valeur diagnostique et pronostique de la tension artérielle dans les maladies n'est plus à faire. Depuis le jour où Hales, en 1733, commença à étudier la pression du sang, l'étude de cette question progressa rapidement. A cette étude sont attachés les noms de Marey et de François Franck qui imaginèrent une série d'appareils capables d'enregistrer avec précision cette tension chez l'animal en expérience.

Ce fut Basch qui le premier permit de faire entrer cette mensuration dans la pratique clinique en imaginant un sphygmomanomètre qui donnait en centimètres de mercure la force nécessaire pour écraser un vaisseau artériel.

Potain perfectionne l'appareil de Basch et nous donne le sphygmomanomètre qui porte son nom et qui est aujourd'hui universellement employé.

Nous ne décrirons pas cet appareil qui est devenu familier à tout praticien instruit. Mais il suffit d'avoir employé le Potain, et de l'avoir employé souvent, pour se rendre compte, à côté des services qu'il rend, des nombreuses causes d'erreur inhérentes à son emploi.

Aussi avons-nous voulu lui comparer un nouveau sphygmomanomètre que nous devons à E. Gros et dont la description a été donnée en août dans la *Presse médicale* et dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Cet appareil est basé sur le même principe que celui de Riva-Rocci, qui l'a précédé. Il calcule la pression nécessaire pour écraser l'artère humérale, cet écrasement étant révélé par la disparition du pouls radial.

Voici la description que donne E. Gros de son instrument : Il se compose, dit il, d'un brassard de 10 centimètres (au-dessous de cette grosseur, l'oblitération de l'artère dans les gros bras est difficilement obtenue). Il consiste en une bande inextensible glissant entre deux barres parallèles, se serrant rapidement au moyen de deux vis. Le manomètre métallique, de dimensions suffisantes pour résister à de fortes pressions, est gradué en fractions de centimètres, pour que la pression artérielle puisse être calculée en millimètres.

La pression pneumatique est obtenue au moyen d'une poire à valve; par suite de l'application parfaite du brassard au contour du bras, une petite quantité d'air est nécessaire pour obtenir l'oblitération complète de l'artère.

Voici le moyen de déterminer la tension artérielle avec cet instrument; il est préférable que le sujet soit couché pour mieux obtenir le complet relâchement des muscles, et pour que le cœur se trouve au même niveau que le brassard.

Celui-ci est glissé sur le bras nu au-dessus du coude de telle façon que la pelote recouvre la face interne du bras. Le brassard est alors légèrement serré, toutefois pas assez pour offrir obstacle à la circulation de retour.

Au moyen de plusieurs petits coups suivis d'une pression lente et continue exercée sur la poire avec la main droite, la pelote se gonfle d'air et l'artère humérale se trouve comprimée. La main gauche sur le pouls apprécie le moment exact de sa disparition. La pression est indiquée sur le manomètre en millimètres de mercure.

Nous avons fait des essais comparatifs avec cet appareil et le Potain en prenant systématiquement la tension avec ces deux instruments chez les mêmes sujets. Nos recherches ont porté sur 31 individus, 7 sujets sains et 24 malades du service de M. le professeur Grasset.

Chez les sujets sains examinés nous avons trouvé comme moyenne de tension artérielle :

Avec le Potain.......... 17 centimètres.
Avec le Gros .... 12^c2.

Comme moyenne générale, sujets sains et malades observés, nous avons eu :

Avec le Potain.................... 15^c2.
Avec le Gros .... 12^c5.

D'après ces moyennes, nous voyons que le sphygmomanomètre de Gros donne en chiffre absolu, une *tension moindre* que celui de Potain.

Chez les sujets normaux, cette différence a été de 4^c8 en plus pour le Potain.

Nous avons noté d'autre part que la différence de chiffre donnée par les deux appareils était d'autant plus grande que la tension était plus élevée. Pour les basses tensions les deux appareils fournissent des chiffres assez voisins. Ainsi chez une femme, tuberculeuse avancée, nous trouvons :

Avec le Gros.... 10^c à chaque bras.
Avec le Potain... 10^c5 au bras droit.
11^c au bras gauche.

Chez une typhoïsante :

Avec le Gros.... 9^c5 à chaque bras.
Avec le Potain... 12^c5 au bras droit.
13^c au bras gauche.

Pour les tensions élevées la différence s'accentue. Un alcoolique nous donne :

Avec le Gros.... 14^c5 au bras droit,
14^c7 au bras gauche.
Avec le Potain... 17^c au bras droit,
20^c au bras gauche.

Du reste il ne semble pas qu'il y ait parallélisme entre la tension dans l'humérale et la tension dans la radiale. Chez les hypertendus en effet l'hypertension est d'autant plus manifeste que le vaisseau est plus périphérique. C'est ainsi que nous avons pu constater qu'une malade, atteinte de myocardite chronique, était hypertendue à la radiale et normale à l'humérale avec :

Gros.............................. 11^c5,
Potain............................ 19^c.

Voilà un cas où la différence entre les deux appareils a été de 7^c5.

Les chiffres extrêmes constatés ont été :

Avec le Gros............... 9^c2 et 23,
Avec le Potain.............. 9^c et 29.

Le nouveau sphygmomanomètre donnant des écarts moins considérables semble donc être *moins sensible* que le Potain. Celui-ci dans la plupart des cas en effet donnait des chiffres variant entre 11 et 18 centimètres, alors que le Gros dans les mêmes cas se tenait entre 10 et 14 centimètres.

Aussi tandis que pratiquement avec le Potain on classe parmi les hypotendus les sujets ayant au-dessous de 13, parmi les hypertendus ceux ayant au-dessus de 18, avec le Gros les limites doivent être moins étendues et avec cet appareil l'*hypotension* commence nous semble-t-il au-dessous de 11 et l'*hypertension* au-dessus de 14 centimètres.

Ces quelques chiffres étant posés, voyons si le nouveau sphygmomanomètre présente des avantages sur le Potain. Nous ne voulons pas le comparer avec ses précurseurs le Riva-Rocci ou l'appareil de Enriquez et Hallion.

Le Gros a une supériorité incontestable sur le Potain; *il donne des chiffres a peu près constants*, quel que soit le bras auquel il est appliqué et quel que soit l'observateur. Le coefficient personnel est ainsi réduit au minimum. Pour cela une règle doit être suivie : le brassard est toujours appliqué de telle façon que le point où s'abouche le tube se trouve à la partie moyenne et antérieure du bras, sur la partie la plus saillante du biceps; de cette façon la pelote pneumatique enveloppe la face antérieure et interne du bras. Nous serrons moyennement l'appareil, suffisamment pour qu'il ne glisse pas, pas assez pour qu'il gêne la circulation veineuse. Nous procédons ensuite suivant les règles que donne Gros.

Dans ces conditions, chacun de nous sur le même bras a toujours trouvé des chiffres sensiblement identiques. D'autres observateurs ont contrôlé nos résultats et sont arrivés exactement à la même mesure. Nous disons exactement, car jamais l'écart entre les divers observateurs n'a dépassé 2 à 3 millimètres. En général les résultats sont les mêmes pour le bras droit et pour le bras gauche.

Chez tous nos malades, chacun de nous a pris systématiquement la tension à l'une et l'autre radiale avec le Potain. Nous mettant dans des conditions d'observation identiques, nous sommes dans quelques cas arrivés à des résultats différents.

Chez divers sujets, sur le même bras, 23 fois, nous avons trouvé le même chiffre ou des différences ne dépassant pas 1 centimètre, mais 34 fois nous avons eu dans nos résultats individuels des différences supérieures à 1 centimètre. Ces différences ont quelquefois été de 3 et même 4 centimètres.

Entre les deux bras, avec le Potain, dans 19 cas la différence de tension n'a pas été supérieure à un centimètre, dans les 12 autres cas ces variations ont été de 2, 3 et 4 centimètres chez un hypertendu. Dans ces cas-là, avec le Gros, la tension était la même à chaque humérale.

Une partie de ces variations tient sans doute à la plus grande sensibilité du Potain; une partie aussi à la délicatesse de sa manipulation.

Avec le Potain en effet, il faut dissocier dans l'observation trois opérations que l'on fait simultanément en des points très rapprochés : un doigt presse la poire, un autre arrête la récurrence, le troisieme apprécie la disparition du pouls. Avec le Gros *pas de récurrence à arrêter*. La main droite presse la poire, la main gauche juge de la disparition du pouls radial.

Avec le Potain, suivant l'observateur la position de la poire varie en hauteur transversalement, et les tendons plus ou moins relâchés éloignent ou rapprochent de la radiale.

Avec le Gros la *compression est large* et s'effectue dans des conditions comparables.

De plus cet appareil présente un *manomètre gradué en millimètres* et la disparition du pouls radial se faisant à un moment donné très brusquement et très complètement, on peut apprécier en millimètres le point où se trouve l'aiguille quand l'humérale est écrasée. L'aiguille oscille nettement à chaque pulsation et nous nous sommes demandé si l'amplitude de cette oscillation, lue sur le manomètre, ne pourrait pas donner la mesure approximative de l'amplitude du pouls.

En somme, le sphygmomanomètre de Gros présente de réels avantages : il donne la pression dans un vaisseau de gros calibre, ce qui peut ne pas être indifférent; l'élément d'appréciation individuelle est réduit au minimum et les chiffres obtenus par les divers observateurs sont à peu près identiques; les tensions sont mesurées en millimètres.

Nous ajouterons que chez certains hypertendus il est impossible avec le Potain d'écraser la radiale; avec le Gros nous avons toujours pu comprimer l'humérale.

Est-ce à dire que cet appareil est appelé à remplacer le Potain ? Nous ne croyons pas. Nous ne parlons pas de son *prix relativement élevé*, ce qui peut cependant contribuer à l'éloigner du cabinet du praticien. Mais, quoique fort bien présenté en un étui pratique et élégant, il est moins transportable; *son application est moins rapide* que celle du Potain. Surtout il nous paraît *moins sensible*; les résultats qu'il fournit oscillent dans des limites moins étendues que celles du Potain et pour des hypotensions ou hypertensions légères, celui-ci nous paraît plus exact, malgré les différences de chiffres obtenues par les divers observateurs ou parfois par le même observateur d'un bras à un autre ou d'un moment à l'autre.

Quoi qu'il en soit, pour une mesure de tension exacte et attentive le sphygmomanomètre de Gros complètera très utilement les renseignements donnés par celui de Potain. En clinique aucun procédé d'investigation n'est absolu, nous devons toujours accueillir ceux qui, nous permettant de contrôler les données déjà acquises, sont susceptibles de nous en fournir de nouvelles et de précises.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1908).

Sur l'anesthésie prolongée par les mélanges d'oxygène et de chlorure d'éthyle. — MM. P. ROSENTHAL et Albert BERTHELOT. De nombreuses expériences sur les animaux ont montré à ces auteurs qu'en employant un mélange gazeux d'oxygène et de chlorure d'éthyle au lieu de chlorure d'éthyle seul, on peut observer des anesthésies d'une heure toujours exemptes d'accidents et pendant lesquelles on peut pratiquer les interventions chirurgicales les plus variées.

La phase d'anesthésie vraie a toujours été obtenue très rapidement, la narcose était tranquille et le réveil très prompt.

En présence de ces résultats, les auteurs espèrent pouvoir appliquer cette méthode à la chirurgie humaine; elle présenterait en effet, dans les opérations graves et de longue durée, l'extrême avantage de ne pas surajouter au shock opératoire les inconvénients très grands de l'éther ou du chloroforme.

Action tardive des dérivés bacillaires chlorés. — MM. MOUSSU et GOUPIL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1908)

Gangrènes hystériques. — M. SIREDEY lit une note de M. Etienne (de Nancy) qui, contrairement à l'opinion émise à la Société médicale dans les précédentes séances, se prononce en faveur de la réalité des gangrènes hystériques.

Scorbut infantile. — M. COMBY présente un enfant de dix mois atteint de scorbut infantile qui semble dû à l'usage du lait homogène ou fixe. Ce lait reste blanc et il est généralement assez bien digéré par les enfants.

Bon résultat de la gastro-entérostomie dans un cas d'ulcère gastrique non pylorique. — MM. L. GALLIARD et SAVARIAUD. Une femme âgée de cinquante-cinq ans présente depuis cinq ans des symptômes de dyspepsie douloureuse avec hémorragies intermittentes qu'on a attribués à un ulcère simple siégeant à une certaine distance du pylore, probablement au niveau de la petite courbure. Elle a été soignée dans plusieurs hôpitaux, souvent améliorée, jamais soulagée complètement. Elle est admise enfin le 26 septembre 1907 à Lariboisière, pâle, anémiée, amaigrie, avec une intolérance gastrique et surtout des douleurs vives; les paroxysmes se manifestent à la suite de l'ingestion des aliments, souvent aussi sans cause connue. En dépit de la médication interne, des applications externes plus variées, la situation devient intolérable. Malgré la morphine qui procure un peu de sommeil pendant la nuit, la malade invoque la mort.

Il faut donc tenter l intervention chirurgicale. On trouve un ulcère calleux de la petite courbure formant une masse de la grosseur d'un œuf de poule, sans engorgement des ganglions lymphatiques. Suites apyrétiques. Disparition immédiate des melæna qui se produisait dans les derniers temps. Disparition progressive des douleurs. Au bout de quelques jours la malade peut s'alimenter avec le lait. Bientôt elle supporte les purées puis tous les aliments. Actuellement elle a repris sa physionomie normale, elle travaille dans la salle, elle a augmenté de 2 kilogrammes. Les douleurs n'ont pas reparu.

Comment peut-on comprendre l'amélioration dans ce cas où la stase n'existait pas, puisqu'il n'y avait pas de rétrécissement du pylore? Il est probable que l'opération a déterminé la cicatrisation de l'ulcère en permettant le reflux de la bile alcaline dans un estomac hyperchlorhydrique. Suivant l'expression de Roux, l'opéré « porte sa pharmacie sur lui ». D'autre part, elle a remédié au spasme réflexe du pylore.

La camptodactylie, tuberculose scléreuse des tendons. — MM. MILIAN et CRÉPIN. La camptodactylie, inflexion permanente et irréductible d'un ou de plusieurs doigts de la main produite par la rétraction du tendon fléchisseur sans altération articulaire, a une grande analogie avec les lésions fibreuses abarticulaires du rhumatisme chronique tuberculeux. Elle est identique cliniquement aux rétractions du tendon d'Achille observées dans les ulcères de jambe tuberculeux. Elle a des caractères cliniques très voisins de ceux de la rétraction de l'aponévrose palmaire dont la nature tuberculeuse est aujourd'hui soutenue par plusieurs auteurs. Aussi est-il permis de croire que cette affection est de même nature que celles que nous venons d'énumérer.

Sur 100 sujets camptodactyliques, pris au hasard, nous avons trouvé 94 tuberculeux avérés, 6 tuberculeux probables.

Les formes de la tuberculose observées étaient toutes de formes scléreuses ou à évolution lente : induration pulmonaire, adénite suppurée guérie avec cicatrices kéloïdiennes, lupus plan, tuberculose osseuse guérie, etc.

La camptodactylie est donc un véritable stigmate de la tuberculose et, par suite, peut être d'un grand secours pour le diagnostic de cette infection.

Elle est également précieuse pour son pronostic, car elle paraît être l'apanage des tuberculoses scléreuses à marche lente.

La camptodactylie est à rapprocher de ces formes spéciales de tuberculose que fait méconnaître l'absence de tubercules typiques (emphysème, rétrécissement mitral, chlorose, etc.), et où l'organisme, pour ainsi dire vacciné par elles, n'est envahi que rarement par les formes ordinaires typiques, ce qui amène à parler d'antagonisme, ce qui est seulement juger sur les apparences.

Tabes avec mal perforant plantaire et résorption du maxillaire supérieur. — MM. DANLOS et BLANC présentent un malade chez lequel ce tabes aurait débuté quatorze ans après un chancre non traité; le malade présente actuellement tous les symptômes du tabes avec abolition des réflexes, symptômes pupillaires, facies d'Hutchinson typique, mal perforant plantaire. Il y a sept mois, brusquement toutes les dents du maxillaire supérieur sont tombées spontanément et presque immédiatement une ulcération s'est produite au niveau du bourrelet gingival du côté droit, qui bientôt est allé jusqu'à l'ouverture du sinus maxillaire; les aliments affluent parfois par cet orifice, jusque dans les fosses nasales. Du côté gauche il existe au contraire une masse bourgeonnante et suintante rappelant l'aspect d'un cancroïde.

Rupture traumatique des valvules aortiques. — MM. CLAISSE et JOLTRAIN. Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-huit ans qui entre à l'hôpital pour de la gêne respiratoire avec crises de dyspnée et douleur rétro sternale. En portant un sac de 100 kilos il glisse, fait un violent effort pour ne pas tomber, le sac tombe et il ressent aussitôt une douleur extrêmement violente dans la poitrine, accompagnée d'une sensation de craquement et d'une dyspnée intense. Il n'avait jusqu'alors présenté aucun symptôme fonctionnel du côté de l'aorte.

En l'examinant, lors de son entrée à l'hôpital, on lui trouve tous les signes d'une insuffisance aortique des plus nettes qui paraît bien être chez lui d'origine traumatique.

Cette rupture possible a été favorisée par les antécédents du sujet qui a contracté la syphilis à l'âge de vingt-cinq ans, mais ne présente actuellement aucun signe de spécificité (pas d'Argyll Robertson, pas de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien).

Pendant l'année qui suit cet accident on observe le malade, on assiste alors à la constitution d'une aortite chronique avec ectasie caractérisée par l'apparition d'un souffle systolique et vérifiée par les tracés sphygmographiques de la radioscopie. De plus l'état général du sujet est satisfaisant et sa lésion paraît bien compensée non seulement par l'hypertrophie du cœur, facile à constater, mais encore par des modifications sanguines. Alors que dans les premiers temps le sang était normal, les derniers examens de sang révèlent une hyperglobulie marquée (5850000 globules rouges), une augmentation très nette du volume moyen des hématies (par le procédé de Malassez 7 μ 80), une résistance globulaire normale avec le sang total, mais qui paraît légèrement augmentée par le procédé des hématies déplasmatisées de Widal et Abrami.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1908)

Ictère hémolytique. Résistance des hématies sensiblement normale. — M. Léon Tixier rapporte l'observation d'une enfant qui présenta une déglobulisation très rapide en l'espace de quelques heures : 3220000 à 1850000. Cette destruction globulaire fut suivie d'une poussée d'ictère extrêmement marquée. Les téguments étaient d'un jaune intense, les différentes sécrétions et excrétions de l'organisme contenaient une quantité considérable de pigments biliaires. Il était impossible d'incriminer dans ce cas, comme cause de la destruction des globules rouges, une fragilité spéciale de ces éléments, puisque la résistanee des hématies déplasmatisées était sensiblement normale. Il fut impossible de mesurer le pouvoir hémolytique du sérum sanguin puisque l'irrétractilité du caillot était complète et la transsudation du sérum nulle.

Sur la toxicité expérimentale de quelques tabacs (tabacs complets, tabacs plus ou moins dénicotinisés). — M. Ch. Lesieur a déterminé expérimentalement les équivalents toxiques de macérations de tabacs de différentes provenances. Les expériences montrent que certains tabacs, qui passent pour désintoxiqués, sont cependant encore dangereux. La discordance entre quelques résultats de MM. Guillain et Gy et les siens provient précisément de ce fait, que les diverses qualités d'une même marque sont plus ou moins exemptes de nicotine, et par conséquent plus ou moins toxiques. Le tabac n'est inoffensif que s'il est vraiment désintoxiqué.

Action des aliments sur l'amylase salivaire. — M. Roger. Si l'on ajoute à de l'empois d'amidon une petite quantité de blanc ou de jaune d'œuf, si on fait agir sur le mélange une goutte de salive, on trouve toujours plus de sucre dans les tubes contenant des œufs que dans les tubes témoins renfermant simplement de l'empois. C'est ainsi que le sucre formé dans 10 centimètres cubes d'empois à 1,5 p. 100 s'élève de 0,01 à 0,02 sous l'influence du blanc d'œuf et atteint 0,05 sous l'influence du jaune. Cet effet ne tient pas au ferment saccharifiant qui se trouve dans les œufs et se montre particulièrement actif dans le jaune, car après un chauffage à 100 centimètres cubes les résultats ne sont pas modifiés.

Pour savoir si les faits qu'il vient d'observer ont un intérêt pratique M. Roger fait mâcher à un homme normal 5 grammes de pain rassis ; le sujet mâche tantôt du pain sec, tantôt du pain mélangé à 5 grammes de blanc d'œuf cuit, tantôt du pain mélangé à 5 grammes de jaune d'œuf. Le pain sec donne, pour un gramme, 0,1 de sucre au bout d'un quart d'heure; sous l'influence du blanc d'œuf et déduction faite du glycose qui y est contenu, la teneur monte à 0,13 et sous l'influence du jaune à 0,17. Ainsi malgré la forte proportion de salive provoquée par la mastication du pain rassis, l'adjonction d'un aliment complexe inefficace par lui-même, augmente le rendement en sucre. Ces résultats conduisent à certaines déductions pratiques sur l'importance du régime mixte et sur la digestion des féculents.

Activité leucocytaire. — MM. Achard et Feuillié ont étudié l'activité des leucocytes en évaluant leur faculté d'englober les particules inertes, telles que les grains d'encre de Chine.

Chez le cobaye sain, cette activité est très faible; elle l'est un peu moins chez l'homme. L'action du froid et de la chaleur la diminue. Elle augmente un peu dans certaines intoxications (sublimé, toluylène-diamine). Chez l'homme, les auteurs l'ont trouvée accrue à des degrés divers dans des cas d'ictère grave, de tuberculose pulmonaire, de pleurésie purulente et sous l'influence de la stase veineuse artificielle.

Souvent l'accroissement de cette activité coïncide avec la diminution de la résistance leucocytaire. Mais ces deux phénomènes peuvent varier d'une façon tout à fait indépendante.

En combinant la recherche de ces deux qualités de globules blancs, on peut éprouver à la fois la solidité de leur structure et la valeur d'une de leurs fonctions.

Recherches pharmacologiques sur le gui. — M. L. Chevalier. L'action hypotensive de l'extrait aqueux de gui est due à deux glucosides de la famille des saponines. L'alcaloïde qu'on y rencontre également en petite quantité possède, au contraire, une action hypertensive et agit comme un excitant bulbo-médullaire, mais c'est à lui qu'on doit attribuer l'action excitante exercée sur les sécrétions.

Influence de l'ingestion d'indigotine et d'acide sulfo-indigotique sur l'indoxylurie. — MM. Labbé et Vitry. L'ingestion d'acide sulfo-indigotique ou de ses sels n'est suivie d'aucune élimination correspondante d'indican urinaire; la muqueuse intestinale paraît donc imperméable à ces formes d'éthers sulfuriques de la molécule indigotique, et l'indigotine elle-même ne rencontre dans l'intestin aucune substance capable de la solubiliser en lui faisant traverser la muqueuse intestinale.

Etude expérimentale et bactériologique du pian. — MM. L. Nattan-Larrier et Levaditi ont eu l'occasion d'étudier un cas de pian, au point de vue expérimental et bactériologique. Dans les lésions humaines aussi bien que dans celles obtenues sur le chympanzé, ils ont retrouvé le *spirochæte pertenuis* décrit par Castellani. Ils admettent que sur les préparations colorées par la méthode de Giemsa, il existe quelques légères différences entre le spirochæte pertenuis et le treponema pallidum. Ils insistent sur les caractères histologiques qui séparent le chancre pianique du chancre syphilitique expérimental, ils établissent la topographie des spirochætes dans les coupes. Expérimentalement l'inoculation du pian au chympanzé a toujours été suivie de succès, tandis que les résultats ont été moins constants sur les singes inférieurs. Enfin les auteurs ont pu établir que tandis que le pian n'immunise pas les singes contre la syphilis, la syphilis rend les singes inférieurs plus résistants à l'infection pianique. Il existe donc entre la syphilis et le pian une parenté qui est plus étroite qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

Autres communications :

Sur le dosage des métaux dans les solutions colloïdales. Or. — M. Rebière.

Influence de la dialyse et des sels minéraux sur l'activité du ferment amylolytique de la salive. — M. Guyenot.

Sur quelques caractères morphologiques des hématoblastes. — M. Nattan-Larrier.

Adrénaline et purpurine. (Réponse à M. R. Dubois.) — MM. Roaf et Nicrenstein.

Sur le rudiment des membres néotypiques des ectroméliens. — M. Salmon.

Variations macroscopiques de la glande interstitielle de l'ovaire chez la lapine. — MM. Regaud et Dubreuil.

Structure réticulée de la cellule cartilagineuse. — M. Retterer.

Plan d'une théorie physique du fonctionnement des centres nerveux. — M. Lepicque.

Quelques données sur la physiologie de la prostate et du testicule. — MM. Serrallach et Paris.

Sur les modifications de volume du rein produites par les inhalations de fumée de tabac et les conditions d'étude de l'intoxication tabagique expérimentale. (Réponse à M. Pachon.) — MM. Fleig et de Visme.

Un mot et un tracé sur les réactions volumétriques provoquées dans le rein par l'excitation du vague. — M. Pachon.

Inhibition coordonnée dans les muscles fléchisseurs sous l'influence d'excitations de l'écorce du cerveau produisant l'extension des membres. — M. Fr. Franck.

Les faisceaux spermatiques doubles des hétéromères. — MM. Bugnion et Popoff.

Action du chlore sur le sang laqué. — M. Couvreur.

Préparation électrique des solutions de mercure colloïdal. — MM. Charpentier et Guilloz.

Origine réelle du facial supérieur, étudiée par l'ataxie oculo-motrice chez les tabétiques. — M. Etienne.

Néphrites expérimentales. — MM. Parisot et Harter.

Lésions des capsules surrénales consécutives à des altérations expérimentales du rein et du foie. — MM. Parisot et Harter.

Modifications quantitatives et qualitatives des éléments figurés du sang dans les tumeurs malignes. — MM. Simon et Spillmann.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 9 janaier 1908)

A propos du cas de **bulles cutanées chez une hystérique,** présenté par M. Raymond au dernier Congrès de neurologie (Congrès de Genève, août 1907, v. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 93, p. 1113), s'élève une discussion animée sur la nature de l'hystérie. La Société décide de réserver deux séances supplémentaires, l'une le 9 avril à la discussion sur la nature de l'hystérie, l'autre le 14 mai prochain sur la question de l'aphasie.

Type spécial de syndrome alterne. — MM. Brissaud et Sicard. Ce syndrome observé chez 3 malades consistait en hémispasme facial d'un côté, avec troubles de la motilité des membres du côté opposé. Il s'agit vraisemblablement de lésions bulbo-protubérantielles unilatérales; leur origine paraît être la syphilis. Le traitement mercuriel a déterminé, dans un de ces cas, la guérison, dans les deux autres une amélioration partielle.

Association hystéro-organique ou hystérie pure. — MM. Claude et Rose. Une hystérique de vingt-deux ans, présentant des signes de coxalgie, est atteinte d'incontinence d'urine. On trouve : à droite, des troubles sensitifs dissociés sur le membre inférieur; à gauche, une anesthésie absolue, depuis le sein jusqu'au pied, douleurs à la pression des vertèbres lombaires. Réaction fébrile après l'injection de tuberculine. Y a-t-il un mal de Pott latent, ou seulement des symptômes dus à l'hystérie ?

Méningo-radiculite antérieure pure. — MM. Raymond et Rose. Un homme de quarante-cinq ans présente depuis trois ans une radiculite du plexus brachial, qui a envahi progressivement le côté gauche : d'abord les racines inférieures, puis supérieures du plexus. Depuis dix-huit mois, les racines inférieures sont prises à droite, pendant que rétrocède à gauche l'amyotrophie du groupe correspondant. Il reste à droite une paralysie radiculaire type Klumpke, à gauche une paralysie radiculaire supérieure. Pas de syphilis, réaction de Wassermann négative et traitement spécifique inefficace. La radiographie permet de soupçonner le mal de Pott.

Zona. Névrite sensitive. Œdème trophique, déformation rhumatismale de la main. — M. Rose. Il y a quatre mois, une femme de soixante-sept ans eut un zona du membre supérieur droit. A la suite douleurs persistantes, puis œdèmes du dos de la main et de la face postérieure de l'avant-bras avec, à la radiographie, ostéite condensante et raréfiante des os de la main analogue à celle qui marque le début de certains rhumatismes chroniques.

Amyotrophie après une contraction musculaire prolongée. — MM. Déjerine et Rieder. Une femme, se croyant réveillée la nuit par un cambrioleur, se tint plusieurs heures à sa fenêtre, la main contracturée sur sa lampe qu'elle brandissait en criant : Au voleur! Ultérieurement, les muscles de cette main s'atrophièrent, surtout ceux innervés par le cubital qui a probablement été comprimé par la contraction violente et prolongée.

Paraplégie flasque avec intégrité momentanée des réflexes, par compression de la moelle. — MM. Ballet et Barbet. Aux signes précités se joignaient des troubles de la sensibilité osseuse au diapason, avec intégrité des sensibilités superficielles. Quelques jours après apparurent des troubles des réservoirs et l'abolition des réflexes. L'autopsie démontra une compression médullaire par lésion actinomycosique.

Méningo-myélite hérédo-syphilitique chez un enfant de sept ans. — MM. Marfan et Oppert. Paraplégie spasmodique avec intégrité des sphincters, du tronc et des membres supérieurs. Signe d'Argyll. Kératite interstitielle, dysarthrie légère. Irritabilité psychique, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Début à l'âge de cinq ans.

Anévrisme de la sylvienne datant de cinquante-cinq ans. Suicide du malade. — M. Souques. Les accidents ont débuté à l'âge de dix ans par de la céphalée et des vertiges. A vingt-six ans, nouvelle crise avec hémiplégie droite, amaurose bilatérale et définitive. Le malade s'étant suicidé, on constata un anévrisme de la sylvienne gauche, dépassant le volume d'un œuf de poule.

Troubles objectifs de la sensibilité et contractures dans la maladie de Friedreich. — M. Noïca. Etude clinique de ces symptômes chez deux malades.

Élections. — Sont nommés : membres honoraires, MM. Raymond, Joffroy et Ballet; membres titulaires, MM. Laignel-Lavastine, Lejonne, Bauer et Roussy.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 10 janvier 1908)

Tuberculose atypique de la peau, difficulté du diagnostic; photographie en couleur. — M. Reynier. Mettant à profit les ressources que fournit la nouvelle et belle installation de la Société de médecine de Paris dans les locaux de la Société française de photographie, M. le docteur Paul Reynier montre les photographies en couleur d'une tumeur de la jambe, au niveau de la malléole péronière, énorme tumeur papillomateuse développée sur un jeune homme de dix-huit ans, et dont il fit l'ablation avec succès. Il établit le diagnostic par l'examen histologique fait par son assistant, M. Langeron, de tuberculose de la jambe, sans pouvoir arriver à dire exactement si c'est une tuberculose bacillaire ou mycosique.

L'ophtalmo-réaction, positive, dans ce cas, ferait pencher pour la première supposition. L'observation est intéressante à cause de cette difficulté du diagnostic et de la rareté de ce genre de tumeur.

Artério-sclérose et arthritisme. — Tel est le titre d'un livre que M. BOULOUMIÉ présente, et dont il est l'auteur.

Rapport annuel sur les travaux de la Société en 1907. M. Paul GUILLON, secrétaire général, fait l'analyse des travaux accomplis pendant 1907, et lit une notice sur les membres décédés pendant cette même année : MM. Christian, Aubeau, Paul Berthod, Clément Bonnefin et Combe.

Installation du bureau. — M. le docteur Coudray, président sortant, quitte la présidence et cède le fauteuil au docteur Dignat, président pour 1908.

Tous deux ont prononcé l'allocution d'usage au milieu des applaudissements unanimes de l'Assemblée qui groupait plus de cent membres.

ANALYSES

MÉDECINE

Le traitement de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse par l'électricité. Les résultats éloignés. (Louis DELHERM. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, sept. 1907.) — Jusqu'à ces dernières années, l'électrothérapie, dominée par la notion de l'atonie, s'est proposé comme but, par des procédés de force : lavements électriques, violentes contractions de l'intestin ou de la paroi, de combattre la paresse intestinale.

Cette manière de faire aboutissait le plus souvent à une aggravation des symptômes. L'auteur avec Laquerrière a montré que les procédés de douceur comme la galvanisation simple à intensité élevée ou la galvano-faradisation, étaient les procédés de choix.

Le traitement électrique, dans la pratique habituelle, doit être institué lorsqu'un traitement dirigé par un médecin n'a pas, après deux ou trois mois, donné un résultat suffisant.

Il faut de vingt à trente séances pour obtenir un résultat durable, l'action du courant s'exerce sur la constipation horaire en régularisant les selles qui deviennent spontanées, elle augmente la quantité des matières émises, fait disparaître la sécheresse des matières, les billes, etc.

Dans la colite notamment, la disparition des peaux et des glaires est la règle absolue; l'état général redevient bon, la courbe du poids subit une ascension souvent marquée.

Dans la colite les résultats sont surtout marqués dans la forme où la constipation prédomine. Ces malades conservent pour la plupart des résultats acquis, sauf quand ils ont ultérieurement des maladies aiguës ou quand ils ont contrevenu trop ouvertement aux lois de l'hygiène.

Lamorlette a étudié les résultats éloignés depuis plus d'un an après la cessation du traitement dans 80 cas, il a relaté des guérisons de plus de deux ans dans 35 cas, de plus d'un an dans 29 cas, quelques malades avaient rechuté sous l'influence surtout de la grippe et du surmenage, quelques séances ont du reste suffi pour les guérir à nouveau.

La constipation et la colite sont souvent secondaires aux affections anales, aux affections gynécologiques, etc., qui comportent des indications électriques particulières, mais d'une manière générale, il faut toujours avoir recours aux méthodes électriques capables de calmer l'état nerveux, de lutter contre le spasme, d'agir sur le plexus nerveux de l'abdomen, qui tiennent sous leur dépendance les fonctionnements moteurs sécrétoires, vaso-moteurs de l'estomac, de l'intestin et des glandes annexes. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Sur l'état de mal péritonéal. (TIXIER. *La Clinique*, n° 44, 1er nov. 1907.) — M. Tixier appelle ainsi le syndrome clinique que constitue la réaction aiguë du péritoine autour d'un foyer infectieux depuis longtemps torpide.

Cette réaction inflammatoire aiguë détermine des symptômes locaux et des symptômes généraux.

Sous une influence variable suivant chaque organe le foyer infectieux primitif se réveille et ensemence le péritoine voisin; celui-ci devient d'une sensibilité exquise, en même temps la quantité de liquide péritonéal augmente, devenant ici du pus, là de la simple sérosité, suivant la virulence de l'agent infectieux.

Tout autour du point enflammé, le péritoine réagit. L'inflammation de la séreuse retentit sur les muscles de la paroi qui se contracturent d'abord (d'où ventre de bois au début) puis se parésient (d'où le météorisme secondaire).

Les organes intra-abdominaux réagissent aussi. La vessie ou se parésie (d'où rétention) ou se contracture d'une façon précipitée (d'où pollakiurie).

Du côté de l'intestin on a du météorisme et de la diarrhée, conséquences de la parésie musculaire et de l'hypersécrétion de la muqueuse.

Même phénomène du côté de l'estomac.

Les symptômes généraux sont ceux de toute infection péritonéale; bouche sèche, langue grillée, état fébrile très prononcé, sueurs abondantes, accélération du pouls due à la fièvre et à un réflexe à point de départ péritonéal; plus grande fréquence de la respiration (35 à 40 par minutes) due à la gêne mécanique déterminée par la distension de l'intestin et de l'estomac et à un réflexe à point de départ péritonéal.

Que donne ce syndrome à l'examen local? Pendant une phase aiguë on ne sent rien dans le pelvis; l'intestin distendu estompe les contours de tous les organes abdominaux, l'utérus est perdu au milieu des anses intestinales, nulle part on ne délimite de collection, si l'on n'est pas prévenu on ne songera pas à une infection gynécologique et on ira chercher le point de départ de la réaction péritonéale dans un autre organe : intestin ou appendice. Il faudra se contenter à ce moment de faire un diagnostic de probabilité et mettre la malade au repos en lui faisant des applications de glace sur le ventre et des injections chaudes. Les phénomènes s'amendent rapidement, seule la température de 38 degrés, 38°5 le soir, indique qu'il existe un foyer suppuré.

Le toucher vaginal pratiqué un ou deux jours après donne déjà de précieuses indications : on sent une trompe grosse, mal limitée, noyée dans les exsudats et les fausses membranes de la pelvi-péritonite qui est la cause de la maladie.

Il faudra attendre encore sept ou huit jours, purger la malade dans cet intervalle et pratiquer un nouveau toucher. On pourra alors délimiter les bords de l'utérus, en distinguer les trompes, distinguer ce qui appartient à la pelvi-péritonite, à la Douglassite, de ce qui est le fait de la salpingite elle-même.

L'état de mal péritonéal peut en gynécologie se présenter sous trois formes et l'indication thérapeutique varie suivant chacune de ces formes :

1° Sous forme de péritonite plus ou moins généralisée, c'est le cas le plus fréquent. Il ne faut jamais intervenir. L'immobilisation, des applications de glace sur le ventre, des irriga-

gations très chaudes suffiront pour arrêter l'inflammation pelvi-péritonitique envahissante.

2° Sous forme d'occlusion. L'occlusion est alors due à l'infection péritonéale et non à l'existence d'un obstacle venant du petit bassin. La réaction péritonéale sera combattue par le repos, la glace et les phénomènes d'occlusion disparaîtront.

3° Sous forme d'hémorragie interne. Une douleur vive apparaît au moment des règles chez une malade ayant un passé salpingien; l'écoulement menstruel est peu abondant, mais la réaction péritonéale est intense, tendance syncopale, pouls rapide, faciès angoissé : absolument le tableau d'une rupture de grossesse extra-utérine. Par l'interrogatoire de la malade on pourra être renseigné sur un retard de règles, sur de fausses règles le mois précédent, mais il y a des lésions annexielles qui déterminent les mêmes phénomènes; s'il y a une hésitation il faut intervenir et pratiquer une large laparotomie qui révélera le point de départ des accidents abdominaux et permettra d'enlever une trompe purulente si ce n'est pas une trompe gravide.

M. GENTY.

LIVRES NOUVEAUX

Traité clinique et thérapeutique des maladies de l'appareil respiratoire (1), par C. CARRIÈRE, agrégé à l'Université de Lille.

La multiplicité des traités et manuels de pathologie interne n'a pas empêché la première édition de cet ouvrage d'être rapidement épuisée.

A cette seconde édition, l'auteur a su conserver le caractère pratique qui a fait le succès de la première, tout en la mettant au courant des dernières recherches, et cela sans fatiguer le lecteur d'une énumération bibliographique fastidieuse. Tout ce qu'il est important de connaître est composé dans le texte en caractères gras, de façon à bien frapper les yeux. Tout ce qui est théorique est en petit texte, de telle sorte que le lecteur peut élaguer de suite ce qui ne l'intéresse qu'accidentellement. Il en est ainsi de l'*historique*, de l'*anatomie pathologique*, de la *pathogénie* et de ce qu'il est indispensable de connaître en *bactériologie*.

Le *diagnostic* est, au contraire, beaucoup plus développé que dans les livres habituels. Les *facteurs du pronostic* sont soigneusement établis de manière à permettre facilement de répondre à l'entourage des malades, si anxieux d'être fixés sur ce point.

La *partie thérapeutique* a été profondément modifiée et remaniée, des chapitres nouveaux ont été ajoutés. C'est, somme toute, un livre presque entièrement nouveau que M. Carrière présente au public médical et nous ne doutons pas de l'accueil que lui réserveront praticiens et étudiants à qui il rendra les plus grands services.

L. GAYARD.

Précis de chimie physiologique [cinquième édition, revue et augmentée (2)], par Maurice ARTHUS, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne.

La nouvelle édition du *Précis de chimie physiologique* de M. Arthus est la cinquième depuis 1895; c'est dire le succès que cet ouvrage a rencontré auprès des étudiants depuis son apparition. Il n'existait en effet, au moment où parut la première édition de ce livre aucun ouvrage où l'on put trouver toutes les notions chimiques et rien que les notions chimiques nécessaires à l'étudiant en physiologie. C'est cette lacune que M. Arthus s'était proposé de combler en écrivant son *Précis*.

Dans cette cinquième édition, comme dans les précédentes, M. Arthus a réussi à conserver à son œuvre son caractère primitif de simplicité; les seules modifications apportées ont été rendues nécessaires par les développements rapides de la physiologie. C'est ainsi qu'il a dû y introduire de nouvelles notions sur la constitution et la structure de la molécule protéique et de ses produits de désintégration, un chapitre sur les enzymoïdes, des renseignements sur la composition des aliments et les méthodes adoptées pour leur analyse, des données importantes sur la composition et le mode d'action des sucs digestifs, des indications sur les glandes vasculaires sanguines, etc., sans lesquels nombre de questions physiologiques à l'ordre du jour seraient incompréhensibles. Malgré ces additions qu'il a dû recevoir, ce livre reste le livre élémentaire contenant le minimum de ce que doit savoir aujourd'hui l'étudiant en physiologie, indispensable aussi au médecin praticien à qui il peut rendre chaque jour les plus réels services.

L. LE SOURD.

(1) Deuxième édition revue et augmentée. Un fort volume, in-8° raisin avec figures. — Prix : 15 francs. — Paris, 1907; Vigot frères, édit.

(2) Un vol. in-8 de VI-427 p., avec 111 fig. dans le texte et 2 pl. hors texte en couleurs, cart. toile. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le bromure de potassium est, ainsi que l'a montré M. le professeur Pouchet, tout particulièrement intéressant au point de vue de son action médicamenteuse, parce qu'en raison des métamorphoses qu'il subit dans l'économie, il permet la dissociation des actions pharmacodynamiques du brome et du potassium, répondant chacune à des indications et à des électivités spéciales.

Si on introduit le brome dans l'organisme sous forme de bromure de sodium, il agit sur le cerveau, calme la surexcitation nerveuse produite par un travail intellectuel trop prolongé et se conduit alors comme un hypnotique très efficace.

Si nous lui substituons, au contraire, le bromure de potassium, à l'action précédente viendra se joindre une influence sur le cœur, la respiration, la température dont on pourra entraver ou annuler les manifestations au moyen d'un exercice violent ou de tout autre procédé aboutissant à une exagération des phénomènes de nutrition, alors que l'influence cérébrale n'est empêchée en aucune façon.

Autant de cas, autant d'indications différentes en face desquelles le praticien sera heureux de trouver à sa disposition la gamme des bromures alcalins de Henri Mure d'un emploi si fidèle et toujours si exactement dosés à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 JANVIER 1908

THESES

Jeudi 23 janvier 1908, à une heure. — M. CARON. Extubation par propulsion. (MM. Hutinel, président; Chantemesse, Gilbert Ballet et Nobécourt.) — M. CRÉPIN. Etude sur la camptodactylie dans ses rapports avec la tuberculose. (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Nobécourt.) — M. NANDASCHER. Syndrome de débilité motrice dans les débilités mentales. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Chantemesse et Nobécourt.) — M. GROULD. Difficultés et causes d'erreurs possibles dans le diagnostic de la grossesse par le palper abdominal. (MM. Pozzi, président; Albert Robin, Demelin et Lenormant.) — M. MALVY. Des polypes fibrineux de l'utérus. (MM. Albert Robin, président; Pozzi, Demelin et Lenormant.) — M. LELEU. Contribution à l'étude de l'établissement tardif de la sécrétion lactée. (MM. Bar, président; Maygrier, Brindeau et Jeannin.) — M. LEMOISSU. Contribution à l'étude de l'opération césarienne tardive. (MM. Bar, président; Maygrier, Brindeau et Jeannin.) — M. ALEXANDRE. Consultations de nourrissons et gouttes de lait d'argent. (MM. Bar, président; Maygrier, Brindeau et Jeannin.) — M. PASQUERON DE FOMMERVAULT. Avantages de la forcipressure sur la ligature du cordon ombilical. De l'emploi de la pince de Bar. (MM. Bar, président; Maygrier, Brindeau et Jeannin.)

SUITE DES SOMMAIRES

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (T. XXV, déc 1907.) L. GUINON et VIELLIARD : Les paroxysmes douloureux abdominaux au cours du purpura chez l'enfant.

Revue neurologique. — (N° 22, 30 nov. 1907.) BRISSAUD et SICARD : Traitement des névralgies du trijumeau par les injections profondes d'alcool. — MARCHAND et NOUET : Les syndromes mentaux symptomatiques de la sclérose cérébrale superficielle diffuse. — (N° 23, 15 déc.) Félix ROSE et Henri FRANÇAIS : Amyotrophie des membres supérieurs et du thorax sans troubles de la sensibilité. Syringomyélie probable.

Revue scientifique. — (N° 21, 23 nov. 1907.) Ch. MOUREU : Sur les poudres de guerre françaises. Poudre B. — Bernard BRUNHES : Les courants telluriques dans les observatoires de montagne. — J. BRAULT : Le béribéri. Sa distribution géographique aux colonies. — (N° 22, 30 nov.) LE CHATELIER : L'enseignement de H. Sainte-Claire Deville. L'œuvre de Moissan. — P. LAPIE : Le budget de l'enseignement supérieur. — J. GUIART : Les parasites intestinaux et les maladies qu'ils produisent (*fin*). — (N° 23, 7 déc.) A. IMBERT : Le surmenage par suite du travail professionnel. — A. NODON : Exposition maritime de Bordeaux. — C.-Paul RENARD : A propos des ballons dirigeables. — (N° 24, 14 déc.) A. RIGAUT : La caisse des recherches scientifiques. — A. ROUSSET : Nouveaux aliments : alimentation rationnelle. — (N° 25, 21 déc.) G. URBAIN : La phosphorescence des corps inorganiques. — Marius-Ary LEBLOND : L'assistance médicale à Madagascar et aux colonies. — Marcel LANDRIEU : Les origines de la jeunesse de Lamarck.

Semaine gynécologique. — (N° 48, 26 nov. 1907.) PICHEVIN : Cancer utérin et hystérectomie. — (N° 49, 3 déc.) PICHEVIN : De la castration tubo-ovarienne dans le traitement des fibromyomes utérins. — (N° 50, 10 déc.) PICHEVIN : De l'emphysème traumatique en gynécologie. — (N° 51, 17 déc.) PICHEVIN : De la fausse cystite chez la femme. — (N° 52, 24 déc.) SÉCHEYRON : La thrombo-phlébite consécutive aux opérations chirurgicales actuelles, dites aseptiques. Phlébites post-opératoires des membres inférieurs après les laparotomies.

Semaine médicale. — N° 48, 27 nov. 1907.) S. CERNY : Les applications locales d'arsenic contre la septicémie consécutive à l'infection des plaies. — (N° 49, 4 déc.) R. DE BOVIS : Comment il faut s'y prendre dans la pratique courante de l'accouchement. — (N° 50, 11 déc.) CHEINISSE : L'artério-sclérose intestinale. — (N° 51, 18 déc.) R. LÉPINE : Sur un cas de syndrome d'Adams-Stokes sans blocage. — (N° 52, 25 déc.) F. LEJARS : Les sigmo-périsigmoïdites à forme d'occlusion.

Tribune médicale. — (N° 47, 23 nov. 1907.) E. GÉRARD et G. LEMOINE : Traitement de la tuberculose basé sur l'action antitoxique du foie. — (N° 48, 30 nov.) MOSNY et HARVIER : Méningo-encéphalite aiguë saturnine suivie d'amaurose hystérique. — (N° 49, 7 déc.) Emile FEUILLIÉ : Pathogénie de l'albuminurie; exodes et stases leucocytaires. — S. DE MAGALHAÈS : Un sécheur simplifié. — (N° 50, 14 déc.) J. GAILLARD : De l'hyperplasie surrénale dans ses rapports avec l'hypertension permanente, la néphrite chronique et l'athérome. — LAIGNEL-LAVASTINE et Jean TROISIER : Aphasie motrice et sensorielle par double ramollissement frontal et temporal. — (N° 51, 21 déc.) A. MOUGEOT et G. PERRIN : Action des bains carbo-gazeux sur la toxicité urinaire. — L.-A. AMBLARD : Considération sur la mesure de la tension artérielle. — (N° 52, 29 déc.) Jean HEITZ et Léon POULIOT : Sur une forme clinique de syndrome de Stokes-Adams, observée chez des malades porteurs de double lésion mitrale.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 22, 30 nov. 1907.) SÉJOURNET : Traitement médical de l'appendicite (*fin*). — (N° 23, 15 déc.) LARDENNOIS : Contribution à l'étude de la prostatectomie.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 44, 31 oct. 1907.) NOBL : Valeur de l'atoxyl dans la syphilis précoce primaire et généralisée. — HENTZLER : Contribution à l'agglutination du groupe coli-typhique et les malades ictériques. — HESS : Sur l'état du sang dans les affections des ganglions lymphatiques. — SCHÜTZ : Sur la digestion par la pepsine en l'absence d'acide chlorhydrique libre. — BARTEL et NEUMANN : Recherches expérimentales sur l'influence de substances organiques sur la marche de l'infection tuberculeuse chez les cobayes. — (N° 45, 7 nov.) KRAUS, LUSENBERGER et RUSS : L'ophtalmo-réaction de Chantemesse peut-elle être utilisée pour le diagnostic de la fièvre typhoïde? — HALBAW : Sur la question de l'hypertrichose gravidique. — STERNBERG : Sur l'absence du rein et les malformations de l'appareil congénital. — ORTHNER : Développement et arrêt de développement des tumeurs de bonne et de mauvaise nature. — GROSSMANN : Sur quelques nouvelles sources de l'intoxication saturnine professionnelle à Vienne. — REMENAR : Sur l'anesthésie rachidienne. — NEUBURGER : La vaccination à Vienne. — TREBITSCH : Les maladies des Esquimaux dans le Groenland occidental. — (N° 46, 14 nov.) LANDSTEINER, MÜLLER et PÖTZL : Sur les réactions de formation des compléments avec le sérum des animaux atteints de dourine. — KRAUS : Tentatives de transmission du rhino-sclérome. — GLAS : Contribution à la pathogénie des enchondromes du nez. — JELLINEK : Les dangers de l'industrie électrique et les secours dans les accidents par les courants intenses. — PAWINSKI : Sur le traitement de l'angine de poitrine. — MATZENAUER : Territoires limitrophes de la dermatologie et de la syphilis.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 6. — JEUDI 16 JANVIER 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 16 JANVIER 1908. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 13 janvier : MM. Jacquet, 8; Gougelet, 6; Rabourdin (André), 3; Séjournet, 10; Ribo, 7; Gendron, 12; Besnard (Jean), 8; Ausset, 10; Sigwalt, 3; Barthélemy, 7; Phélip, 12; Flandin, 13.

PATHOLOGIE. — Séance du 13 janvier : MM. Bith, 11; Collin, 10; Caudrelier, 8; Lelongt, 6; Viel (Victor), 9; Vosy, 7; Dufourmentel, 6; Prost, 8; Plesse, 7; Legal-Lasalle, 5.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — Le jury est ainsi composé : MM. Carnot, Parmentier, Brissaud, Pissavy et Klippel.

MÉDAILLE D'OR (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS). — Le jury est composé de MM. Peyrot, Ombrédanne, Segond, Le Dentu et Boissard.

COLLÈGE DE FRANCE. — Par 25 voix sur 30 votants l'assemblée des professeurs du Collège de France a désigné, en première ligne, pour la chaire de biologie générale, M. le docteur Gley, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. Moussu est désigné en seconde ligne.

On sait que la chaire de pathologie expérimentale, qu'occupait Charrin, a été transformée en chaire de biologie générale.

GUERRE. — LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS L'ARMÉE. — Le *Journal officiel* publie une circulaire de M. Chéron sur les mesures à prendre contre la fièvre typhoïde dans l'armée.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Gros, citoyen américain, médecin à l'hôpital Trinity Lodge, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

L'AFFAIRE DE JEANNE WEBER A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Dans la dernière séance de la Société de médecine légale, Me Henri Robert a exposé le conflit qui s'éleva récemment entre le juge d'instruction et deux experts de Châteauroux d'une part, et cinq experts commis par la défense, d'autre part, conflit qui eut pour résultat de faire maintenir une innocente pendant huit mois en prison.

Jeanne Weber est accusée d'avoir tué un enfant. Les experts de Châteauroux après avoir conclu à la mort naturelle se ravisent et font des réserves. On fait l'autopsie. Les experts écrivent notamment dans leur rapport : « Le foie, le rein et l'intestin à la coupe n'ont rien révélé d'anormal. »

Or, les docteurs Thoinot et Socquet constatent que l'intestin n'a pas été ouvert et qu'il présente des ulcérations manifestement typhiques des plaques de Peyer.

Pour affaiblir le rapport de MM. Thoinot et Socquet, les experts de Châteauroux n'hésitent pas à faire, dit Me Henri Robert, une citation tronquée du *Traité de médecine légale* de Vibert.

Ce n'est qu'après une nouvelle expertise de MM. les professeurs Brissaud (de Paris), Mairet (de Montpellier) et Lande (de Bordeaux) que Jeanne Weber fut relâchée.

Une discussion assez vive a montré l'étonnement de la Société qu'aucune sanction n'ait été prise contre les experts dont l'inexpérience avait fait maintenir pendant huit mois une innocente en prison.

La Société de médecine légale a décidé de publier dans son *Bulletin* la communication du défenseur de Jeanne Weber, et comme annexes les rapports des experts.

GRATIS. — Le ministère de la Guerre avait déjà trouvé le moyen de faire soigner gratuitement les militaires de la gendarmerie en promettant la Légion d'honneur aux médecins après soixante-quinze ou quatre-vingts ans de bons et d'honnêtes services non rémunérés.

Le ministre de l'Agriculture vient de son côté de faire adresser par les inspecteurs des forêts une circulaire aux médecins, leur promettant le Mérite agricole s'ils donnent gratuitement leurs soins aux gardes forestiers et à leur petite famille. Dans le cas où les médecins n'accepteraient pas de soigner gratis, ils sont priés de faire connaître les honoraires qu'ils demandent pour ce service.

Cette petite consultation aura au moins l'avantage de faire connaître au ministre la valeur marchande approximative du Mérite agricole.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gaubert (de Saint-Sever).

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

UN CAS DE CYCLOPIE

Par M. ROLAND,

Professeur à l'École de médecine de Poitiers.

Messieurs,

J'ai à vous présenter aujourd'hui une monstruosité fœtale qui vous intéressera par sa rareté et sa bizarrerie.

Vous vous rappelez ces fameux géants, dépeints par Homère, qui habitaient la Sicile et menaient la vie des bergers. De mœurs barbares, ils allaient jusqu'à l'anthropophagie. Ce qui les caractérisait, c'est qu'ils avaient un œil au milieu du front. Nous avons tous pris plaisir à lire les démêlés sanglants qu'eut Polyphème avec le subtil Ulysse et ses compagnons et dans lesquels il perdit son œil.

Dans une tragi-comédie, Euripide a mis aussi en scène un cyclope.



Fig. 1.

Théocrite nous entretient du fameux Polyphème, fils de Thoosa et de Poseidon.

Ovide, dans ses *Métamorphoses*, a repris tous ces contes.

Quant à Hésiode, il nous rapporte que Gœa, après avoir enfanté les Titans, eut encore d'Ouranos trois géants qui n'avaient qu'un œil au milieu du front. Ils devinrent forgerons et fabriquèrent la foudre.

Enfin Virgile, avec sa grâce habituelle, a raconté dans l'*Enéide* quelques-unes des aventures qu'il avait empruntées aux poètes grecs.

En réalité, tout cela, ce sont des légendes; il peut bien naître des cyclopes, puisqu'en voici un spécimen, mais ceux-ci ne peuvent vivre et vous comprendrez facilement pourquoi tout à l'heure.

Au point de vue médical, le premier qui ait signalé la cyclopie est Ambroise Paré, dans son livre des *Monstres et prodiges*, écrit en 1573.

Ramassant toutes les observations publiées, Speer, en 1819, publie un ouvrage sur cette question.

Citons encore les travaux de E. Geoffroy Saint-Hilaire, Meckel, Huschke, Vrolik, Dareste, etc., pour ne noter que les principaux.

Vous rencontrerez dans votre vie médicale, un certain nombre de cas de tératologie; votre curiosité sera piquée et vous chercherez à interpréter ces anomalies. C'est ce que nous allons faire pour ce monstre.

L'étude scientifique de ces cas bizarres remonte à la fin du XVIIIe siècle. Auparavant les explications les plus fantaisistes et les moins raisonnables se donnaient pleine carrière. Tantôt c'était l'œuvre du démon, ou un effet de la colère divine, tantôt le résultat de l'accouplement d'un animal avec un être humain.

Avant 1750, on croyait à l'emboîtement ou à la préformation des germes.

L'œuf n'était qu'une série de germes inclus les uns dans les autres et représentant tous les individus destinés à venir successivement au jour. De plus, chaque germe possédant, dès le principe, tous les caractères morphologiques de son espèce, le



Fig. 2.

développement n'était qu'un simple accroissement. Les germes monstrueux étaient dans la série des germes emboîtés.

Mais Wolff fit voir que l'œuf n'est qu'un amas de substance sans relation de forme avec la forme de l'être adulte. C'est par une suite de modifications et de complications successives que l'être arrive à l'état adulte (1).

Montaigne, avec son esprit pénétrant, avait dit : « Ce que nous appelons monstres ne le sont pas à Dieu. Nous appelons contre nature ce qui advient contre la coutume ; rien n'est que selon elle quel qu'il soit. »

Mais disons d'abord à quelle classe appartient cet être anormal, né à terme et qui a vécu quelques heures.

(1) E. Rabaud. In *Traité des accouchements* de P. Bar.

D'une façon générale, on divise les monstres en deux grandes classes :

I. Les monstres unitaires autosites et omphalosites.
II. Les monstres composés.

La première classe est nombreuse et vous en verrez fréquemment des exemples.

Les ectroméliens ne sont pas très rares et « les phénomènes » que l'on voit dans les baraques appartiennent le plus souvent à cette catégorie, tels l'homme tronc, l'enfant né sans bras, etc.

Dans les hôpitaux, à la salle d'opération, vous verrez opérer des sujets atteints de syndactylie, c'est-à-dire présentant des soudures des doigts ou bien de polydactylie, de pieds bots, de bec de lièvre, d'exstrophie de la vessie, etc.

Enfin quelquefois, à la Maternité, nous avons pu recueillir des exencéphaliens divers : notencéphales, porencéphales, iniencéphales, exencéphales et aujourd'hui ce cyclocéphale.

Les cyclocéphaliens ou cyclopes se présentent à leur tour sous différents aspects :

L'appareil oculaire est situé sur la ligne médiane, au-dessous d'un appendice nasal très rudimentaire ou même absent. Ce dernier cas est le nôtre.

Premier genre : Deux cavités orbitaires continues, mais distinctes, placées sur la ligne médiane.

Ethmocéphales : le nez est représenté par une sorte de trompe.

Cébocéphale : le nez est presque absent; il n'y a pas de trompe.

Deuxième genre : Une seule cavité orbitaire sur la ligne médiane renfermant deux yeux contigus ou un œil double.

Rhinocéphales : le nez est en trompe.

Cyclocéphale : il n'y a ni nez, ni trompe.

Stomocéphale : le nez est en forme de trompe; la mâchoire est imparfaite.

Quant au cerveau, il est globuleux, avec une large cavité et n'est pas divisé en deux hémisphères. La base du cerveau est composée d'une lame épaisse de tissu nerveux sur les bords de laquelle s'attache une membrane assez mince qui forme les parois latérales et la voûte.

Pour vous permettre de comprendre le mécanisme de ces altérations il convient de vous rappeler rapidement quelques notions d'embryologie.

On désigne sous le nom de membrane pharyngienne une membrane située à la partie antérieure du fœtus, en avant de l'intestin antérieur et qui, en disparaissant, forme la cavité buccale.

Au-dessus de la cavité buccale est le bourgeon frontal.

Des dépressions linéaires dites fentes branchiales courent, suivant la direction dorso-ventrale, le long des faces latérales du cou, au niveau du segment pharyngien. La membrane qui se trouve à leur niveau persiste chez l'homme.

Entre ces dépressions sont les arcs branchiaux.

Le premier arc ou arc maxillaire forme un bourrelet dans lequel se développera le maxillaire inférieur et donne un bourgeon pour former l'os maxillaire supérieur.

Ces bourgeons séparés du bourgeon frontal impair par les fentes naso-lacrymales se rapprochent et se fusionnent avec lui.

Le bourgeon frontal donne les bourgeons nasaux interne et externe, ébauches du nez.

Nous ferons appel à ces notions embryologiques tout à l'heure au moment de l'interprétation.

Voyons maintenant ce que devient le canal neural. On appelle ainsi un canal formé aux dépens de la gouttière médullaire. La partie postérieure de ce tube donne naissance à la moelle; la partie antérieure à l'encéphale. L'extrémité antérieure du tube reste longtemps ouverte à l'extrémité par un orifice appelé neuropore antérieur.

Les parois latérales du tube cérébral se renflent en deux vésicules séparées par un rétrécissement. La vésicule placée en avant se subdivise à son tour en deux vésicules qui constituent le cerveau antérieur et le cerveau moyen.

Les parois latérales de la vésicule cérébrale antérieure forment de chaque côté une évagination, la vésicule optique primaire. Cette évagination se fait aux dépens de la plaque rétinienne.

M. Déjerine par un schéma a montré comment la plaque rétinienne située d'abord sur la lame cutanée de l'ectoderme se rapproche peu à peu du neuropore antérieur, forme une partie de la bordure de cet orifice, puis gagne la partie latérale de la paroi de la vésicule antérieure (v. fig. 3).

Les vésicules optiques primaires s'étranglent de plus en plus au niveau de leur continuité avec le cerveau et ne lui sont bientôt plus réunies que par un mince pédicule. La face externe de la vésicule optique directement appliquée contre l'épiderme s'invagine en formant une cupule dont la périphérie se met en rapport avec le contour de la vésicule cristallinienne.

D'autre part, la face inférieure de la vésicule optique s'invagine aussi; la cavité ainsi formée constituera le corps vitré.

La vésicule cristallinienne s'est ainsi transformée en cristallin et la fente de l'invagination inférieure s'obture.

Il se fait en outre une sorte de translation de l'œil. « Au début l'œil est situé sur la face antérieure de l'extrémité céphalique, aux confins de la face latérale correspondante, tout en haut de la fente naso-lacrymale qui sépare le bourgeon frontal du bourgeon du maxillaire inférieur. Par suite de l'amincissement de la racine du bourgeon frontal, en même temps que du développement du bourgeon maxillaire, l'œil se rapproche de plus en plus de la ligne médiane, tout en restant relativement aussi élevé. Cependant il demeure toujours séparé de son congénère par le pédicule du bourgeon frontal (1). »

En possession de toutes ces notions, essayons d'expliquer les faits.

Les anciens avaient bien tenté quelques explications, mais celles-ci n'étaient pas déduites des connaissances embryologiques. C'étaient de pures hypothèses.

Ainsi Huschke croyant que les yeux se développaient aux dépens d'une assise cellulaire commune admettait qu'il suffisait d'un manque de bifidité pour déterminer la cyclopie.

Geoffroy Saint-Hilaire voyait dans l'atrophie du squelette nasal et de l'ethmoïde l'union des parties similaires.

Panum croyait que les assises oculaires étaient déplacées par des défauts de formation dans leur voisinage, qu'elles venaient en contact et que les parties intermédiaires se détruisaient.

D'après Dareste, le phénomène primitif consiste dans l'occlusion prématurée du neuropore antérieur.

(1) E. Gravelotte, *Un cas de cyclopie*, Th. de Paris, 1905.

Par suite de cette fermeture, la première vésicule cérébrale cesse de s'accroître aux dépens de l'ectoderme tégumentaire; par suite les deux plaques rétiniennes ne peuvent gagner leur position normale sur la paroi latérale de la vésicule et les vésicules optiques primitives se forment à la partie antérieure du cerveau, plus ou moins rapprochées de la ligne médiane, suivant que la fermeture du neuropore s'est produite d'une façon plus ou moins précoce. Quand les deux vésicules optiques peuvent se former, il y a ultérieurement deux yeux; lorsque au contraire les

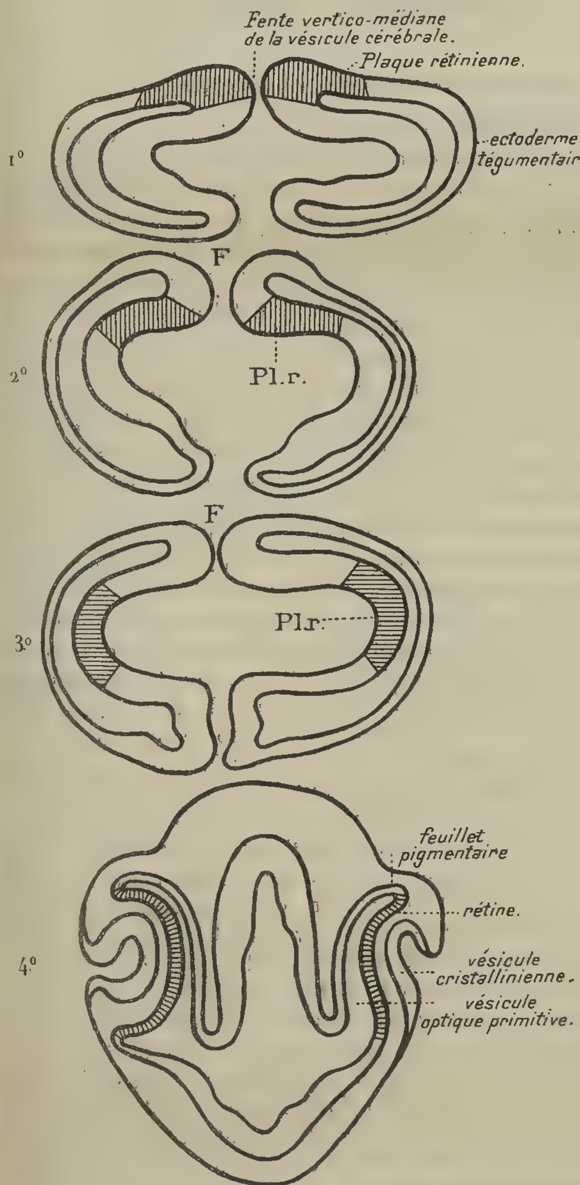


Fig. 3. — *Coupes schématiques de la vésicule cérébrale antérieure, destinées à montrer la formation des vésicules optiques primitives* (d'après Déjerine). — On voit la plaque rétinienne, située d'abord sur la lame cutanée de l'ectoderne se rapprocher peu à peu du neuropore antérieur, former une partie de la bordure de cet orifice, puis gagner la partie latérale de la paroi de la vésicule antérieure.

plaques rétiniennes sont trop voisines l'une de l'autre pour évoluer séparément, il ne se produit qu'une seule vésicule primitive, contenant en plus ou moins grand nombre les éléments des deux yeux et qui donnera naissance pareillement à un œil partiellement double.

Enfin, dans certains cas, la vésicule optique est unique et simple : l'œil unique qui en procède est simple également. On dit alors que le monstre est un cyclope par monophtalmie. La science a enregistré peu d'observations de ce genre.

La formation d'une seule vésicule optique ou de deux vésicules très rapprochées gêne le développement de l'appareil nasal. En effet, le bourgeon frontal qui normalement se développe entre les deux yeux ne peut se développer ni entre eux, ni au-devant d'eux. Il est obligé d'évoluer au-dessus et par suite très incomplètement; le plus souvent les os propres du nez sont informes et rudimentaires et ont la forme de trompe. Dans quelques cas le bourgeon frontal a totalement avorté.

La fermeture prématurée du neuropore antérieur donne naissance aussi à des troubles secondaires dans l'évolution du cerveau antérieur. La vésicule antérieure s'accroît en forme de vésicule sphérique, à parois lisses et dont la cavité généralement assez vaste représente les deux premiers ventricules réunis. On ne trouve ni voûte, ni cloison transparente, ni corps calleux, ni corps striés.

Nous venons de donner une explication anatomique des anomalies relevées ici, mais quelle est la cause intime du trouble apporté au développement de cet être.

La femme qui a mis au monde ce cyclope est saine. Elle a déjà eu deux enfants qui ne présentent aucune anomalie. Je n'ai rien relevé non plus dans les antécédents du père, ni consanguinité, ni malformations, ni syphilis. Je ne parle pas de certaines impressions visuelles — d'ailleurs insignifiantes — que la mère aurait reçues et auxquelles la famille accordait un crédit aussi illimité que gratuit. Il n'a été constaté aucun stigmate de dégénérescence obstétricale dans les ascendants tant du côté paternel que du côté maternel. Il était intéressant de savoir s'il n'y avait pas d'hérédité transformée, comme en ont signalé MM. R. et H. Larger, c'est-à-dire s'il n'y avait pas de tares mentales ou physiques autres que celles obstétricales proprement dites qui pourraient être reliées dans une certaine mesure à l'anomalie que nous venons d'étudier. De ce côté encore nous n'avons rien trouvé qui mérite d'être noté.

Disons, en terminant, que des coupes seront pratiquées sur le cerveau, après qu'il aura été injecté, et vous permettront de vérifier ce que nous avons annoncé plus haut.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 14 janvier 1908)

L'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose et son rôle dans la lutte antituberculeuse. — L'Académie a écouté avec un vif intérêt l'importante communication de M. Calmette. M. Calmette, dans des communications à l'Académie des sciences, en 1907 (voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 72, p. 857, et n° 90, p. 1072), a fait connaître les premiers résultats de ses recherches sur l'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose. Il est à peu près démontré aujourd'hui que cette méthode permet de reconnaître, avec une exactitude presque absolue, l'existence de lésions tuberculeuses en évolution, alors que celle-ci ne se manifestait encore par aucun signe clinique apparent.

Après s'être servi de la tuberculine brute, M. Calmette l'a abandonnée pour employer la tuberculine purifiée par trois précipitations successives à l'alcool à 95 et par dessiccation

dans le vide. Il se sert d'une solution à 1 p. 100 ou à 1 p. 200 chez les enfants. Ces solutions ont été inoculées à des centaines de mille de sujets de tout âge. Elle fournit des résultats aussi exacts que ceux de la tuberculine et présente sur cette dernière l'avantage d'être absolument inoffensive, pourvu qu'on prenne les précautions usuelles de propreté.

En résumé, l'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose a fait ses preuves de fidélité et d'innocuité. Elle est d'un emploi facile. Elle mérite en conséquence d'être adoptée par les praticiens. On peut espérer que l'ophtalmo-diagnostic nous aidera puissamment, d'une part, à solutionner l'angoissant problème de l'hérédité de la tuberculose, et qu'il nous fournira, d'autre part, le moyen de vérifier la valeur de l'assertion émise par Behring au Congrès vétérinaire de Cassel, en 1903, que la « tuberculose de l'adulte résulte presque toujours du développement tardif d'une infection tuberculeuse contractée dans l'enfance, et produite par l'ingestion de lait contaminé.

M. Calmette étudie ensuite la question de savoir si l'on peut tirer de l'ophtalmo-diagnostic un parti avantageux dans la lutte récente contre la tuberculose.

Sans exagérer l'importance des résultats sociaux qu'on peut attendre de cette nouvelle méthode de diagnostic de la tuberculose, M. Calmette estime donc que son emploi, judicieusement effectué, permettrait de réaliser dans les familles, dans les écoles, dans notre armée nationale, dans les hôpitaux et dans toutes les collectivités humaines, une sélection qu'aucun autre procédé ne permet d'assurer aussi efficacement, des sujets porteurs de lésions tuberculeuses en activité.

On peut donc affirmer que, si l'ophtalmo-diagnostic, grâce à sa fidélité et à son innocuité attestées désormais par plus de 10000 observations publiées dans les recueils scientifiques de tous les pays, mérite la confiance des cliniciens, il n'est plus douteux que la lutte sociale contre la tuberculose doive en tirer un large profit.

De l'action du sérum antidiphtérique dans les infections oculaires. — Se basant sur l'idée que tout sérum antitoxique contient en abondance des anticorps et des éléments de défense générale de l'organisme sécrétés par tous les tissus de l'animal immunisé, M. Darier a pensé que dans toutes les infections, contre lesquelles aucun sérum spécifique n'a été encore trouvé, on pourrait tirer parti du sérum antidiphtérique qui se trouve à la portée de tout médecin.

Dans les ulcères infectieux de la cornée qui en quelques jours peuvent amener une perte plus ou moins complète de la vision, dans les infections par plaies pénétrantes de l'œil, dans les complications si redoutables qui suivent parfois l'opération de la cataracte, dans certaines iritis infectieuses, dans le zona ophtalmique, etc. M. Darier a obtenu avec deux ou trois injections de sérum de Roux un arrêt rapide de l'infection marqué d'abord par une cessation des douleurs puis par une prompte guérison avec conservation d'autant plus complète de la vision que la sérothérapie a été appliquée plus tôt.

Le sérum simple agit dix fois moins que le sérum antidiphtérique.

Cette sérothérapie ne serait pas applicable aux seules infections oculaires, mais à toutes les maladies infectieuses ne possédant pas encore de sérum spécifique.

Le praticien, pense M. Darier, pourra donc tirer très grand profit du sérum de Roux dans l'érysipèle, les infections traumatiques, les angines infectieuses si variées, les bronchopneumonies, les grippes infectieuses, etc.

Tremblement essentiel héréditaire. — M. Raymond analyse un travail de M. Le Clerc sur ce sujet.

Action de la choline. — M. Desgrez, en collaboration avec M. Chevalier, a étudié les effets de la choline sur les sécrétions glandulaires. Elle a la propriété d'augmenter ces sécrétions.

Les auteurs ont constaté que, sous l'influence d'injections intra-veineuses de choline ne dépassant pas 5 milligrammes par kilogramme d'animal, la pression artérielle s'abaisse rapidement de 4 à 5 millimètres de mercure. La choline se comporte en outre comme un antagoniste de l'adrénaline.

Enfin elle représente le premier exemple d'une substance physiologique, se produisant normalement dans l'économie, dont la constitution soit bien définie et qui provoque un abaissement marqué de la pression artérielle.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PIPÉRAZINE DANS LA DIATHÈSE URIQUE

Les nombreuses manifestations de la diathèse urique présentent un caractère commun, c'est d'être causées par l'accumulation intra-organique d'une substance, l'acide urique, et de son dérivé, l'urate de soude. Tous deux offrent comme principal inconvénient d'exiger, pour leur dissolution, et partant, leur élimination par les urines, une quantité d'eau considérable. Il faut en effet 1800 parties d'eau chaude pour dissoudre une partie d'acide urique, aussi un adulte n'élimine-t-il par jour que 40 centigrammes environ de cet acide par les urines. Il n'est donc pas étonnant que dans ces conditions, un léger excès de production d'acide urique suffise pour provoquer son accumulation dans l'économie : une seule chose doit nous surprendre, c'est que les accidents imputables à ce dernier phénomène ne soient pas plus fréquents encore.

En présence de ce problème thérapeutique, deux solutions se sont toujours imposées au praticien : la première consiste à s'opposer, par une série de mesures diététiques, à la surproduction d'acide urique. Or, on ne saurait méconnaître que les savants n'ont pu jusqu'ici se mettre entièrement d'accord sur ce sujet : le seraient-ils d'ailleurs, que les goutteux eux-mêmes constitueraient le plus grand obstacle à la réussite, car ils sont par essence réfractaires à toute contrainte.

Reste la seconde tâche à accomplir : favoriser l'élimination de l'acide urique accumulé. La lithine et ses sels, couramment prescrits au cours du dernier siècle, constituaient sous ce rapport un certain progrès, car l'urate de lithine n'exige que 368 parties d'eau pour se dissoudre. Mais cette médication n'est pas absolument inoffensive aux doses vraiment efficaces.

En 1892, on apprit par un travail de Biesenthal et Schmidt qu'un alcalin organique du groupe des pyridines, la pipérazine (éthylènimine ou diéthylène-diamine) possédait la remarquable propriété de dissoudre de très grandes quantités d'acide urique. La pipérazine se combine à l'acide en donnant un urate soluble dans 47 fois son poids d'eau ; c'est donc de beaucoup le sel urique le plus soluble. Une expérience a montré que la pipérazine en solution aqueuse à 1 p. 100 dissout 50 p. 100 d'un calcul de 10 grammes dans les quinze premières heures de contact, et qu'au bout de soixante-douze heures le calcul a perdu 92 p. 100 de son poids primitif. Le coefficient de solubilité est, dans les mêmes conditions, de 8 p. 100 pour le citrate de potasse et le bicarbonate de soude, de 20 p. 100 pour le citrate de lithine et le carbonate de soude et de 40 p. 100 pour le biborate de soude.

Ces constatations incitèrent nombre de praticiens à étudier les effets de la pipérazine dans la diathèse urique. On reconnut que le produit n'est pas toxique, qu'il est facilement résorbé dans l'estomac et traverse l'économie sans se décomposer. La pipérazine dissout l'acide urique et les concrétions d'urates partout où elle les rencontre, neutralise les urates acides qui peuvent se trouver en solution et facilite ainsi l'élimination de l'acide urique.

En solution aqueuse à 1 p. 100, sa saveur est à peine accusée, même à la dose de 3 grammes par jour, elle n'exerce aucune influence nocive sur les fonctions organiques.

La pipérazine ne dissout du reste pas seulement l'acide urique, mais aussi la substance albuminoïde qui sert à agglomérer celui-ci : elle agira donc aussi sur les concrétions qui ne se composent pas uniquement d'acide urique.

Il serait trop long de citer ici les observations si nombreuses publiées depuis 1892, et qui toutes confirment les premières constatations. Nous ne saurions mieux résumer cette littérature qu'en citant ici l'opinion émise par le professeur Albert Robin dans une de ses leçons de clinique thérapeutique, à savoir que la pipérazine est le meilleur médicament de la lithiase rénale (1).

La pipérazine a été essayée dans toutes les manifestations de la diathèse urique, et si l'on veut se rendre compte de ses effets, il est utile de les passer en revue.

Goutte aiguë. — La pipérazine ayant le grand avantage de n'exercer aucune influence nocive sur les systèmes digestif et cardio-vasculaire, on a, dès son apparition dans le domaine thérapeutique, cherché à l'administrer dans l'accès aigu de goutte, au lieu et place des préparations à base de colchique. Une série d'observations démontrent qu'à la dose de 1 gramme par jour, la pipérazine provoque rapidement un soulagement notable : le goutteux étudié par Attaix (2) peut servir de type sous ce rapport. Ses accès duraient trois semaines et résistaient au colchique et au salicylate : à deux reprises, ils furent enrayés en sept jours par la pipérazine.

Diathèse urique. — La pipérazine est ici nettement indiquée, car on peut la continuer aussi longtemps que l'état du malade l'exige, sans aucun inconvénient. Plusieurs observations démontrent d'ailleurs qu'elle réussit là où d'autres médications étaient restées sans effet.

Lithiase rénale. — Dans les cas de colique néphrétique aussi bien que dans les cas moins aigus, la pipérazine agit en désagrégeant les calculs et en favorisant ainsi leur élimination : la substance agglutinante est, comme nous l'avons dit, dissoute par son influence, et l'on a, à plusieurs reprises, pu récolter des calculs devenus mous et friables.

Rhumatisme, dermatoses. — Les accidents dus à la diathèse sont de même profondément modifiés.

Glaucome. — Il existe une observation, jusqu'ici unique, de Walter (3), qui montre que, grâce à l'administration de la pipérazine, les accidents furent rapidement enrayés.

Ce résumé forcément succinct nous montre que le champ d'action de la pipérazine est considérable et que cette substance mérite, plus que par le passé, d'attirer l'attention du praticien par son innocuité.

Quand il s'agit de combattre des affections éminemment diathésiques, il n'est pas indifférent d'avoir à sa disposition un médicament qui ne compromette en aucune façon le bon fonctionnement des organes.

La pipérazine offre un inconvénient : elle est hygroscopique et ne peut être prescrite en nature, soit en cachets, soit en paquets. La meilleure forme pharmaceutique est le granulé effervescent exactement dosé. Dans les états aigus, la dose variera entre 0g60 et 1g20; dans les états chroniques, entre 0g20 et 0g60, à prendre de préférence le matin à jeun, dans l'intervalle des repas et au moment du coucher.

L. D.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

---

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 30 oct. 1902.
(2) Th. de Paris, 1896.
(3) *Die ophtalm. Klinik*, nov. 1898.

ANALYSES

MÉDECINE

Sporotrichoses cutanées et sous-cutanées. (De Beurmann et Gougerot. *Ann. de dermat.*, oct.-nov.-déc. 1906.) — Cet important mémoire vient montrer la fréquence de la maladie mycosique que découvrirent pour la première fois, il y a quatre ans, de Beurmann et Ramond (*Ann. de dermat.*, 1903) et due au sporotrichum Beurmanni.

Depuis cette découverte, de Beurmann et Gougerot ont poursuivi cette affection caractérisée par des nodules sous-cutanés gommeux, à foyers multiples disséminés simulant la syphilis et parfois la tuberculose; ils eurent le mérite de montrer la fréquence de cette affection à côté de la syphilis et de la tuberculose. De ces lésions, les unes simulent la forme syphilitique non ouverte, l'abcès froid tuberculeux; les autres gommes étalées, ulcérées, simulent la syphilis echtymatiforme, la tuberculose fistulisée; d'autres uniquement dermiques ressemblent aux echtymas chroniques ou aux syphilides papulo-crustacées. Les auteurs ont encore observé de grands abcès et des traînées lymphangitiques dues au sporotrichum Beurmanni.

Le diagnostic clinique de cette affection est possible et les auteurs citent plusieurs faits personnels qui le prouvent; ils montrent les éléments de diagnostic différentiel entre la syphilis et la sporotrichose.

La culture est le seul moyen d'affirmer le diagnostic; les examens du pus par frottis sur lames ne donnent que des présomptions.

Le diagnostic bactériologique est particulièrement simple, ne nécessite même pas d'étude, puisque les tubes sont abandonnés à la température ordinaire, ni microscope puisque l'aspect des cultures à lui seul est caractéristique.

De ce diagnostic découle une sanction thérapeutique capitale, le traitement ioduré, qui est spécifique de cette mycose, et la notion majeure pour le médecin de savoir que son malade n'est ni un tuberculeux, ni un syphilitique. Là est le côté vraiment pratique des recherches de de Beurmann et Gougerot.

Leur mémoire contient l'étude clinique de cette nouvelle maladie, l'étude bactériologique complète du sporotrichum Beurmanni, l'étude anatomo-pathologique du processus sporotrichosique et leurs remarquables résultats expérimentaux; ils ont en effet reproduit la maladie humaine, la forme sous-cutanée à distance.

Ce travail restera le mémoire fondamental de cette question des sporotrichoses. Depuis lors de nombreuses observations sont venues confirmer ces recherches et montrer combien étaient exactes les premières vues des auteurs.

P. Ravaut.

CHIRURGIE

De l'appendicite chez les sujets âgés. (Ch. Gand. Th. de Lyon, 1907.) — L'auteur rappelle l'opinion de Mériel sur l'appendicite des vieillards. L'appendice étant un organe lymphoïde entre en régression à partir de cinquante ans, il fournit donc un terrain moins propice.

L'anatomie pathologique ne présente rien de bien saillant, ou bien il n'existe pas de pus et l'appendice se trouve au milieu d'adhérences multiples, ou en un magma d'aspect épithéliomateux, ou bien il existe une poche purulente renfermant une quantité plus ou moins grande de liquide.

La symptomatologie est particulièrement intéressante, car l'appendicite sénile évolue comme un néoplasme avec amaigrissement, constipation naturelle, coliques; celles-ci sont diffuses, en général courtes. Les digestions sont pénibles, il y a subictère, nausées. A l'examen local le point de Mac

Burney serait moins constant que dans l'appendicite de l'âge adulte; on rencontre une tumeur lisse, dure, rénitente, rappelant le phlegmon ligneux du cou : à la seconde période, augmentation de gravité des phénomènes généraux; chez des sujets, hypothermie ou apyrexie; chez d'autres température à 39 degrés, pouls à 120; au niveau de la fosse iliaque on a des symptômes nets de suppuration. La troisième période est marquée par l'ouverture de la collection à la peau, dans le péritoine, dans la vessie ou l'intestin. Le diagnostic est à faire avec le cancer du cæcum, la tuberculose iléo-cæcale, la syphilis stercorale, les tumeurs du rein, des annexes, de la vessie, avec l'anévrisme de l'artère iliaque externe. Le pronostic est grave. L'ouverture de la cavité purulente, suivie autant que possible de l'appendicectomie et d'un bon drainage, est l'intervention de choix.

L. BABONNEIX.

Le traitement des fractures du col du fémur par l'immobilisation en abduction. [W. E. GALLIE. *The Canada Lancet*, vol. XLI, septembre 1907, n°1, p. 9 (avec 4 fig.).] — Gallie examinant 500 cas de fractures du col du fémur traités au Bellevue hospital, fut frappé de la proportion des cas, où peu à peu après la guérison apparaissaient de la douleur et de le boiterie. Ces cas se rapportaient surtout aux fractures avec engrènement des fragments.

L'examen radioscopique a montré que ces troubles étaient dus à la coxa vara consécutive, par inflexion du col, diminution de son angle et adduction progressive du membre avec rotation en dehors.

Le traitement de ces cas consiste à sectionner le col, à placer le membre en abduction, rotation en dedans et le fixer dans un appareil plâtré étendu du pied aux aisselles. Le succès de ce traitement a suggéré à Whitman l'idée de l'appliquer d'emblée à la fracture du col du fémur, et dans le cas d'engrènement à détruire celui-ci. Les examens radioscopiques et les expériences sur le cadavre montrent en effet que, dans le cas de fractures sans engrènement, la traction dans l'axe du corps réduit mal le déplacement. La traction de la partie inférieure de la capsule élève le fragment externe et le fait basculer en dedans, le poids du membre le fait placer en rotation externe. Il en résultera un cal peu solide, un léger racourcissement et surtout une position du membre en abduction et rotation externe.

Les fractures avec engrènement donnent des cas de coxa vara avec fermeture de l'angle du col et rotation externe.

Les radioscopies et les expériences cadavériques montrent au contraire que dans une abduction de 50 degrés avec rotation légère en dedans, la partie inférieure de la capsule accole le fragment externe contre l'acétabulum et l'y maintient fortement.

Le traitement idéal est donc d'appliquer immédiatement après l'accident, avant le gonflement, après la disparition de celui-ci s'il existait, un appareil plâtré dans cette position. S'il existait un engrènement, il faudrait le supprimer.

L'auteur décrit longuement la technique de l'appareil qui diffère peu du premier appareil, des luxations congénitales de la hanche réduite, cet appareil est coupé au genou au bout de quatre à cinq semaines, enlevé complètement au bout de huit semaines. Le malade marchera alors pendant deux mois sur un support ischiatique, ou avec un petit appareil plâtré en abduction moyenne et des béquilles. Il ne marchera sans appareil qu'au bout de quatre mois.

La méthode n'est applicable qu'aux sujets jeunes ou adultes ou chez les vieillards en très bon état. Elle a donné à Gallie, à Whitman, à Walker des résultats parfaits, avec restauration absolue du col fémoral constatée par la radiographie.

M. LANCE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DÉSINFECTION JOURNALIÈRE DES CONTAGIEUX

Par le docteur SEPET (de Marseille).

Les mains, le pourtour des orifices naturels sont lavés, plusieurs fois par jour, avec de l'eau contenant 1 p. 100 de lusoforme. Dans les cas où l'on est obligé d'employer la balnéation (fièvre typhoïde, scarlatine maligne, broncho-pneumonie infantile, etc.), j'incorpore à l'eau du bain 150 à 200 grammes de lusoforme brut. Les résultats ont été excellents; c'est ainsi que j'ai vu disparaître une épidémie de furonculose et de pyodermite chez les nombreux typhiques de mon service de l'hôpital de la Conception. Je l'ai également employé avec succès pour les bains que l'on fait prendre à la période de desquamation de la variole; la chute des squames m'a paru plus rapide, en particulier les squames de la plante des pieds qui, d'ordinaire sont si longues à se détacher, et les malades baignés au lusoforme, ont eu moins de complications cutanées que ceux baignés à l'eau simple ou à l'eau de son.

Les excréta : urines, déjections, crachats ont été également traités par le lusoforme qui était déposé dans les vases servant à les recevoir ; je tiens surtout à appeler l'attention sur les bons résultats obtenus pour la désinfection des crachats des tuberculeux. Les expériences de Roepke ont démontré que les antiseptiques en solution fortement alcaline sont seuls capables de détruire complètement le bacille tuberculeux dans les crachats : le sublimé même, en réaction neutre est sans action sur le bacille tuberculeux, l'alcalinité des antiseptiques leur permet en effet de dissoudre les grumeaux des crachats; or, le lusoforme est de réaction franchement alcaline, tout en étant suffisamment antiseptique par sa contenance en formol.

D'après le docteur Schneider, la solution de lusoforme à 1 p. 100 donnerait un résultat supérieur si elle était portée à une température de 37 à 40 degrés. En pratique, il est donc préférable de mélanger le lusoforme à l'eau tiède tout en ne dépassant pas 40 degrés.

NOTES POUR L'INTERNAT

Symptômes et diagnostic de la chorée de Sydenham.

La chorée de Sydenham ou danse de Saint-Guy est une affection du système nerveux dont la pathogénie est encore obscure et qui se caractérise cliniquement par des mouvements arythmiques involontaires des muscles de la face et des membres; elle s'observe le plus ordinairement dans l'enfance, toutefois la chorée des femmes enceintes se rapproche beaucoup de la chorée des enfants.

SYMPTOMES. — Le *début* de la chorée est quelquefois brusque, quand elle survient à la suite d'une émotion, d'une frayeur. Plus habituellement le début est progressif, et il existe une période prodromique pendant laquelle on observe surtout des troubles psychiques : l'enfant est distrait, inattentif, quelquefois triste et inquiet; la mémoire est moins sûre, l'intelligence moins vive.

En même temps, l'état général est atteint; fatigue, douleurs dans les membres, diminution de l'appétit sont des symptômes assez fréquents. Quelques légers troubles moteurs commencent à apparaître; à table le petit malade est maladroit, renverse ses aliments, brise son verre. Le diagnostic du début de la chorée n'est alors généralement pas fait; aussi l'enfant est-il fréquemment puni par ses maîtres ou réprimandé par ses parents.

Mais bientôt les désordres moteurs s'accentuent. A la *période d'état*, les troubles de la *motilité* consistent en mouvements brusques, involontaires, désordonnés et irréguliers (folie musculaire); il sont plus rapides que ceux de l'athétose et moins brusques que ceux des tics. Continuels à l'état de veille, exagérés par accès ou sous l'influence d'une émotion, les mouvements choréiques cessent habituellement pendant le sommeil, sauf dans les cas graves où ils persistent la nuit et empêchent le repos.

A la face, ce sont des grimaces, des plissements du front, des mouvements du sourcil, des déformations de la bouche. La langue s'agite dans la bouche avec un bruit de claquement. Quand on dit au malade de tirer la langue, celle-ci sort et rentre presque immédiatement. La parole est difficile par suite des contractions des muscles de la langue et des lèvres et aussi des muscles de la glotte; l'émission des mots est coupée par des bruits expiratoires; certains enfants parlent avec lenteur, d'autres avec volubilité. La déglutition est gênée par les mouvements de la mâchoire et de la langue, peut-être même du voile du palais et du pharynx. Les globes oculaires sont rarement agités en diverses positions, on a observé quelquefois des mouvements de l'iris, de l'instabilité de la pupille en face d'un foyer lumineux (hippus).

Aux membres supérieurs, les mouvements choréiques commencent par les doigts, puis gagnent tout le membre; les épaules se soulèvent, se portent en avant ou en arrière. Ces gesticulations se combinent de diverses façons; l'enfant est maladroit, car il est exceptionnel que les mouvements choréiques cessent à l'occasion d'un mouvement volontaire; aussi souvent, l'enfant ne peut manger seul.

Aux membres inférieurs, les mouvements sont habituellement moins intenses; cependant la station debout et la marche sont difficiles; l'enfant marche comme ces pantins que l'on fait mouvoir à l'aide d'une ficelle; dans les cas intenses, la marche est impossible.

On remarque souvent que les mouvements choréiques des membres prédominent d'un côté du corps.

Les muscles du cou et du tronc participent à la folie musculaire; quelquefois le bassin est projeté de côté ou se soulève en avant [spasme cynique (Cadet de Gassicourt)]. Quand la voix est entrecoupée, quand les malades ne peuvent chanter, c'est que les muscles du larynx sont aussi sans doute le siège de mouvements arythmiques; quelquefois encore le diaphragme et les muscles respiratoires sont atteints. Il est exceptionnel que les sphincters soient touchés; cependant ils peuvent se relâcher dans l'état de mal choréique, d'où incontinence des urines et des matières.

La force musculaire mesurée au dynamomètre, est habituellement diminuée; mais la paralysie n'existe pas, c'est une complication de la chorée ou le caractère d'une forme spéciale, la chorée molle.

L'*excitabilité électrique* des nerfs et des muscles est habituellement normale; quelquefois l'excitabilité des nerfs est exagérée.

L'état des *réflexes* tendineux est très variable; souvent ils sont normaux; cependant, d'après Joffroy, ils sont presque toujours diminués ou abolis; d'après Triboulet, retardés mais exagérés.

Les troubles de la *sensibilité* subjective consistent en douleurs au niveau des jointures et le long des membres, en rachialgie (Triboulet), ovarie (P. Marie). Objectivement, on constate des points douloureux au niveau de l'émergence des nerfs rachidiens (Triboulet), des altérations de la sensibilité générale (hémianesthésie, analgésie); pour ces derniers troubles sensitifs, l'hystérie paraît en cause dans la plupart des cas.

L'*état mental* des choréiques est presque toujours modifié; caractère mobile, irascible, émotivité, impossibilité de fixer l'attention sont des troubles fréquents qui semblent appartenir à la chorée, qui apparaissent et disparaissent avec elle. Dans d'autres cas, délire, hallucinations, folie choréique sont des complications survenant chez des dégénérés atteints de chorée.

Les *troubles cardiaques* sont très fréquents, mais doivent être distingués en chorée du cœur, souffles anorganiques et lésions organiques. La chorée du cœur (H. Roger) est caractérisée par la tachycardie et l'arythmie, avec quelquefois un souffle systolique à la pointe; le diagnostic sera basé sur la variabilité de l'arythmie et du souffle quand il existe. Les souffles anorganiques, observés surtout chez les choréiques de dix à quinze ans, ont les caractères habituels des souffles extra-cardiaques ou cardio-pulmonaires de Potain. Enfin des lésions organiques peuvent se développer dans le cours de la chorée; c'est habituellement une endocardite mitrale, plus rarement aortique, ou une endo-péricardite: ces lésions sont d'origine rhumatismale ou infectieuse, aussi ont-elles servi d'argument aux auteurs qui ont admis la théorie rhumatismale de la chorée (G. Sée, Roger) et à ceux qui admettent une théorie infectieuse (Möbius, Triboulet).

Tous les autres appareils ne présentent que peu de troubles. Dans les urines, on a signalé l'azoturie et la phosphaturie; elles sont très inconstantes. A l'examen du sang, on trouve une anémie légère, quelquefois de la mononucléose (Carrière) et de l'éosinophilie. Le liquide céphalo-rachidien contient parfois quelques lymphocytes (Sicard, Babonneix).

La chorée est une maladie apyrétique; la fièvre, quand elle survient, est sous la dépendance de l'état du mal choréique, ou d'une complication infectieuse. Quelquefois la fièvre fait diminuer ou disparaître les mouvements choréiques (*febris accedens spasmos solvit*) mais cette règle n'est pas absolue.

Les symptômes de la chorée ont une intensité très variable, selon les cas; parfois les mouvements sont peu intenses, l'enfant continue d'aller à l'école (forme légère). Par contre, l'agitation choréique peut devenir extrême, les membres sont lancés en tous sens; les mouvements incessants empêchent le sommeil, la peau des membres, du dos, du siège s'écorche, ces plaies contuses peuvent être suivies de phlegmons, d'érysipèle. La fièvre s'allume, l'enfant tombe dans le coma et succombe à un véritable *état de mal choréique*.

La durée de la maladie est variable; dans ses formes légères et moyennes, la chorée évolue vers la guérison, mais avec des périodes d'amélioration et d'aggravation qui la font durer six semaines à trois mois. Les rechutes et les récidives sont très fréquentes; la chorée des femmes enceintes est souvent une récidive d'une chorée de l'enfance, elle est grave et pour la mère et pour le fœtus. On a vu quelquefois la chorée chronique succéder à une chorée aiguë.

La symptomatologie est un peu différente quand la chorée se présente sous la forme dite *chorée molle* (West, Ollive); tantôt c'est une chorée ordinaire qui devient chorée molle, tantôt la chorée molle apparaît d'emblée; c'est une paralysie généralisée flasque, avec très légère incoordination des mouvements aux doigts ou à la face et quelques troubles psychiques, elle se termine toujours par la guérison. Il faut distinguer de cette chorée molle les paralysies chez les choréiques (monoplégie, hémiplégie).

Enfin, diverses complications peuvent encore modifier le tableau clinique de la chorée: arthropathies et lésions cardiaques ou pulmonaires d'origine rhumatismale; infections secondaires aux traumatismes.

Mais, dans l'ensemble, le pronostic de la chorée des enfants est presque toujours bénin. Les formes graves sont relativement rares.

DIAGNOSTIC. — Les *tremblements* se distinguent des mouvements choréiques par leur régularité et leur rythme.

La *chorée symptomatique* d'une diplégie cérébrale est rarement isolée, le plus souvent elle s'accompagne de contractures et d'athétose.

Les *myoclonies* sont caractérisées par des contractions brusques, se répétant sans rythme à intervalles variables et localisées à certains muscles.

La *chorée variable des dégénérés* se reconnaît surtout à son évolution, au début le diagnostic est très difficile.

La *chorée chronique de Huntington* diffère peu, par ses symptômes, de la chorée des enfants, mais elle est héréditaire et ne débute qu'exceptionnellement dans l'enfance.

Dans la maladie des *tics*, les mouvements sont plus brusques que dans la chorée et d'une coordination apparente.

La *chorée hystérique* est habituellement rythmique et ne peut alors être confondue avec la chorée de Sydenham. Mais il existe aussi une chorée hystérique arythmique (Debove); Charcot admettait dans ce cas une association de chorée et d'hystérie. Cependant la brusquerie du début, les stigmates d'hystérie, l'absence de lésions cardiaques sont en faveur du diagnostic de chorée hystérique.

La chorée molle pourrait être confondue avec la *paralysie infantile*, mais celle-ci a un début brusque et fébrile; avec les *paralysies par polynévrites* des maladies infectieuses, avec les *paralysies hystériques*. Mais, à un examen attentif, on trouve, du côté de la face ou des membres, quelques petits mouvements choréiques.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1908.) P. Ribierre : La médecine légale des accidents au XXe Congrès de chirurgie. Tuberculoses chirurgicales. Cancer. — Mlle Johnson : Le rôle des infirmières visiteuses dans la lutte antituberculeuse en Amérique. — Luigi Tomellini : Attentats par le vitriol. — P. Reille : Les maladies professionnelles.

Archives de médecine des enfants. — (No 1, janv. 1908.) Péhu et Chalier : Tuberculose congénitale. — Armand-Delille et Boudet : Amyotrophie spinale des nouveau-nés. — Terrien : Maltosage et réaction acide. — Comby : Hématome obstétrical du sterno-mastoïdien.

Archives générales de chirurgie. — (No 6, 25 déc. 1907.) P. Soubeyran : Traitement de l'hypospodias pénien juxtabalanique par la mobilisation de l'urètre avec collerette méatique. — P. Hardouin : De la conduite à tenir dans la grossesse compliquée de fibromes de l'urérus. — J. de Fourmestraux : La ligature de la carotide primitive (pronostic et complications).

Archives générales de médecine. — (No 12, déc. 1907.) J. Brault : Spirilloses, tréponémoses, trypanosomoses; leur distribution géographique; leur importance aux colonies. — Gaujoux : Les polyuries.

Bulletin médical. — (No 1, 1er janv. 1908.) Plicque : Le traitement des hématuries. — (No 2, 4 janv.) E. Dupré et Paul Camus : Psycho-polynévrite avec purpura et cirrhose hépatique d'origine alcoolique. — (no 3, 8 janv.) Ch. Vinay : Traitement médicamenteux des divers accidents de la ménopause. — Couteaud : A prepos de la chromhidrose. — (No 4, 11 janv.) H. Alamartine : Tuberculose inflammatoire du côlon pelvien. Contribution à l'étude du rôle de la tuberculose dans les tumeurs et rétrécissements inflammatoires du tube digestif. — F. Lévy et A. Baudouin : Traitement des névralgies du trijumeau par les injections profondes d'alcool.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Déc. 1907.) Neumann : des reins dans les intoxications alimentaires. — Moro : Chondrodystrophie fœtale et thyréodysplasie. — Pineles : Pathogénie de la tétanie infantile. — Finkelstein : Maladie de Banti chez les enfants.

Pédiâtrie pratique. — (No 1, 1er janv. 1908.) Jules Glover : Laryngites traumatiques consécutives au tubage et rétrécissements laryngiens chez l'enfant.

Revue médicale de l'Est. — (No 22, 15 nov. 1907.) M. Perrin : Tumeur cérébrale avec symptômes psychiques consécutifs à un traumatisme. — (No 23, 1er déc.) S. Rémy : Perforation et cranioclasie pratiquées sur la tête venant la dernière. — H. Braun : Cinq cas de rétrécissement cancéreux du pylore traités par la gastro-entérostomie antérieure pré-côlique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 7. — SAMEDI 18 JANVIER 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 18 JANVIER 1908. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 17 janvier 1908.

Les Sœurs Augustines ont définitivement quitté l'Hôtel-Dieu.

Plusieurs milliers de personnes ont tenu à leur faire cortège et à remercier l'ordre qui, pendant treize siècles, a donné aux malades de la ville de Paris tant de preuves de dévouement et de désintéressement.

De nombreux conseillers municipaux sont venus joindre leurs regrets à ceux des malades de l'Hôtel-Dieu. Au nom de l'Administration, M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, est venu, comme il l'avait déjà fait au Conseil municipal, apporter aux Augustines l'hommage de son estime et de son respect.

Le journal dans lequel le regretté Armand Després, qui ne fut ni un clérical ni un réactionnaire, a tant de fois défendu la cause des Sœurs, se devait de saluer une dernière fois celles qui partent sans avoir démérité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 15 janvier : MM. Malet, 5; Dragoesco, 3; Weill, 12; de Vaugiraud, 10; Sourdel, 13; Heuyer, 8; Dequidt, 9; Bienvenue, 13.

Pathologie. — Séance du 15 janvier : MM. Molina, 6; Chibret, 11; Crétaux, 10; Jean, 9; Wilhelm, 12; Malègue, 6; Vernes, 11; Verdun, 10.

La prochaine séance aura lieu le samedi 18 janvier, à quatre heures et demie, à la Charité.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 23 mars 1908, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel) de midi à trois heures, du lundi 17 février au samedi 27 février inclusivement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Walther, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien à l'hôpital de la Pitié; Brocq, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Darier, médecin de l'hôpital Broca; Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau; Dagonet (de Paris); Lejars, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine; Œttinger, médecin de l'hôpital Broussais; Keraval (de Ville-Evrard); Chompret, Baratoux, Chambellan, Bernheim, Guebhard, Cazin (de Paris); Valentini, médecin de l'hospice civil de Bastia; Emery (du Pizou); Ronneaux, chirurgien de l'hôpital de Cambrai; Maurel (de La Bourboule); Guilland (d'Aix-les-Bains); Sicard, médecin des hospices de Castres; Godet, chirurgien de l'hôpital des Sables-d'Olonnes.

CONGRÈS DES PRATICIENS. — Dans sa dernière réunion la Commission permanente a adopté, à l'unanimité, l'ordre du jour suivant proposé par M. Gouffier :

« La Commission de vigilance du Congrès des praticiens, prenant en considération les observations et l'ordre du jour qui lui ont été présentés par l'Association corporative des étudiants en médecine, donne mandat à ceux de ses membres qui appartiennent à la Commission ministérielle pour la réforme des études médicales, de faire le possible pour obtenir le rejet par cette Commission des conclusions du rapport Teissier, conclusions qui, sauf en ce qui concerne la prolongation des études et l'organisation du service de garde, vont à l'encontre des vœux adoptés par le Congrès des praticiens. »

Les délégués de l'Association corporative des étudiants proposent ensuite l'ordre du jour suivant qui est adopté à l'unanimité :

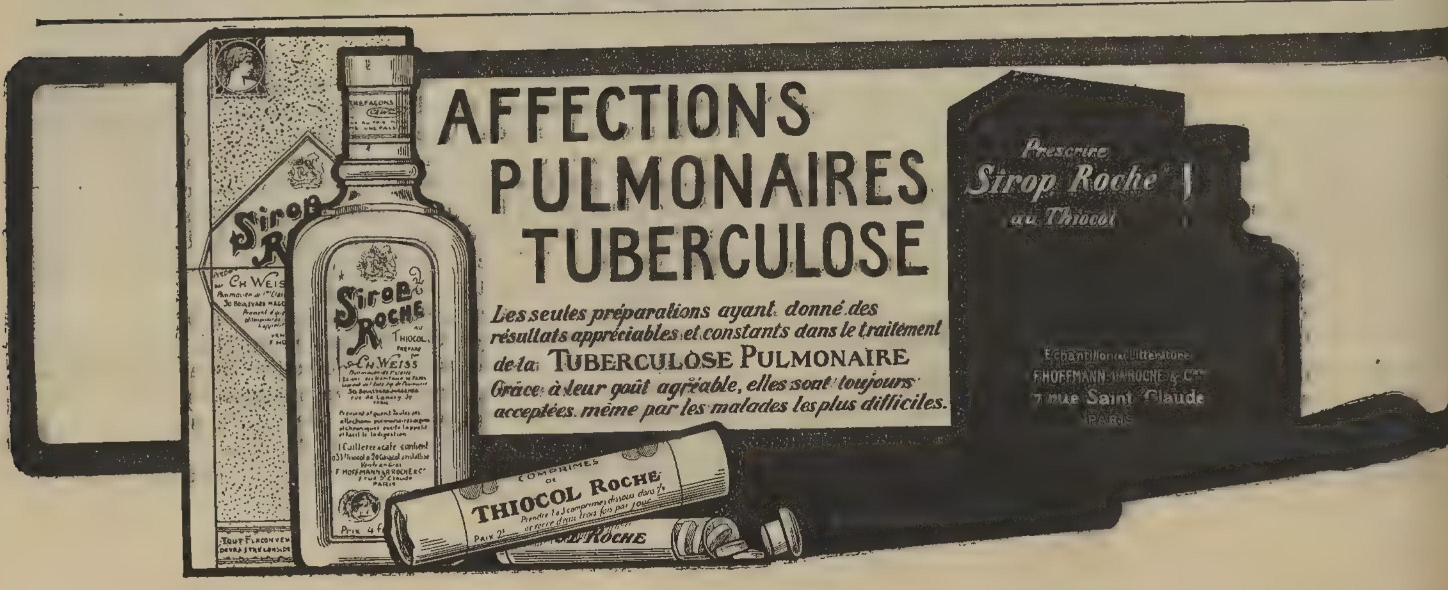
« La Commission permanente du Congrès des praticiens demande à ceux de ses membres qui appartiennent à la Commission ministérielle de voter en faveur du projet de M. Roux sur le recrutement des professeurs contre le projet de M. Teissier, c'est-à-dire pour la liberté de l'enseignement médical dans le sens du privat-docentisme adopté par le Congrès des praticiens. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la deuxième semaine, 1235 décès, au lieu de 931 pendant la semaine précédente et de 1040, moyenne ordinaire de la saison. L'accroissement de la mortalité est dû aux affections de l'appareil respiratoire (87 décès de plus que pendant la semaine dernière), à la congestion cérébrale (37 décès de plus), et à différentes maladies chroniques (tuberculose pulmonaire, 60 décès de plus; cancer, 23; sénilité, 23; maladies du cœur, 31, etc.). La rougeole s'est considérablement développée; la scarlatine reste fréquente.

La rougeole a causé 9 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 480 au lieu de 252 précédemment et au lieu de 163, moyenne des quatre dernières années. Cette maladie s'est répandue dans presque tous les quartiers de Paris (excepté l'arrondissement de l'Hôtel de Ville où il n'y a que 2 cas nouveaux, et Passy où il n'y en a que 3).


GOUTTE
RHUMATISME
LE PLUS GRAND DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE
$AzH < \begin{matrix} CH^2 - CH^2 \\ CH^2 - CH^2 \end{matrix} > AzH$
Diéthylène — Diamine
GRANULÉE
EFFERVESCENTE
PIPÉRAZINE
MIDY
GRAVELLE
COLIQUES
NÉPHRÉTIQUES
Pendant les crises
3 à 6 mesures
par jour.
ARTHRITISME
dans toutes ses manifestations.
Comme préventif
1 à 3 mesures par jour.
10 jours par mois.
Pharmacie MIDY, faubourg Saint-Honoré, 140, et toutes pharmacies de France et de l'Étranger


Digalène
Solution de DIGITOXINE SOLUBLE CLOETTA
Mêmes effets thérapeutiques qu'avec la
Macération de Feuilles fraîches de Digitale
DOSAGE RIGOUREUX
ACTION RAPIDE
DIURÈSE INTENSE
TOLÉRANCE PARFAITE
S'emploie par la bouche, le rectum
en injections sous cutanées
injections intra musculaires
indolores
Pas d'Accumulation
CONTENANCE 15cc
DIGALENE
SOLUTION DE DIGITOXINE SOLUBLE CLOETTA
AMPOULES DE DIGALÈNE
Chaque ampoule de 1cc est dosée à trois dixièmes de milligr de DIGITOXINE SOLUBLE CLOETTA
CH. WEISS
Ex interne des Hopitaux
50 Bd Magenta
PARIS
VENTE EN GROS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue St Claude
PARIS
Boîte de 6 Ampoules Fr 3


AFFECTIONS
PULMONAIRES
TUBERCULOSE
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable, elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Prescrire
Sirop Roche
au Thiocol
Échantillons, Littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
PARIS
Sirop Roche
THIOCOL
CH. WEISS
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES

Par M. H. CHÉNÉ,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — La connaissance des paralysies diphtériques ne remonte pas à une date très éloignée. En effet, d'une part, ce n'est qu'en 1826 que Bretonneau écrivit son *Traité de la diphtérie*. D'autre part les auteurs qui, avant lui, décrivirent des angines que l'on peut rapporter à la diphtérie, et qui constatèrent au cours de ces affections des symptômes paralytiques, ne virent pas les rapports de causalité existant entre ces différents phénomènes.

C'est ainsi que, sans remonter jusqu'à Cœlius Aurelianus, qui semble n'avoir eu que des notions assez obscures sur la diphtérie et sur les paralysies qui peuvent lui succéder, on trouve quelques observations dans Ghisi (1747), Chomel (1748), Marteau de Grandvilliers (1767), Samuel Bard (1771). Bretonneau qui, dans son *Traité*, cite ces différents auteurs, ignora longtemps les paralysies de la diphtérie, telles que nous les concevons aujourd'hui. Trousseau lui-même dit, dans ses *Cliniques*, en avoir observé plusieurs cas sans avoir saisi, pas plus que ses collègues appelés en consultation, la relation existant entre la paralysie et la diphtérie antécédente. Ce ne fut qu'assez tard qu'il exposa dans ses *Cliniques* la conception aujourd'hui classique. Peu de temps après, parut la thèse de Maingault (1854) qui constitue le premier travail d'ensemble sur la question.

Depuis, les travaux se sont multipliés et le tableau clinique des paralysies diphtériques semble définitivement fixé. Il n'en est pas de même pour ce qui concerne les lésions anatomiques qui les déterminent et le mécanisme suivant lequel elles se produisent. Il serait trop long d'énumérer ici tous les travaux publiés sur ce sujet depuis la première communication de Charcot et Vulpian (1862). Nous les retrouverons en étudiant l'anatomie pathologique et la pathogénie.

La découverte du bacille de la diphtérie par Klebs (1883) et par Lœffler (1884) a permis d'étudier la question au point de vue expérimental. Roux et Yersin (1888) en obtenant, avec le bacille ou sa toxine, des paralysies analogues aux paralysies humaines, démontraient sa spécificité. Depuis, ces paralysies ont pu être reproduites par de nombreux auteurs avec la toxine diphtérique, ce qui a permis d'étudier les lésions qu'elle produit sur les centres nerveux et sur les nerfs périphériques, et de déterminer en même temps le processus suivant lequel elle agit (Luisada et Pacchioni, Babonneix).

Enfin l'application de la sérothérapie antidiphtérique au traitement des paralysies attire actuellement l'attention. Son efficacité, longtemps contestée, semble maintenant hors de doute (Ferréet Mongour, Comby).

II

Étiologie. — Il est assez malaisé d'évaluer la fréquence des paralysies diphtériques. Les principales statistiques sont celles de Roger, de Sanné et de Cadet de Gassicourt. Roger sur 210 diphtériques observe 36 paralysies, soit dans 16,6 p. 100 des cas, Sanné sur 1382 malades note 155 paralysies, soit 11 p. 100. Cadet de Gassicourt sur 937 cas note 128 paralysies, soit 13,6 p. 100. Mais, serrant de plus près la question, il croit devoir éliminer de ses 937 cas 497 composés de malades morts très rapidement avant l'époque habituelle de l'apparition des paralysies. Il trouve ainsi une proportion de 23,76 p. 100.

C'est là le chiffre qui se rapprocherait le plus de la réalité.

Les paralysies sont plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant, non pas d'une manière absolue, mais par suite de ce fait que si la diphtérie est plus rare chez l'adulte, par contre, elle y est suivie. beaucoup plus souvent que chez l'enfant, d'accidents paralytiques (Landouzy).

Les paralysies peuvent succéder à toute diphtérie, quelle que soit sa localisation primitive : angine diphtérique, croup sans angine (Cadet de Gassicourt), diphtérie nasale, génitale, oculaire, cutanée. Les diphtéries cutanées sont presque fatalement suivies de paralysies. Il est des épidémies où les paralysies sont plus fréquentes. Boissarie (1881) a rapporté une épidémie au cours de laquelle les paralysies précédaient l'apparition des fausses membranes. Il existe, dans la majorité des cas, « un rapport remarquable entre le siège de l'inoculation diphtérique primitive et celui de la paralysie consécutive, les paralysies localisées frappant toujours la région primitivement atteinte par la diphtérie, les paralysies généralisées débutant le plus souvent par cette région » (Babonneix).

C'est ainsi que la paralysie du voile du palais et du pharynx est la plus fréquente, l'angine étant la localisation la plus ordinaire de la diphtérie. C'est ainsi encore qu'on a vu succéder à une diphtérie de la région ombilicale la paralysie des muscles de la paroi abdominale (Küssmaul); la paralysie du bras à une diphtérie du doigt (Paterson), la paralysie unilatérale du voile à une angine unilatérale (Colin, Gée, Gubler, Acker, Roger, Aubertin et Babonneix).

Les paralysies semblent plus fréquentes à la suite des diphtéries graves, en particulier après celles où l'on retrouve les formes longues du bacille diphtérique, qui sont les plus virulentes. Ainsi sur 38 cas, Aubertin (1902) a observé :

Le bacille long	23 fois.
Le bacille moyen	12 fois.
Le bacille court	1 fois.
Le bacille pseudo-diphtérique.	2 fois.

III

Symptomatologie. — L'époque d'apparition de la paralysie est assez variable suivant les cas. Souvent elle est en rapport avec la gravité de l'angine : précoce dans les formes graves ou malignes, c'est-à-dire survenant le troisième ou quatrième jour après le début de la maladie ; tardive au contraire dans les formes moyennes, où elle se montre au cours de la convalescence, le plus souvent huit à quinze jours après la guérison. Il est rare qu'elle apparaisse après quinze jours ou un mois.

On a signalé comme signe précurseur de la paralysie, un léger mouvement fébrile sans cause appréciable, l'apparition ou la recrudescence de l'albuminurie, le ralentissement marqué du pouls, une pâleur

inaccoutumée. Ce sont là des phénomènes inconstants, et le plus souvent les premiers symptômes observés sont ceux de la paralysie du voile du palais. C'est, en effet, dans la majorité des cas, cet organe qui est le premier envahi. Il arrive assez souvent qu'il soit seul atteint; dans ce cas on a affaire à une forme limitée, localisée, de la paralysie diphtérique. Secondairement les symptômes paralytiques pourront s'étendre à d'autres groupes musculaires (membres, tronc, tête). C'est la forme généralisée, qui se montre quelquefois d'emblée, sans qu'il y ait eu au préalable paralysie du voile. Enfin on peut observer au cours d'une paralysie diphtérique généralisée, ou même isolément dans la convalescence d'une diphtérie, des troubles de la respiration et de la circulation, forme cardio-pulmonaire de Cadet de Gassicourt dont le pronostic est très grave et la pathogénie des plus complexes.

Paralysie limitée. — Comme nous l'avons dit, son lieu d'élection est le voile du palais. Il est des cas où la paralysie s'est localisée à un autre groupe musculaire, muscles oculaires, lèvres, masse sacro-lombaire, sphincter de l'anus. Mais ce sont là des exceptions, et c'est le voile qui est presque toujours atteint dans les formes limitées; sur 128 cas de paralysies diphtériques Cadet de Gassicourt a observé 103 fois celle du voile. Mais souvent, comme le fait remarque M. Marfan : « le voile n'est pas paralysé seul, il y a en même temps paralysie du voile, du pharynx et de l'orifice supérieur du larynx, en un mot une paralysie de toute la gorge. » La paralysie débute d'une manière insidieuse; la voix devient un peu faible et nasonnée, le malade éprouve une certaine gêne dans la déglutition, il a tendance à avaler de travers et s'il a été trachéotomisé, les aliments reviennent par la plaie trachéale. Les symptômes augmentent progressivement et amènent le médecin à examiner la gorge. Cette exploration montre le voile abaissé et inerte, sa muqueuse est pâle, la luette flasque et pendante traîne sur la partie postérieure de la langue, et si l'on supprime la respiration nasale du sujet en lui pinçant les narines, on la voit entraînée en avant et en arrière par l'air expiré et inspiré. Si la paralysie est unilatérale, l'arc palatin du côté paralysé est abaissé et semble placé sur un plan antérieur à celui du côté sain. Celui-ci paraît plus arqué et sur un plan postérieur. La luette est déviée de son côté et cette déviation s'accentue encore si l'on provoque un mouvement du voile en faisant prononcer au malade les sons *a* ou *è*.

Les troubles de la sensibilité objective ne sont pas moins marqués. Si l'on cherche à exciter la muqueuse de la région paralysée avec un instrument quelconque, la pointe d'un crayon par exemple, le malade ne percevra aucune sensation tactile ni douloureuse; le voile reste immobile, on ne provoque aucune action réflexe. L'anesthésie peut s'étendre d'ailleurs à une grande partie du pharynx.

D'après Aubertin (1902) cette description, qui est celle des auteurs classiques, ne s'appliquerait pas à la majorité des cas. Le plus souvent, d'après lui, la motilité du voile n'est jamais complètement abolie, les muscles sont seulement parésiés et les mouvements moins étendus et moins énergiques que chez les sujets sains. Il y a surtout un défaut de tonicité du voile qu'on peut déprimer plus facilement avec l'extrémité de l'abaisse-langue. De même les troubles de la sensibilité seraient exceptionnels : les sensations tactiles douloureuses ou thermiques seraient seulement émoussées, mais jamais abolies. Le réflexe pharyngien serait conservé et facile à provoquer par l'excitation non pas du voile, mais de la luette ou de la paroi postérieure du pharynx.

Les symptômes fonctionnels ont été bien décrits par Ruault.

Les troubles de la phonation sont très caractéristiques et s'expliquent facilement par la connaissance de la physiologie normale du voile du palais. Paralysé, il ne peut plus s'appliquer sur la paroi postérieure du pharynx, de sorte que la colonne d'air expirée sort en partie par les fosses nasales et en partie par la bouche. Elle perd ainsi de sa force et son action sur les lèvres est diminuée. Il en résulte que la prononciation des consonnes devient difficile, « et l'émission de toutes les voyelles simples exigeant le soulèvement plus ou moins marqué du voile du palais est impossible; elle est remplacée par celle des sons nasaux *an*, *eun*, *on* » (Ruault). La sortie d'une partie de la colonne d'air par les fosses nasales permet de comprendre aussi pourquoi le malade ne peut souffler une bougie, siffler, fumer, à moins de se pincer les narines. De même les mouvements de succion ne peuvent être accomplis. Pendant le sommeil, la respiration s'accompagne d'un ronflement plus ou moins sonore.

On peut observer des troubles de l'ouïe, explicables par la paralysie du muscle péristaphylin externe, qui cesse d'ouvrir la trompe comme normalement, à chaque mouvement de déglutition, pour maintenir l'égalité des pressions entre l'air de la caisse du tympan et l'air atmosphérique.

Les troubles de la déglutition s'observent d'une façon constante. Les aliments liquides refluent par les fosses nasales surtout lorsqu'ils sont chauds et excitent ainsi d'autant moins la contractilité affaiblie des muscles du voile. Ruault accorde, dans leur production, un rôle prépondérant à l'anesthésie pharyngée. Il fait remarquer très justement que, chez certains syphilitiques dont le voile a été détruit plus ou moins complètement par une ulcération, on observe bien des troubles de la phonation, mais que les troubles de la déglutition manquent ou sont très légers. L'occlusion de la cavité naso-pharyngienne, normalement réalisée par le relèvement du voile est effectuée par l'adaptation progressive du constricteur supérieur du pharynx et de la base de la langue. « Dans la paralysie diphtérique, le bol alimentaire en raison de l'anesthésie gutturale n'éveille le réflexe que lorsqu'il a pénétré jusqu'aux régions inférieures qui ont conservé la sensibilité; mais lorsque la contraction se produit à ce niveau, le constricteur supérieur parésié reste plus ou moins inerte et le bol alimentaire risque d'être repoussé en avant et en haut au lieu de pénétrer dans l'œsophage. »

Au moment de la régurgitation des aliments, des particules alimentaires peuvent être projetées dans le vestibule laryngé déterminant des accès de toux spasmodique. Lorsque l'anesthésie s'étend à l'orifice supérieur du larynx et que le muscle aryténo-épiglottique est parésié, il peut arriver qu'une partie du bol alimentaire tombe dans le larynx et la trachée, produisant leur obstruction et une asphyxie rapide. Tardieu a publié un cas de ce genre (1859). Peter en a rapporté un autre. C'est là, toutefois, un accident assez rare car les malades se contentent surtout d'aliments semi-liquides qu'ils avalent avec précaution, par petites gorgées, la tête renversée en arrière

de façon que le liquide tombe dans l'estomac en quelque sorte par son propre poids.

Il peut arriver que les matières alimentaires qui pénètrent dans les bronches déterminent des foyers de broncho-pneumonie et même de gangrène pulmonaire.

L'alimentation peut devenir à tel point impossible qu'on a signalé des cas de mort par inanition (Cadet de Gassicourt). L'emploi rationnel de la sonde œsophagienne semble devoir supprimer cette éventualité.

La durée de cette forme limitée de la paralysie diphtérique n'est généralement pas bien longue. Dans les cas légers, elle peut être de quatre ou cinq jours. Le plus souvent la guérison est complète au bout de dix à vingt-cinq jours. Mais il est des cas où il faut attendre un mois et même exceptionnellement deux mois.

Paralysie généralisée. — Ce terme n'implique pas que nécessairement, dans tous les cas tous les muscles soient paralysés. La paralysie peut atteindre un nombre plus ou moins considérable de groupements musculaires; elle n'a aucune topographie régulière et peut affecter les formes monoplégique, hémiplégique, paraplégique. Elle se fait remarquer par la variabilité de ses localisations qui changent d'un malade à l'autre, et qui sur le même sujet abandonnent une région pour se porter sur un autre point. Sa marche n'est pas réglée, et celle qu'on décrit comme la plus habituelle (voile du palais, œil, membres inférieurs, membres supérieurs, muscles du tronc) n'a rien de constant.

La paralysie généralisée débute la plupart du temps par le voile du palais; elle y produit les symptômes que nous avons décrits pour la forme localisée. De là elle s'étend à d'autres régions.

Si l'angine a été compliquée de croup les muscles du larynx peuvent être paralysés, le malade devient aphone. Il a des accès de toux dus à la chute des particules alimentaires dans le larynx. La paralysie des dilatateurs de la glotte amène de la dyspnée; et si le sujet a été tubé, la paralysie des constricteurs fait que le tube ne peut rester dans le larynx, il est sans cesse rejeté, ce qui peut nécessiter la trachéotomie. Dans les cas où il y a eu croup sans angine, la paralysie du larynx peut se montrer sans paralysie du voile et être suivie de paralysie généralisée (Sanné).

Les paralysies oculaires peuvent porter sur la musculature interne ou sur la musculature externe, rarement sur les deux à la fois. Le plus souvent la paralysie porte sur le muscle ciliaire. L'accommodation devient difficile ou impossible; la vision des objets rapprochés devient trouble, la lecture, l'écriture sont impossibles. Il y a de l'amblyopie à un degré variable, quelquefois cécité complète. Presque jamais la paralysie du muscle ciliaire n'est unilatérale, elle frappe toujours les deux yeux; parfois son intensité n'est pas égale pour chaque œil. La paralysie du muscle irien est plus rare. Aubertin sur 19 cas dit n'avoir jamais observé de mydriase. La contraction pupillaire à la lumière reste normale; la contraction à distance est également normale le plus souvent; elle peut être à un certain moment affaiblie ou abolie, alors que la paralysie de l'accommodation est en pleine intensité. En pareil cas la conservation du réflexe lumineux, jointe à l'abolition de la contraction pupillaire à distance constitue un syndrome inverse de celui d'Argyll-Robertson. D'autre part, « la coïncidence de la double paralysie de l'accommodation et de l'intégrité du réflexe lumineux ne se verrait que dans la paralysie diphtérique » (Marfan).

La musculature extrinsèque de l'œil peut être atteinte dans des proportions variables. Presque toujours les paralysies qu'on y observe sont des paralysies parcellaires, muscle droit externe, muscle droit interne, entraînant du strabisme et de la diplopie; quelquefois la chute de la paupière supérieure. L'ophtalmoplégie complète est exceptionnelle.

Ces paralysies guérissent assez vite, en dix à quinze jours en moyenne, sauf peut-être les troubles de l'accommodation qui peuvent persister plusieurs semaines ou même plusieurs mois.

Il n'y a aucune lésion des milieux de l'œil ni de la rétine (Follin, de Græfe, Donders, Tavignot). Bouchut a décrit dans certaines paralysies diphtériques des lésions rétiniennes, névrite ou névro-rétinite analogue à celle des amauroses toxiques (anémie rétinienne, infiltration séreuse et même névrite avec atrophie papillaire). Trousseau avait cherché à établir un rapport entre les troubles oculaires et la grande fréquence de l'albuminurie dans la diphtérie. Pour lui il y aurait eu simplement coïncidence : rétinite albuminurique chez un individu atteint de paralysie diphtérique.

Aujourd'hui, les ophtalmologistes s'accordent pour reconnaître que les troubles visuels, consécutifs à la diphtérie relèvent de la paralysie des muscles de l'accommodation.

Après les muscles de l'œil, ou même directement après le voile du palais, la paralysie gagne les membres inférieurs. La fréquence de leur atteinte est assez grande mais diversement appréciée suivant les auteurs. D'après Magne, sur cent malades atteints de paralysies diphtériques, il y en a plus de la moitié qui présentent des troubles moteurs dans les membres inférieurs. Landouzy sur 117 observations trouve 81 cas de paraplégie diphtérique, Cadet de Gassicourt seulement 15 sur 101.

La paralysie des membres inférieurs est précédée de troubles sensitifs qui consistent en sensations d'engourdissement et de fourmillement dans les jambes. C'est une paraplégie flasque. Les muscles les plus souvent atteints sont les péroniers latéraux et les extenseurs. Dans ce cas la jambe au repos prend l'attitude qu'on observe dans les polynévrites : la pointe du pied est tombante et le malade demeure incapable de la soulever. Mais il faut remarquer que dans la diphtérie la paralysie a plutôt tendance à frapper les muscles en masse qu'à se localiser sur certains groupes musculaires comme dans les autres névrites. C'est pourquoi il est rare qu'on y retrouve l'attitude du steppage pendant la marche. Généralement le malade avance en traînant ses pieds sur le sol, soit par la pointe, soit par le bord interne. Il est rare que les mouvements soit complètement impossibles, il y a parésie des membres plutôt que paralysie véritable.

Souvent, ces troubles moteurs sont assez légers pour être méconnus, ou mis sur le compte de la faiblesse de la convalescence. Les troubles des réflexes constituent alors presque seuls les symptômes de la paraplégie. Les réflexes rotuliens et achilléens sont toujours abolis. Comme l'a montré Aubertin : « L'abolition des réflexes est le symptôme le plus précoce de la paraplégie, car il précède souvent les

autres de plusieurs jours; de même après que tous les autres symptômes de la paraplégie ont disparu, l'abolition des réflexes persiste pendant assez longtemps. » L'abolition des réflexes est donc le symptôme le plus constant de la paraplégie diphtérique. Elle devra être recherchée avec soin chez tous les convalescents de la diphtérie, et surtout chez ceux qui présentent de la paralysie du voile, car elle peut se rencontrer même en l'absence de paralysie complète, constituant ainsi « une véritable paraplégie diphtérique fruste, monosymptomatique » (Aubertin et Babonneix).

Le signe de Babinski n'existe jamais. La sensibilité est abolie au pied et à la jambe, surtout à sa face externe. Les malades ne sentent plus le sol sous leur pas, ou bien ils ont la sensation de marcher sur un tapis. Ils sont obligés de regarder à leurs pieds pour ne pas tomber. Outre les sensations persistantes de fourmillement et d'engourdissement, ils éprouvent souvent des sensations de chaleur et surtout de froid, qu'ils comparent à celle que donnerait l'écoulement d'une eau glacée le long de leurs membres. L'anesthésie ne remonte pas, en général au-dessus du genou. Dans certains cas, au lieu d'anesthésie, on constate de l'hyperesthésie. Les masses musculaires sont extrêmement douloureuses à la pression, de même que certains troncs nerveux. Il peut aussi y avoir perte du sens stéréognostique et de la sensibilité articulaire dans les membres paralysés (Raymond).

L'atrophie musculaire a été signalée (Larue, Eulenburg, Kraft-Ebing). Mais elle manque presque toujours; quand elle existe elle n'est pas localisée à un groupe musculaire; il en résulte un amaigrissement en masse de tout le membre. Certains auteurs notent même son absence comme spéciale à la paralysie diphtérique, l'opposant à sa fréquence dans les névrites alcooliques et saturnines. Cela tient à la névrite péri-axile; il n'y a pas de dégénérescence wallérienne, et l'action trophique de la cellule nerveuse sur le muscle n'est pas supprimée.

On peut observer des troubles légers des réactions électriques; mais la réaction de dégénérescence complète est exceptionnelle.

Il est des cas où la paraplégie se présente sous un aspect assez particulier qui lui a fait donner le nom de pseudo-tabes diphtérique (Leval-Picquechef). Par suite de l'anesthésie plantaire, de la diminution de la sensibilité et de la force musculaire, on observe des phénomènes d'incoordination motrice qui, joints à la diplopie et à l'abolition des réflexes rappellent le tableau du tabes (Jaccoud, Kahler et Pic, Erb, Brenner, Raymond, etc.). En réalité il est rare que ces symptômes d'incoordination motrice simulent une ataxie véritable, il y a plutôt simplement une certaine maladresse des mouvements, maladresse relevant de l'asthénie musculaire et quelquefois très accentuée.

Si la paralysie gagne les membres supérieurs, elle y présente les mêmes caractères qu'aux membres inférieurs, au point de vue des troubles moteurs et sensitifs, c'est-à-dire qu'elle prédomine surtout au niveau des extrémités. Il peut arriver que le malade devienne incapable de se servir de ses mains et de ses avant-bras, par exemple pour s'alimenter ou pour se retourner dans son lit.

La paralysie des muscles du cou fait que le malade est incapable de mouvoir sa tête. Celle-ci est abandonnée à son propre poids, elle roule sur l'oreiller, s'inclinant sur les épaules du côté le plus déclive.

La paralysie de la face peut être uni ou bilatérale. Si les deux côtés sont atteints, le visage prend une expression particulière de stupidité. Les lèvres, les joues, la langue peuvent être envahies ; la salive sort continuellement de la bouche; la mastication des aliments devient presque impossible. Ces symptômes, joints aux troubles de la parole et de la déglutition rappellent tout à fait le tableau de la paralysie labio-glosso-laryngée.

Dans certains cas assez rares, la paralysie peut s'étendre aux muscles moteurs de la colonne vertébrale. Celle-ci s'affaisse alors et s'incurve en avant ou latéralement.

A un degré plus avancé, la paralysie peut atteindre les muscles du thorax. Si elle porte sur les intercostaux, la poitrine ne se dilate plus pendant l'inspiration; si elle porte sur le diaphragme, la respiration prend le *type inverse* : l'abdomen se gonfle dans l'expiration, il se déprime, au contraire, pendant l'inspiration, le malade aspirant en quelque sorte son diaphragme dans la cage thoracique. Ces troubles des fonctions des muscles respiratoires aggravent singulièrement l'état du malade surtout s'il existe déjà des complications pulmonaires, pneumonie ou broncho-pneumonie.

Il peut y avoir des troubles sphinctériens : incontinence ou rétention des matières fécales et des urines.

Telles sont les formes les plus souvent observées des paralysies généralisées. Elles se présentent parfois et plus rarement sous un aspect particulier.

Elles peuvent prendre la forme hémiplégique, mais ces cas sont généralement d'origine centrale et consécutifs à une embolie cérébrale par thrombose cardiaque.

On a décrit des formes se rapprochant de la paralysie ascendante aiguë de Landry, frappant d'abord les membres inférieurs puis les muscles supérieurs et le tronc, et se terminant par des accidents bulbaires.

On a signalé au cours des paralysies diphtériques des phénomènes de tétanie (Baginski, Box), de pseudo-tétanos (Bitot), de trismus et d'opisthotonos (Snow).

Enfin, Gowers, Dundas Grant (1892), Harris (1904), Tinel, Scherb (1906) ont publié des cas des paralysies bulbaires chroniques consécutives à la diphtérie et se traduisant suivant les cas, par l'atrophie de la langue, la paralysie des muscles du larynx avec atrophie des cordes vocales, la paralysie des muscles masticateurs, etc.

La durée des paralysies dans les formes généralisées est plus longue que dans les formes localisées. Dans les cas les plus simples, elle persiste facilement d'un mois à six semaines. Si l'atteinte a été sérieuse, il n'est pas rare que la guérison se fasse attendre six mois et même un an. La marche de la guérison est aussi irrégulière que celle de l'extension de la paralysie. Souvent, les organes paralysés en premier lieu guérissent les premiers. Mais il n'y a là rien de fixe ; souvent le voile du palais, atteint le premier, n'est guéri qu'à la fin.

Forme cardio-pulmonaire. — On peut observer au cours ou à la suite de la diphtérie des troubles cardiaques et respiratoires, le plus souvent d'une haute gravité. Suivant la conception différente de chaque auteur ils ont été décrits tour à tour sous le nom de

paralysie bulbaire (Duchenne), de crises bulbaires (Guthrie), de paralysie du pneumogastrique (Gulat, Luss), forme cardio-pulmonaire (Cadet de Gassicourt), paralysie cardiaque (Girard). Plusieurs auteurs ont cessé de les décrire à la suite des paralysies diphtériques et les rangent parmi les complications cardiaques de la diphtérie. Sans préjuger de leur nature très discutée, nous exposerons leurs caractères cliniques qui sont admis par tous. Nous étudierons plus loin leur pathogénie complexe et encore très obscure.

Ces phénomènes cardio-pulmonaires peuvent se rencontrer aussi bien dans les formes légères que dans les formes graves des paralysies diphtériques. Ils apparaissent tantôt lorsque les phénomènes paralytiques sont en pleine généralisation, tantôt au contraire lorsqu'ils ont disparu et que la convalescence est proche.

Parfois, comme dans une observation de Landouzy, les accidents cardiaques se montrent les premiers, et constituent la manifestation initiale d'une paralysie généralisée. Ils peuvent même exister indépendamment de tout phénomène paralytique. C'est le cas, par exemple, assez fréquent, d'un enfant qni tombe brusquement, au cours de la convalescence, faisant un effort ou un simple mouvement, et meurt en quelques instants. Il est malaisé de faire rentrer ces faits dans le cadre des paralysies diphtériques.

Dans les cas où la marche est moins rapide, on observe souvent comme premier symptôme des douleurs abdominales. Ces douleurs sont assez violentes et Gulat (1881), qui a insisté sur leur fréquence, les compare, avec un peu d'exagération peut-être, à celles des coliques néphrétiques ou des coliques hépatiques. Elles ne sont pas localisées sur tel ou tel organe; elles semblent plus vives au niveau de la région épigastrique et rayonnent vers le foie et les hypocondres.

En même temps, symptôme moins fréquent, apparaissent des vomissements. Ce sont des vomissements alimentaires qui se produisent sans effort, rappelant les vomissements cérébraux, « ressemblant à de simples régurgitations » (Rabot et Philippe). Leur association fréquente avec les troubles cardiaques forme « le syndrome cardio-gastrique » de Sevestre.

Dès le début, se montre un signe très frappant, c'est la pâleur de la face et des muqueuses, pâleur caractéristique, rappelant celle de la cire vierge (Gulat). Elle est généralisée à tout le corps, particulièrement aux lèvres et aux conjonctives.

Si l'on peut observer le malade dès le début des accidents, on remarque fréquemment du ralentissement du pouls, qui descend quelquefois à 50 pulsations et même au-dessous. Mais c'est là un phénomène passager, et le pouls ne tarde pas à montrer une extrême accélération. Il atteint jusqu'à 160 et même 180 pulsations par minute. Il est faible mais paraît régulier. Souvent, néanmoins, on observe des intermittences, de l'arythmie; on a même observé un rythme rappelant le type respiratoire de Cheyne-Stokes (Henry).

Il y a un abaissement considérable de la pression artérielle; en même temps les bruits du cœur sont assourdis. Ces symptômes s'accompagnent d'une sensation d'oppression, d'angoisse précordiale, rappelant celle de l'angine de poitrine. Le malade, le regard fixe et anxieux, présente un aspect très particulier.

Du côté du thorax, on observe une dypsnée violente avec, parfois, des troubles du rythme respiratoire. Le nombre des mouvements respiratoires atteint 50 à 60 par minute. On ne trouve rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation des poumons. On ne constate ni tirage abdominal, ni dépression des espaces intercostaux ou des creux sus-claviculaires. Il n'y a ni toux, ni expectoration; en un mot il n'existe aucun symptôme permettant d'attribuer l'origine de cette dyspnée à une lésion pulmonaire.

Ces troubles cardiaques, cette dyspnée, mettent les malades dans un état d'agitation extrême, ils se retournent dans leur lit, et cherchent à se redresser; parfois même on observe des convulsions.

En même temps la voix est affaiblie, parfois complètement éteinte, comme s'il y avait une véritable paralysie du larynx. L'intelligence reste absolument intacte; il n'y a généralement pas de troubles du côté de la température.

La marche de ces accidents est très variable. Parfois tout se borne à quelques palpitations accusées par le malade, en même temps qu'on observe quelques irrégularités du pouls ou un peu de ralentissement du cœur. Ces troubles peuvent se renouveler à diverses reprises plusieurs jours de suite et même s'accompagner de quelques syncopes, puis tout rentre dans l'ordre. Mais le plus souvent, malheureusement, les symptômes atteignent d'emblée une gravité extrême. Il y a une dyspnée violente et une fréquence considérable du pouls qui devient bientôt imperceptible. L'affection a une marche rapidement progressive et la mort arrive fréquemment en moins de quarante-huit heures, quelquefois en quelques minutes ou en quelques heures; dans la plupart des cas, le malade meurt dans une syncope ou bien par asphxyie.

IV

Anatomie pathologique. — Le siège et la nature des lésions qui déterminent les paralysies consécutives à la diphtérie ont donné lieu à des études nombreuses (1). Suivant les cas, les méninges, la moelle, les nerfs, montrent à l'autopsie des lésions diverses.

D'abord les *muscles* eux-mêmes, dans le territoire paralysé, peuvent présenter des altérations. Dans plusieurs cas de Hochhaus (1891), il n'a été constaté aucune lésion centrale ni périphérique; seuls, les muscles étaient altérés. D'après Deguy (1903), certaines paralysies précoces du voile du palais seraient en rapport avec des dégénérescences musculaires dans la production desquelles interviendrait le *diplococcus hemophilus* qu'il a trouvé dans le sang de certains diphtériques. Ces lésions consistent en infiltration cellulaire interstitielle, dégénérescence graisseuse ou hyaline des fibres musculaires. Mais les lésions musculaires sont naturellement insuffisantes pour expliquer le plus grand nombre des paralysies.

Assez rarement on a trouvé des lésions des *méninges*.

Bühl (1867) a trouvé dans un cas de paralysie diphtérique généralisée la pie-mère cérébrale criblée d'extravasats sanguins pénétrant assez profondément dans l'écorce. Les mêmes lésions existaient dans le centre ovale, au niveau des ganglions de la base, du pédoncule, de la protubérance et du bulbe.

(1) La plupart de ces travaux ont été analysés en détail dans l'importante thèse de L. Babonneix : *Nouvelles recherches sur les paralysies diphtériques*, Paris 1904.

Oertel (1871) trouve chez un malade des extravasats sanguins dans les méninges spinales avec des foyers hémorragiques dans la substance grise de la moelle, particulièrement au niveau des cornes antérieures.

Pierret et Millard (1879) signalent une méningite bulbo-médullaire sans lésions de la substance grise mais s'accompagnant de troubles vasculaires considérables.

Barth et Déjerine (1880) observent sur la partie inférieure du bulbe et supérieure de la moelle une méningite annulaire s'étendant de l'origine de l'hypoglosse jusqu'à la première paire cervicale. L'exsudat présente la constitution habituelle des fausses membranes. Les racines qu'il entoure sont infiltrées de leucocytes.

Sainclair (1879) explique le rôle de la méningite dans la production de la paralysie par l'ischémie due à l'infiltration des gaines vasculaires et la compression des racines par suite de l'infiltration des gaines nerveuses.

Mais ces observations de méningites sont très rares, et la théorie qui voudrait voir dans la méningite la cause des paralysies diphtériques ne pourrait s'appliquer qu'à un petit nombre de cas. Encore ces cas se caractériseraient-ils par des particularités cliniques qui les différencient des paralysies diphtériques véritables.

Lésions de la moelle. — Les lésions de la moelle sont beaucoup plus importantes. Elles se présentent généralement sous la forme d'une poliomyélite antérieure plus ou moins accentuée. Elles ont été constatées dans un grand nombre de cas de paralysies diphtériques ; et même, elles ont pu être reproduites expérimentalement.

Signalées par Schweizer (1870), Œrtel (1871), Pierret (1876) elles ont été étudiées ensuite par Vulpian (1876) sur trois moelles d'enfants morts de paralysie diphtérique. En 1878, paraît le *Mémoire* de Déjerine, avec l'étude de cinq nouveaux cas. Meyer (1881) qui admet la prédominance des lésions des nerfs périphériques, décrit cependant des altérations de la moelle. Abercrombie (1881), Kidd (1883), Sharkey (1890) confirment la description de M. Déjerine. Arnheim (1891) signale des lésions vasculaires, Bikeles (1893) des lésions des cordons postérieurs. Tandis que la plupart des auteurs précédents considèrent les lésions des racines et des nerfs, quand elles existent, comme secondaires aux lésions de myélite, Preisz (1895) montre que celles-ci ne sont pas forcément primitives, et que, s'il existe des dégénérations descendantes, il en est aussi d'ascendantes. Viennent ensuite les recherches de Henschen, de Sano (1896), le *Mémoire* de Katz (1897) basé sur des recherches effectuées par la méthode de Marchi, et dont les résultats sont critiqués par Luce (1898). Il faut encore citer les travaux de Batten (1898), Richon (1899), Rainy, Bruns (1900), Utchida (1902), Foulerton et Campbell Thomson, Clarke (1903).

Les lésions décrites par ces différents auteurs portent sur les divers éléments constitutifs de la moelle : cellules nerveuses, tissu de la névroglie, cordons de la substance blanche, système vasculaire.

1. *Lésions des cellules.* — Leur description varie peu suivant les auteurs ; elles présentent des caractères presque constants. Il s'agit le plus souvent, de l'atrophie ou de la disparition d'un nombre plus ou moins considérable d'éléments cellulaires des cornes antérieures.

Les cellules qui restent sont devenues plus globuleuses ; leur protoplasma est plus homogène, parfois criblé de vacuoles. Plusieurs ont pris une apparence terne, vitreuse. Il peut y avoir aussi fragmentation du noyau qui devient moins facilement visible ou même disparaît. Les prolongements cellulaires, devenus fragiles, s'atrophient ou disparaissent. La substance chromatique est refoulée à la périphérie de la cellule ou réduite en grains très fins prenant mal les colorants (chromatolyse).

Plus rarement ces lésions siègent en même temps sur les cornes postérieures (Meyer).

2. *Lésions de la névroglie.* — Elles consistent dans la prolifération des noyaux, plus nombreux qu'à l'état normal, et qui sont en quelques points réunis par groupes (Déjerine). Le canal de l'épendyme est entouré de noyaux proliférés ou de petites cellules rondes. Parfois il est rempli d'une substance homogène (Abercrombie) ou finement granuleuse. Son revêtement épithélial est interrompu par endroits (Preisz).

3. *Lésions de la substance blanche.* — Bikeles signale des amas de granulations noires au niveau des cordons postérieurs et latéraux. Dans certains cas (Bikeles, Katz, Batten) sur les préparations traitées par le Marchi, les fibres des racines antérieures dans leur traversée de la substance blanche, contiennent de nombreuses granulations noires et semblent dégénérées.

4. *Lésions des vaisseaux.* — Elles peuvent être plus ou moins accentuées. Elles portent surtout sur les vaisseaux de la substance grise qui sont dilatés, congestionnés, plus apparents qu'à l'état normal. Ils sont entourés par places, d'un amas de leucocytes. En quelques endroits on constate de petites hémorragies artérielles. Ces lésions sont peut-être en rapport avec les propriétés vaso-dilatatrices de la toxine diphtérique (Arloing et Laulanié, 1895; Teissier et Guinard, 1897).

Myélites expérimentales. — Les lésions de myélite diphtérique ont pu être reproduites expérimentalement.

Enriquez et Hallion (1894) observent, chez trois chiens injectés avec de la toxine diphtérique, des lésions médullaires caractérisées par des foyers hémorragiques siégeant autour du canal de l'épendyme, et des foyers de myélite multiples, diversement localisés. Chez deux singes, injectés avec de la toxine, ils trouvent des lésions de poliomyélite siégeant surtout sur les cornes antérieures.

Crocq (1895) obtient chez le lapin des lésions de la moelle et de la partie inférieure du bulbe.

Mouratow et Mouraview (1897) injectent des cobayes avec de la toxine diphtérique. Si on examine leur système nerveux avant l'apparition des paralysies, on note l'intégrité du système nerveux périphérique, et au contraire, des lésions marquées des cellules des cornes antérieures de la moelle (chromatolyse, etc.). Si on laisse survivre les animaux, il survient au bout d'un mois ou deux des phénomènes paralytiques. L'examen du système nerveux montre, à ce moment, l'absence des lésions médullaires, et uniquement des altérations de névrite. Il y aurait donc myélite primitive et névrite consécutive, celle-ci déterminant la paralysie.

Les travaux de Bielschowski et Nairkowski (1900) aboutissent aux mêmes résultats.

Woodhead (1898) arrive également à des conclusions identiques. Il fait remarquer que les lésions centrales disparaissent rapidement, ne laissant après elles qu'une altération trophique des nerfs correspondants ; ce qui permet de comprendre comment, à une phase un peu avancée de la maladie, on n'observe plus que des lésions de névrite.

Donaggio, Luisada et Pacchioni (1898) chez des chiens rendus paralytiques ont observé des lésions portant soit sur les faisceaux pyramidaux seuls, soit simultanément sur les faisceaux pyramidaux et les cordons postérieurs et, dans un cas, seulement sur les cordons de Bürdach.

Ferré (1898) signale, en même temps que des lésions de névrite, des lésions de poliomyélite « siégeant aussi bien dans les cornes antérieures que dans les postérieures ».

Verger (1900) a observé des lésions de chromatolyse dans les cellules des noyaux des neuvième, dixième, onzième, douzième paires des nerfs craniens.

Rainy (1900), Foulerton et Campbell Thomson (1902) ont trouvé également dans leurs expériences, des lésions comparables à celles de la myélite diphtérique de l'homme.

Babonneix (1904) décrit des lésions cellulaires consistant, suivant les cas, en chromatolyse, gonflement hypertrophique, désintégration moléculaire, atrophie aiguë de la cellule, altérations nucléaires. Il ajoute la neuronophagie, très marquée dans certains cas.

Lésions des nerfs. — Indépendamment des lésions de myélite, ou en même temps que celles-ci, on a décrit, dans un grand nombre de cas, des lésions de névrite.

La première observation où ces lésions soient décrites est celle de Charcot et Vulpian (1862). Ces auteurs étudient les lésions des nerfs moteurs du voile du palais. « Certains filets nerveux sont constitués par des tubes entièrement vides de matière médullaire; de distance en distance, on voit sous le névrilemme des corps granuleux dont quelques-uns sont elliptiques, pourvus d'un noyau bien distinct, et d'autres, plus allongés, semblent dépourvus de noyaux. Les filets nerveux altérés à ce degré sont rares; la plupart ne sont que partiellement altérés. Ils sont composés de tubes nerveux de deux ordres. Dans les uns, la matière médullaire est complètement intacte, dans les autres elle est devenue granuleuse. Il existe un semis de fines granulations graisseuses, soit dans l'intervalle des tubes, soit sous le névrilemme commun. »

Ces lésions ont été retrouvées par Lorain et Lépine (1869), Liouville (1872), Roger et Damaschino (1875).

Déjerine, dans son mémoire de 1878, observe, en même temps que les lésions de la moelle, des lésions des racines antérieures et des nerfs. Certains tubes nerveux ont un aspect moniliforme dû à la fragmentation de la myéline en fines gouttelettes, qui, réunies en certains points de la gaine de Schwann, la distendent à ce niveau. Les noyaux de la gaine sont plus nombreux que normalement; le cylindraxe a complètement disparu. Sur des tubes moins malades, on voit la myéline divisée en blocs, entourant des fragments de cylindraxes. Il y a, en même temps, des traces d'irritation du tissu conjonctif, ainsi que des altérations vasculaires.

En 1881, Gombault décrit la névrite segmentaire périaxile. Il en retrouve des exemples dans certains cas de paralysies diphtériques. Cette lésion consiste dans une altération de la fibre nerveuse siégeant sur une partie seulement de son trajet, généralement entre deux étranglements annulaires (névrite segmentaire). Mais seule est altérée l'enveloppe du cylindraxe; celui-ci conserve son intégrité (névrite périaxile). Exceptionnellement il est altéré (état moniliforme) ou totalement détruit. Dans ce dernier cas le nerf subit la dégénérescence wallérienne.

Meyer (1881) trouve, en même temps que des lésions légères de la moelle, des lésions plus importantes des nerfs périphériques et des racines, caractérisées à la fois par des lésions de dégénérescence wallérienne et de névrite segmentaire périaxile. Ce sont ces mêmes lésions que retrouve Arnheim (1891).

M. Gaucher (1881) décrit également des lésions qui rappellent la névrite segmentaire périaxile (tubes vides de myéline, multiplication des noyaux de la gaine de Schwann, intégrité du cylindraxe). Ces lésions n'existent que sur les racines antérieures. Le tissu conjonctif, les nerfs périphériques, les muscles sont normaux.

Mendel (1886) décrit des lésions vasculaires et névritiques du nerf moteur oculaire commun. C'est également une dégénérescence de ce nerf que décrit Krauss (1888).

Pitres et Vaillard (1886) trouvent la moelle absolument intacte. Il existe des lésions des nerfs des membres et des racines antérieures et postérieures cervicales et lombaires. Ces lésions de névrite consistent, d'une part, en la disparition de la myéline et l'atrophie de la fibre; et d'autre part, en une névrite particulière portant sur une partie de la fibre (un ou deux segments interannulaires) au niveau de laquelle il est impossible de distinguer le cylindraxe, alors que pourtant au-dessus et au-dessous de la lésion segmentaire la fibre paraît normale. Il s'agit donc d'une névrite segmentaire, différente de la névrite périaxile de Gombault, et qui semblerait indiquer l'individualité du segment interannulaire.

Preisz (1895) décrit des lésions dégénératives portant sur les nerfs périphériques et sur les racines, surtout les racines postérieures. C'est ce qui explique les dégénérations ascendantes qu'il a décrites dans la moelle (voir ci-dessus).

Sano, Henschen (1896), Katz (1897), Batten (1898) signalent en même temps que des lésions plus ou moins intenses de la moelle, d'importantes lésions des racines et des nerfs périphériques.

Woodhead (1898) admet la prédominance de la dégénérescence wallérienne.

Thomas (1898), Richon (1899) rapportent aussi des lésions des nerfs périphériques avec des altérations marquées du pneumogastrique.

Wladimiroff (1902) constate la prédominance des lésions périphériques, et Clarke (1903) décrit des lésions dégénératives des racines antérieures et postérieures; ces dernières se continuent dans le cordon de Goll.

En résumé, les lésions des nerfs périphériques dans les paralysies diphtériques humaines consistent surtout en névrite wallérienne et en névrite segmentaire périaxile. Il y a en même temps des lésions vasculaires (dilatations, hémorragies), et interstitielles (prolifération du tissu interfasciculaire et des gaines lamelleuses). Les lésions des racines sont de même nature que celles des nerfs périphériques.

Névrites diphtériques expérimentales. — Les lésions des nerfs périphériques ont pu être reproduites expérimentalement.

Martin (1891) a obtenu chez des lapins de la tuméfaction des gaines de myéline, et même la fragmentation, avec intégrité du cylindraxe. Il n'y avait aucune lésion du système nerveux central.

Stcherback (1893) obtient la tuméfaction du cylindraxe avec prolifération de noyaux de la gaine de Schwann et du tissu conjonctif et des hémorragies interstitielles.

Courmont, Doyon et Paviot (1895) trouvent également des lésions de névrite périphérique, avec intégrité de la moelle.

Crocq (1895), à côté des altérations médullaires décrites plus haut, observe dans les nerfs rachidiens et les racines des lésions se rapprochant de la névrite wallérienne.

Mouraview, Mouratow (1897) chez les animaux sacrifiés à la période de paralysie trouvent des lésions dégénératives portant surtout sur les nerfs des extrémités. Ces mêmes lésions de névrite périphérique sont retrouvées par Ferré (1898), Bielschowski et Nairkowski (1900).

Babonneix (1904) trouve « sur le trajet des filets destinés à aller constituer les racines antérieures et les racines postérieures, de grosses boules myéliniques, des granulations isolées de même nature et des corps granuleux ». Ces lésions siègent surtout à la région lombaire. Les altérations des nerfs consistent surtout en un état spécial de la gaine myélinique, qu'il décrit sous le nom « d'état tigroïde »; la myéline présente des granulations très petites disposées en séries linéaires. Elles vont parfois jusqu'à la fonte granuleuse de la myéline.

Ainsi, on a constaté soit dans les paralysies diphtériques humaines, soit dans les paralysies expérimentales des lésions de myélite et des lésions de névrite. Quel est le rôle respectif de ces deux catégories de lésions dans la production des symptômes observés?

Vouloir, en se basant sur la grande fréquence des altérations des nerfs, considérer les troubles nerveux survenant à la suite de la diphtérie, comme relevant de la névrite seule, serait méconnaître, d'une part, l'importance incontestable des lésions centrales, et, d'autre part, les cas où l'examen du système nerveux périphérique a été absolument négatif tel celui de M. Babinski, qui, examinant le système nerveux de deux lapins atteints de paralysies diphtériques expérimentales, n'a pu, malgré un examen minutieux, constater aucune lésion. C'est pourquoi M. Babinski préfère pour les accidents nerveux d'origine diphtérique, « le terme *paralysie* qui met en évidence le caractère clinique essentiel de cette affection et n'en préjuge pas la nature, à celui de *névrite* qui implique l'idée de lésion organique des nerfs. »

Peut-on, en présence de la coexistence fréquente des altérations de la moelle et des nerfs périphériques admettre, comme le fait Meyer, l'indépendance de ces deux sortes de lésions? Il serait plus rationnel, semble-t-il, d'admettre entre elles un rapport de causalité. C'est ainsi que M. Déjerine, dans son mémoire de 1878, soutient la théorie de la poliomyélite antérieure, déterminant secondairement des lésions des racines antérieures, qui se prolongeront à leur tour jusqu'à l'extrémité des nerfs qui en émanent. Les expériences de Mouraview et de Mouratow confirment, comme nous l'avons vu plus haut, cette opinion, en montrant chez les chiens injectés et sacrifiés de bonne heure, des lésions de myélite, et chez les chiens sacrifiés alors qu'ils sont devenus paralytiques, des lésions des nerfs périphériques.

D'autres auteurs (Preisz, Luisada et Pacchioni) considèrent les lésions des nerfs comme conditionnant les lésions de myélite. Il se produirait une véritable névrite ascendante, ce qui expliquerait les lésions de dégénération ascendante observées par Preisz dans la moelle.

En résumé, l'étude des paralysies humaines et des paralysies expérimentales montre que l'intoxication diphtérique atteint le neurone dans toute son étendue : cellule radiculaire et nerf périphérique. Il y a cellulo-névrite (Raymond). Il est difficile, actuellement, de faire la part de ce qui, dans la symptomatologie, relève des lésions centrales et des lésions périphériques. Pour Raymond : « Les lésions sont diffuses, irrégulièrement disséminées dans les cellules et sont, au contraire, localisées et concentrées sur les terminaisons nerveuses et sur certains troncs nerveux. En un mot, il s'agit d'une toxi-infection du système nerveux, mais dont les symptômes relèvent surtout de l'altération des parties périphériques des neurones. » (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 JANVIER AU 1er FÉVRIER 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Legry et André Jousset; — (2e série) : MM. Gaucher, Sicard et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 28 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Albarran et Marion; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 29 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Nicolas et Gosset.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Déjerine et Lœper; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 30 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Nicloux et Brumpt.

1er (oral) : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Jeannin; — (2e série) : MM. Albarran, Demelin et Mulon; — (3e série) : MM. Bar, Launois et Lenormant; — (2e partie) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Richaud; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 31 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Tuffier.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

INAUGURATION DE L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — L'Association dont nous avons annoncé la formation il y a quelques mois, a tenu dimanche matin, à l'hôtel des Sociétés savantes, sa séance d'inauguration devant une grande affluence de médecins et d'étudiants.

On sait que cette Association formée par un groupement de médecins, chirurgiens, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux, a pour but d'utiliser les ressources merveilleuses qu'offrent les hôpitaux de Paris pour faire renaître cet enseignement libre qui attirera à nouveau à Paris le flot des étrangers accaparés depuis des années par les privat-docents d'Allemagne et d'Autriche.

Comme l'a très bien fait remarquer le président, M. Lucas-Championnière, dans son discours d'ouverture, la nouvelle Association ne doit éveiller aucune susceptibilité.

Elle n'a nullement l'intention de se dresser comme une rivale en face de la Faculté, elle a pour but de faire connaître ce qui existe actuellement dans les hôpitaux, de coordonner les efforts, et de susciter de nouvelles initiatives.

Jusqu'ici l'enseignement hospitalier a été donné surtout par des chefs de service arrivés à une certaine notoriété ou placés définitivement dans les hôpitaux du centre.

L'Association s'est préoccupée de donner aux plus jeunes, c'est-à-dire à ceux qui viennent d'être nommés au concours et n'auront que plus tard une installation hospitalière définitive, l'occasion d'enseigner dans un centre qui sera ouvert à l'hôtel des Sociétés savantes, et dont l'importance croîtra avec le développement de l'Association elle-même.

Des programmes précis et détaillés permettront aux étudiants de savoir où et quand ils pourront trouver un enseignement complet et pratique sur telle ou telle branche de la médecine.

Après M. Lucas-Championnière, M. Strauss, le nouveau président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. Mesureur, M. Ambroise Rendu, au nom du Conseil municipal, prirent la parole pour assurer la nouvelle Association du concours absolu de la Ville de Paris.

Les encouragements d'un grand nombre de maîtres et de professeurs de la Faculté, du directeur de l'Institut Pasteur, ce prototype de centre d'enseignement libre, l'enthousiasme que montrent les étudiants sont les plus sûrs garants du succès que remportera la nouvelle initiative de M. Lucas-Championnière qui réussit enfin à faire triompher l'idée pour laquelle il combattit avec M. Variot, il y a près de vingt ans.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Félix Voisin, qui présidait depuis plus de vingt ans le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, vient de donner sa démission. Cette décision soulèvera des regrets unanimes.

Le Conseil de surveillance a élu pour lui succéder M. Paul Strauss, sénateur de la Seine.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 17 janvier : MM. Gazel, 4; Magniel, 3; Thiel, 9; Mlle Dechaux, 11; MM. Lorne, 6; d'Halluin, 10; Fortin, 7; Monnier (Paul), 6; Montet, 9; Chichmanian, 10.

Séance du 18 janvier. — MM. Ollé, 9; Morellet, 10; Lévy (Pierre), 12; Rafinesque, 13; Samson et Loubeyre, 10; Brémond, 11.

PATHOLOGIE. — Séance du 18 janvier : MM. Coupiet, 6; Nadal, 8; Baufle, 13; Libert, 6; Dreyfus, 8; Baron, 10; Besnard (Gustave), 6; Bénazet, 10; Passot, 8; Blechmann, 9.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juillet 1908 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mercredi 11 mars 1908, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 1er février jusqu'au samedi 22 du même mois inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Lambret, agrégé, est chargé sans limitation de temps d'un cours de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 94.*)

RACHISTOVAINE ET SCOPOLAMINE

Technique du professeur Krönig

A LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE DE L'UNIVERSITÉ DE FRIBOURG-EN-BRISGAU

Grâce à la rapidité des communications et à l'excellence des journaux spéciaux qui permettent une diffusion si prompte de toutes les nouvelles découvertes, on peut dire qu'actuellement toutes les nations sont à très peu près au même niveau scientifique. Les congrès internationaux que quelques-uns jugent même un peu trop nombreux aident puissamment à cette unification intellectuelle.

Au point de vue médical, il est évident pour tout observateur impartial, que tous les pays civilisés sont, chacun avec ses qualités propres, dans un état d'égalité admirable. Il serait donc injuste, autant que peu sincère, de proclamer, comme nous le faisons si volontiers, la supériorité de la médecine ou de la chirurgie de telle ou telle contrée voisine. Nous devons admirer les efforts de tous et nous réjouir de cette noble émulation qui nous pousse tous, petits et grands, à la recherche d'un peu plus de vérité, dans cette lutte contre la souffrance et la maladie.

Mais il ne s'ensuit pas de là une uniformité fâcheuse et nous retrouvons dans les différentes races des tournures d'esprit, des méthodes de travail, des habitudes qui apportent aux recherches une variété féconde et permettent aux travailleurs de se compléter en quelque sorte.

Rien n'est donc plus profitable, quelle que soit notre nationalité, que de passer quelque temps auprès des maîtres étrangers, qui par leur enseignement ainsi élevé certainement, mais en certains points différent de celui auquel nous sommes accoutumés, nous pousse à observer et à envisager les choses de notre art d'une façon souvent très nouvelle pour nous.

C'est pourquoi je voudrais vous présenter ici un des maîtres dont s'honore le plus la science allemande, le professeur Krönig, directeur de la Clinique gynécologique et obstétricale de la grande et belle Université de Fribourg-en-Brisgau (1).

De taille au-dessus de la moyenne, blond, les yeux bleus dont les inévitables lunettes d'or ne cachent pas la douceur, un sourire d'une grande bonté sur les lèvres, le professeur vêtu de toile blanche (blouse et pantalon) s'avance dans l'amphithéâtre. Et l'on sent tout de suite, devant cet homme calme et doux, dont le front rayonne d'intelligence, que l'on est en présence d'une force, imposant à chacun la confiance et l'estime.

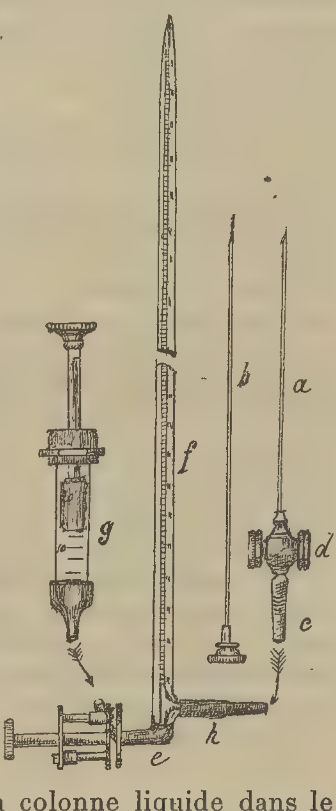
Ici, toutes les anesthésies se font comme chez le distingué chirurgien de Lariboisière, le docteur Chaput, par rachistovaïne et scopolamine. Je m'empresse de suivre l'invitation des deux assistants de gynécologie, qui très aimablement me montrent leur manière de procéder et l'instrumentation spéciale (1) pour anesthésie lombaire, établie sur les indications du professeur Krönig.

Pour enlever aux malades toute conscience et tout souvenir de l'opération, on emploie, aussi bien pour les opérations gynécologiques que pour les accouchements, les injections de scopolamine-morphine.

Deux heures avant l'opération, la patiente reçoit 0,01 centigramme de chlorhydrate de morphine et 0,0003 de scopolamine hydrobromée? de Merck en injection sous-cutanée. Une heure après, même dose. L'état psychique de la malade est alors soigneusement contrôlé et si l'effet n'est pas suffisant, ce qui est très rare, on injecte 0,00015 de scopolamine seule. Pour les personnes âgées ou très faibles, il suffit souvent de 0,00045 de scopolamine + 0,015 de morphine. La malade se trouve dans une chambre obscure et silencieuse et pour la préserver de la lumière et du bruit extérieur, on lui met un bandeau sur les yeux et sur les oreilles.

Pour l'injection lombaire on emploie l'appareil de G. Krönig-Berlin.

La malade est assise sur le lit et soutenue par un aide. La région est soigneusement désinfectée, puis à l'aide d'une serviette stérilisée on marque la ligne joignant les deux crêtes iliaques et à quelques travers de doigt au-dessus, entre les deuxième et troisième vertèbres lombaires, on enfonce l'aiguille creuse (*a*) après anesthésie de la peau au chlorure d'éthyle. Au moment où l'aiguille traverse le ligament interspinal on retire le mandrin (*b*) et l'aiguille est encore poussée. Lorsqu'elle arrive dans le sac dural, le liquide, soit goutte à goutte, soit le plus souvent en jet, s'écoule en *c* et aussitôt on ferme le canal de l'aiguille au moyen du robinet (*d*). Le tube en verre gradué (*f*) est alors relié à l'aiguille (*c*) à l'aide du caoutchouc (*h*) et par l'intermédiaire du tube en caoutchouc (*e*) une pince empêche la sortie du liquide.



Si on ouvre alors le robinet (*d*) le liquide cérébro-spinal s'élève dans le tube gradué (*f*) et l'on peut apprécier exactement les oscillations de la colonne liquide dans le sac dural qui se reproduisent dans le tube communi-

(1) Qu'il me soit permis de renouveler au professeur Krönig l'expression de ma gratitude pour l'accueil affable et les facilités extrêmes qu'il a réservés à celui qui ne lui était recommandé que par sa qualité de médecin français. Je ne saurais trop remercier aussi ses assistants, les docteurs Gauss, Adolph et Devaux, pour leur si obligeante cordialité.

(1) Cette trousse pour anesthésie lombaire se trouve chez Fischer, fabricant, Kaiserstrasse, Fribourg.

quant en U, formé par ce sac dural et l'ensemble de l'appareil.

On note la pression. On retire, d'après la quantité de la solution à injecter, 2 à 3 centimètres cubes du liquide. Le niveau remonte bientôt à son point initial. Lorsque la pression est revenue ce qu'elle était avant la sortie du liquide, on ajuste au tube (*e*) la seringue (*g*) contenant la quantité voulue de stovaïne Billon, on enlève la pince et on aspire très lentement 1 centimètre cube du liquide cérébro-spinal.

Sous le contrôle de la colonne liquide dans le tube de verre, et en prenant bien garde de n'y point produire de grandes et brusques oscillations, très lentement, en trois minutes au moins, si possible, avec une seringue à *vis*, on injecte le mélange de stovaïne et de liquide cérébro-spinal.

La colonne ne s'élève que très peu dans le tube gradué, ainsi que le montrent des mesures très exactes. On retire alors vivement l'aiguille et on obture avec un peu de collodion.

La malade reste encore assise pendant cinq minutes, puis est étendue avec précaution, la tête maintenue élevée sur un coussin.

Si le liquide ne s'est écoulé que goutte à goutte, au moment de la ponction, on peut être assuré que l'anesthésie ne sera pas parfaite (c'est là un événement rare). Si quelques gouttes de sang apparaissent à l'aiguille, ce qui aussi est rare, on doit recommencer la ponction à un autre endroit.

Le maître et ses élèves (1) assurent que par ce procédé :

1° *On évite sûrement de brusques changements de pression*, qui sont en grande partie la cause des accidents ou incidents qui se produisent pendant ou après l'anesthésie;

2° *On introduit lentement et progressivement le poison dans la substance médullaire. L'anesthésie se propage segment par segment* et se répand lentement dans les lymphatiques qui accompagnent les racines nerveuses;

3° *On évite l'arrivée de la stovaïne au niveau de la moelle allongée et du centre respiratoire;*

4° *On obtient, par une injection très lente, une anesthésie plus durable et plus symétrique des nerfs et des muscles qui en dépendent*, surtout si on laisse la malade rester assise pendant quelques minutes après l'injection.

Les doses employées sont les suivantes : pour les opérations vaginales avec ouverture du péritoine, par exemple, extirpation totale par le vagin, 0g10 de stovaïne = 2 centimètres cubes et demi de la solution de Billon. Pour les grandes opérations abdominales, hystérectomie abdominale totale, par exemple, 0g12 de stovaïne = 3 centimètres cubes de la solution de Billon.

Ces doses ont paru très élevées, mais la comparaison des statistiques de la clinique de Fribourg avec celles d'autres cliniques a démontré que les résultats sont ici plutôt plus favorables. Les vomissements du début de la narcose sont extrêmement rares et l'on n'a plus observé de collapsus.

Il est de la plus grande importance de n'employer que des solutions fraîches et limpides de stovaïne et de rejeter les solutions rougeâtres de stovaïne mélangées à l'adrénaline.

Si nous pénétrons maintenant à la suite du docteur Gauss dans la salle de travail, nous verrons que toutes les femmes sont sous l'influence de ce que que l'on appelle ici le *sommeil crépusculaire*, c'est-à-dire qu'on les maintient dans un état de demi-narcose grace à des injections plus ou moins répétées de scopolamine-morphine.

La technique de cette demi-narcose est assez compliquée et son emploi dans les accouchements physiologiques est encore très discuté. Je me propose, dans un travail en préparation, d'indiquer la façon de l'obtenir et d'en étudier l'opportunité et les indications. Bornons-nous ici à résumer les arguments que son distingué défenseur, le docteur Gauss, donne pour en justifier et conseiller l'emploi.

Le demi-sommeil obtenu par la scopolamine-morphine efface dans une très grande proportion les douleurs de l'accouchement.

Ce résultat est obtenu :

Sans aucun inconvénient pour l'état subjectif de la patiente;

Sans aucune action désavantageuse sur la marche du travail;

Sans danger pour la mère;

Sans danger pour l'enfant.

Ce demi-sommeil rend possible et véritablement humain l'enseignement didactique dans les cliniques où les femmes ne souffriront plus de la présence des personnes étrangères.

Après l'accouchement, comme après les laparotomies, les malades se lèvent et vont d'elles-mêmes sur une chaise longue au bout de *six heures*. C'est une règle absolue ici et les résultats sont excellents. Voici une réponse bien nette pour les partisans du repos prolongé.

Dr BOSSAN,
Médecin en chef de l'hôpital des Dames-Françaises de Nice.

(1) M. PENKERT. Zur Technik der Lumbalanästhesie im Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf für die Bauchchirurgie und gynäkologische Laparotomien, *Munch. med. Wochens.*, 1907, n° 4.

Privat dozent Dr C. GAUSS, assistent der Frauenklinik der Universität Freiburg i. Br., Die Narkose in der operativen Geburtshilfe, *Therapie der Gegenwart*, oct. 1906.

Dr GAUSS, assistent der Frauenklinik. Geburten in Künstlichen Dämmerschlaf, *Arch. f. Gynækol.*, Bd. LXXVIII, Heft 3.

FORMULAIRE

MIXTURE EUPEPTIQUE POUR LES ENFANTS

Lorsque les fonctions gastro-intestinales sont languissantes chez les enfants dyspeptiques du deuxième âge, on prescrira avec avantage la mixture suivante à la dose d'une cuillerée à soupe avant chaque prise d'aliments deux à trois fois par jour.

Eau distillée		200 grammes.
Citrate de soude		10 —
Sirop de quinquina	*āā*	50 —
Sirop de gentiane		

(*La Clinique infantile.*)

MÉDECINE PRATIQUE

L'INDICE NUMÉRIQUE DE PIGNET CHEZ LES ADÉNOIDIENS

On sait qu'un de nos confrères militaires, le docteur Pignet, à la suite de nombreuses recherches, a pensé pouvoir poser en principe que pour apprécier le degré de robustesse d'un individu donné, il suffit d'additionner les nombres représentant son périmètre thoracique et son poids, et de soustraire le total ainsi obtenu du nombre représentant sa taille. Le reste donné par cette dernière opération constitue l'*indice numérique* de l'individu. Soit pour fixer les idées, un homme mesurant 1m70 de hauteur, 0m87 de périmètre thoracique et pesant 68 kilogs. Si du premier nombre 170, nous retranchons la somme des deux autres, c'est-à-dire 155, nous obtenons un reste égal à 15 qui représente l'indice numérique du sujet observé.

Des multiples observations qu'il a faites, le docteur Pignet est arrivé aux conclusions suivantes qu'un tableau mettra mieux en valeur.

Indice numér.	inférieur à 10	= constit.	très vigoureuse.
—	de 11 à 15 inclus	= —	vigoureuse.
—	de 16 à 20 —	= —	bonne.
—	de 21 à 25 —	= —	assez bonne.
—	de 26 à 30 —	= —	faible.
—	de 31 à 35 —	= —	très faible.
—	supérieur à 35	= —	débile.

Muni de ces données, un médecin de l'armée italienne, le docteur P. Modestini, a voulu savoir quels résultats donnerait leur application chez les adénoïdiens. Il a, dans ce but, fait de nombreuses pesées et mensurations chez tous les adénoïdiens qui se sont présentés à la consultation oto-rhino-laryngologique de l'Ecole d'application de santé militaire, et il a pu établir ainsi (1) que dans 7,7 p. 100 des cas l'indice numérique oscilla entre 16 et 20 (constitution bonne), dans 46,15 p. 100 entre 21 et 25 (constitution assez bonne), dans 30,76 p. 100 entre 26 et 30 (constitution faible), enfin dans 15,39 p. 100 entre 31 et 35 (constitution très faible).

Le docteur Modestini put constater aussi que l'indice numérique était d'autant plus faible que les végétations adénoïdes étaient moins développées, et partant, que les modifications organiques et fonctionnelles dues à leur présence étaient plus faibles. C'est ainsi que chez les individus dont l'indice variait de 16 à 20 les végétations étaient peu considérables, les troubles respiratoires légers, les troubles circulatoires à peine perceptibles. Chez ceux au contraire où l'indice oscillait de 31 à 35 les végétations étaient volumineuses et il existait des troubles très marqués de la respiration, de la circulation et des accidents du côté de l'oreille.

Il suffit donc de la présence de végétations adénoïdes même faibles, pour qu'un organisme n'atteigne pas son complet développement.

Une autre observation faite par le docteur Modestini fut que les adénoïdiens subissaient après leur arrivée au corps une lente mais progressive déchéance physique due aux fatigues du métier militaire. Celle-ci se traduisait principalement par la diminution du périmètre thoracique toujours inférieur de 2 à 3 centimètres à ce qu'il était dix ou douze mois plus tôt, c'est-à-dire au moment du conseil de revision. On constate il est vrai une diminution du périmètre thoracique chez toutes les recrues au début du service, mais elle est passagère chez les sujets sains qui ne tardent pas à récupérer une vigueur parfaite. Les adénoïdiens, eux, sont incapables de s'adapter et leur dépérissement augmente. Il importe donc qu'au moment du conseil de revision ces hommes soient tenus à l'écart de l'armée car ce sont toujours des candidats à des affections graves.

Notre confrère a fait en dernier lieu une très intéressante observation. Nul n'ignore que chez les individus bien constitués la taille correspond presque constamment à la grande ouverture des bras. Au contraire, *chez les adénoïdiens la hauteur de la taille est inférieure à la grande ouverture des bras.* En voici la raison. Vérifiant une observation des médecins militaires Ostino et Gilardoni, le docteur Modestini a pu constater que chez les adénoïdiens le diamètre transverse du thorax est toujours très supérieur au diamètre antéro-postérieur, quelquefois de 14 centimètres, jamais de moins de 9.

Il y a donc chez ces individus un aplatissement du thorax dans le sens antéro-postérieur d'autant plus accentué que le développement des végétations adénoïdes est plus considérable. C'est à cet aplatissement et à la prédominance du diamètre transverse qui en résulte qu'est due en dernier lieu la prédominance de la grande ouverture des bras sur la longueur de la taille.

Ces faits nous ont paru mériter d'être signalés par leur importance pratique immédiate et par les considérations de pathologie générale auxquelles ils peuvent prêter.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) *Giornale medico del regio esercito*, 31 oct. 1907, fasc. X, p. 742.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1908)

Insuffisance mitrale consécutive à un « accident du travail ». — MM. SOUQUES et HARVIER communiquent l'observation d'un homme bien portant qui, en déchargeant une lourde pierre de taille, reçut cette pierre sur la poitrine. Instantanément il éprouva une vive douleur dans la région précordiale et une oppression extrême. Au bout de quelques jours, la douleur s'atténua et disparut peu à peu, mais la dyspnée persista. Cette dyspnée est encore aujourd'hui très considérable et empêche cet homme de reprendre son travail. A l'auscultation, on constate les signes stéthoscopiques d'une insuffisance mitrale.

Il s'agit d'une lésion consécutive à un accident du travail qui soulève actuellement un problème délicat, concernant la responsabilité patronale et les certificats médicaux à établir.

La diphtérie du 1er mai 1906 au 1er mai 1907. — M. MARFAN, au nom de ses internes MM. A. Baudouin et Et. Brissaud, présente la statistique du pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades du 1er mai 1906 au 1er mai 1907. Sur 789 malades entrés au pavillon, il n'y en avait que 555 qui étaient atteints de diphtérie. Pour ces 555 malades la mortalité globale a été de 10,45 p. 100, la mortalité réduite de 6,4 p. 100. Ainsi on voit que s'est maintenue la notable diminution de la mortalité constatée ces dernières années.

Comme dans les années antérieures la mortalité est due principalement aux angines malignes (57 p. 100). La mortalité des croups reste au contraire remarquablement faible; la mortalité globale des croups est de 14,5 p. 100, la mortalité réduite de 7,1 p. 100, la mortalité des croups opérés de 19,4 p. 100.

Dilatation idiopathique de l'œsophage (sans sténose organique). Traitement par les courants de haute fréquence. — MM. THIROLOIX et BENSAUDE présentent une malade atteinte d'une dilatation idiopathique de l'œsophage qui fut

prise pour une sténose du pylore et opérée. La malade avait depuis trois ans des vomissements presque quotidiens et rendait souvent des aliments pris plusieurs jours auparavant. Actuellement elle mange presque de tout (sauf pain et viande noire) et a augmenté de près de 12 kilos.

Le diagnostic de dilatation sans sténose organique a été fait par le cathétérisme, l'emploi des rayons X, l'œsophagoscopie, l'examen chimique du liquide contenu dans la poche. La possibilité d'un diverticule siégeant à la partie inférieure de l'œsophage a été éliminé par les procédés de Rumpel et de Ziveig.

La poche œsophagienne mesure environ 350 centimètres cubes. La cause intime de cette dilatation est ici aussi obscure que dans les autres cas publiés, même ceux suivis d'autopsie.

L'hypothèse la plus probable paraît être celle d'un spasme du cardia compliqué d'œsophagite. Mais il s'agirait là d'nn spasme persistant très spécial, trouvant peut-être son explication dans une disposition des fibres musculaires du cardia qui chez certains sujets pourraient atteindre la toxicité qu'elles présentent chez le cheval par exemple.

Le traitement a consisté d'abord dans l'incision du cardia suivie de sa dilatation sous le contrôle de l'œsophagoscopie (Guisez), puis dans la dilatation avec des ballons insufflables et finalement dans l'application au niveau du cardia des courants de haute fréquence. En dehors de leur puissante action anti-spasmodique, ces courants ont le grand avantage de combattre l'œsophagite qui agit en provoquant et entretenant la persistance du spasme.

A propos de la discussion sur la tuberculose au début. — M. Edgar Hirtz. Dans la dernière séance, à propos de la communication de M. Fernand Bezançon sur l'auscultation des tuberculeux au début de leur affection, et sur la prédominance des signes anormaux au sommet droit, M. Léon Bernard a apporté trois observations de malades chez qui l'on constatait d'une manière fixe la rudesse respiratoire dans les sommets. Dans les trois cas on avait pensé à une lésion tuberculeuse; dans les trois cas l'autopsie donna un démenti formel au diagnostic.

M. Hirtz ne relève qu'un seul de ces faits, celui d'une néphrite subaiguë où l'on constatait au sommet des signes très accentués.

Ce fait vient à l'appui d'une opinion qu'il a soutenue depuis longtemps et qu'il a développée dans la *Presse médicale* du 28 décembre 1898 : c'est qu'il ne fallut pas se hâter de faire le diagnostic de tuberculose chez les malades atteints de néphrite, même s'ils présentent des signes impressionnants dans l'un ou l'autre des sommets pulmonaires.

Dans un mémoire intitulé « Diagnostic clinique de certaines formes de bronchite albuminurique avec la tuberculose pulmonaire », M. Hirtz a mis en relief certains faits intéressants avec son interne M. Prosper Merklen.

Lorsque les accidents pulmonaires prennent dans le cours du mal de Bright la forme d'œdème ou de congestion pulmonaire localisée aux sommets, on peut facilement s'en laisser imposer pour une tuberculose. M. Hirtz a rapporté dans son mémoire des observations concluantes, l'une d'elles avec autopsie; c'est la première dans cet ordre d'idées qui ait été publiée.

Dans le cours du mal de Bright, le peu de modifications de la tonalité des sommets, la disproportion entre les signes physiques et la dyspnée concomitante, et surtout l'*évolution* des foyers permettent parfois d'éliminer la tuberculose.

Mais l'examen bactériologique des crachats et l'inoculation aux cobayes peuvent soulever le doute dans des cas difficiles.

Rétrécissement congénital de l'œsophage infranchissable opéré et guéri par l'œsophagoscopie. — M. Guisez présente un enfant de huit ans qu'il a opéré de *rétrécissement congénital* qui n'avait permis que l'alimentation lactée. Tout autre aliment liquide ou solide était invariablement rejeté.

L'œsophagoscopie a permis de voir l'obstacle qui consistait en brides cicatricielles, réduisant la lumière de l'œsophage à un tout petit pertuis, d'érailler celles-ci et la dilatation à l'aide de bougies, à ramener le calibre de l'œsophage à la normale.

Le malade mange de tout, mais il a le dégoût de la viande. L'auteur a observé ce même phénomène dans plusieurs cas analogues.

Gastro-entérostomie. — M. Galliard a pu examiner radioscopiquement avec MM. Leven et Barret une malade qu'il a présentée avec M. Savariaud, à la dernière séance (voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 5, p. 53).

L'examen radioscopique a prouvé que, malgré la nouvelle bouche gastro-intestinale, tout le contenu gastrique passait par le pylore.

La nouvelle bouche gastro-intestinale se révélait sur l'écran sous forme de tache blanche arrondie. Le lait de bismuth n'y passa pas, pendant toute la durée de l'examen.

Paralysie générale. — M. Marie (de Villejuif) présente un encéphale de paralytique général saturnin. Il offrait, de son vivant, la double réaction positive à l'hémolyse spécifique et au réactif de Trillat pour le plomb.

Histologiquement, la méningo-encéphalite est nette (plus marquée à gauche). Inversement, l'analyse chimique a décelé, par le procédé de Meillière, du plomb en quantité pondérable, mais inégalement réparti dans les hémisphères (6 milligrammes à droite, 4 à gauche).

M. A. Marie présente ensuite un couple de paralytiques généraux à syphilis conjugale préalable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1908)

Kyste hydatique du rein. — M. Bazy fait un rapport sur une observation de M. Pfihl relative à un cas de kyste hydatique du rein avec hydronéphrose intermittente qui fut traité par l'ouverture, l'excision partielle de la poche, l'injection naphtolée et la réduction. A propos de cette observation, dans laquelle la séparation des urines amena une syncope, M. Bazy fait un nouveau réquisitoire contre l'abus de ces explorations expérimentales qui ne sont pas toujours nécessaires et qui sont souvent nuisibles. Il cite plusieurs exemples dans lesquels, en effet, le cathétérisme uretéral, plus dangereux encore que la séparation des urines, a été suivi de suppuration du rein. Pour M. Bazy, les indications du cathétérisme uretéral sont extrêmement rares. Or on abuse étrangement, selon lui, et du cathétérisme uretéral et de la séparation des urines. Ces explorations sont pratiquées dans bien des des cas où on pourrait s'en dispenser et où les symptômes cliniques suffisent pour diagnostiquer le rein malade. M. Bazy cite un grand nombre d'exemples à l'appui de sa manière de voir.

M. Legueu, à propos de l'observation de kyste hydatique du rein que vient d'analyser M. Bazy, dit avoir opéré deux

kystes semblables par la réduction sans drainage. Dans le premier cas, il y avait communication du kyste avec l'uretère. L'opération, c'est-à-dire la réduction sans drainage, a été pratiquée il y a sept ans et le malade est resté parfaitement guéri. Dans un second cas, il s'agit également d'un kyste hydatique du rein qui fut réduit apres formolage. La réduction fut faite et la guérison s'est maintenue.

Tumeur des voies biliaires. — A propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Michaux, M. Faure rapporte une observation du même ordre. Il s'agissait d'une tumeur du flanc droit prise pour une tumeur maligne de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse. M. Faure fit la laparotomie latérale ; il trouva une tumeur, non du côlon, mais de la vésicule biliaire, adhérente au foie, grosse comme une mandarine, bien localisée ; M. Faure se décida à réséquer la portion du foie à laquelle adhérait la tumeur ; il réséqua d'abord la vésicule biliaire, enleva trois ou quatre gros calculs, et enleva le pédicule hépatique sur une longueur de 12 centimètres et sur une largeur de 3 centimètres.

Il a constitué dans le tissu hépatique cinq ou six pédicules empiétant les uns sur les autres ; il a serré les fils légèrement, a fait la section et placé quatre pinces sur quatre artérioles qui saignaient. Puis M. Faure a fixé le moignon du foie à la paroi abdominale. Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade rentra chez elle où elle succomba quelque temps après à la récidive. Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Adénite tuberculeuse sus-hyoïdienne. — M. Morestin présente une jeune femme qu'il a opérée d'un ganglion tuberculeux de la région sus-hyoïdienne en passant par la cavité buccale, de façon que cette opération n'a laissé après elle aucune trace apparente.

MM. Quénu et Kirmisson font les plus grandes réserves au sujet de l'observation de M. Morestin.

M. Morestin ne s'explique pas pourquoi MM. Quénu et Kirmisson ne veulent pas accepter le fait accompli.

Tout en admirant le bon résultat obtenu par M. Morestin, MM. Kirmisson et Quénu maintiennent leurs réserves.

Diathèse lipomateuse. — M. Thiéry présente une vieille femme qui porte un millier de lipomes gros ou petits.

Fibro-myome utérin. — M. Potherat présente un fibromyome du poids de 9 kilos qu'il a extrait chez une jeune fille de dix-neuf ans en paraissant à peine quatorze. Depuis un certain temps, cette jeune fille n'avait plus ses règles et son ventre grossissait, si bien qu'on la crut enceinte.

La tumeur était pédiculée sur le fond de l'utérus ; il y avait quelques adhérences. M. Letulle qui l'a examinée histologiquement a très nettement conclu à un fibro-myome.

Elections. — MM. Sonnenburg et Murphy sont nommés associés étrangers ; — MM. Dollinger, Garré, A. Lane et Cranwel sont nommés correspondants étrangers ; — MM. Jeanbrau et Jeanne sont élus correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1908)

Recherches sur l'incubation dans la syphilis. — MM. Levaditi et J. Yamanouchi ont étudié le mécanisme de l'incubation dans la syphilis, en expérimentant sur le lapin dont la cornée est sensible vis-à-vis du virus syphilitique (Bertarelli). En examinant ce qui se passe pendant la période qui précède l'apparition des signes visibles de kératite spécifique, ils ont constaté qu'au début, avant l'organisation du fragment de cornée introduit dans la chambre antérieure, les tréponèmes se multiplient très lentement. Mais dès que le tissu s'enrichit en cellules étoilées et en épithéliums, les parasites pullulent abondamment. Ils se greffent sur ces cellules, pénètrent dans leur protoplasma, et forment de vrais centres de multiplication au milieu des nodules épithéliaux.

La longueur de la période d'incubation s'explique donc par les difficultés que rencontrent les parasites à s'acclimater à de nouvelles conditions de vie et de nutrition. Les tréponèmes ne réussissent à se développer qu'au contact des cellules vivantes et, parmi celles-ci, ils préfèrent les épithéliums et aussi les endothéliums qui tapissent les vaisseaux lymphatiques.

En tout cas, la constatation de spirochètes typiques en voie de développement à chaque instant de l'incubation, prouve bien que celle-ci ne correspond pas à un cycle évolutif de ces microorganismes.

Réactions de la moelle osseuse dans un cas d'ictère hémolytique. — M. L. Tixier signale les réactions particulières de la moelle osseuse chez une enfant de douze ans qui présenta quelques heures avant la mort un ictère hémolytique. Ces réactions étaient identiquement superposables à celles que l'auteur a relatées chez des animaux rendus anémiques à la suite d'une ulcération du pylore ; au cours de ces anémies expérimentales, la déglobulisation avait été déterminée par le passage d'une substance hémolysante dans le plasma sanguin. Si la destruction des hématies s'était effectuée à la façon d'une saignée, tous les éléments cellulaires de la moelle osseuse se seraient activement multipliés. Au contraire dans ces deux ordres de faits expérimentaux et cliniques, tandis que deux variétés cellulaires étaient en état de prolifération évidente (hématies nucléées et myélocytes neutrophiles), deux variétés cellulaires étaient pour ainsi dire frappées de mort (mégacaryocytes et myélocytes éosinophiles).

Sans vouloir généraliser, l'auteur se demande si l'action de substances hémolysantes, certaine pour ses faits expérimentaux, très probable pour son cas clinique, ne modifie pas dans un sens déterminé les réactions cellulaires de la moelle osseuse.

Renforcement de l'amylase pancréatique. — M. Roger a montré précédemment (v. *Gaz. des hôp.*, 1908, p. 54) que le blanc et surtout le jaune d'œuf favorisent l'action saccharifiante de la salive. En répétant l'expérience avec du suc pancréatique de chien, M. Roger est arrivé à des résultats différents : le blanc d'œuf est sans action ; le jaune favorise la saccharification ; mais son influence est beaucoup moins marquée que lorsqu'il agit conjointement avec la salive.

Il est vrai que, dans les conditions physiologiques, les substances qui viennent en contact avec le suc pancréatique ont subi dans l'estomac des modifications préalables. L'auteur a reconnu que le blanc et le jaune d'œuf, après avoir été digérés par le suc gastrique, activent le pouvoir saccharifiant du suc pancréatique. Mais cette action est simplement due à la présence du suc gastrique dans le mélange utilisé. Après avoir été neutralisé, le suc gastrique possède le pouvoir d'augmenter, dans des proportions considérables, le pouvoir de l'amylase pancréatique.

Ainsi, dans la cavité buccale, les éléments stimulent l'action

de l'amylase salivaire. Dans l'intestin, les aliments, même digérés, restent sans influence. C'est aux sécrétions déversées dans les départements supérieurs du tube digestif, au suc gastrique comme à la salive, qu'est dévolu le pouvoir de favoriser l'action saccharifiante du suc pancréatique.

Recherches sur le soufre. — M. L. Bory, poursuivant ses recherches sur l'introduction du soufre dans l'organisme par voie sous-cutanée ou veineuse, est arrivé à préparer très simplement des solutions vraies ou des mélanges colloïdaux, parfaitement injectables. On prépare avec l'eau, la glycérine et le soufre, une dissolution de soufre qui se maintient à la température ordinaire, mais dont le titre est très faible. Par un procédé à la portée de tous et que l'auteur indique, on peut préparer extemporanément pour ainsi dire, une solution de soufre colloïdal qui rend extrêmement facile l'introduction directe de ce corps dans l'organisme. Le mélange colloïdal ainsi obtenu est homogène, jaune clair, et paraît différer de toutes les préparations dites colloïdales de soufre obtenues jusqu'à ce jour.

Résistance et activité des leucocytes dans les sérosités pathologiques. — MM. Achard et Feuillié ont appliqué aux globules blancs des épanchements les procédés qu'ils ont indiqués pour évaluer la résistance et l'activité de ceux du sang.

D'une façon générale, les leucocytes des sérosités pathologiques sont moins résistants que ceux du sang et plus actifs. Les mononucléaires notamment, fort peu actifs dans le sang, le sont beaucoup plus dans les sérosités. Les polynucléaires, alors même qu'ils offrent, par les méthodes ordinaires, toutes les apparences de l'intégrité montrent une fragilité bien plus grande que ceux du sang. Quant aux cellules endothéliales desquamées, elles sont très fragiles et inactives.

Lorsqu'on porte dans les sérosités les globules blancs du sang, l'on constate en général que leur résistance diminue et leur activité augmente. Il en est de même pour les leucocytes d'une sérosité lorsqu'on les porte dans une autre.

Enfin, les leucocytes des épanchements, portés dans le plasma sanguin du même malade, montrent aussi une résistance moindre et une activité plus forte. Ils sont, de plus, agglutinés par le plasma.

Les injections intra-arachnoïdiennes de mercure colloïdal électrique dans le traitement de la syphilis cérébro-spinale. — MM. H. Claude et J. Lhermitte ont traité cinq malades atteints de syphilis cérébro-spinale chez lesquels le traitement classique s'était montré impuissant, par injections répétées, dans le liquide céphalo-rachidien, de mercure colloïdal préparé par M. Stoëdel.

Les inconvénients que cette méthode présente sont : une élévation passagère de la température, de la céphalée durant un ou deux jours, exceptionnellement des vomissements.

Ces symptômes qui traduisent la réaction méningée s'accompagnent de modifications du liquide céphalo-rachidien. On constata en effet dès la deuxième ou troisième injection une polynucléose et parfois une éosinophilie marquée allant jusqu'à 30 p. 100.

Dans un cas de syphilis spinale avec contracture, ce traitement détermina une amélioration rapide à tel point que le malade au bout d'un mois sortit de l'hôpital marchant correctement.

Dans un autre cas de syphilis spinale avec état spastique, troubles de sensibilité et des sphincters, on nota dès la deuxième injection une amélioration considérable, l'anesthésie rétrocéda, la contracture diminua, mais ultérieurement les bons effets du traitement ne persistèrent pas. Dans un cas de syphilis cérébrale avec gâtisme, affaiblissement intellectuel considérable, paralysie oculaire, rire et pleurer spasmodiques, il y eut une amélioration très notable pendant un mois, mais peu à peu les accidents reparurent et le malade succomba à des gommes multiples. Dans deux autres les résultats ne furent pas appréciables.

Ces essais de traitement tentés avec des quantités insuffisantes de mercure colloïdal, 2 à 3 centimètres cubes, seront repris avec un liquide plus concentré. Cette thérapeutique apparaît dès à présent comme inoffensive et certaines indications laissent espérer qu'elle pourra être rarement efficace.

Sur l'innervation motrice du crico-thyroïdien. — Pour MM. Lestré et Moignon, l'innervation motrice du crico-thyroïdien comme celles des autres muscles intrinsèques du larynx, provient exclusivement de la onzième paire : le pneumogastrique n'y a aucune part.

Epanchement pleurétique par ligature de l'asygos chez le chien. — Pour élucider la pathogénie des épanchements pleuraux qui se produisent fréquemment au cours des tumeurs du médiastin, MM. Bonnamour et Claret ont eu l'idée de tenter la ligature de l'asygos chez le chien. Ces auteurs ont employé la technique de Sencert. Chez tous leurs animaux, ils ont obtenu ainsi un épanchement pleurétique survenant du quatrième au huitième jour après l'opération, clair ou un peu louche, sans fibrine, et contenant surtout, comme le montre la centrifugation, des polynucléaires et des cellules endothéliales. Cet épanchement est bilatéral, ne dure que quelques jours et disparaît sans laisser de traces. La compression de l'asygos doit donc jouer le principal rôle dans la production de certains épanchements pleuraux mécaniques.

Culture de l'entérocoque sur placenta humain. — M. N. E. Thiercelin. Contrairement au streptocoque que M. Guéniot n'a pu cultiver sur placenta humain, l'entérocoque pousse très bien sur ce milieu. La culture est peu apparente, mais elle est quand même très abondante au bout de vingt-quatre heures.

Dans le placenta en voie de putréfaction il est facile de constater la présence de l'entérocoque, comme dans tous ces produits organiques en voie de décomposition (bouillon, lait), mais ce microbe peut, dans certains cas, n'être obtenu en culture aérobie, qu'après passage en culture anaérobie préalable.

Dans trois cas de septicémie puerpérale, l'auteur a trouvé l'entérocoque dans les débris placentaires et dans le sang; ce microbe peut donc, dans certains cas, être l'agent de la septicémie puerpérale.

Autres communications :

Sur quelques caractères histo-physiologiques de l'autolyse aseptique du foie. — M. Launoy.

Séro-réaction de la syphilis et de la paralysie générale. — MM. Levaditi et Yamamouchi.

De la chondrogénèse embryonnaire. — M. Retterer.

Orthorhéonome à volant. Excitabilité des nerfs différents pour des ondes électriques lentes ou rapides. — M. Lapicque.

Sur un cas d'albumosurie de Bence-Jones. — M. Gascard.

Albumine thermo-soluble. — M. Grimbert.

Influence des œufs de poule sur le pouvoir saccharifiant de la salive. — M. Roger.

Absorption des albumines en nature par le gros intestin. — MM. L. Petit et J. Minet.

Vaccination contre la peste par voies digestive et rénale. — M. Tornario.

Passage dans l'organisme des substances toxiques sécrétées par les helminthes. — M. Weinberg.

Sur le sucre du sang du ventricule droit et de la carotide. — MM. Lépine et Boulud.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

SUR UN MOYEN D'ASSURER SANS AUCUN INCONVÉNIENT UNE PUISSANTE ANTISEPSIE

Par M. B. Dessonnes.

A la suite des brûlures très superficielles, mais produites par un liquide ayant traversé des vêtements septiques, on observe souvent l'apparition, au bout de plusieurs jours, d'une véritable éruption furonculeuse. Nous avions récemment à traiter un cas de ce genre.

Sur les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras, il était survenu une quinzaine de grosses macules très prurigineuses. Des applications de pommade à l'oxyde de zinc et boriquée furent sans effets. Quelques jours après, nous constations la présence d'un égal nombre de furoncles dont quelques-uns atteignaient le volume d'un œuf de poule. La région était œdématiée, avec lymphangite légère.

Nous avons fait alors placer à demeure des compresses trempées dans la solution d'anios à 2 p. 100, recouvertes de toile imperméable. En quarante-huit heures, œdème et lymphangite avaient totalement disparu. La plupart des furoncles s'étaient affaissés sans suppuration, les plus gros, sans rougeur apparente, laissaient à la pression sortir de leur orifice, une faible quantité de sang épais et louche, sans pus véritable. Des pansements humides à l'anios furent continués pendant six jours encore, et les furoncles disparurent sans laisser de trace.

Conclusion : l'antiseptique employé avait eu cet effet remarquable d'éloigner sans retard les symptômes inflammatoires aigus, et d'éviter la formation véritable de la suppuration.

Chez un second malade qui, en fendant du bois, s'était fait une plaie profonde de l'index gauche, plaie oblique de dehors en dedans, arrivant jusqu'à l'os, un lavage copieux avec la même solution à 2 p. 100, et ensuite des applications tous les deux jours, de poudre anios, arrêtèrent tout suintement sanguin, et, saus suppuration aucune, cicatrisèrent en une semaine ce profond traumatisme.

Conclusion : la poudre antiseptique utilisée, tout en étant fortement germicide, présente des propriétés kératinisantes de tout premier ordre.

Nous pourrions citer encore beaucoup d'autres observations. Les deux précédentes sont typiques et méritaient surtout d'être signalées. Nous avons si peu d'agents à la fois germicides et kératinisants, sans causticité et sans toxicité, pour que nous estimions utile d'attirer l'attention sur ceux qui remplissent véritablement ces conditions.

L'anios qui est un sel vanadique, le trioxychlorométhyle de vanadium, agit sur les plaies par une production d'oxygène naissant. Par là il accroît dans des proportions considérables le pouvoir germicide et kératinisant de cette substance. Et comme la production d'oxygène sollicitée par les humeurs est régulière, uniforme, elle ne peut jamais, comme l'eau oxygénée par exemple, traumatiser les plaies. Nous pensons quant à nous, que l'anios est le véritable antiseptique du praticien, celui que l'on peut en toute sécurité laisser entre les mains des malades, malgré une puissance germicide et kératoplastique supérieure.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ŒIL TABÉTIQUE

Un de nos lecteurs nous communique la remarque suivante :

« Dans leur Revue générale sur l'œil tabétique (1), MM. Massia et Delachanal, dans le diagnostic des paralysies oculaires, disent : « On éliminera... les paralysies diabétiques si rares que nous pouvons les éliminer. »

Ces paralysies diabétiques ne sont pas aussi rares qu'on le pensait autrefois. Dans son dernier volume de *Cliniques* (1905-1906), M. le professeur Dieulafoy consacre une de ses leçons à cette question, et le recensement de tous les cas observés a donné un total de 74 cas de paralysie des nerfs oculomoteurs chez les diabétiques.

La clinique de M. Dieulafoy a donc modifié sur ce point l'opinion courante exprimée par MM. Massia et Delachanal dans leur article. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 JANVIER AU 1er FÉVRIER 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 31 janvier, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gariel, Ch. Richet et Macaigne ; — (2e série) : MM. Roger, Branca et Zimmern.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Richaud ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust ; — (2e série) : MM. Segond, Auguste Broca et Pierre Duval ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Lœper, suppléant.

Samedi 1er février, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 29 janvier 1908, à une heure. — M. Canu. Traitement et guérison de la tuberculose pulmonaire par le transport des substances médicamenteuses à l'aide des courants de haute tension. (MM. Gariel, président ; Gaucher, Pierre Marie et Zimmern.) — M. Claude. Recherches sur la coagulation du sang et coagulation plasmatique et sédimentation spontanée. (MM. Gaucher, président ; Gariel, Pierre Marie et Zimmern.) — M. Rubens-Duval. Cytologie des inflammations cutanées (introduction à l'histologie des maladies de la peau). (MM. Pierre Marie, président ; Gariel, Gaucher et Zimmern.) — M. Tanon. Les artères de la moelle dorso-lombaire. (MM. Brissaud, président ; Roger, Sicard et André Jousset.) — M. Bloch. Action de l'arsenic sur le sang et les organes hématopoiétiques. (MM. Roger, président ; Brissaud, Sicard et André Jousset.) — M. Gaillard. De l'hyperplasie surrénale dans ses rapports avec l'hypertension permanente. (MM. Roger, président ; Brissaud, Sicard et André Jousset.)

Jeudi 30 janvier 1908, à une heure. — M. Vernay. Contribution à l'étude de la spondilose rhyzomélique et de son étiologie blennorragique. (MM. Dieulafoy, président ; Debove, Chantemesse et Castaigne.) — M. Viroulaud. L'exulceratio simplex d'origine hépatique. (MM. Debove, président ; Dieulafoy, Chantemesse et Castaigne.) — M. Helbecque. L'enseignement ménager. Etude d'hygiène sociale. (MM. Chantemesse, président ; Dieulafoy, Debove et Castaigne.)

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 1 et 4.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Jungfleisch, docteur ès sciences, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur de la chaire de chimie organique en remplacement de M. Berthelot.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les professeurs Roger (de Paris) et Tédenat (de Montpellier) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille d'honneur en or est décernée à M. le docteur Bedos, maire d'Adge (inondations de l'Hérault).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — Les récompenses suivantes sont décernées aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales en 1906 :

Médaille d'or. — M. le docteur Pierre, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains.

Médaille de vermeil. — MM. les docteurs J. Nicolas, médecin à Nice, et Binet, médecin à Saint Honoré-les-Bains.

Médaille d'argent. — M. le docteur Fleury, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes; M. Boutté, pharmacien-major de première classe en retraite à Vichy; M. le docteur Gautrelet, médecin à Paris.

Rappel de médaille d'argent. — M. le docteur Belugou, médecin à Lamalou-les-Bains; M. G. Pessez, médecin à Paris.

Rappel de médaille de bronze. — M. le docteur Goudard, médecin à Pau.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. AVANCEMENT. — *Pour le grade de médecin principal de premire classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Hornus, Gérand, de Santi, Laffille, Marty, Cahier, Lemoine, Béchard, Bassompierre, Lambert, Conte, Toussaint, Véron, Hassier, Labit, Delric, Vignol, Collin, Descour, Achintre, Wissemans.

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Delamarre, Darré, Prieur, Uffoltz, Petit (René), Simon, Jaubert, Vack, Melnotte, Lebastard, Lejeune, Ferrand, Lapasset, Carlier, Bouchereau, Baratte, Lévy, Petit (Henry), Vogelin, Collinet, Bernard (J.-B.), Ferrier, Loison, Dupard, Raynal, Brissé-Saint-Macary, Bilouet.

Pour le grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Dormand, Douy, Thooris, Manceaux, Moutet, Cauvet, Mayer, Larrieu, Marotte, Cros, Steinmetz, Lejosme, Saulay, Moinet, Le Goïc, Huot, Detiling, Beaumeville, Martin, Cordillot, Pons, Descorps, Tostivint, Pescheux, Vallet, Crépet, Lyons, Saltet, Roqueplo, Visbecq, Job, Rémond, Chavigny, Beaussenat, Perrogon, Binet, Legrand.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Maître, Demanneville, Moursou, Coudeyras, Louët, Louis, Izaac, Metzger, Baur, Baurrier, Van Merris, Rit, Barthélemy, Beau, Jouve, Maisonneuve, Epaulard, Bordereau, Couturier, Potet, Dautheville, Roualet, Bumat, Raoul, Azémar, Jude, Paon, Petit (J.-C.), George, Bachon, Pinchon.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 31 décembre 1907, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Camail et Rousselot-Bénaud.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Esquer, Condé, Bonain, Tanvet, Boyé.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Doumenjou, Philippe, Lamandé, Heusch, Manaud, Vaillant, Navarre.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 11 janvier 1908, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Moty.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Delaye et Bergounioux.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Tisserant, Frache, Cot, Batut, Courtois, de Montéty, Bouchet, Augry, Cuvier, Barbière, Cahen.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Boulian, Tarrieux et Dumontier.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Schmerber.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Bourlange.

LA SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE aura lieu le mercredi 22 janvier, à quatre heures très précises.

Ordre du jour : 1. Discours de M. Quénu, président; — 2. Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1907, par M. Chaput, secrétaire annuel; — 3. Eloge de Jules Rochard, par le secrétaire général; — 4. Proclamation des prix décernés par la Société.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE. — Il vient de se créer à Paris une Société de pathologie exotique ayant pour but l'étude des maladies exotiques de l'homme et des animaux, celle de l'hygiène coloniale, de l'hygiène navale et des mesures sanitaires destinées à empêcher l'extension des épidémies et des épizooties d'origine exotique. Les médecins, pharmaciens, vétérinaires et naturalistes des colonies et de l'étranger pourront apporter à la Société leurs travaux, envoyer les documents ou échantillons; de son côté, la Société s'efforcera de leur procurer tous les renseignements qui leur seront nécessaires. Elle se mettra, en outre, en rapport avec les Sociétés de pathologie exotique ou de médecine tropicale de l'étranger pour l'étude des mesures d'hygiène et de prophylaxie d'un intérêt général.

Elle se compose : 1° de quarante membres titulaires qui deviennent titulaires honoraires après neuf ans d'exercice. Ces derniers sont en nombre illimité; 2° de vingt membres honoraires; 3° de quarante membres associés dont vingt français et vingt étrangers; 4° de cent cinquante membres correspondants, dont cent français et cinquante étrangers.

Les membres de la Société sont choisis à l'élection parmi les personnes ayant fait acte de candidature et envoyé un exposé de leurs titres. Une commission dresse une liste de présentation avant élection. Les titres peuvent être adressés dès maintenant au président de la Société de pathologie exotique, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, 25, Paris.

Le bureau provisoire est composé comme suit : président, M. Laveran; vice-présidents, MM. Chantemesse, Kermorgant; secrétaires généraux, MM. Marchoux, Mesnil; trésorier-archiviste, M. Yvon; secrétaires des séances, MM. Dujardin-Beaumetz et Dopter.

La Société de pathologie exotique tiendra chaque mois, à l'Institut Pasteur, une séance publique qui a été fixée au deuxième mercredi du mois, à cinq heures. Le compte rendu des séances sera publié dans un bulletin spécial.

La première séance de la Société aura lieu, par exception, le mercredi 22 janvier, à quatre heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro des *Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang* publiées chaque mois sous la direction de M. Vaquez. Les rédacteurs en chef sont nos excellents collègues Laubry et Aubertin; M. Jean Heitz est sécrétaire de la rédaction.

La nouvelle revue est publiée à la librairie Baillière, avec le luxe et le soin qu'elle apporte dans toutes ses publications.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Canolle, médecin en chef du Sénat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 9. — JEUDI 23 JANVIER 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 23 JANVIER 1908. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 20 janvier : MM. Gastaud, 2; Miégeville, 6; Bruslé, 8; Stepowski, 9; Alexandre (Paul), 11; Renaud-Badet, 12; Fenard, 9; de Cumont, 12; Manne, 10.

Pathologie. — Séance du 20 janvier : MM. Ageorges, 6; Onfroy de Bréville et Lévy (Georges), 4; Amaudrut, 6; Trotain, 9; Labourdette, 6; Wunschendorff, 5; Garsaux, 8; Minot, 6; Mosqueron, 7; Madre, 4.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs André (de Vertaizon), Aubin (de Bassens), Aubry (de Prunay-le-Gillon), Mme Azéma (de Paris), MM. Baldet (de Paris), Baude (de Douai), Benoît (de Paris), Bernou (de Châteaubriant), Berquet (de Calais), Bole (de Roubaix), Bonnecaze (de Colombes), Bonsignorio (de Paris), Bossan (de Nice), Bosselut (de Nontron), Bouyer (de Paris), Brière (de Morteaux-Coulibœuf), Bron (de Crazannes), Castan et Chandebois (de Paris), Charon (de Dury-les-Amiens), Chaumier (de Champvert), Coffec (de Quimper), Comar (de Paris), Compagnon (de Salins), Crépel (de Paris), Crouset (de Marseille), Dartigues et Daulnoy (de Paris), Desgranges (de Marchenon), Devémy (de Valenciennes), Duclos, Dutar et Dutard (de Paris), Duval (de Brest), Evrard (de Vernautes), Faugère (de Faux), Fichon (de Paris), Folliot (de Château-Gontier), Fournier (de Sigoulès), Furet (de Paris), Fustier (de Thizy), Gagnière (de Thiais), Gauducheau (de Nantes), Gèghre (de Mascara), Giacometti, Gires et Graux (de Paris), Guggemos (de Brie-Comte-Robert), Hassier (de Saint-Etienne), Hennart (de Lille), Huber (d'Amiens), Jacquot (de Fontenay-sous-Bois), Joubert (de Buric), Lacaille, Labelle, Laurent, Le Grand et Legrand (de Paris), Lévêque (de Saint-Germain-en-Laye), Mailletard (de Forges), Mathieu (d'Hauteville), May et Ménétrel (de Paris), Michel (de l'Arbresle), Millien (de Paris), Molas (d'Auch), Montagnon (de Saint-Etienne), Mounier (de Paris), Niepce (d'Allevard), Pariset (de Vichy), Peignon, Pertal, Pfeiffer et Pitsch (de Paris), Platelle (de Rosult), Prévost (de Thiviers), Proust (de Paris), Puig (de Perpignan), Queyroy (de Badefols-d'Ars), Queyssac (de Paris), Rancurel (de Villemonble), Rey (de Charenton), Richard d'Aulnay (de Paris), Richerolles (de Montluçon), Robillard (de Paris), de Rocca-Serra (de Marseille Sartène), Roy, Ruault, Rubinrot, Spindler et Thébault (de Paris), Thiéry (de Saint-Mihiel), Vaslet de Fontaubert et Villeprand (de Paris) et Vivien (de Vienne).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Agard-Laroche (de Varaignes), Aigre (de Boulogne-sur-Mer), Archambault (de Tours), Arnal et Aubert (de Paris), Authenac (de Sainte-Sévère-sur-Indre), Ayme (de Chatenois), Bardon, Bassuet et Bellemanière (de Paris), Beugnon (de Flogny), Binet et Blancart (de Paris), Bordier (de Guéret), Boucard (de Nogent-en-Bassigny), Bourdeau d'Antony (de Limoges), Breton (de Plessis-Grammoire), Bridoux (de Nice), Buffet (d'Elbeuf), Canuet et Cazaux (de Paris), Charrade (de Guise), Chevron (de Châlons-sur-Marne), Chimot (de Paris), Clauda (de Carcassonne), Cleuet (de Vimy), Coquidé (de Frévent), Goupé (de Paris), Coutant (de Longpré-les-Corps-Saints), Crucis (d'Etain), Cuisinier (de Cantin), Dalimier et Dauphin (de Paris), Davet (de Verfeil-sur-Seye), Defos (de Neuilly-le-Réal), Delorme (d'Aulnay-sous-Bois), Demurger (de Monistrol-sur-Loire), Denard (de Saint-Sébastien), Derome (de Wargnies-le-Petit), Desourteaux (d'Orodour-sur-Gloire), Dhaussy (de Menevret), Dhers (d'Arné), Dorel (de Brioude), Darizon (d'Oucques), Doussain (de Clisson), Dreyfus (de Paris), Dreyfus (de Lure), Dufoix (de Nimes), Dufour (de Paris), Dujon (de Moulins), Dupont (de Marmande), Dupuy (de Céreste), Durandeau (de Nice), Durazzo (de Sartène), Ecoffet (de Vincennes), Enard (de Bar-le-Duc), Ferrand (de Courson-les-Carrières), Gache (de Villefranche), Gaillard et Galippe (de Paris), Ganzinotty et Garnier (de Nancy), Gauquelin et Gautier (de Paris), Génot (de Toul), Gibaud (de Marseille), Giraud (d'Aix), Glaize (d'Alfortville), Godeau (de Mantes), Godfrain (d'Etreux), Grenier (de Chiry-Ourscamps), Grenier et Guillet (de Paris), Havrez (de Melun), Houpin (de Bois-Colombes), Inglessi (de Paris), Jacot (de Bayon), Jouet (de Paris), Jouis (d'Andouillé), Jouve (d'Yssingeaux), Jusseaume (de Mennecy), Lacapère (de Paris), Lambillotte (de Douai), Lamotte (de Willems), Langle (de Vincennes), Laran (de Paris), Latour (du Puy), Leblanc (de Cartignies), Lebrun (d'Ambrières), Lutier, Mac-Auliffe et Mahé (de Paris), Malfuson (de Sancerre), Manceau (de Nantes),

(*Voir la suite, page suivante.*)

Marion (de Meyruels), Martin (de Paris), Martin (de Besse), Mendelssohn (de Paris), Mercier (de Conques), Mesny (de Ploërmel), Michel et Milhaud (de Paris), Millier (de Cosson), Millon, Mitour (de Paris), Morisot (de Tarbes), Mosnay (de Saint-Varent), Mossé (de Marseille), Mourniac (de Neuvic), Noegelin (de Paris), Nogués (d'Inkermann), Nuel (d'Etaules), Pasquier (de Paris), Pernot (de Monthureux-sur-Saône), Perrault (de Nueil-sous-les-Aubiers), Petit (de Libourne), Peyrony (de Bordeaux), Pierreson (de Paris), Pintaud-Désallées (de la Rochefoucauld), Plaussu (du Touvet), Potel (du Havre), Poulain (de Paris), Prépin (de Durtal), Quehen (de Colombert), Ramonède (de Paris), Raymond (d'Azille), Raynal (de Vergèze), Riss (de Marseille), Roche (de Saint-Pierreville), Rochu (de Paris), Roussel (de Rochefort-Montagne), Rousset (de Bron), Roux (de Viviers), Roux (de Grenoble), Ruel de Sourouvre de Guefosse (d'Oran), Sahuet (de Maignelet), Sangline, Sarrouy, Schwob, Sequer, Signoret et Taburet (de Paris), Taccoen (de Strazeele), Tersen (d'Avesnes), Théveny (de Paris), Tirmpnt (de Pont-Remy), Tourton (de Chatonnay), Toussaint (de Sannois), Verdeau (de Tarnac), Vernet (des Milles), Wahl (d'Auxerre), Weiller (de Saint-Dié), Wildenstein (de Paris), Ysambert (de Tours).

GUERRE — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 11 janvier 1908, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Lajoux.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. l'ex-médecin aide-major de première territoriale réintégré Besson.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de reserve. — MM. les docteurs en médecine Monthus, Gilbert, Peyrazat, Pater, Guignon, Sabatier, Rottenstein, Canque, Nicolle, Lagrange, Roulland, Guérin, Huzard, Aumond, Dubois, Saintot, Steinhart, Ducastel, Royer, Jasseron, Blanchet, Rousselot, Feuvrier-Laforêt, Michon, Boursier, Roussellier, Chambras, Noiré, Rosse, Masini, Castelli, Okinczyc, Bardinon, Magny, Collière, Demarque, Dequen, Martin, Moreau Klein, Bordessoule, Beauduin, Josephson, Lemoine, Soulas, Beun, Bonamy, Sinaud, Dupérier, Chopinet, Lemaître, Guillaume, Garipuy, Barrère, Harriet, Assémat, Cantier, Oudot, Pessonnier, Vincentelli, Lemerle, Poésy, Bonnes, Le Poncin, Lascazas de Saint-Martin, Hillion, Dausset, Héron, Herpin, Taisne, Lavelle, Lallement, Bilhaut, Inizan, Liébert, Carrière, Pascal, Feytaud, Laugier, Arquembourg, Hubert, Rigal, Lucasse, Lapierre, Michiels, Joyeux, Baume, Baudoin, Dauguet, Pécher, Neulliès, Thomas de la Pinthière, Siguret, Ahond, Charreire, Perdrigeat, Bénet, Worth, Sordoillet, Gaudichon, Gascoin, Maillard, Pierron, Chantala, Guillon, Flourens, Ducournau, Nepveu, Monier, Roqueplane, Tabutin, Molveaux, Euzière, Rouchy, Chanal.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Schmit, Diriart, Franchet, Roumenteau, Alglave, Diamantberger.

MARINE. — Sont nommés :

Au grade de médecin général de deuxième classe. — M. le docteur Barret.

Au grade de médecin principal. — MM. les docteurs Borius, Dessemond-Sicard, Gaillard et Duguet.

Au grade de médecin de troisième classe. — MM. Poupelain, Ployé, Cristol et Chabé, élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine.

— Le médecin de deuxième classe Cazamian est nommé pour une période de deux ans à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de Brest.

— Par décret du 17 janvier 1908, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — M. Mauran, élève du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Pélissier et Le Borgne, élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — Le ministre, sur la proposition de l'Académie, accorde les récompenses suivantes pour 1906 :

Médaille d'or. — M. le docteur J.-B. Pitance (d'Huriel).

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Chabenat (de La Châtre); G. Pennetier (de Rouen).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Labit et J.-J. Matignon.

Rappels de médailles de vermeil. — MM. les docteurs Boquin (d'Autun); Courtade (d'Outarville); Gorez (de Lille).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs A.-D. Braun; H. Chaudoye; J.-A. Martin; J.-P. Cardamatis (d'Athènes); M.-P. Rambaud, pharmacien en chef des hôpitaux de Poitiers.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Gagnière (de Lyon); P.-L. Joly; Römer (de Sumatra).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs G. Benoist (de Vannes); Sandras, L. Tranchant, A. Vignol, Camail, Collomb; Choksy (de Bombay); M. G. Baudran (de Beauvais).

Rappel de médaille de bronze. — M. le docteur E. Ginestous (de Bordeaux).

LA MORTALITÉ INFANTILE DANS L'ARDÈCHE. — M. Mirman, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, vient d'écrire au président du conseil général de l'Ardèche :

« En 1905, la mortalité infantile moyenne était en France de 13,58 p. 100; la mortalité dans l'Ardèche s'élevait au chiffre lamentable de 21,45 p. 100.

Ces faits ont une éloquence tragique. Je ne les commente point, je vous les livre. Je vous prie de les communiquer avec la présente lettre au conseil général. Je suis assuré que l'assemblée départementale et vous-même puiserez, dans votre patriotisme inquiet, l'énergie nécessaire pour effacer cette tache qui, sur la carte de France, couvre le nom de l'Ardèche. Vous me ferez connaître les décisions prises. »

Parmi les causes invoquées pour expliquer cette mortalité, nous avons signalé il y a deux ans, à la suite de notre confrère Bonnard (de Tournon), les conditions défectueuses dans lesquelles s'effectue le transport des enfants assistés envoyés de Marseille et de Lyon dans les montagnes de l'Ardèche. On signale aussi une répartition défectueuse des circonscriptions de l'Assistance qui mettrait certains médecins-inspecteurs dans l'impossibilité matérielle d'assurer leur service.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine réunion aura lieu le jeudi 23 janvier, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine. La conférence habituelle sera faite à cinq heures trois quarts, par M. Thiroloix, sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu (avec projections).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — CONFÉRENCES D'ANATOMIE PRÉPARATOIRES A L'EXAMEN D'ANATOMIE. — Sous la direction de M. Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques, des conférences préparatoires à l'examen d'anatomie seront faites par MM. les docteurs Pierre Descomps et Desmarest, prosecteurs.

Ces conférences commenceront le lundi 27 janvier, à cinq heures un quart.

Elles comprendront deux séries. Chaque série recevra 16 leçons. Ces leçons auront lieu :

Pour la série A : le lundi et le jeudi, à cinq heures un quart.

Pour la série B : le mardi et le samedi, à cinq heures un quart.

Elles seront faites suivant un programme déterminé qui comprendra toute l'anatomie, et dont un exemplaire sera remis à chaque élève le jour de la première conférence.

Elles consisteront en interrogations des élèves, accompagnées et suivies d'explications et de démonstrations sur pièces anatomiques.

Le nombre des auditeurs est limité à 25 par série. Le droit d'inscription est gratuit pour les internes des hôpitaux; il est de 50 francs pour tous les autres auditeurs.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE DE LA CHARITÉ DE LYON

PELVI-PÉRITONITE [1]

Par M. TIXIER,
Professeur agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

J'ai opéré hier une malade qui réalisait tous les signes de la pelvi-péritonite. Aussi vous parlerai-je de cette affection qui est plutôt un symptôme qu'une maladie, une réaction du péritoine en face d'une lésion des organes du petit bassin.

Une femme de trente-huit ans entre à l'hôpital le 11 mai pour des pertes et des douleurs abdominales. Elle est amaigrie, elle a le teint terreux d'une infectée. Elle n'a pas de passé génital : à dix-huit ans, fièvre typhoïde légère et à vingt-huit ans une fausse couche. Il y a quelques années elle eut des pertes blanches sans importance. Réglée régulièrement jusqu'à il y a deux mois elle eut en mars un léger retard et en avril elle fut réglée deux fois. Le 9 mai elle eut des pertes abondantes avec de nombreux caillots et des douleurs atroces; le lendemain nouvelles douleurs accompagnées de nausées; la crise dura deux heures.

A cause de la soudaineté des phénomènes on avait discuté la possibilité d'une rupture de grossesse tubaire. Mais comme l'état n'était pas alarmant on attendit et on se contenta de faire des applications de glace sur le ventre.

La température oscillait régulièrement entre 38 et 39 degrés. Les symptômes généraux s'amendèrent peu à peu; le ventre devint plus souple et l'on put faire un examen plus complet. On perçut alors une grosse masse pelvienne, rénitente, remontant jusqu'au-dessous de l'ombilic. Je fis alors le diagnostic probable de kyste de l'ovaire tordu et je pratiquai l'opération.

Grande incision verticale qui mit à découvert un épiploon épaissi, charnu, doublé de fausses membranes qui le fixaient au fond du pelvis. Après avoir protégé par des compresses la cavité abdominale supérieure on décolla l'épiploon sous lequel apparaît une quantité de petits kystes bleutés. Ceux-ci vidés laissent apercevoir le fond de l'utérus; on le repère avec des pinces de Museux. Les ligaments ronds, œdémateux, sont énormes; on les sectionne et on se porte sur les côtés de l'utérus. A gauche, il y avait un gros pyosalpinx adhérent aux anses intestinales et à l'utérus; du côté droit, même grosse trompe; il était impossible d'en faire le tour. Grâce à l'hémisection verticale on pénètre dans le vagin et on enlève de dedans en dehors et de bas en haut les annexes suppurées. Une grosse poche purulente remplissait le Douglas. Après péritonisation du pelvis une simple mèche de gaze établit un drainage vaginal sous-péritonéal et on ferme complètement la paroi abdominale. Cette malade a été opérée hier; le soir elle avait 37°2 ; ce matin elle a 37°6.

Dans les traités de gynécologie on décrit la pelvi-péritonite ou la pelvi-métro-salpingite. Les anciens auteurs croyaient qu'il y avait surtout une inflammation de l'utérus, de la métrite et que cette inflammation se propageait tout autour dans le tissu cellulaire sous-péritonéal engendrant de la pelvi-métrite. Ce n'est que lorsqu'on connut mieux la physiologie pathologique du péritoine, lorsqu'on vit, grâce aux interventions par la voie haute, que la suppuration se produisait réellement dans le péritoine que l'on admit une réaction propre à la séreuse : la pelvi-péritonite.

On en fit alors une maladie spéciale. Mais de même que dans la pathologie articulaire l'hydarthrose est un symptôme et signifie simplement qu'il s'est formé du liquide dans la synoviale sous l'influence d'une maladie des surfaces articulaires, de même la pelvi-péritonite est un symptôme, une réaction du péritoine en face d'une inflammation de l'utérus ou des annexes.

Le péritoine du petit bassin peut être inoculé par continuité, c'est-à-dire que du pus venant de la trompe est susceptible de s'écouler directement par le pavillon béant; mais c'est exceptionnel. Ordinairement il n'en est pas ainsi car l'endo-salpingite détermine une fermeture de la trompe et du pavillon. L'agent intermédiaire est le lymphatique qui, chargé d'agents microbiens au niveau de la muqueuse utérine inocule la trompe puis propage l'infection jusque dans la séreuse péritonéale.

Pour décrire les lésions produites par cette réaction inflammatoire de la séreuse il me suffit de vous rappeler ce que nous avons trouvé à l'ouverture du ventre de notre malade. Etalé au-dessus de la cavité pelvienne, un épiploon descendant en tablier, rouge, hyperhémié, charnu, saignotant facilement, s'insérant en bas au pelvis et adhérent à la vessie; au-dessous des anses intestinales agglutinées par de fausses membranes plus ou moins épaisses constituant en certains points de pseudo-kystes remplis d'un liquide citrin; plus profondément, la trompe énorme, distendue; un peu plus bas le rectum épaissi, rouge; enfin au-dessous de cette trompe, au point déclive, un gros flot de pus : douglassite suppurée.

Par comparaison avec les lésions que vous connaissez bien sur d'autres séreuses, comme la plèvre par exemple, on peut dire qu'au niveau des adhérences le malade est à la phase des frottements rudes, pleuraux; au-dessous que les kystes séreux répondent à l'épanchement citrin de la pleurésie séreuse. A la partie inférieure, là où la réaction est au maximum c'est une suppuration analogue à celle qui se produit dans la pleurésie purulente.

Quelle est la lésion primordiale? Ces réactions péritonéales ne sont qu'un symptôme; pour qu'il y ait inflammation du péritoine il faut une porte d'entrée. C'est d'abord l'utérus, mais surtout la trompe. C'est pourquoi on trouve toujours une trompe épaissie, renfermant du pus; il y a également de l'ovarite. L'utérus ne reste pas indifférent à cette inflammation; il est mou, aplati, œdémateux; très rarement même on a des abcès du muscle utérin.

Il ne faut pas croire que le tissu sous-péritonéal puisse rester indemne; de là cette infiltration œdémateuse des ligaments larges, des ligaments ronds, allant de la simple péri-métrite inflammatoire à la cellulite pelvienne suppurée.

Mais ces types ne doivent pas faire perdre de vue

[1] Leçons recueillies par Maurice Genty.

la phase du début, c'est-à-dire l'inoculation microbienne du péritoine qui réagit suivant le degré de virulence de l'agent infectieux; en un point on aura un foyer d'inflammation citrine ; en d'autres, au milieu d'adhérences, un foyer suppuré.

Ces lésions vont évoluer de la même façon qu'évoluent celles déterminées par une pleurésie suivant notre comparaison adoptée. Lorsque la pleurésie s'arrête au stade de frottements, il se forme des adhérences pleurales qui tirent sur le poumon et sur la plèvre pariétale; il en résulte une déformation de la cage thoracique et une atrophie du poumon. Dans le cas de pelvi-péritonite séreuse ayant évolué spontanément vers la forme plastique, le péritoine s'accole en tirant sur l'utérus qui bascule d'un côté ; on aura souvent alors une rétroposition adhérente dans le Douglas ou plus rarement une latéroposition si l'affection a frappé surtout les ligaments larges.

Lorsqu'un malade atteint de pleurésie fait une pleurésie purulente et qu'on la laisse évoluer, le pus cherche une évacuation spontanée. Si c'est un enfant le pus sort à l'extérieur par un empyème de nécessité; si c'est un adulte la collection s'ouvre dans le poumon, il y a une vomique. De même dans la pelvi-péritonite suppurée, si la collection remonte au-dessus de la cavité pelvienne, on observe une rougeur diffuse de la paroi abdominale puis de la fluctuation en un point; enfin l'abcès s'ouvre à la paroi, c'est un *empyème de nécessité*. Cette évolution est rare et appartient surtout aux reliquats pelviens de l'infection puerpérale.

Si c'est dans le pelvis qu'est le maximum de lésions, le pus tend naturellement à s'écouler par les organes creux voisins : intestin, vagin, vessie, on a alors soit une *vomique rectale*, soit une *vomique vaginale* ou *vésicale*. Alors les malades guérissent généralement de leur crise aiguë sans qu'on soit obligé d'intervenir. Mais lorsque le pus a disparu, les énormes magmas persistent, la trompe reste comme une épine inflammatoire et les malades sont exposées à de nouvelles reviviscences de leurs foyers septiques.

C'est sur cette considération que doit s'établir le *pronostic* de la pelvi-péritonite.

Le pronostic de la pelvi-péritonite est celui de la maladie causale. Si l'agent infectieux est peu virulent, ce qui est la règle dans la gonococcie, après un orage péritonéal à grand fracas, on voit le plus souvent les symptômes s'amender rapidement et les malades ne présenter que des signes plus ou moins chroniques de salpingo-ovarites.

Mais lorsqu'au lieu d'une infection mitigée on a une infection en masse, par le streptocoque surtout, le pronostic n'est plus le même. On a rapidement une inoculation de tout le péritoine, un érysipèle du petit bassin qui emporte la malade.

Comme pronostic ultérieur, en dehors de celui qui appartient à la salpingite souvent persistante, le processus de guérison même de la pelvi-péritonite crée une véritable complication. Des adhérences fixent l'utérus et les annexes, s'opposent à une réduction de rétroversion, etc.

Mais le péritoine peut faire comme la plèvre, il jouit d'une puissance de résorption merveilleuse, et sous l'influence du repos, du temps, recouvre une intégrité absolue au point que si l'on a à explorer plus tard ce pelvis par la laparotomie, on est surpris de ne trouver plus trace de l'ancienne inflammation.

Le *diagnostic* de la pelvi-péritonite est un diagnostic très long, très complexe. Je m'efforcerai de le schématiser.

Supposons le cas où le péritoine est surpris par une infection intense : par exemple une goutte de pus s'est écoulée de la trompe dans le péritoine, apparaissent alors des symptômes de péritonite généralisée.

Il faut et il suffit de faire alors un diagnostic de la cause de la péritonite; passer en revue les organes abdominaux, appendice surtout, qui peuvent en être le point de départ. Puis quand vous avez acquis des probabilités suffisantes pour admettre une origine pelvienne, sachez attendre pour préciser votre diagnostic. Vous savez en effet qu'à cette phase d'état de mal péritonéal (1) l'exploration gynécologique ordinaire ne nous renseigne pas, que c'est seulement au bout de quelques jours que le toucher vaginal et combiné vous donne des notions précises. L'important pour vous est de poser un diagnostic thérapeutique qui en l'occurrence est l'abstention systématique durant cette période aiguë.

Le plus souvent le diagnostic est à poser à la phase subaiguë ou chronique ; le cas est différent suivant que la pelvi-péritonite est réellement limitée à l'excavation ou qu'elle a gagné plus ou moins le grand péritoine.

Généralement le maximum de lésions occupe le Douglas, le point le plus déclive du péritoine; c'est la séméiologie du Douglas que l'on est conduit à faire.

Lorsqu'on aura une poche pelvienne doublée d'adhérences épaisses, il faudra distinguer les indurations de la pelvi-péritonite d'avec les tumeurs solides et d'avec les déviations de l'utérus. Au toucher on aura un utérus fixe, non mobilisable et, en arrière de lui, en arc de cercle, un bourrelet dur qui entoure le col à sa partie postérieure : est-ce un utérus en rétroversion ?

Il y a plusieurs moyens de le reconnaître : celui qui paraît le plus rapide et le plus sûr est l'introduction d'un hystéromètre qui vous renseigne sur la direction de l'utérus. Mais cette manœuvre simple peut être dangereuse quand il y a de l'infection. Peut-on s'en passer? D'après Le Dentu, dans les cas de rétroversion, il serait possible de distinguer au toucher vaginal, à la face postérieure de l'utérus, la crête en dos d'âne qui existe normalement à partir de l'isthme. Son absence sur une masse douglasienne serait en faveur de la pelvi-péritonite collectée.

Des tumeurs solides, des fibromes de l'utérus voire même de l'ovaire peuvent jouer la pelvi-péritonite enkystée d'autant plus qu'elles s'accompagnent souvent de lésions annexielles suppurées détermi-

(1) Voir Tixier. Sur l'état de mal péritonéal, *La Clinique*, 1er nov. 1907, anal. in *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 5, p. 56.

nant de la fièvre et des réactions péritonitiques plus ou moins intenses. Mais les commémoratifs, l'interrogatoire serré de la malade, une exploration répétée à quelques jours d'intervalle permettent de trancher le différend.

La collection pelvienne reconnue on peut se tromper sur la nature de son contenu; on croit à du pus, il y a uniquement du sang, il s'agit d'une hématocèle ancienne; c'est l'épanchement de sang en plein péritoine qui a fait réagir le péritoine; on a une pelvipéritonite d'origine hémorragique. La consistance pâteuse de la tuméfaction, le début brusque, les commémoratifs permettront de reconnaître l'hématocèle.

Le diagnostic différentiel d'avec le pyosalpinx est souvent difficile, car on a la même sensation de grosse poche fluctuante prolabée derrière l'utérus. L'erreur est aisée, d'autant que lorsqu'un pyosalpinx a basculé en arrière, il y a toujours autour de lui un peu de pelvi-péritonite. Cependant le diagnostic est possible ; ordinairement la collection qui est sous la trompe est moins tendue que la trompe elle-même. Dans ces cas, il se fait à la partie inférieure du Douglas un épanchement citrin bien décrit par le professeur Laroyenne, et au-dessus la trompe est remplie de pus; un doigt habitué peut différencier les deux épanchements.

Un bon signe est celui de l'adhérence de la muqueuse vaginale. Dans la pelvi-péritonite vraie on a de l'œdème inflammatoire; la muqueuse vaginale est comme doublée, cartonnée; avec le doigt on ne peut la détacher de la masse sus-jacente; dans le pyosalpinx, au contraire, on peut la dissocier.

Quand la pelvi-péritonite remonte au-dessus du détroit supérieur elle joue au kyste de l'ovaire tordu, mais dans la pelvi-péritonite tout est flou et il n'existe pas de tumeur proprement dite à contours délimitables.

Le diagnostic de pelvi-péritonite une fois fait, il faut se demander si elle est banale, c'est-à-dire due aux agents ordinaires de la suppuration : gonocoque, streptocoque, etc., ou spécifique, c'est-à-dire causée par le bacille de Koch. Les antécédents, l'histoire de la maladie et surtout la différence entre les symptômes locaux et l'état général de la malade permettront de se prononcer (1).

Le *traitement* de la pelvi-péritonite peut aller de la compresse d'eau chaude sur le ventre jusqu'à la castration totale.

En effet, dans la phase de réaction aiguë il faut instituer un traitement médical : repos, *glace* sur le ventre, diète et attendre. Ce traitement est excellent, il favorise les adhérences et la résorption; longtemps prolongé il peut faire disparaître toute trace de pelvi-péritonite. Mais la pelvi-péritonite n'est qu'un symptôme, c'est la réaction du péritoine autour d'une trompe malade; ce traitement médical fera bien disparaître le symptôme, mais derrière lui restera la maladie causale.

Est-on obligé d'agir chirurgicalement contre le symptôme pelvi-péritonite? Oui, lorsque la collection pelvienne n'a aucune tendance à se résorber. Les procédés sont très nombreux. Le professeur Laroyenne nous a montré l'avantage de l'incision du cul-de-sac postérieur. Le pus distend le Douglas, appelle le bistouri; par une large colpotomie vous ne faites qu'imiter la nature, vous créez une vomique vaginale.

Ce sera une large incision postérieure derrière le col, pratiquée aux ciseaux, permettant le passage de trois doigts. Cette méthode a l'avantage d'être moins grave que toute espèce d'intervention par le ventre, de pouvoir être exécutée sans véritable organisation chirurgicale par le médecin praticien. C'est une opération d'urgence. Elle est d'autre part conservatrice car elle respecte les annexes. On peut sans doute par cette voie ouvrir non seulement les collections pelviennes mais encore les poches purulentes tubaires, mais il ne faut pas lui demander davantage. On ne doit pas vouloir enlever par le vagin les trompes et les ovaires purulents : salpingothripsie vaginale. L'opération devient alors plus dangereuse que par la voie abdominale. Elle est déjà dangereuse, réduite à une simple incision, car si on fait une grande brèche vaginale, étant donné qu'il y a des modifications anatomiques, on peut léser l'artère utérine ou sectionner l'uretère. D'autre part, elle est douloureuse pour les malades par la nécessité de pratiquer des pansements qui ont tous pour but de maintenir la béance de la plaie.

Lorsque la collection est haut située, qu'elle gagne vers la paroi, c'est par en haut qu'on intervient : c'est la laparotomie sous-péritonéale de Pozzi, qui n'est qu'une simple incision de drainage; ce chirurgien a surtout montré que par la voie sous-péritonéale on pouvait très bien ouvrir une collection de pelvi-péritonite à point de départ tubaire. Mais l'opération est défectueuse; on draine mal un abcès en l'ouvrant par le sommet. Et puis par cette incision on ne peut pas être radical, il est impossible d'ouvrir les annexes, causes de la suppuration.

Que faire alors? Les chirurgiens se sont divisés en partisans de la voie haute et en partisans de la voie basse. Puisque la simple colpotomie ne suffisait pas, que le clapier se refermait, que l'utérus était le grand obstacle au drainage, les partisans de la voie basse se sont décidés à l'enlever. On fit alors l'hystérectomie vaginale selon la méthode de Péan, défendue surtout par Segond. Mais par l'ablation de l'utérus on doit se contenter de créer un large orifice de drainage; si on tente davantage, c'est-à-dire si on veut pratiquer l'ablation des trompes malades ou leur simple ouverture, on devient dangereux tout comme après après la colpotomie. C'est dans ces cas qu'on eut des complications : fistules vésicales, intestinales, des péritonites post-opératoires qui servirent d'arguments aux laparotomistes pour défendre la voie haute.

En 1890, lorsqu'on sut mieux se servir de la position de Trendelenburg, Terrier proposa l'ablation systématique des annexes, causes de la pelvi-péritonite par la laparotomie. L'opération consiste à aller par le ventre, en se repérant sur l'utérus, crever les poches, aspirer le liquide y contenu et enlever les annexes. Elle a donné quelques bons résultats. Mais

(1) Tixier. Tuberculoses annexielles à forme péritonitique, *La Clinique*, 16 août 1907.

avec cette méthode on laisse l'utérus, on a là un point infecté, cause d'accidents immédiats et consécutifs. Pour éviter les premiers, les chirurgiens qui défendent cette opération établissent toujours un drainage soit par la voie abdominale, soit par le vagin. D'autre part, laisser l'utérus en place, c'est exposer la malade à des douleurs persistantes. Donc, laisser l'utérus étant dangereux et inutile, on a été conduit à préconiser la castration totale dans les cas de suppuration pelvienne.

Dès 1892 les chirurgiens américains opposèrent à la laparotomie avec salpingectomie la castration totale. Ce n'est pas ici le lieu de vous exposer les différents procédés opératoires que nous utilisons pour mener à bien cette intervention, je vous en formulerai seulement les idées directrices. Lorsque le chirurgien pratique la castration totale pour suppuration pelvienne, il faut qu'il trouve le fond de l'utérus. Dans un premier temps, long, minutieux, il isole le pelvis de la grande cavité abdominale en refoulant, sous des compresses méthodiquement placées, les anses intestinales, et c'est alors que, dans la cavité pelvienne qu'éclaire une large valve sus-pubienne, il va chercher le fond de l'utérus. Il le saisit énergiquement, non pas sur le corps utérin lui-même, mais par l'intermédiaire des ligaments ronds et des ligaments larges à l'aide de pinces à griffes solides : cette *prise latérale* est excellente. Immédiatement on sectionne le ligament rond, ce qui permet souvent déjà un certain degré d'élévation de l'utérus. Il faut alors faire le tour des annexes malades en évitant autant que faire se peut de crever les poches purulentes.

Mais ce décollement des annexes est le plus souvent difficile par suite des adhérences, dangereux par suite de la coalescence fréquente des poches suppurées avec les anses intestinales voisines; il faut donc savoir se créer du jour dans ce pelvis encombré pour agir à ciel ouvert et non pas aveuglément. Les procédés qui réalisent ce desideratum sont nombreux; ils se résument tous dans l'ablation primitive de l'utérus précédant la salpingectomie exécutée successivement ensuite à gauche et à droite.

Pour enlever l'utérus on peut user du procédé dit de la décapitation primitive du col; on coupe le col utérin, on pratique une hystérectomie sub-totale primitive, puis la main s'engageant dans la brèche ainsi créée détache les annexes de dedans en dehors, de bas en haut. C'est un excellent procédé dont je me suis souvent bien trouvé, mais il laisse le col en place, ce qui est un obstacle à un simple drainage vaginal qui doit être le seul défendable. L'ablation dernière de ce moignon cervical est longue, hémorragipare et nécessite une hémostase dernière soignée.

Le procédé de J.-L. Faure, dit de l'hémisection utérine, est souvent préférable; c'est celui dont je me suis servi chez la malade dont l'histoire clinique a été le point de départ de cette leçon. Une fois le fond utérin trouvé on sectionne l'utérus sur la ligne médiane verticalement; la cavité utérine étant ouverte on engage ses ciseaux dans l'intérieur et on poursuit la section jusqu'au vagin. L'utérus se trouve ainsi coupé en deux. Grâce à ce procédé on arrive d'emblée dans le vagin et tirant sur le col on coupe les attaches vaginales, on pince l'utérine au passage et avec le doigt on décolle de dedans en dehors et de bas en haut les annexes. C'est un procédé brillant et rapide. On lui a fait plusieurs objections; dans cette section, dit-on, on coupe l'utérus sans aucune hémostase. En réalité, en sectionnant sur le milieu et en tirant sur les pinces on a très peu de sang et on voit très bien le vaisseau. On a objecté aussi qu'en sectionnant la cavité de l'utérus on mettait en contact la muqueuse utérine avec la cavité abdominale. Cette objection ne s'applique pas aux cas où réellement la méthode de J.-L. Faure est indiquée, c'est-à-dire quand il s'agit d'une véritable suppuration pelvienne.

Un point de détail sur lequel je désirerais attirer votre attention est la question du drainage à établir après ces interventions par la voie haute. Depuis ces trois dernières années, sous l'inspiration du professeur Auguste Pollosson, nous ne pratiquons qu'un simple drainage vaginal sous-péritonéal, c'est-à-dire qu'après une péritonisation soignée du pelvis à l'aide des lambeaux pelviens souvent renforcés de l'S iliaque, nous plaçons une mèche de gaze dans le vagin et fermons complètement le ventre. Cette méthode a fait ses preuves à la Clinique et personnellement je l'applique presque sans exceptions et les résultats donnent raison à cette conduite qui semble à beaucoup téméraire.

Je pourrais vous donner des chiffres, vous étaler des statistiques, mais alors il faudrait vous exposer celles fournies par les partisans des autres méthodes. Ce serait un travail fastidieux que vous trouverez exécuté dans vos classiques. Je préfère vous résumer mes impressions basées sur les faits cliniques journellement observés.

Les inconvénients de la colpotomie (méthode de Laroyenne) sont les suivants :

1° Tout d'abord les malades peuvent avoir des complications dangereuses : section de l'uretère, fistule purulente vaginale souvent compliquée de fistule stercorale ou bien encore une thrombophlébite des parois du rectum déterminant une fistule recto-vaginale passagère;

2° Le chirurgien ayant peur de faire une incision trop large on a, par insuffisance de drainage, des suppurations longues, persistantes, nécessitant de nouveaux débridements.

L'hystérectomie vaginale donne très souvent des guérisons parfaites. Les poches que l'on n'a pas pu ouvrir se drainent secondairement et après cinq semaines ou deux mois la malade est guérie.

La salpingectomie présente ordinairement une phase merveilleuse, mais quelquefois l'amélioration n'est que passagère. Ces malades qui ont connu les risques de la laparotomie ne sont pas guéries radicalement, les douleurs persistent, elles ont des poussées congestives et 45 fois sur 300, d'après Richelot, on est obligé de faire une seconde opération, d'enlever l'utérus.

L'hystérectomie abdominale totale donne le maximum de chances de guérison parfaite; les malades

qui ont subi cette opération guérissent complètement en quinze ou vingt jours.

Le procédé de choix est donc actuellement la castration totale par voie abdominale avec simple drainage vaginal.

Il faut seulement savoir choisir le moment propice pour l'intervention, savoir attendre que les phénomènes aigus soient passés, que les lésions soient éteintes. C'est une règle absolue que l'on doit s'efforcer d'opérer les infections intra-abdominales *à froid*. Ces mots semblent jurer quand on parle de pelvi-péritonite, de suppuration pelvienne, et cependant ils répondent à une réalité clinique, anatomo-pathologique et bactériologique. On sait que sous l'influence du temps les suppurations tubaires perdent de leur virulence, que les exsudats péritonéaux se résorbent, que les accidents fébriles disparaissent, que l'état général se relève alors que cependant les les lésions annexielles persistent. C'est alors que la question de la cure radicale doit être discutée, comme pour un malade qui a été victime de quelque crise appendiculaire.

La colpotomie restera une question d'urgence dans les cas où un gros abcès de Douglas ne pourra pas être arrêté dans son évolution par un traitement médical : tout médecin doit savoir la pratiquer. Elle sera aussi quelquefois la méthode merveilleusement conservatrice qui permettra à une jeune femme d'échapper à une grave infection péritonéale, tout en conservant utérus et ovaire; si elle peut se soigner longtemps et vivre dans le repos physique que seule donne la richesse, elle pourra guérir.

Pour les femmes actives qui sont obligées de travailler, la castration totale abdominale est la seule grande curatrice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1908).

Action de la noix de kola fraîche sur le travail. — MM. CHEVALIER et ALQUIER. Sous la seule influence de la noix de kola fraîche le travail produit dans l'unité de temps par le cheval fatigué ou non, augmente, mais ce surcroît de travail se produit aux dépens des réserves de l'organisme. La noix de kola fraîche n'a aucune influence sur la diminution classique d'appétit des organismes fatigués chez lesquels l'apport alimentaire pris volontairement couvre rarement les dépenses nécessitées par le travail produit, par contre il augmente la tonicité intestinale.

Les moteurs animés soumis au régime de la kola travaillent en outre d'une façon moins économique. Chez eux l'accomplissement d'un travail déterminé s'accompagne d'une plus forte production de chaleur et d'une augmentation de l'évaporation d'eau cutanée et pulmonaire (accroissement de la quantité d'eau de boisson), par conséquent l'énergie disponible de la ration alimentaire se transforme en travail mécanique utile dans une plus faible proportion, et, pour obtenir des résultats réellement utiles, la noix de kola fraîche ne doit être employée que sur les sujets ingérant une ration appropriée et proportionnée au travail qu'ils effectuent et seulement pendant les périodes courtes de travail forcé.

Action de la choline sur la pression artérielle. — MM. A. DESGREZ et J. CHEVALIER. Injectée au chien par voie intraveineuse, à la dose de 5 milligrammes par kilogramme, la choline produit un abaissement de la pression artérielle qui peut atteindre 5 centimètres de mercure. A cette modification, de courte durée, succède un abaissement plus faible, 2 centimètres de mercure environ, qui se maintient pendant quelques heures.

La choline se comporte comme un antagoniste de l'adrénaline. On peut, en effet, associer ces deux substances en quantités telles que leur effet propre se trouve neutralisé vis-à-vis de la pression artérielle.

La choline constitue donc, pensent les auteurs, le premier exemple d'une substance physiologique, de constitution chimique définie, produisant un abaissement marqué de la pression artérielle.

Sur l'innervation des muscles sterno-mastoïdiens, cléido-mastoïdiens et trapèze. — MM. F.-X. LESBRE et F. MAIGNON. Les auteurs classiques admettent que ces muscles reçoivent deux innervations motrices : l'une de la branche externe du spinal, l'autre des nerfs rachidiens.

MM. Lesbre et Maignon, en faisant à la suite de M. Chauveau des expériences sur le chien, le cheval et le bœuf, arrivent à cette constatation qu'il n'y a pas dualité d'innervation motrice pour ces muscles, non plus que pour ceux du larynx : la branche externe du spinal est leur nerf moteur; les rameaux rachidiens constituent leurs nerfs sensitifs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1908)

L'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose dans l'armée. — Malgré la remarquable communication de M. Calmette, l'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose n'est pas encore entrée dans la pratique courante. La place importante qu'il devait occuper dans la lutte antituberculeuse n'est pas encore près de se réaliser. Enfin il semblait que pour la sélection si nécessaire dans l'armée ce moyen de diagnostic précoce dût être d'un précieux secours. A entendre aujourd'hui M. DELORME, dans sa réponse à M. Calmette, il y a lieu de penser que les belles espérances de M. Calmette ne se réaliseront pas de sitôt.

N'ayant personnellement aucune expérience de l'ophtalmo-réaction, M. Delorme, pour appuyer ses prudentes réserves et sa vive protestation, s'appuie sur les nombreuses expériences qui ont été reproduites à la Société médicale des hôpitaux. « Dans notre armée, dit-il, l'ophtalmo-réaction, comme l'injection similaire de tuberculine, eut amené la fonte et la ruine du contingent. »

M. Calmette demande que les médecins militaires soient autorisés à utiliser l'épreuve de la tuberculine en instillation oculaire dans tous les cas où ils la jugeraient utile pour éclairer leur diagnostic.

A l'heure actuelle, l'ophtalmo-réaction, pas plus que les méthodes similaires, n'a été utilisée pour faire le dépistage de la tuberculose. Pour M. Delorme, on a eu grandement raison. Son avis, en effet, est que les propositions de M. Calmette sont inacceptables, qu'elles pourraient être la source de nombreux inconvénients, qu'elles seraient dangereuses.

Entrant ici dans l'examen des faits, des expériences déjà connues, M. Delorme s'applique à démontrer combien l'ophtalmo-réaction est loin d'être impeccable, à quelles graves erreurs elle peut donner lieu, quels dangers même elle peut provoquer. Chez les latents ou suspects de tuberculose, là où elle semblerait le plus utile, l'ophtalmo-réaction expose à l'erreur.

Mais la méthode n'expose pas seulement à l'erreur, elle a aussi ses dangers. M. Delorme cite ici un grand nombre d'auteurs les plus autorisés, tels Simonin, Lesné, Comby, Letulle, Rénon, Barbier, Netter, etc., qui ont publié un grand nombre de faits dans lesquels l'ophtalmo-réaction a été suivie d'accidents très graves. Il termine ainsi :

« En résumé : 1° A l'enthousiasme de la première heure, succède pour l'emploi de la tuberculine (sub ou cuti-réaction, ophtalmo-réaction) un sentiment de réserve assez général;

2° Scientifiquement vraies, ces méthodes ne sauraient être employées seules. N'ayant de valeur qu'autant qu'elles complètent une série de symptômes concordants, elles exposent souvent à des erreurs d'interprétation;

3° En apparence précieuse pour le diagnostic chez le soldat des tuberculoses pulmonaires au début, elle donne lieu communément à des interprétations cliniques et surtout médico-légales erronées, si nombreuses qu'elles contre-indiquent son emploi par les médecins de l'armée;

4° Les accidents locaux qu'elle provoque du côté de l'œil, pour rares qu'ils soient, imposeraient encore des réserves à son usage;

5° Dans un milieu comme l'armée où, par respect pour l'homme, on demande la suppression des diagnostics écrits sur les billets d'entrée dans nos hôpitaux, il ne me semblerait pas permis à un médecin sanitaire d'infliger à un malade l'angoisse d'un diagnostic terrible de la dernière évidence pour lui, vu par lui, et qui pèserait à jamais sur son moral. »

Le choléra. — M. Chantemesse nous fait connaître la situation exacte au point de vue du choléra. Il est actuellement à La Mecque, comme il y vient chaque fois que le pèlerinage a lieu en plein hiver ou en plein été. De juillet à novembre dernier, il a fait plus de 10000 victimes dans la Russie méridionale.

M. Chantemesse estime que les frontières de l'Europe centrale sont menacées.

Le nouveau courant épidémique qui vient de s'échapper de la péninsule indienne à la fin de 1907 pour atteindre La Mecque, donnera une force nouvelle à l'épidémie latente de l'Europe extrême orientale.

Le seul moyen efficace de prévenir l'invasion, c'est la transformation complète du système de police sanitaire. Il faut réglementer de façon plus hygiénique la circulation des pèlerins et des émigrants qui constituent un péril permanent.

Les experts médicaux devant les tribunaux. — M. Thoinot en son nom et au nom de M. Lacassagne, fait une communication d'où il ressort qu'une réforme s'impose sur le mode actuel de recrutement des experts auprès des tribunaux. Selon le décret de novembre 1893, tout docteur en médecine peut figurer à ce titre sur la liste arrêtée au commencement de chaque année judiciaire par la Cour d'appel. Or, le rôle d'expert devient de plus en plus grave à notre époque. Il tient souvent dans ses mains la vie et la liberté de l'accusé. MM. Thoinot et Lacassagne réclament donc qu'avant de le nommer, on exige de lui les connaissances spéciales indispensables.

En terminant, il propose à l'Académie d'émettre le vœu qu'une réforme soit adoptée dans le recrutement des médecins experts près les tribunaux.

M. Pinard appuie la proposition de M. Thoinot et demande que lorsqu'un médecin est accusé d'une faute professionnelle, il y ait, avant de le déférer aux tribunaux, une expertise contradictoire.

Election. — MM. Labat (de Toulouse) et Piot (du Caire) ont été élus membres correspondants nationaux dans la troisième division (médecins vétérinaires).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 15 janvier 1908)

Législation militaire concernant les gratifications et pensions de réforme pour infirmités et blessures contractées en service commandé. — M. Toubert (de Montpellier) met en relief les points particulièrement saillants de l'importante discussion qui vient de se dérouler à la Société de médecine militaire, il montre que de l'avis unanime les dispositions de la législation militaire créent pour les soldats une situation privilégiée par rapport à celle que la loi sur les accidents du travail fait aux ouvriers. Les modifications qu'il paraît désirable de voir apporter à cette réglementation auraient pour but non de la transformer, mais de la perfectionner en accentuant l'esprit de justice, de bienveillance et de générosité dans lequel elle a été conçue depuis plus d'un demi-siècle.

La tuberculose dans l'armée et les gratifications et pensions de réforme. — M. de Schuttelaere (de Montélimar) estime que le refroidissement ne doit être considéré comme fait de service que s'il donne naissance à une affection fébrile, pleurésie, pneumonie ou autre maladie aiguë dans un délai ne dépassant pas quatre ou cinq jours. Il pense aussi que la prédisposition constitutionnelle diminue la responsabilité de l'Etat et ne donne droit aux tuberculeux de cette catégorie qu'à la réforme n° 1 avec gratification.

M. Berthier (de Bordeaux) propose la création de sanatoriums; il indique l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains et de Bayonne comme pouvant servir à hospitaliser les soldats et sous-officiers non rengagés atteints de tuberculose ouverte.

MM. Sacquépée et Lemoine (de Paris) s'opposent à la création de sanatoria pour tuberculose ouverte qui deviendraient bientôt de véritables léproseries que personne ou presque ne voudrait habiter. M. Lemoine pense préférable de répartir ces malades, après leur réforme, dans les hôpitaux intercommunaux aux frais de la guerre; ces malades se trouveraient ainsi dans les meilleures conditions possibles de guérison et rapprochés de leur famille qu'ils ne pourraient contaminer.

Désinfection d'une chambre de casernement. — M. Spick (de Petit) cite une observation d'épidémies de diphtérie où la désinfection la plus rigoureuse du casernement ne fut suivie d'aucun résultat. M. Petit préconise la désinfection de la literie et du paquetage par l'ensoleillement et l'aération. MM. Lamoureux et Lacronique ne croient pas que cette pratique soit aussi efficace que le soutient M. Petit, et de plus elle leur paraît d'une application à peu près impossible en hiver.

M. Manon attribue l'insuccès des désinfections aux procédés employés; il demande que les planches soient lavées, « noyées » avec une solution antiseptique de manière à assurer une imprégnation complète et prolongée des germes.

M. Hublé fait le procès des pulvérisations. M. Wissemans celui des vaporisations de formol. M. Lemoine rappelant une de ses précédentes communications reste persuadé que le rôle des locaux dans la genèse ou la propagation des fièvres éruptives, des oreillons, de la diphtérie, de l'érysipèle est problématique et que pas un fait bien probant n'en démontre encore aujourd'hui la valeur.

Hanche à ressort. — M. Ferraton rappelle à propos d'une observation que la hanche à ressort consiste en un ressaut brusque visible à l'œil, sensible à la main appuyée sur le grand trochanter, perceptible à l'oreille et qui se produit lorsque la cuisse est portée en légère flexion ou adduction et ramenée à sa position d'extension. C'est un phénomène purement musculaire ou aponévrotique, il ne présente aucune gravité et n'entraîne aucune impotence fonctionnelle.

FORMULAIRE

FORMULES NOUVELLES DE SÉRUM ARTIFICIEL POUR INJECTIONS HYPODERMIQUES

I. Sérum de Locke.

Eau distillée pure.........	1 000 grammes.
Chlorure de sodium.........	7 —
Chlorure de calcium........	0g20.
Chlorure de potassium......	0g30.
Bicarbonate de soude.......	0g20.

C'est le milieu employé dans les laboratoires de physiologie pour conserver le plus longtemps les propriétés vitales des tissus. Les battements du cœur se prolongent plus de vingt-quatre heures dans cette solution.

II. Sérum de Fleig.

Chlorure de sodium pur......	6g5.
Chlorure de potassium.......	0g3.
Chlorure de calcium.........	0g2.
Sulfate de magnésie.........	0g3.
Bicarbonate de soude........	1 gramme.
Glycérophosphate de soude...	1 —
Glucose.....................	1 —
Eau distillée stérilisée....	1 000 —

Oxygène à saturation. (*Clin. infantile.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. — (N° 1, janvier 1908.) Vaquez : Action pharmacodynamique et thérapeutique des nitrites. — Ménétrier et Touraine : Etude de l'action histologique des rayons de Röntgen dans la leucémie lymphoïde. — Lœper : Poisons alimentaires et athérome.

Lyon médical. — (N° 47, 24 nov. 1907.) Péhu : Du babeurre dans les états pathologiques de la première enfance (*fin*). — Desgouttes et Thévenet : Occlusion intestinale au cours d'une tuberculose iléo-cæcale. — (N° 48, 1er déc.) Pauly : Ecriture en miroir et écriture renversée de la main gauche. — (N° 49, 8 déc.) Favre et Thévenot : Le goitre chez le nouveau-né. — Taty et Chaumier : Psychoses liées aux accidents du travail. — (N° 50, 15 déc.) R. Lépine : Cas de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. — Giulani : Lithiase rénale. — (N° 51, 22 déc.) Gallavardin et Rebattu : Paralysie radiculaire brachiale d'origine obstétricale. — Arbez : Thoracentèse couchée sans aspiration. — (N° 52, 29 déc.) Mouisset et Jouffray : De la thoracentèse dans le pneumothorax tuberculeux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 5 nov. 1907.) Emmerich : La pyocyanose comme prophylactique et curatif dans certaines maladies infectieuses. — Saathoff : Influenza-septicémie et septicémies expérimentales à bacilles de l'influenza. — Lazarus : Hypertrophie expérimentale des îlots pancréatiques de Langerhaus dans la glycosurie phloridzique. — Moro : Contribution expérimentale à la question de la nutrition artificielle du nouveau-né. — Hess : La fixation de la viscosité du sang. — Revenshorf : Danger de noyade et natation. — Frey : Contribution au traitement de l'empyème chronique du sinus maxillaire. — Engel : Sur l'albuminurie orthostatique dans la néphrite. — Schmidt : Sur la genèse des albuminuries. — Mensel : L'opération tardive dans l'appendicite. — Kuckro : Sclérose multiple ou syphilis cérébro-spinale. — Simon : Prolongation de la période d'incubation de la vaccine. — Berger : Prophylaxie de la myopie. — Beuttenmuller : Douleur et pression sanguine. — (N° 46, 12 nov.) Bab : Contribution à la bactériologie de la syphilis congénitale. — Mandelbaum : Une coloration vitale du spirochæte pallida. — Schenk et Seifert : Importance diagnostique de l'ophtalmo-réaction de la tuberculose. — Francke : Stries vasculaires, moyen de diagnostic de la tuberculose au début. — Lewandowski : Un cas d'affection cutanée ulcéreuse chez l'adulte, causée par le bacille pyocyanique. — Hoffmann : Sur la pancréatine dans le carcinome. — Oordt : Sur la subluxation habituelle par rotation de la quatrième vertèbre cervicale. — Vörner : Formes initiales et récidivantes de la roséole. — Hilgermann : Sur la pseudo-dysenterie. — Seiffert : Rapport sur la fixation qualitative et quantitative des gaz produits par les bactéries anaérobies gazogènes. — Emmerich : La pyocyanose comme prophylactique et médicament dans des maladies infectieuses déterminées. — (N° 47, 19 nov.) Bumke : Nouvelles recherches sur la valeur diagnostique des symptômes pupillaires. — V. Dungern et Coca : Sur l'hémolyse par le venin des serpents. — Croissant : Sur la question de la durée des succès obtenus dans les sanatoria. — Ewald : Pied plat et tuberculose du pied. — Schanz : Sur l'ophtalmie des nouveau-nés. — Vorner : Sur la présence variable des spirochètes de la syphilis. — Handwerk : Œdème transitoire de la papille oculaire, localisation de l'œdème aigu circonscrit de Quincke. — Hoffmann : Microphotogramme avec colorations diverses. — Wahl : Ruban métrique pour la mesure exacte des contours. — Schunun : Un nouveau spectroscope. — Polano : Sur le traitement de la dysménorrhée en s'adressant aux glandes mammaires. — Geigel : La fonction du pavillon de l'oreille.

Province médicale. — (N° 47, 23 nov. 1907.) Arnozan : Contribution à l'étude de l'opothérapie pulmonaire. — Rouvière : Un cas d'éruption provoquée par l'absorption de l'helmitol. — (N° 48, 30 nov.) Jaboulay : Myxosporidie de tumeurs malignes. Sa définition. — Olmer : Lipomes sous-cutanés et tuberculose. — (N° 49, 7 déc.) Léon Bernard et H. Alamartine : Une forme latente du cancer thyroïdien. — P. Carles : L'intoxication plombique par la vaisselle de cuisine. — (N° 50, 14 déc.) J. Pallard : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine de Béraneck. — Layral et G. Péju : Absence congénitale totale du radius et malformations carpiennes multiples. — (N° 51, 21 déc.) J. Nicolas et Favre : Cellules géantes et follicule syphilitique dans les syphilides tertiaires cutanées et muqueuses. Ces formations histologiques permettent-elles de distinguer avec certitude la tuberculose de la syphilis? — Babinski : Quelques remarques sur l'article de M. Cruchet intitulé : Définition de l'hystérie en général et hystérie infantile. — Piéry et A. Dumas : Un cas d'infarctus du gros intestin à forme d'occlusion intestinale aiguë chez une malade atteinte de rétrécissement mitral. — (N° 52, 28 déc.) André Lamarre : Des angiocholites chroniques des pays chauds. — Bonnamour et Bouchut : Rupture traumatique de la rate ayant passé inaperçue. Abcès péri-splénique consécutif ouvert quatre mois après dans le péritoine. Mort par péritonite suraiguë. — G. Rouvière : Ostéomyélite syphilitique suppurée et fracture spontanée.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

DIVISION. — Il faut distinguer dans les abcès rétro-pharyngiens les collections froides se rattachant dans la majorité des cas à une lésion tuberculeuse des vertèbres cervicales; ce sont les abcès par congestion et les abcès chauds. Ces derniers ont pour point de départ les ganglions rétro-pharyngiens décrits par Gillette; ce sont à proprement parler des adéno-phlegmons du cou.

ÉTIOLOGIE. — On peut trouver comme point de départ un traumatisme de la cavité bucco-pharyngée du voile du palais; c'est une piqûre par une arête, l'ablation d'un corps étranger: mais l'abcès rétro-pharyngien est une maladie de l'enfance. Peut-être la scrofule, le mauvais état général, la syphilis héréditaire sont des causes importantes; les maladies infectieuses aiguës jouent également un rôle, ainsi que la diphtérie. Chez d'autres sujets l'abcès est précédé par une stomatite, une pharyngite ou même une otite.

BACTÉRIOLOGIE. — Cette étude a été faite par Koplick et Bökay qui ont retrouvé soit le streptocoque, ou des associations microbiennes du streptocoque et du bacillus lactis aerogenes, plus rarement on a trouvé dans les collections le pneumocoque et le staphylocoque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les abcès se forment entre la paroi postérieure du pharynx, l'aponévrose prévertébrale en arrière; latéralement les collections sont limitées par les cloisons sagittales. Le volume de ces abcès sera très variable; la collection peut s'étendre de la région du pharynx nasal jusqu'aux limites supérieures de l'œsophage, mais descendra (moins fréquemment que dans les cas d'abcès froid) jusqu'à la région médiastine; de même il est rare que l'abcès chaud vienne s'ouvrir sur le bord du sterno-cléido-mastoïdien. Cependant le liquide peut se déverser dans le larynx et amener ainsi la mort de l'enfant.

SYMPTOMES. — Le temps qu'un abcès rétro-pharyngien met à se développer est très variable; le premier symptôme par lequel l'affection se manifeste est la difficulté de la déglutition; cette dysphagie du début semble devoir être imputée à l'inflammation des tuniques pharyngées; on connaît la description classique; les nourrissons prennent le sein et rejettent immédiatement la tête en arrière. Chez d'autres enfants les signes du début se rapprocheraient plutôt des symptômes d'un coryza. La déglutition est de plus en plus gênée, les liquides refluent par le nez, par la bouche, l'enfant peut tomber dans un état d'affaiblissement extrême. La *voix se modifie*, devient nasillarde, on décrit encore la voix de canard et de l'aphonie, s'il y a inflammation des replis aryténo-épiglottiques et des cordes vocales. Le caractère « nasillard » s'accuse de plus en plus et si la collection arrive à former une poche considérable sous la paroi postérieure du pharynx, on trouve quelquefois en même temps que cette tonalité particulière un bruit de gargouillement qui accompagne la voix. La *respiration* est difficile, il y a *dyspnée continue* ou *paroxystique*, mais elle varie suivant le siège de la collection; si l'abcès occupe la partie supérieure du pharynx, c'est la respiration nasale qui est modifiée. Quand l'abcès siège plus bas, on peut avoir des symptômes rappelant le croup; la respiration est stertoreuse, difficile dans la position horizontale, et gênée par l'accumulation de mucosités glaireuses et sanguinolentes.

A l'*inspection* de l'enfant on est frappé par la raideur de la tête, au niveau de l'angle sous-maxillaire on a une tuméfaction ganglionnaire, souvent bilatérale, puis ultérieurement la région sous-maxillaire s'arrondit, se remplit et dans certains cas la saillie est très appréciable; à l'examen local, l'inspection, l'exploration digitale du pharynx ont une importance capitale. Il faut en déprimant le dos de la langue arriver sur la paroi postérieure du pharynx. Alors derrière l'amygdale, on sent une tuméfaction locale plus ou moins volumineuse, caractérisée par une coloration rouge sombre de sa surface. Rarement on aperçoit la coloration jaunâtre du pus. L'introduction du doigt sera fait aussi doucement que possible; l'emploi du chloroforme sera évité. Si l'adénite n'a pas encore suppuré, l'exploration digitale fait sentir une tuméfaction compacte, lisse, de dimensions d'un petit pois, d'un haricot ou d'une noix.

Si l'abcès est formé, cette saillie s'étendra sur toute la hauteur du pharynx. En exerçant une pression avec le doigt, on pourra, si la collection est formée, avoir la sensation de choc en retour.

Les *symptômes généraux* se traduisent par de la *fièvre*; le mouvement fébrile s'accroît quand la suppuration s'établit, puis tombe à l'ouuerture de l'abcès pour reparaître si la collection se reforme. Le *pouls* est accéléré, petit, s'il se produit des accidents asphyxiques, tels que cyanose, dyspnée; dans quelques cas on a signalé des troubles nerveux : somnolence, éclampsie, paralysie faciale.

ÉVOLUTION. — Tous les intermédiaires sont possibles, l'abcès pouvant évoluer très lentement, ou au contraire prendre une forme gangréneuse. C'est une affection grave de l'enfance. La mort peut survenir brusquement, subitement; elle a été différemment expliquée par entrée du pus dans les voies aériennes (la chose est rare), par spasme de la glotte et surtout par phénomènes inhibitoires dont le point de départ serait dans une irritation des terminaisons nerveuses du pneumogastrique ou dans une compression des gros troncs nerveux du cou. La mort se ferait par syncope, le cœur dans la majorité des cas ayant été trouvé contracté en systole.

DIAGNOSTIC. — Dans les conditions ordinaires, l'exploration attentive du pharynx permet d'établir le diagnostic sans difficulté.

L'amygdale aiguë est facile à reconnaître, de même l'hypertrophie des amygdales. Les végétations adénoïdes, les polypes naso-pharyngiens ont une évolution lente, chronique. Si on fait le toucher pharyngien on éliminera la paralysie diphtérique, le croup. Mais à la suite de la scarlatine, lorsqu'il y a nécrose étendue, l'abcès peut être méconnu. Quand à l'abcès latéro-pharyngien, il s'accompagne plus fréquemment que le rétro-pharyngien de cyanose de la face; de plus le gonflement tend à empiéter sur la région carotidienne. Il faut enfin poser le diagnostic étiologique, songer à l'abcès froid, d'où l'indication d'explorer la colonne cervicale.

TRAITEMENT. — Au début, les lavages du naso-pharynx, les applications de vessie de glace sur la région sous-maxillaire ne donnent pas de résultats bien appréciables. Lorsque la collection est formée, on pratiquera ou la pharyngotomie de Schmitz, ou l'incision externe pratiquée pour la première fois par Saint-Germain, sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 22 janvier : MM. Gauchery, 9; Clarac, 10; Petit (Henri), 8; Buizard, 10; Cain et Petit (Charles), 6; Huyghues de Beaufond, 7.

Pathologie. — Séance du 22 janvier : MM. Tixier, 6; Mairesse, 9; Regnard, 10; Jumon, 9; Bellin du Coteau, 4; Delort, 5; Crozet, 6; Routier, 3; Violle et Astruc, 5; Roudinesco, 9.

La prochaine séance aura lieu le samedi 25 janvier, à quatre heures et demie, à la Charité.

— Médaille d'or (chirurgie et accouchements). — Le jury définitif du concours est composé de MM. Peyrot, Ombrédanne, Segond, Lannelongue et Boissard.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations de MM. Giraud, Roziès, Carrieu, Bonnafous, Granel, Mlle Giraud, MM. Gueit, Lapeyre, Pélissier et Corone, externes titulaires. MM. Gaujoux, Tuffery, Chauvin, Rouquier, Sangouard et Py (Louis), externes provisoires.

— Hopital Saint-Joseph a Lyon. — Après concours M. le docteur V. Thévenet est nommé médecin à l'hôpital Saint-Joseph.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Rispal, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de bactériologie.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Crespin (d'Alger), Barbe (de Médéa), Bregeat (d'Oran).

Médaille de bronze. — MM. lés docteurs Roudie et Guth, aides-majors de première classe, Lacoste (de Relisane), Barrillon (du Kroubs), et M. Béral, interne à l'hôpital d'Oran.

Mention honorable. — MM. Arroux et Quillié, internes à l'hôpital d'Oran, M. Servières, interne à l'hôpital d'Aïn-Temouchent.

GUERRE. — A la suite du concours ouvert le 16 décembre 1907 pour l'admission aux emplois de médecins stagiaires à l'École d'application du service de santé militaire, MM. Mouchard et Ferron ont été nommés médecins stagiaires, par décisiou ministérielle du 18 janvier 1908.

LES HUITRES ET LA FIÈVRE TYPHOIDE. — M. Clemenceau vient d'adresser aux préfets une circulaire relative aux mesures à prendre pour la conservation, le transport et la vente des huîtres.

En dehors des mesures qui doivent mettre les parcs à l'abri de toute pollution, il insiste sur les mesures à prendre pour effectuer un bon emballage.

Il faut espérer que l'on ne verra plus des huîtres expédiées dans des barils ayant contenu du guano, comme nous en connaissons des exemples, et que les marchands éviteront de rafraîchir les huîtres en les faisant tremper dans une eau de qualité douteuse.

LES ÉPIDÉMIES DANS L'ARMÉE. — On signale en ce moment des cas de scarlatine et de rougeole à Saint-Mihiel, Lunéville et Commercy. La méningite cérébro-spinale a causé 2 décès dans la garnison de Douai.

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE LA SYPHILIS. — Sur la proposition de M. Desmolins, maire d'Angerville, le Conseil d'arrondissement d'Etampes vient à l'unanimité d'adopter un vœu tendant à ce que la syphilis soit désormais classée dans la première catégorie des maladies contagieuses, qui comporte pour le médecin traitant l'obligation de faire une déclaration.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — Le bureau de cette Société pour l'année 1908 est composé comme suit : MM. Doury, président; Labady, Dubreuil, vice-présidents; Billon, secrétaire général; Chaumont, trésorier; Yvon, archiviste bibliothécaire; Arnoux, Bertrandon, secrétaires des séances; J. Mallet, Bois, Henri Gourichon, membres du Conseil de famille; Rotillon, représentant au Conseil de surveillance.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la troisième semaine, 1164 décès, au lieu de 1235 pendant la semaine précédente et de 1040, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à être très répandue ; la scarlatine a encore augmenté de fréquence. Ces deux fièvres continuent d'ailleurs à ne causer que très peu de décès.

La rougeole a causé 12 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 338 au lieu de 480 précédemment et au lieu de 163, moyenne des quatre dernières années.

La scarlaine a causé 6 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 217 ; il s'élevait à 162 pendant la semaine précédente (moyenne 73).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 257 décès, au lieu de 238 la semaine précédente, et au lieu de 212, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 223 décès (moyenne 207).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Cellier (de Laval), Faidherbe (de Roubaix) et Sirus Pirondi, professeur honoraire à l'Ecole de Marseille, associé national de l'Académie de médecine.

HOPITAL BROCA. — MALADIES DE LA PEAU. — M. J. Darier commencera le samedi 1er février 1908, à dix heures et demie, une série de conférences sur les maladies de la peau (présentations de malades et projections microscopiques), et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Programme : La séméiologie des affections cutanées expliquée par l'anatomie pathologique.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS (21, rue Hautefeuille, Paris, tél. 824-40). — CONFÉRENCE D'INTERNAT. — MM. Ollivier, Rouhier, aide d'anatomie de la Faculté, Stern, Touraine, internes des hôpitaux de Paris, commenceront le samedi 8 février prochain à deux heures, au siège de l'Association, une conférence d'internat spécialement réservée aux membres de l'Association.

Droit d'inscription : 15 francs par mois.

Le nombre d'auditeurs est limité. Prière de s'inscrire au secrétariat de l'A. C., 21, rue Hautefeuille.

CLINIQUE APOSTOLI-LAQUERRIÈRE (15, rue Montmartre). — MM. les docteurs Laquerrière, directeur de la clinique, et Delherm, ancien interne des hôpitaux de Paris, commenceront, le 10 février, une série de douze conférences pratiques d'électrothérapie.

PROGRAMME : I-II. Revision sommaire de l'électrophysique. Unités électriques. Principaux courants utilisés en médecine. Appareils producteurs.

III. Action des diverses modalités électriques sur l'être vivant (la théorie des ions lois de l'excitabilité des muscles et des nerfs, etc.);

IV-V. *Maladies nerveuses.* — Rôle de l'électricité dans les névroses, maladies des centres nerveux, maladies des nerfs. Electro-diagnostic.

VI-VII. *Gynécologie.* — Métrites, fibrome. Voies urinaires (rétrécissement, incontinence d'urine).

VIII. *Dermatoses.* — Principales applications de l'électricité et de la radiothérapie.

IX. *Maladies générales.* — Influence sur la nutrition, rhumatisme, hypertension artérielle.

X. *Affections chirurgicales.* — Accidents du travail, traitement et diagnostic. Electromécanothérapie. Arthrite blennorragique.

XI-XII. *Tube digestif.* — Vomissements nerveux, dyspepsie sensitivo-motrice, constipation, entéro-colite, lavement électrique.

Le prix de la série de douze conférences est de 50 francs. Ces conférences auront lieu à huit heures et demie,

On est prié de s'inscrire d'avance, s'adresser à la clinique les mardis, jeudis, samedis, de trois à six heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — SPORTS D'HIVER A PROXIMITÉ DE NICE ET DE CANNES. — La station alpestre de Thorenc, située à 1260 mètres d'altitude, près de Nice et de Cannes, a organisé depuis le 15 janvier des sports d'hiver (patinage, skis, luge, toboggan, bobsleigh).

Thorenc, où se trouve un hôtel chauffé à la vapeur, est desservi quotidiennement par un courrier automobile partant de la gare de Grasse.

Départ de Grasse : dix heures du matin; arrivée à Thorenc à midi et demi.

Départ de Thorenc : deux heures et demie de l'après-midi; arrivée à Grasse à quatre heures et demie de l'après-midi.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er janv. 1908.) GAREL : Enorme lipome du larynx d'origine ventriculaire. — FURET : Mastoïdites et diabète. — GUISEZ : Rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'œsophage. Cure radicale par l'œsophagoscopie. — GROSSARD : De l'oblitération congénitale de l'orifice antérieur des fosses nasales. — CAUZARD : Phlegmon grave de la région profonde du cou dû à une mastoïdite latente, suite d'une otite guérie. Trépanation et incision de la région cervicale profonde, guérison. — ABOULKER : Deux cas de mastoïdite aiguë et méningite séreuse; — Sinusite frontale double, sinusite maxillaire ethmoïdale, sphénoïdale gauche.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 47, 27 nov. 1907. SCHILLING : Fixation des dimensions de l'estomac par la percussion.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 49, 8 déc. 1907.) SABRAZÈS et LAFON : Granulome de la lèvre à mastzellen et à éosinophiles chez un cheval. — DARAIGNEZ : De la bénignité des fractures du crâne chez les enfants. — (N° 50, 15 déc.) Paul LEMAIRE : Sur les solutions stovaïnées pour anesthésies médullaires. — (N° 51, 22 déc.) Ch. LAFON et R. LANTIER : L'examen cytologique comme moyen de diagnostic de l'ophtalmo-réaction douteuse. — DUVERGEY : Un cas de tuberculose hypertrophique du rectum avec sténose. — (N° 52, 29 déc.) MONGOUR : Note sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections d'eau de mer isotonique. — (N° 1, 5 janv.) RÉGIS et GALTIER : Sur un cas de rythmie du sommeil. — (N° 2, 12 janv.) PAGÈS : Ictus épileptique, symptômes avant-coureurs de la paralysie générale progressive. — BADIN : Sycosis non parasitaire de la moustache traité par les rayons X.

Presse médicale. — (N° 1, 1er janv. 1908.) A. BROCA : Troubles réflexes du pouls dans l'appendicite (ralentissement, arythmie, accélération). — P. DESFOSSES : Physiologie musculaire. Gymnastique de la région cervicale. — (N° 2, 4 janv.) F. DAELS : Contribution à la pratique des recherches bactériologiques en chirurgie. — J.-P. LANGLOIS : L'évacuation de l'estomac d'après les recherches de Cannon. — (N° 3, 8 janv.) F. JAYLE : Technique de l'hystérectomie abdominale totale. — CHIRAY : Dilution et concentration du sang. — (N° 4, 11 janv.) ENRIQUEZ : Radioscopie gastrique. Ptose et dilatation atonique de l'estomac. Contention de la ptose par la pelote pneumatique hypogastrique. — F. JAYLE : Le cancer causé par les rayons X.

Semaine médicale. — N° 1, 1er janv. 1908.) L. BARD : De la multiplicité anormale des bruits du cœur. — (N° 2, 8 janv.) KLIPPEL et LHERMITTE : Des névrites au cours des cirrhoses du foie.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES (2)

Par M. H. CHÉNÉ,
Interne des hôpitaux de Paris.

V

Pathogénie. — Avant la découverte par Klebs et par Lœffler du bacille spécifique de la diphtérie, de nombreuses théories avaient été proposées pour expliquer les paralysies consécutives à cette affection.

Gubler (1860) faisait rentrer les formes généralisées dans la catégorie des *paralysies asthéniques*, qui s'observent souvent, d'après lui, à la suite des maladies aiguës. Les complications oculaires et auditives, la paralysie des nerfs craniens et les troubles cardio-pulmonaires étaient dus à la propagation de l'inflammation angineuse et pharyngée.

Brown-Séquard, Sée, Colin, rangeaient les paralysies diphtériques parmi les *paralysies réflexes*.

D'autres auteurs, Bergeron, Empis, Bouchut les attribuaient à l'albuminurie qu'on observe parfois dans la convalescence de la diphtérie.

Trousseau avait pressenti les découvertes de la bactériologie. « En définitive, dit-il dans ses cliniques, la cause réelle de ces paralysies est dans l'empoisonnement, dans l'intoxication de l'économie par le principe morbide qui donne lieu à la maladie de laquelle ces accidents dépendent; elles sont dues à la perturbation éprouvée par le système nerveux. »

Pour Bühl (1867), ce qui caractérise la diphtérie, c'est la prolifération et l'accumulation dans les organes de corps spéciaux : les *cycloïdes Körper*. La paralysie s'explique par l'accumulation de ces éléments au niveau des racines antérieures et de la compression des filets moteurs qui en résulte.

Leyden (1872) attribue les troubles nerveux à une *neuritis migrans*. La paralysie périphérique au début, gagnerait progressivement les centres.

Pour la première fois en 1888, Roux et Yersin ont reproduit expérimentalement des paralysies diphtériques au moyen du bacille de Klebs-Lœffler, soit par inoculation dans le pharynx et la trachée, soit par injection intra-veineuse. Ils démontraient ainsi la véritable nature des paralysies diphtériques et confirmaient en même temps la spécificité du bacille. Si l'animal ne meurt pas trop tôt, on observe chez le lapin une paralysie qui débute par le train postérieur. « Tantôt elle est rapidement progressive, envahit tout le corps, et au bout d'un ou deux jours l'animal meurt par arrêt de la respiration et du cœur. D'autres fois la paralysie reste limitée pendant un certain temps aux pattes postérieures; elle commence par une faiblesse des muscles qui donne à la démarche une allure particulière, puis elle devient plus complète et les mouvements du train antérieur sont seuls conservés. La maladie est presque toujours envahissante; la paralysie gagne le cou et les membres antérieurs. »

D'après Roux et Yersin, et c'est la doctrine classique aujourd'hui, la paralysie n'est pas due au bacille lui-même, qui reste localisé dans la fausse membrane, mais à un produit spécial sécrété par lui, toxine soluble, séparable par filtration des cultures du bacille de Klebs-Lœffler. « Le bacille ne pullule pas dans les organes, disent Roux et Yersin, on ne le trouve qu'au point d'inoculation, et même, il disparaît complètement si la maladie se prolonge. La diphtérie est une intoxication causée par un poison très actif formé par le microbe dans le lieu restreint où il se développe. Nous avons donné la preuve qu'il en est ainsi en montrant que dans les cultures pures du bacille diphtérique, il existe une substance chimique spéciale qui, introduite sous la peau des animaux, leur donne la maladie en l'absence de tout microbe vivant. A dose suffisante, elle amène une intoxication rapide. Les animaux qui reçoivent des doses plus faibles sont souvent atteints de paralysies diphtériques typiques. »

Depuis les travaux de Roux et Yersin, de nombreux expérimentateurs ont pu reproduire des paralysies avec la toxine diphtérique. En graduant la quantité injectée, on peut, en quelque sorte, régler l'étendue et l'intensité des paralysies que l'on veut obtenir.

C'est ainsi que M. Babonneix (1902) obtient suivant les cas une intoxication suraiguë sans paralysie; des paralysies ascendantes aiguës, rappelant le type de la maladie de Landry; des paralysies généralisées débutant par la région inoculée et s'étendant progressivement; enfin des paralysies localisées.

Cependant Barbier et Tollemer (1897) ont retrouvé plusieurs fois le bacille diphtérique dans les viscères, et en particulier dans le bulbe et la protubérance. Cette constatation serait, d'après eux, susceptible d'éclairer la pathogénie des accidents bulbaires, « le bulbe étant imprégné de toxine fabriquée *in situ*. » Mais, comme le fait remarquer M. Barbier lui-même, de ce que le bacille a été trouvé dans le bulbe, il ne s'ensuit pas qu'il existe dans tous les cas d'accidents bulbaires; il est en effet des cas où des phénomènes de ce genre ont été observés, sans que le bacille diphtérique pût être retrouvé dans le bulbe.

La présence du bacille de Lœffler dans le bulbe et la protubérance a été confirmée par M. Richardière (1898). Mais, chose à noter, dans aucun des cas qu'il rapporte, il ne s'était produit de paralysie.

Les travaux de Cocurat (1898), de Braun et Thiry (1899) tendent à confirmer la possibilité de la septicémie diphtérique, et, par conséquent, de la présence du bacille dans les centres nerveux. Zachiri (1903) a rencontré 15 fois sur 39 cas le bacille dans le bulbe. Sa présence n'était pas en rapport constant avec l'existence de paralysie diphtérique.

On ne peut donc considérer comme démontrée l'origine septicémique des paralysies de la diphtérie, et « si cette théorie peut rendre compte des rapports presque constants des accidents paralytiques avec le siège des fausses membranes, de leur prédilection à se localiser sur les centres bulbo-protubérantiels » (Barbier et Ulmann), la conception de l'origine toxémique n'en demeure pas moins établie en s'appliquant à la grande majorité des faits cliniques et expérimentaux.

E. Rist (1903) a obtenu des paralysies chez les animaux en leur injectant des corps de bacilles diphtériques desséchés et traités pendant vingt-quatre heures par l'alcool-éther. Le sérum antitoxique n'a aucune action préventive vis-à-vis de ces paralysies.

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 7, p. 75.

Celles-ci se rapprochent beaucoup plus des paralysies humaines que celles obtenues avec la toxine soluble. Comme les paralysies de l'homme elles sont variables et incomplètes et apparaissent tardivement (les paralysies précoces seraient déterminées par la toxine soluble). D'après M. Rist « il existerait dans le protoplasma bacillaire une substance manifestement toxique, substance lentement diffusible, à action tardive ». Cette *endotoxine* ne serait pas neutralisée par le sérum antidiphtérique.

Si l'on admet l'action de la toxine dans la production des paralysies diphtériques, on peut se demander par quelle voie cette substance parvient au système nerveux pour déterminer les lésions qui conditionnent les symptômes observés. Les expériences de M. Babonneix (1903) rendent très vraisemblable « l'hypothèse d'une propagation ascendante de la toxine des nerfs périphériques vers les centres nerveux ». En effet : « Lorsqu'on injecte dans le nerf sciatique d'un chien ou d'un lapin quelques gouttes de toxine atténuée, on obtient régulièrement au bout de quelques jours une paralysie de la patte correspondante, » et cette paralysie pouvant être empêchée par l'injection préalable de sérum antidiphtérique, il devient évident que ce n'est pas le traumatisme causé par l'injection qui suffit pour déterminer la paralysie. Mais les expériences les plus probantes en faveur de la progression de la toxine par les nerfs jusqu'à la moelle, sont celles où, à la suite d'une injection de toxine dans le nerf sciatique gauche, on obtient successivement : 1° la paralysie de la patte postérieure gauche ; 2° des troubles sphinctériens ; 3° la paralysie de la patte postérieure droite. Cette hypothèse, déjà soutenue par Luisada et Pacchioni (1898) et par Mya (1899) permettrait de faire rentrer le poison diphtérique dans la même catégorie que celui du tétanos et de la rage.

Pathogénie des troubles cardiaques. — On a invoqué pour les expliquer des lésions du système nerveux, la myocardite, l'endocardite, la thrombose cardiaque.

Théorie nerveuse. — De même que le voile du palais et les membres, le cœur serait paralysé par suite de lésions de ses organes d'innervation (bulbe, pneumogastrique). Duchenne admettait que les lésions siègent au bulbe ; aussi désignait-il ces accidents sous le nom de « paralysies bulbaires du pneumogastrique ». Hallopeau, dans sa thèse d'agrégation, classe ces complications cardiaques parmi les paralysies bulbaires sans lésions déterminées. Gulat (1881) et Suss (1887) les attribuent à des troubles du pneumogastrique, mais ils n'apportent aucun examen anatomique. Sanné, Revillod ont soutenu également l'origine nerveuse de ces accidents, mais sans preuves histologiques à l'appui. Guthrie (1891) qui a observé un grand nombre de ces « crises bulbaires », n'a pas fait d'examens anatomiques.

Melville Hibbard (1898) a rapporté des lésions du pneumogastrique constantes dans les cas mortels.

Richon (1899) a rapporté trois cas où existaient des lésions du pneumogastrique et du bulbe. Dans deux de ces cas, la mort s'était produite à la suite de troubles cardiaques.

Dans les paralysies qu'ils ont obtenues expérimentalement, Crocq (1895), Verger (1900) ont trouvé des altérations du bulbe, mais ils ne signalent pas de troubles cardio-respiratoires concomitants.

Rocaz (1902), dans deux cas où la mort était survenue à la suite de symptômes bulbaires, a trouvé des altérations du bulbe avec lésions de chromophilie et de chromolyse des noyaux de la dixième paire.

Enriquez et Hallion (1894) ont reproduit chez le chien l'accélération du pouls et de la respiration et l'apparition des vomissements. Ils ont pensé que la mort survient par paralysie des centres bulbaires.

Vincent (1894) a trouvé des lésions de dégénérescence du plexus cardio-aortique et des nerfs propres du cœur. La névrite du plexus cardiaque pourrait donc être la cause des troubles observés.

Klimoff, Noc (1900) ont trouvé des lésions des ganglions cardiaques.

On a reproché à la théorie nerveuse d'être insuffisante pour expliquer à elle seule les troubles cardio-respiratoires. En effet, outre les nombreux faits dépourvus de contrôle anatomique et dont la pathogénie est purement hypothétique (Pératé, Gubler, Billard, Sanné), il existe des cas où, sans phénomènes cliniques, on observe des lésions du pneumogastrique et du bulbe. D'autre part, il existe des cas où la mort ayant été amenée par les troubles cardiaques et respiratoires, l'examen n'a montré aucune lésion des centres nerveux du cœur (Aubertin et Babonneix). On peut, à dire vrai, invoquer l'insuffisance de la technique histologique, et l'existence possible des lésions que les procédés actuels sont incapables de déceler. En tous cas, lorsque l'on observe la concordance des symptômes et des lésions nerveuses, celles-ci ne présentent pas de caractères constants, comme nature et comme localisations et varient suivant chacun des auteurs qui les a constatées (bulbe, pneumogastrique, etc.).

Théorie de la myocardite. — Les altérations du myocarde sont constatées très fréquemment chez les malades morts au cours de la diphtérie, soit subitement, soit avec le syndrome de la « paralysie cardio-pulmonaire ». Tantôt ce sont les lésions interstitielles qui prédominent (Birsch-Hirschfeld, Rabot et Philippe, Aubertin et Babonneix, etc.), tantôt les lésions parenchymateuses (Huguenin, Mollard et Regaud, etc.). D'après Rabot et Philippe « cette fameuse paralysie cardio-pulmonaire, caractérisée par des troubles cardiaques, digestifs et dyspnéiques est en grande partie constituée aux dépens de la myocardite elle-même ».

En tous cas, au point de vue clinique, il faudrait d'après Renaut, renoncer à différencier la myocardite d'avec les simples troubles nerveux et la névrite cardiaque, car pour le moment les signes distinctifs ne sont pas nettement établis. Girard (1902) pour qui « l'existence au point de vue clinique, de la myocardite diphtérique paraît douteuse », propose l'expression de « paralysie cardiaque qui a l'avantage de ne rien préjuger ».

Théorie de l'endocardite. — Bridjer John (1864), Bouchut, Labadie-Lagrave (1865) ont rencontré chez un grand nombre de sujets morts de la diphtérie de petits nodules situés sur le bord libre de la valvule mitrale et lui donnant un aspect frangé. Ils attribuaient cette lésion à une endocardite végétante. Or, comme l'ont démontré Parrot (1874) et Beau-Verdeney, ces lésions décrites sous le nom d'hématonodules (Parrot) sont le reliquat d'une disposition normale existant chez le fœtus.

La théorie de l'endocardite semblait donc définitivement abandonnée. Mais Deguy et B. Weill (1902) ont montré qu'il existait fréquemment dans la diph-

térie une endocardite de la pointe. Cette endocardite apexienne est intéressante, étant donné le rôle important qu'elle aurait d'après ces auteurs dans la formation de la thrombose cardiaque.

Théorie de la thrombose cardiaque. — Werner (1842), Winckler (1852), Richardson, Barry, Garnier, Gerliès (1866), Robinson Beverley (1872) ont rapporté des cas où à l'autopsie de diphtériques on trouvait des caillots dans les cavités du cœur, caillots formés d'après leurs caractères pendant la vie du malade et ayant déterminé la mort.

On a objecté que ces caillots avaient été formés après la mort ou pendant l'agonie. Cependant dans un grand nombre de cas ces caillots ont les caractères classiques des caillots de la thrombose : blanc gris, gris jaunâtre ou gris rougeâtre, ils sont élastiques, résistants, un peu cassants, d'une texture grenue, fibrillaire ou lamellaire ; ils sont adhérents à la paroi par suite de l'inflammation de l'endocarde. Ils sont souvent enchevêtrés dans les colonnes charnues.

Les caillots formés pendant la vie ont pour caractère d'être rouge noirâtre, mous, friables, filamenteux, humides, d'aspect gelée de groseille, parfois recouvert d'une couche blanc jaunâtre, gélatiniforme. Ils sont plus fréquents à droite surtout dans les oreillettes, mais peuvent se rencontrer dans toutes les cavités du cœur.

D'ailleurs on ne peut guère les considérer comme des caillots agoniques, puisque, comme le fait remarquer Beverley, dans beaucoup de cas, il y a mort subite et, par conséquent, pas d'agonie.

La thrombose cardiaque est extrêmement fréquente dans la diphtérie. Barbier, l'ayant recherchée systématiquement, l'a trouvée dans 50 p. 100 des autopsies. Son existence est mise hors de doute par ce fait qu'elle est souvent l'origine d'embolies artérielles : embolies pulmonaires (Detot), cérébrale (Raymond, Knopfelmacher), fémorale (Auché), embolie de l'aorte abdominale (Marfan). La thrombose cardiaque déterminée par l'endocardite et la myocardite diphtérique serait la cause de la mort dans la plupart des cas où elle survient, soit subitement, soit à la suite de troubles cardio-pulmonaires graves.

En résumé, il est difficile cliniquement d'affirmer l'origine bulbaire, névritique ou cardiaque de ces troubles.

En se basant « sur la constance des lésions du myocarde et l'inconstance des altérations nerveuses », M. Marfan fait rentrer les accidents cardiaques dans ce qu'il a appelé « le syndrome secondaire de la diphtérie maligne » constitué par les symptômes suivants : pâleur, paralysie du voile, faiblesse et accélération du pouls, augmentation de la matité hépatique, dilatation du cœur, vomissements, mort par syncope ou à la suite de phénomènes d'angoisse, de dyspnée, de cyanose.

Il est à souhaiter que des examens complets du bulbe, du pneumogastrique, du myocarde et des terminaisons nerveuses qu'il renferme viennent éclairer la pathogénie encore si obscure des troubles cardiaques de la diphtérie.

VI

Diagnostic. — Dans la grande majorité des cas, le tableau clinique de la paralysie diphtérique est bien net. Un enfant vient d'avoir une angine à fausses membranes où le microscope a montré la présence du bacille de Lœffler. Sous l'influence du sérum la gorge s'est détergée, la température est revenue à la normale et le malade entre en convalescence. C'est à ce moment qu'apparaissent les troubles de la déglutition caractéristiques de la paralysie du voile du palais. Les phénomènes paralytiques peuvent s'étendre aux yeux puis gagner les membres inférieurs et les membres supérieurs.

Lorsque l'on connaît l'existence préalable de l'angine diphtérique, aucune erreur n'est possible. Mais si le malade se présente d'emblée avec des symptômes de paralysie et que l'examen de la gorge reste négatif, ou s'il n'y a pas d'antécédents diphtériques connus, le diagnostic peut être plus difficile.

D'abord, il ne faut pas oublier qu'une altération locale du voile du palais (syphilis, tumeur) peut déterminer des troubles fonctionnels qui simulent la paralysie de cet organe. Le simple examen suffit pour éviter cette erreur.

On a signalé des cas de paralysies consécutives à des angines non diphtériques (Bourges, Carrière, Keschner). L'examen de la gorge ne révèle que du streptocoque. Mais il faut savoir que dans certains cas le bacille diphtérique disparaît très vite, et il est possible qu'un certain nombre de ces « paralysies angineuses » relèvent de la diphtérie.

Il faut éviter de confondre avec des paralysies diphtériques véritables, des paralysies qui se produisent parfois au cours de la diphtérie et qui relèvent d'une lésion centrale. Elles sont consécutives à la thrombose ou à l'hémorragie cérébrale et, plus souvent, elles résultent d'embolies provenant d'une thrombose cardiaque. Elles affectent généralement la forme hémiplégique et présentent les caractères cliniques des paralysies d'origine centrale. Il peut y avoir, d'ailleurs, coexistence de la paralysie d'origine cérébrale et de paralysie diphtérique ordinaire (Raymond, Knöpfelmacher).

La paralysie infantile (poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance), qui présente une localisation des lésions en partie analogue à celles de la paralysie diphtérique, pourrait être confondue avec celle-ci. Mais son début est plus brusque, plus fébrile ; elle est généralisée d'emblée et s'accompagne, ultérieurement, de troubles trophiques beaucoup plus considérables.

Les phénomènes oculaires, joints aux irrégularités et au ralentissement du pouls, pourraient éveiller l'idée d'une méningite tuberculeuse au début. La confusion avec la sclérose en plaques, dont la possibilité est signalée par divers auteurs, doit être assez exceptionnelle.

La paralysie choréique se distingue par l'irrégularité de sa distribution, l'absence de paralysies oculaires et par la persistance de mouvements arythmiques aux extrémités.

Chez l'adulte, dans les cas où les phénomènes d'incoordination motrice sont très accentués et se combinent avec la diplopie, l'abolition des réflexes tendineux, etc., on pourrait croire à l'existence d'un tabes. On se basera, pour éliminer cette affection, sur l'évolution rapide des symptômes qui se sont installés en peu de temps ; sur l'absence du signe d'Argyll-Robertson, remplacé quelquefois par un syndrome inverse (Aubertin). Dans les cas douteux, la ponction lombaire fournirait d'utiles renseignements, la lymphocytose n'ayant pas été signalée dans les cas de paralysie diphtérique où la ponction lombaire a été pratiquée (Marfan).

En l'absence de commémoratifs, le diagnostic peut être difficile dans les cas de paralysies causées par un certain nombre d'infections et d'intoxications capables de produire des polynévrites : alcoolisme, saturnisme, sulfure et oxyde de carbone, grippe, diabète, etc. Dans ces cas les troubles trophiques sont beaucoup plus accentués; il y a, en même temps, des troubles marqués des réactions électriques; les lésions oculaires sont exceptionnelles.

La paralysie diphtérique pourrait simuler la paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry). Nous avons vu que ce syndrome a été obtenu expérimentalement par Babonneix avec la toxine diphtérique. On conçoit parfaitement que la diphtérie puisse, en déterminant des lésions de névrites multiples et de poliomyélite, donner lieu à des paralysies extensives rentrant dans le syndrome de Landry. En pareil cas il y aurait lieu de considérer ce syndrome comme déterminé, en l'espèce, par la diphtérie, plutôt que de chercher à le différencier de la paralysie diphtérique elle-même.

Un certain nombre d'affections bulbaires peuvent reproduire en partie les symptômes de paralysies diphtériques.

Tel, le syndrome d'Erb-Goldflam (paralysie bulbaire asthénique) constitué par les éléments suivants : paralysies oculaires (surtout ptosis), paralysie des muscles du larynx, de la langue, du voile; paralysie des muscles de la nuque et du sterno-mastoïdien. Mais son évolution est lente et dure plusieurs années; les paralysies présentent le caractère particulier d'être transitoires et de s'accentuer par l'exercice des muscles où elles siègent. L'examen électrique montre la réaction myasthénique.

La paralysie unilatérale du voile du palais, jointe à la paralysie récurrentielle du même côté, se rencontre dans le syndrome d'Avellis. Dans le syndrome de Schmidt, on observe les mêmes symptômes avec, en plus, la paralysie des muscles sterno-mastoïdien et trapèze du même côté. Le syndrome de Jackson est constitué par l'adjonction aux éléments du syndrome de Schmidt de la paralysie de la moitié correspondante de la langue. Ces syndromes devront être rapportés à leur véritable cause qui pourra être, suivant les cas, la compression des troncs nerveux à la base du crâne, ou leur névrite; la syphilis, la sclérose en plaques, le tabes, la syringomyélite.

On pourrait penser à la paralysie labio-glosso-laryngée ou à la forme bulbaire de la sclérose latérale amyotrophique en présence d'un malade chez lequel prédominent les symptômes du côté des nerfs craniens (paralysie de la face et des lèvres, paralysie du voile et de la langue). L'air hébété, l'écoulement de salive par la commissure labiale, la difficulté de la déglutition donnent à la physionomie une expression très semblable dans les deux cas.

L'hémorragie, le ramollissement du bulbe ont un début brusque, et les symptômes atteignent très rapidement leur maximum d'intensité.

Les tumeurs du bulbe donnent souvent lieu à des signes d'hypertension cranienne (céphalée, vomissements, névrite optique) et déterminent parfois de la glycosurie.

Les paralysies pseudo-bulbaires d'origine cérébrale sont précédées d'ictus successifs et donnent lieu au syndrome du rire et du pleurer spasmodiques. Il s'agit de malades âgés, artério-scléreux, les réflexes sont exagérés.

Les paralysies pseudo-bulbaires d'origine basilaire, dues à la compression ou à l'altération des nerfs bulbaires par des tumeurs ou des lésions de méningite au niveau de la base du crâne, s'accompagnent de céphalalgie, de vertige, d'incoordination motrice.

La poliencéphalite inférieure aiguë de Leyden se traduit par des symptômes bulbaires qui rappellent ceux des paralysies diphtériques : dysphagie, paralysie des lèvres et du voile du palais. Les troubles du pouls et de la respiration reproduisent les symptômes cardio-pulmonaires observés au cours des paralysies diphtériques. Dans ce cas, comme pour le syndrome de Landry, on peut se demander si la diphtérie n'est pas la cause déterminante de la poliencéphalite inférieure aiguë, celle-ci ayant été observée dans le cours ou la convalescence des maladies infectieuses (scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie). Les complications cardiaques qui surviennent dans ces maladies relèveraient de ces altérations bulbaires. Les propriétés vaso-dilatatrices et hémorragiques de la toxine diphtérique pourraient expliquer son action sur le bulbe.

Lorsque les symptômes cardio-pulmonaires sont très accentués, on pourrait confondre les douleurs précordiales avec celles de l'angine de poitrine. La dyspnée pourrait être causée par une affection pulmonaire qu'il sera facile de reconnaître à l'auscultation. Elle pourrait être due également à l'urémie, alors elle présenterait, le plus souvent, le rythme de Cheyne-Stokes.

Chez un malade paralysé du voile du palais et du larynx, la chute du bol alimentaire dans les voies respiratoires produira un accès de suffocation immédiat qu'il faudrait savoir rapporter à sa véritable cause.

VII

Pronostic. — Le pronostic des paralysies diphtériques est subordonné à un certain nombre de conditions :

1° L'étendue des paralysies. Les paralysies localisées au voile sont plus bénignes et guérissent plus rapidement. Les paralysies généralisées, au contraire, ont une marche beaucoup plus lente. C'est au cours de ces formes qu'on observe le plus souvent les accidents cardiaques. Leur pronostic est donc plus sévère ; elles témoignent d'une intoxication plus profonde de l'organisme;

2° La date de l'apparition des paralysies a une certaine importance pour le pronostic. Les unes apparaissent dans le cours même de la diphtérie, de cinq à six jours après le début de la maladie; parfois même dès le second ou le troisième jour : ce sont les paralysies précoces; les autres ne commencent qu'après la guérison de l'angine, dans les quinze jours qui la suivent. D'après Sevestre et Martin, les paralysies précoces « seraient en général plus bénignes et plus limitées, les paralysies tardives seraient généralisées et graves ».

Mais cette bénignité des paralysies précoces ne doit pas être considérée comme la règle.

Petit (1896) sur 48 cas de paralysies diphtériques en relève 13 précoces dont 4 se terminèrent par la mort.

Baginski (1898) a signalé la gravité des paralysies du voile qui surviennent au cours ou immédiatement à la suite de l'angine diphtérique. Il a observé leur tendance à se compliquer de phénomènes généraux

graves, de prostration et de troubles cardiaques le plus souvent mortels. D'après cet auteur, la paralysie reste limitée au voile parce que les malades sont enlevés avant qu'elle n'ait eu le temps de se généraliser.

Deguy (1903) a décrit une forme précoce et grave de paralysie du voile, se terminant généralement par la mort.

Berthelot (1904) sur 74 cas de paralysie diphtérique observés dans le service de M. Barbier, et survenus avant le dixième jour, note 10 décès.

Rolleston (1906) soutient également la gravité des paralysies précoces du voile.

En présence d'une paralysie du voile du palais apparaissant d'une façon précoce, le pronostic devra donc être toujours réservé.

3° C'est surtout précisément dans ces paralysies précoces que l'on observe la coexistence de l'*albuminurie*. D'après Roger, la constatation de l'albuminurie au cours de la paralysie entraîne un pronostic très grave.

Pronostic des troubles cardiaques. — Il y a des cas légers où tout se réduit à quelques irrégularités du pouls, avec un peu d'accélération et des palpitations. Mais lorsque apparaissent les autres symptômes, le pronostic devient extrêmement sévère. Les vomissements, la dilatation du cœur constituent, en particulier, les indices les plus graves. Cadet de Gassicourt rapporte 14 morts sur 15 cas, Rabot et Philippe 10 sur 22. Les 5 malades observés par Girard ont tous succombé.

Au point de vue du pronostic des troubles cardiaques, Hénoch distingue trois catégories : 1° les paralysies cardiaques à début très précoce, apparaissant dès les premiers jours de la maladie, leur pronostic est très défavorable; 2° les paralysies cardiaques à début plus tardif, mais brusque, en pleine santé pour ainsi dire et s'accompagnant d'une fréquence considérable du pouls; ici la mort est fatale; 3° les paralysies cardiaques se développant plus lentement lorsqu'il existe déjà d'autres phénomènes paralytiques; leur pronostic est ordinairement moins grave.

Il faut remarquer que la paralysie diphtérique n'amène généralement pas la mort par elle-même, sauf les cas exceptionnels où elle aurait causé la mort du malade par inanition, en rendant l'alimentation impossible et ceux, rares aussi, où elle l'aurait déterminée par extension aux muscles respiratoires, et par complications pulmonaires (pneumonie, broncho-pneumonie de déglutition). Le plus souvent, lorsqu'un malade meurt au cours d'une paralysie diphtérique, celle-ci n'a été que l'une des manifestations de l'intoxication générale de l'organisme, intoxication qui porte sur le cœur, le foie, les reins, aussi bien que sur le système nerveux, et qui est souvent déterminée par les infections secondaires à celles du bacille diphtérique (streptocoque, diplococcus hemophilus).

« Dans la paralysie diphtérique, dit Landouzy, la guérison est la règle. » Prise dans son sens étroit, cette affirmation est exacte en ce sens que la mort, lorsqu'elle survient, ne se produit pas du fait de la paralysie, mais bien plutôt par suite de l'intoxication diphtérique. Et cette affirmation clinique concorde parfaitement avec l'anatomie pathologique, qui montre dans les paralysies diphtériques « des altérations diffuses, légères et facilement réparables ».

VIII

Traitement. — Il y a un intérêt évident à lutter contre l'intoxication diphtérique, cause de la paralysie, par des injections de sérum antidiphtérique en quantité suffisante, et à une date aussi rapprochée que possible du début de la maladie.

La statistique de Petit (1897) montre que plus on attend pour injecter, plus on a de chances de voir survenir des paralysies : son tableau est assez significatif :

Diphtérie traitée vers le	2e jour.	6,25 p. 100	de paral.
—	3e —	19	—
—	4e —	24,7	—
—	5e —	38,7	—

On a objecté que depuis l'emploi du sérum antidiphtérique le nombre des paralysies a augmenté. Cela n'est pas évident, étant donné l'absence de statistiques précises. Il semble au contraire qu'il a diminué (Marfan). Quoi qu'il en soit, en admettant que les paralysies soient devenues plus fréquentes, ce fait serait facile à expliquer. L'emploi du sérum antidiphtérique amène la guérison d'un grand nombre de malades qui sans lui seraient morts, alors que survivant à leur diphtérie ils peuvent faire des paralysies. On ne peut admettre l'opinion des auteurs qui ont voulu attribuer au sérum lui-même la production des paralysies diphtériques (Lublinski, Monti). En effet Variot et Benoît (1896) n'ont jamais pu obtenir de paralysies chez les animaux injectés avec du sérum antidiphtérique. Il en est de même dans les expériences de Woodhead, Kossorotof, etc. Enfin les nombreuses injections préventives qui ont été pratiquées partout n'ont jamais produit de paralysies.

Le sérum antidiphtérique n'a donc pas d'action nuisible sur le système nerveux. Il paraît rationnel de lui reconnaître un certain rôle préventif, lequel, à dire vrai, n'est pas constant. Possède-t-il une action curative sur les paralysies constituées? Haushalter (1896), Sevestre et Martin (1903) n'admettent pas ce pouvoir curatif. Cependant dès 1898, Schmidt-Rimpler obtenait avec le sérum la guérison en dix jours de trois cas de paralysies de l'accommodation. Ferré (1898) a guéri par des injections de sérum antidiphtérique des oiseaux atteints de paralysies diphtériques expérimentales (diphtérie aviaire). Mongour (1900) a rapporté plusieurs observations de paralysies diphtériques guéries par la sérothérapie. Des faits analogues ont été consignés dans les thèses de Dague (1900), Ballan (1901). D'autres ont été publiés par Ginestoux (1902), Soulé, Sicard, Morquio (1906), etc. Mourniac a pu réunir dans sa thèse (1905) 18 cas favorables.

M. Comby, qui depuis 1903 a observé de nombreux cas de guérisons de paralysie diphtérique, a rapporté récemment encore (1907) quatre nouvelles observations.

Tous ses malades ont guéri rapidement et définitivement. Aussi M. Comby se montre-t-il d'une façon absolue partisan de l'emploi du sérum antidiphtérique dans les paralysies constituées. Il établit de la façon suivante les règles du traitement :

1° Toute paralysie diphtérique, récente ou tardive, localisée ou généralisée, sera traitée par les injections de sérum antidiphtérique ;

2° Les injections seront répétées en série plusieurs jours de suite par dose de 10 à 20 centimètres cubes

suivant l'âge, de façon à injecter une dose totale de 60 à 80 centimètres cubes de sérum de Roux;

3° Même répétées, ces injections ne semblent pas avoir d'inconvénients; elles sont bien tolérées et ce n'est que par exception que l'on peut avoir à déplorer des accidents sériques de quelque importance.

4° Ni l'âge des malades, ni leur état de santé antérieur ne fournissent de contre-indications, à cette sérothérapie intensive;

5° On devra pratiquer les injections de sérum dans tous les cas de paralysies diphtériques, même quand les malades auraient été injectés à la période angineuse.

Ces conclusions ont été appuyées par M. Barbier qui insiste sur la nécessité d'inoculer de fortes doses de sérum, 40 à 60 centimètres cubes chez les enfants, s'il le faut. Sicard et Barbé (1907) ont pu, dans un cas, injecter 540 centimètres cubes de sérum antidiphtérique dans l'espace de vingt-sept jours. Ils insistent sur ce fait qu'il est des cas « où il faut savoir frapper fort et longtemps », surtout si, comme chez leur malade, il ne survient aucun accident sérique, aucune réaction locale ou générale.

M. Rist (1907) partant de sa conception pathogénique des paralysies tardives que nous avons exposée plus haut, estime « qu'il y aurait intérêt à injecter systématiquement aux enfants atteints de diphtérie un peu de sérum antibactérien, à titre de prophylaxie de la paralysie tardive ». M. Netter (1907) fait remarquer que si l'on attribue avec M. Rist les paralysies tardives à une endotoxine bacillaire, il n'est pas impossible d'expliquer l'action du sérum de l'Institut Pasteur sur ces paralysies. En effet, ce sérum serait à la fois antitoxique et antimicrobien par suite de ce fait que « dans les ballons où cultivent les bacilles diphtériques, les bacilles morts dégagent sans doute par macération une partie de leurs endotoxines, et les chevaux immunisés au moyen de ces cultures donnent un sérum qui n'est pas inefficace contre ces produits bactériens ».

M. Dopter (1905) a préconisé l'emploi de pastilles préparées avec du sérum antidiphtérique (antimicrobien) de Martin. Leur usage amènerait en quelques jours la disparition du bacille de Lœffler dans la gorge. Il dit n'avoir plus, depuis qu'il en fait usage, constaté de paralysies tardives du voile, chez les diphtériques de son service (1907).

Le traitement symptomatique devra d'abord viser l'alimentation du malade. S'il y a des troubles de la déglutition, on devra éviter l'emploi des aliments solides et surtout les morceaux volumineux susceptibles de produire de graves accidents; on s'en tiendra aux aliments liquides ou demi-liquides, de préférence un peu froids et qui seront pris lentement, avec précaution. Si la déglutition est trop difficile, ou même d'assez bonne heure chez les jeunes sujets. on pourra se servir de la sonde œsophagienne. Son introduction est facile, en raison de l'anesthésie pharyngée. Mais son emploi devra être prudent; Roger en effet l'accuse de faciliter le passage des aliments dans les voies aériennes. On veillera à l'évacuation régulière de la vessie et du rectum en raison de la parésie possible de ces organes.

En présence des troubles cardiaques et respiratoires, on devra recourir aux injections d'huile camphrée, de spartéine ou de caféine et aux inhalations d'oxygène. La faradisation du pneumogastrique pourra être d'un secours précieux [Duchenne (de Boulogne)]. Un pôle est placé entre les deux chefs du sterno-mastoïdien, l'autre promené sur la région précordiale. L'électricité sera également utile dans les paralysies du voile ou les paralysies généralisées. Les bains, les frictions, les massages, l'emploi des préparations de strychnine compléteront le traitement général.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne mentionnons ici que les travaux récents ou les plus importants. Pour les travaux antérieurs, consulter les thèses de Landouzy, Richon, Girard, Babonneix, Butruille (voir ci-dessous).

Symptomatologie. — AUBERTIN. Notes sur quelques particularités cliniques des paralysies diphtériques, Soc. méd. des hôp. de Paris, 1902; *Arch. gén. de méd.*, 1903. — AUBERTIN et BABONNEIX. Paraplégies diphtériques frustes, *Presse méd.*, 1905, p. 84; — Paralysies unilatérales du voile consécutives à des angines diphtériques unilatérales, Soc. de pédiat., nov. 1902. — AUBRY. Paralysies post-diphtériques, *Gaz. méd. de Nantes*, 1906. — BABINSKI. Art. NÉVRITES, *Traité de méd.* de Bouchard et Brissaud, t. X. — BABONNEIX. Diphtérie et tétanie, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1905. — BARBIER. Statistique de vingt mois au pavillon Pasteur à l'hôpital Hérold, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1904, p. 572. — BELIAVSKI. Paralysie post-diphtérique complète, *Presse méd.*, 1899, p. 359. — BERTHELOT. *De la gravité des paralysies diphtériques précoces*, Th. de Paris, 1904. — BITOT. Pseudo-tétanos diphtérique, *Revue de gynécol., d'obstét. et de pédiat. de Bordeaux*, 1903. — BOURGES. *La diphtérie*, 1893 (collection Charcot-Debove); — Angine diphtérique, *Manuel de méd.* de Debove et Achard, t. V. — BOX. Ataxie et tétanie transitoires post-diphtériques, *St. Thomas Hosp. Rep.*, vol. XXVIII. — BRAR. Paralysies post-diphtériques de l'accommodation, *New-York med. Journ.*, 1904. — BROSC. The eye, ear and throat sequelae of dipht., *Lancet Clinic*, Cincinn. 1905. — BUFFET-DELMAS. Observation d'angine diphtérique avec paralysie mortelle, *Poitou méd.*, 1900. — BUTLER (W.). Report of a case of post-diph. paral., *Med. News*, 1905. — COHENOUR (W.-J.). Some points in regard to post-dipht. paral., *Illinois med. Journ.*, Springfield 1903. — COLLINS. Post-dipht. hemipl., *Journ. of nerv. and ment. dis.*, New-York 1904. — DEGUY. Les paralysies précoces du voile du palais dans la diphtérie maligne et leur pathogénie, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1903. — GINESTOUS. Paralysie post-diphtérique de l'accommodation et de la convergence, *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1902, p. 497. — GRANCHER et BOULLOCHE. *Traité* de Brouardel et Gilbert, art. DIPHTÉRIE. — HARRIS. Two cases of post-dipht. chronic bulbar paralysis, *Tr. clin. Soc.*, London 1903-1904, t. XXXVII, p. 228; *Brain*, London 1903, t. XXVI, p. 343. — HECHT. Post-dipht. hemipl. with report of a case, *Illinois med. Journ.*, Springfield 1907, t. XI, p. 289. — ISONNI. Un caso di paral. laring. post-dipht., *Riv. di clin. pediat.*, Firenze 1905, p. 440. — KNÖPFELMACHER. *Ueber post-dipht. Lähm, mit zw. Fall. von doppels. Recurrenslähmung*, Munich 1903, C. Wolf et S. Sohn. — LANDOUZY. *Les paralysies dans les maladies aiguës*, Th. d'agrég., 1880. — LE MEUR. *Paralysies unilatérales du voile du palais*, Th. de Paris, 1903. — LEVAL-PICQUECHEF. *Des pseudo-tabes*, Th. de Paris, 1885. — LÉVI (Amedeo). Ein Fall von Hemiplegia cereb. nach. Dipht., *Arch. f. Kinderh.*, 1897. — MAC CRORY. Dipht. paral., *Med. Standard*, Chicago 1905, XXVIII. — MARFAN. *Leçons cliniques sur la diphtérie*, Paris 1905. — MARTIN (L.). Etude clinique à propos de 443 cas de diphtérie, *Bull. de la Soc. de pédiat. de Paris*, 1904, p. 159. — MOLITOR. Considérations sur l'angine diphtérique et ses complications chez l'adulte, *Arch. méd. belges*, Bruxelles 1905, p. 379. — MUSSEN. Paralysie post-diphtérique, *Montreal med. Journ.*, sept. 1905. — PETER. Paralysie post-diphtérique affectant le système nerveux général, *Med. News*, 16 fév. 1903. — R. PETIT. Note sur 48 cas de paralysie diphtérique, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, fév. 1897. — PITRES et VAILLARD. Art. POLYNÉVRITES. *Traité* de Brouardel et Gilbert, t. X. — RAVIART et DUBAR. Un cas de paralysie diphtérique généralisée, *Echo méd. du Nord*, 1905. — RAYMOND. Un cas de paralysie diphtérique, *Arch. gén. de méd.*, 1905; — Pseudo-tabes diphtérique, *Journ. de méd. int.*, 1904; *Tribune méd.*, 1904; — Le pseudo-tabes diphtérique, *Revue gén. de*

clin. et de thérap., 1904; — Hémiplégie cérébrale coïncidant avec paralysie diphtérique commune, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1904. — REMAK. Cent cas de paralysie post-diphtérique des muscles de l'œil, *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, juin 1886. — RICHON (L.). *Étude sur la paralysie diphtérique*, Th. de Nancy, 1899. — RIVAULT. *Paralysie oculaire post-diphtérique*, Th. de Paris, 1901. — ROGER. *Les maladies infectieuses*, 1903, p. 830. — ROLLESTON. Hémiplégie diphtérique, *Revue de neurol. et de psychiat.*, Edimbourg 1905; — Clinical obs. on d. p., *Practitioner*, London 1904, XXIII; — Precocious paral. of the palate in d., *Revue de neurol. et de pschiat.*, Edimbourg 1906. — ROSE et LEMAITRE. De l'hémiplégie palato-laryngée, *Ann. des mal. de l'oreille*, nov. 1907. — RUAULT. Art. DIPHTÉRIE, *Traité* de Charcot, Bouchard et Brissaud, t. II. — SCHWENK. Paralysie oculaire post-diphtérique, *Med. News*, 1903. — SCHERB. A propos d'un cas de paralysie bulbaire chronique, Soc. méd. des hôpit., 1906; — *Bull. méd. de l'Algérie*, 1906, p. 392. — SHERER. Ocul. sequ. of dipht., Kansas City M. Index, *Lancet*, 1905, p. 414. — SEVESTRE et MARTIN. Art. DIPHTÉRIE, *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby, t. I. — SNOW. Diphtérie compliquée de pseudo-tétanos d'Escherich, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1902, n° 12. — TEILLAIS. Paralysie oculaire et hémiplégie diphtérique, Congr. d'ophtalm. de Paris, 1903. — TINEL. Paralysie bulbaire chronique et progressive consécutive à la diphtérie, Soc. méd. des hôpit., 1906. — TOURIGNY. Polynévrite diphtérique, *Union méd. du Canada*, Montréal 1905, p. 589. — TREVELYAN. Paralysie diphtérique, *Lancet*, nov. 1900. — VORNALI. Paralysie du voile du palais et du facial inférieur droit avec parésie du pneumogastrique et du phrénique dans un cas d'angine diphtérique, *Presse méd.*, 13 août 1898, p. 81.

Anatomie pathologique et pathogénie. — BABONNEIX. Monoplégies diphtériques expérimentales, Soc. de biol., 1902; — Les paralysies ascendantes aiguës dans la diphtérie expérimentale, *Arch. gén. de méd.*, 1904; — Les paralysies diphtériques et la théorie de la méningite, *Gaz. des hôpit.*, 1903; — *Nouvelles recherches sur les paralysies diphtériques*, Th. de Paris, 1904. — BARBIER. Nouvelles recherches bactériologiques chez les diphtériques. Infection bacillaire, infections septiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 29 oct. 1897, p. 1218. — BARBIER et ULLMANN. *La diphtérie* (Actualités médicales, 1899). — BOLTON. Path. changes in the medulla oblongata in acute dipht. toxh., *Neurol. Centralbl.*, 1904, p. 77. — BOLTON et BREVER. A case of cutaneous dipht. with an exam. of the nervous syst., *Lancet*, 1905. — CORSINI. Lesione del neurone motore periferico e del neur. mot. cent. da intoss. dift., *Atti d. r. Acad. d. fisiocrit*, Siena 1906, p. 500. — COTTON. Méningite à bacille de Lœffler, *Assoc. med. Amer.*, Chicago, juin 1906. — DUFOUR. De l'origine centrale de certaines paralysies diphtériques. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1907, p. 415. — FÉRÉ. Action de la toxine diphtérique sur le système nerveux, Congr. de Paris, 1900. — LASLETT. The pathol. of dipht. paral., *Journ. of pathol. and bacter.*, juin 1902. — LESIEUR. Production de paralysies chez le cobaye par des bacilles dits « pseudo-diphtériques », Soc. de biol., 27 juillet 1901. — MORREL et WOLFF. Méningite avec présence du bacille de la diphtérie dans le liquide céphalo-rachidien, *Semaine méd.*, 1907, p. 68. — NARTOWSKI. De l'influence de la toxine diphtérique sur les cellules nerveuses, et de leur régénération après l'emploi du sérum antitoxique, *Neurol. Centralbl.*, 1901, p. 686. — RICHARDIÈRE, TOLLEMER et ULLMANN. Nouveaux faits de présence du bacille diphtérique dans le sang et dans les centres nerveux bulbo-protubérantiels, *Bull. de la Soç. méd. des hôpit.*, 21 janv. 1898, p. 22. — RIST. Pathogénie de certaines paralysies diphtériques, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, sept. 1904, p. 391; — Sur la toxicité des corps de bacille diphtérique, Soc. de biol., 1903; — A propos d'un cas de paralysie diphtérique tardive; essai de pathogénie, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 1904, p. 169. — ROUX et YERSIN. Contribution à l'étude de la diphtérie, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1888, 1889, 1890. — SEVESTRE. Sur la diphtérie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1897, p. 1268. — VILLA. Delle condizioni del syst. nerv. nella infess. dift., *Stud. clinici e sperimentale*, in-8°, 110 p. — ZACHIRI. *Recherches sur la généralisation du bacille diphtérique*, Th. de Paris, 1903.

Symptômes cardio-pulmonaires. — AUBERTIN et BABONNEIX. Mort subite au cours de l'intoxication diphtérique; intégrité des centres bulbaires et du vague; myocardite latente, *Gaz. des hôpit.*, 8 août 1901. — AUVINET. *Des crises abdominales dans la convalescence de la diphtérie*, Th. de Bordeaux, 1903. — BARBIER et ALQUIER. Quelques causes de mort dans la diphtérie, Soc. de pédiat., 17 juin 1902; — BOLTON. Primary heart fealure as the immediate cause of death in acute dipht., *Lancet*, 1905. — BOUTIN. *Des vomissements comme symptômes de mort rapide dans la convalescence de la diphtérie*, Th. de Paris, 1903. — BUTRUILLE. *La mort subite dans la convalescence de la diphtérie*, Th. de Lille, 1906. — DEGUY. Un cas de thrombose cardiaque dans la diphtérie, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 1902, p. 216. — DEGUY et B. WEILL. Sur la thrombose cardiaque avec embolie dans la diphtérie, *Arch. de méd. expér.*, juillet 1902, p. 427. — DETOT. Embolie pulmonaire dans la thrombose cardiaque diphtérique, Soc. de pédiat., 1903. — DENIS. *Le pouls et la tension artérielle dans la diphtérie*, Th. de Paris, 1903. — DUDGEON (L.). Etude sur les différentes altérations qui se produisent dans la toxémie diphtérique aiguë, particulièrement en rapport avec la défaillance aiguë du cœur, *Brain*, part. CXIV, p. 227. — DUCLAUD. *Les complications emboliques de la thrombose cardiaque dans la diphtérie*, Th. de Bordeaux, 1905. — EPPINGER. Die toxische Myolise des Herzens bei Dipht. *Deuts. med. Woch.*, 1903. — FOURNIER. *La thrombose cardiaque dans la diphtérie*, Th. de Paris, 1902. — GANIAYRE. *Contribution à l'étude de la mortalité dans la diphtérie*, Th. de Paris, 1904. — GIRARD. *Le cœur dans la diphtérie*, Th. de Paris, 1902. — HENRY. *Pouls lent diphtérique*, Th. de Paris, 1901. — HEUBNER. *Traité des mal. de l'enf.*, Berlin 1903. — LE GAMBIER. *La mort dans la diphtérie. Contribution à l'étude de la mort tardive*, Th. de Paris, 1904. — NOC. *Lésions des ganglions du cœur chez le chien dans l'intoxication diphtérique expérimentale aiguë*, Th. de Bordeaux, 1900. — RAINY. Dipht. toxin and motor cells of cord., *Journ. of pathol. and bacter.*, Edinburgh 1900, vol. VI, p. 435. — RENAUT. Rapport sur les myocardites, Cong. franç. de méd., Lille 1899. — ROCAZ. Lésions bulbaires dans l'intoxication diphtérique, Soc. de pédiat., 17 juin 1902. — STANLEY. On sudden heart fealure in toxemic cond. with a sp. ref. to dipht. and beri-beri, *Brit. med. Journ.*, 26 déc. 1903. — TERRIEN. La mort subite dans la convalescence de la diphtérie, *Bull. méd.*, 1905; — *Revue des mal. de l'enf.*, 1904. — WEILL-HALLÉ et LEMAIRE. Thrombose cardiaque et embolie pulmonaire au cours de la diphtérie maligne, Soc. de pédiat., 1906. — WHITE (F. W.). Heart complic. in dipht., *Med. communic. Mass. med. Soc.*, Boston 1904, XIX, p. 923; — The after effects of diphteria on the heart, *Journ. of amer. med. Assoc.*, oct. 1905.

Traitement. — AUBINEAU. La sérothérapie dans les paralysies diphtériques de l'accommodation, *Ann. d'oculistique*, 1906. — AUSSET. Traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie, Soc. de pédiat., 18 juin 1907. — BAGINSKI. Sérothérapie de la diphtérie, *Arch. f. Kind.*, Bd. XXIV, 1897. — BALLAN. *Contribution à l'étude du traitement des paralysies diphtériques*, Th. de Bordeaux, 1901. — BUSCH. Zur Therapie der post-dipht. Lähmungen, *Wien. med. Presse*, 1903. — CHAMBON. Traitement des paralysies diphtériques par le sérum antidiphtérique, *Année méd. de Caen*, mai 1905. — COMBY. Valeur thérapeutique de la sérothérapie dans la diphtérie, *Arch. de méd. des enf.*, 1903; — Paralysie diphtérique guérie par le sérum, *Arch. de méd. des enf.*, 1904; — Traitement des paralysies diphtériques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1906, p. 626; — Trois nouveaux cas de paralysies diphtériques guéries par le sérum de Roux, *Arch. de méd. des enf.*, 1906, p. 189; — Paralysie diphtérique tardive guérie par le sérum de Roux, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, Paris 1906, p. 158; — Traitement des paralysies diphtériques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1907, p. 497; — *Bull. méd.*, 1907, XXI, p. 442. — DAGUE. *Contribution à l'étude clinique des paralysies diphtériques dans leurs rapports avec la sérothérapie*, Th. de Bordeaux, 1900. — DOPTER. Action locale du sérum antidiphtérique, *Gaz. des hôpit.*, 1905, p. 459; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1905, p. 303. — FAGUET. Gavage dans la paralysie diphtérique, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 oct. 1890. — FERRÉ. Diphtérie humaine et diphtérie aviaire, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1896; — Du traitement des accidents paralytiques de la diphtérie par le sérum antidiph-

térique, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1903. — FISCHER. Complications of dipht. with suggestions for the feeding, medicinal and hygienic treatment, *Med. News*, 19 nov. 1904. — GINESTOUX. Sur un cas de paralysie post-diphtérique de l'accommodation et de la convergence, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 12 oct. 1902. — GUINON et PATER. Deux cas de paralysies diphtériques, *Gaz. des mal. inf.*, 1906, VIII, 101; — *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 1906, VIII, 276. — MATCHIRAVIANI. *Sérum et fréquence des paralysies post-diphtériques*, Th. de Lausanne, 1899. — MOLINIÉ. *Sérothérapie intensive dans les cas de diphtérie grave*, Th. de Paris, 1901. — MONGOUR. Traitement des paralysies diphtériques par le sérum de Roux, *Gaz. heb. des sciences méd. de Bordeaux*, 1906, p. 595. — MORQUIO. Polineuritis dift. trat. por el suero antidift., *Arch. latino-amér. de pédiat.*, mai 1906. — MOURNIAC. *Du traitement des paralysies diphtériques tardives par les injections de sérum antidiphtérique*, Th. de Paris, 1905. — PANCZEL. Two cases of dipht. paral. with serum, *Orvosi hetil.*, Budapest 1907. — PERRIN. Faut-il injecter du sérum dans les cas de paralysie diphtérique? *Ann. de med. et de chir. inf.*, 1907, p. 496. — PETIT. Note sur 48 cas de paralysie diphtérique, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1897. — PILLON. Paralysie diphtérique tardive guérie par les injections de sérum, *Arch. de méd. des enf.*, janv. 1905; — PLICQUE. Traitement des paralysies diphtériques, *Presse méd.*, 1898. — ROLLAND. Traitement de la paralysie diphtérique par le sérum, *Poitou méd.*, 1897. — ROLLESTON (J. O.). Treatment of dipht. paral. with antitoxin, *Lancet*, London 1906, p. 322. — ROSENAU et ANDERSON. Antitoxine et paralysie post-diphtérique, *Assoc. of amer. physicians*, Washington, mai 1907. — SCHMIDT RIMPLER. *Centralbl. f. prakt. Augenh.*, 1894, p. 353. — SCHOULL. Le lavage du sang dans la paralysie diphtérique, *Bull. de l'hôpital civil de Tunis*, 1903. — SICARD et BARBÉ. Paralysie diphtérique généralisée, progressive, traitée par des injections répétées de sérum antidiphtérique (540 centimètres cubes). Guérison, Soc. méd. des hôpit., 13 déc. 1907. — SOULÉ. Paralysie diphtérique traitée par le sérum, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 24 mai 1903. — H. DE STELLA. Paralysie post-diphtérique et injections de sérum, Soc. de rhinol., de laryngol. et d'otol. néerl., 20 oct. 1905. — VARIOT. *Diphtérie et sérumthérapie*, 1898. — WOODHEAD. Paralysie diphtérique et sérothérapie, *Journ. de clin. et de thérap. inf.*, 1897.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1908)

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle mercredi dernier.

Dans son discours d'usage, M. QUÉNU, président sortant, a comparé les services chirurgicaux de l'Allemagne avec les nôtres, et la comparaison n'est pas toujours en faveur de ces derniers. Il a eu le regret de constater qu'au point de vue des laboratoires, de la radiographie, l'administration de l'Assistance publique ne faisait pas toujours le nécessaire.

M. Quénu a aussi exprimé le vœu que le nombre des membres correspondants nationaux soit augmenté. Il a rendu un légitime hommage aux membres décédés, Poirier (de Paris), Follet (de Lille) et Hergott (de Nancy).

M. CHAPUT a lu le compte rendu annuel des travaux de la Société, comme toujours très chargé.

La parole a été donnée ensuite à M. FELIZET pour la lecture de l'éloge de M. Rochard, que nous publierons.

Prix décernés en 1907. — Prix MARJOLIN-DUVAL (300 fr.). — Le prix est décerné à M. le docteur Gernez, ancien interne des hôpitaux, pour son travail intitulé : « Du traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. »

PRIX GERDY (4000 fr.). — Le prix est décerné à MM. Catz et Kendirdjy; une mention honorable de 1200 fr. à M. Lance, et un encouragement à M. Robert Picqué de 800 francs.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASTHME CARDIAQUE ET LA DYSPNÉE

(Liés aux cardiopathies organiques.) — Un ou deux granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII à XXV gouttes de la solution au millième, pendant 2 à 3 jours, ou plutôt, très faibles doses de 1/10 de milligramme 10 jours de suite. Associer la digitaline à la théobromine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 FÉVRIER 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Macaigne; — (2e série) : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca; — (3e série) : MM. Roger, Mulon et Zimmern.

3e (1re partie, oral) : MM. Nicolas, Proust et Couvelaire; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Gosset et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Pierre Marie, Legry et André Jousset; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 4 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Hartmann et Demelin.

2e : MM. Prenant, Langlois et Nicloux; — M. Brumpt, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Marion; — (2e serie) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 5 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Auguste Broca et Proust.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e (1re série) : MM. Gariel, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, André Broca et Mulon; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 6 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Auvray et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Maillard et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Prenant, Langlois et Desgrez; — (2e série) : MM. Gley, Launois et Nicloux.

3e (1re partie, oral) : MM. de Lapersonne, Morestin et Jeannin.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Balthazard; — (2e série) : MM. Gilbert, G. Ballet et Richaud; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 7 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Gosset et Ombredanne.

2e (1re série) : MM. Gautier, Roger et Mulon; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Macaigne; — (3e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Zimmern.

3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Sicard et André Jousset; — M. Richaud, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Branca, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 24 janvier : MM. François (Paul), 11 ; Renault (Charles), 9 ; Potelet, 11 ; Lenormand, 8 ; Brocq, 12 ; Salin, 13 ; Luzoir, 12 ; May, 11.

PATHOLOGIE. — Séance du 25 janvier : MM. Duranton, 9 ; Josset-Moure et Vuillet, 11 ; Miginiac, 9 ; Boucaut, 5 ; Mlle de Pfeffel, 7 ; MM. Lévy (Alfred), 8 ; Bonnet, 7 ; Génil-Perrin, 4.

HOPITAUX DE PROVINCE. — VIENNE (Isère). — Le concours ouvert à Lyon pour une place de médecin-chirurgien des hôpitaux de Vienne s'est terminé par la nomination de M. le docteur Faure.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira le 27 juillet 1908, devant la Faculté de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale à l'École de Grenoble.

— MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1908, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chirurgie à l'Ecole de Marseille.

— RENNES. — Un concours s'ouvrira le 6 juillet 1908, devant la Faculté de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de Rennes.

Pour ces différents concours, le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il sera ouvert le vendredi 28 février prochain au ministère de l'Intérieur, salle Telmon, un concours pour l'internat de l'Asile national des convalescents (ancien asile de Vincennes), Saint-Maurice (Seine).

On trouvera au secrétariat de l'asile et chez le concierge de la Faculté de medecine, des exemplaires de l'arrêté ministériel, qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

GUERRE. — M. le pharmacien-major de première classe Gaillard, professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé militaire, est nommé professeur de chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie à ladite école.

M. le médecin-major de deuxième classe Vendenbosche est nommé répétiteur de pathologie externe et petite chirurgie à l'Ecole du service de santé militaire.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 25 janvier 1908, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après, et ont reçu les affectations suivantes :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Géraud, nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Bourges.

Médecin-major de première classe. — M. Cardot, passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Meyer, affecté au 29e d'art. à compter du 1er avril 1908 ; Vallet, passe au 148e d'inf. ; Bluet, affecté à la section technique du service de santé ; Perrin, passe au 27e drag. ; Tartavez, à la direction du service de santé du 16e corps d'armée ; Cousergue, affecté au ministère de la Guerre, 7e direction ; Fournereaux, passe au 5e bat. d'art. à pied ; Cordier, au 15e bat. chass. à pied ; Duguet, à l'Ecole supérieure de guerre ; Prat, au 141e d'inf. ; Borie, maintenu au 80e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Poutet passe à l'Ecole milit. préparat. de l'art. et du génie de Billom ; Deleuze, au 100e d'inf. ; Pourpre, au 132e d'inf. ; Ebestein, au 136e d'inf. ; Dupont, au 78e d'inf. ; Robert, au 3e huss. ; Leberge, au 74e d'inf. ; Pilliot, au 31e d'inf.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE. — Dans la dernière séance, M. Fernand Widal, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin, a été élu membre de la Société.

CONFÉRENCE PUBLIQUE D'INTERNAT. — MM. Cawadias, Jacob, Mock et Pascalis, internes des hôpitaux, commenceront le lundi 4 février, à quatre heures et demie, à l'hôpital Lariboisière, une conférence publique d'internat.

Nombre des élèves limité. S'inscrire auprès de M. Pascalis, hôpital Lariboisière, ou de M. Jacob, hôpital Broussais.

ÉLOGE

DE

JULES ROCHARD

(1819-1896)

LU A LA SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
LE 22 JANVIER 1908

Par M. FÉLIZET,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Le capitaine Godard Rochard, fils du courrier de la malle du Havre à Paris, né à Vernon, s'enrôla en 1792, à l'âge de seize ans : il finissait sa quatrième au collège de la ville.

On ne perdait pas de temps alors. Dirigé la semaine suivante sur Dunkerque, qu'assiégeaient les Anglais et les Autrichiens, il reçut, à sa première sortie, une balle qui lui traversa la poitrine.

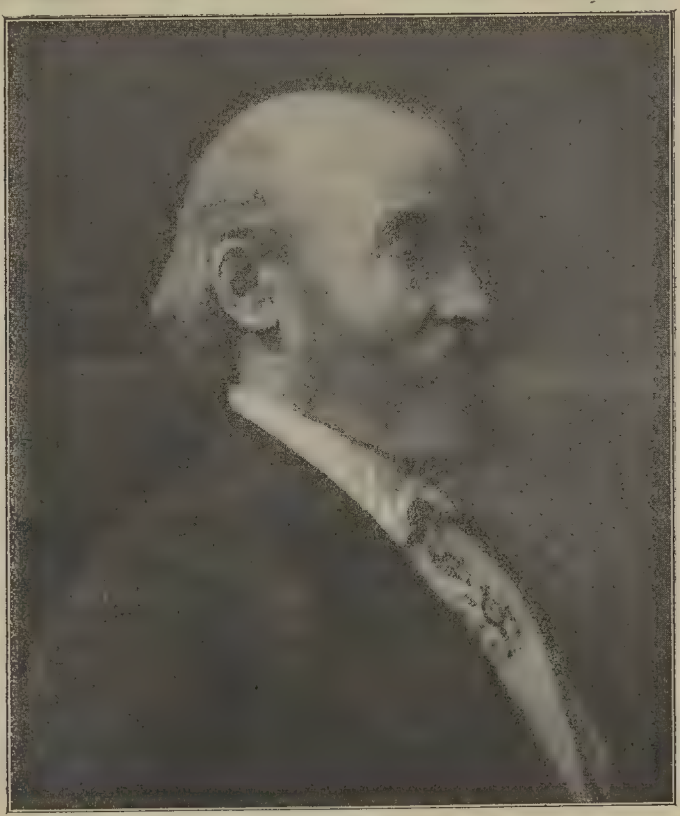
Miraculeusement guéri, il rejoignit en Hollande, après quelques semaines de convalescence, son régiment, le 60e de ligne, qu'il ne devait jamais quitter.

Rochard, après avoir fait toutes les campagnes de la République et de l'Empire, vit sa carrière brusquement arrêtée en 1813, en Espagne, par un coup de mitraille qui lui fracassa la jambe au-dessous du genou et nécessita l'amputation de la cuisse.

Il avait trente-neuf ans, quand sa pension de retraite fut liquidée, avec sa croix, à 1600 francs...

Il se retira en Bretagne où l'attendaient deux enfants nés d'un premier mariage et confiés, leur mère étant morte, à leur grand'mère maternelle, à Saint-Brieuc. Seul, désœuvré, mutilé, inutile, le cœur accablé, l'âme morte, il languissait de tristesse dans cette ville endormie, quand son ami M. Guernier, avoué au tribunal, lui fit épouser une dame veuve, Mme de La Vergée, mère de deux enfants.

C'est de ce mariage que naquit Jules Rochard.



JULES ROCHARD

* * *

Mme de La Vergée était une femme d'une grande beauté et surtout d'un esprit supérieurement cultivé. Elle avait découvert la grandeur d'âme, la douceur, le courage résigné, — elle avait deviné les tristesses de ce vaincu stoïque, trop fier pour se plaindre, ayant toujours une belle allure avec sa jambe de bois.

Ce ne fut certainement pas un mariage d'argent : le marié possédait pour tout avoir sa pension de retraite ; la mariée, restée veuve avec deux filles, était à peu près ruinée. Comme il fallait que les enfants vécussent et qu'il n'est jamais honteux de travailler, la veuve, courageuse, s'était résolue, après la mort de son mari, à « faire du commerce ». Avec le produit de ses dernières ressources, elle monta un modeste magasin dans une des rues les plus étroites de Saint-Brieuc, la rue Saint-Gouëno.

C'était une de ces petites boutiques, pâles et mornes, froides même au plus fort de l'été, dans lesquelles, en dehors des jours de marché, l'arrivée d'une cliente est un événement.

L'étalage est plus que modeste : les enfants, en allant à l'école, ne daignaient même pas s'arrêter devant quelques bonnets blancs aux brides raides, tenant compagnie à des cols soigneusement empesés ou tuyautés, à côté d'amples corsages bombés comme des voiles, que gonflerait une bonne brise arrière... A l'intérieur, une table de travail portant un dévidoir et des pelotes ; contre le mur, des cartons — tabernacles rarement ouverts — qui contiennent la réserve des marchandises précieuses : broderies, guipures, dentelles, chefs-d'œuvre de la patience et de l'habileté arachnéenne de la maîtresse de la maison.

On travaillait surtout à façon et sur commande ! Mme de La Vergée, lingère, ne réussissait pas trop mal dans son commerce; elle le continua après son mariage. Le mariage fut célébré le 20 novembre 1818.

Le 30 octobre 1819, l'homme éminent, dont nous avons entrepris de faire l'éloge, naquit dans la pauvre petite chambre située au-dessus de la lingerie de la rue Saint-Gouëno.

Il fut présenté à l'officier de l'état civil par deux témoins ; Théodore Jac, huissier, et Antoine Golfier, chirurgien.

Permettez-moi de ne pas m'excuser de la longueur des détails dans lesquels je suis entré sur la vie, le caractère et les mérites de Mme de La Vergée.

Ces détails sont précieux pour qui veut bien comprendre l'existence dont nous avons à faire l'histoire.

La suite dans les décisions, la continuité dans l'effort, la sérénité au cours des heures mauvaises, la ténacité dans la direction des choses, la fidélité entêtée au devoir, l'esprit de sacrifice, l'oubli de soi-même, la modestie, la simplicité, la tendresse, le charme, toutes ces qualités, qui dans la longue carrière du fils ont provoqué souvent l'admiration, suscité parfois la jalousie, imposé l'estime, désarmé les haines, toutes ces qualités qui éclairent la grande figure de Jules Rochard et le feront vivre dans l'histoire de la médecine navale, c'est à la simple petite lingère de Saint-Brieuc qu'il les doit, en grande partie

* * *

C'est que nos mères ne nous créent pas en une seule fois.

La femme ayant conçu, prodigue sa substance pour la formation du petit être qui est en elle : tout son corps se donne sans compter et s'épuise.

L'enfant naît ; de tous les animaux de la création, c'est le plus débile, le plus misérable, le plus laid. La mère le chérit, le couve, elle le nourrit, elle le berce, elle l'endort, cherchant dans la contemplation de sa petite âme encore endormie l'imperceptible lueur de ce qui sera plus tard le sentiment et la pensée.

La lueur est devenue avec le temps une lumière, le petit s'est fait alerte et fort, il agit, il écoute, il regarde, il comprend, il parle, encore un peu il questionne.

Voyez comme la mère et l'enfant s'entendent.

Le cœur bientôt entre en scène ; on lui apprend à aimer ce qui est bien, à détester ce qui est mal ; un travail s'accomplit lent, puissant, irrésistible et voici que sur la cire de l'âme qu'elle a tendrement façonnée, la mère a enfoncé l'empreinte de toutes les qualités de son cœur et de son esprit.

Ce fut pour Jules Rochard la préparation utile et nécessaire à l'éducation de droiture et d'énergie, que l'exemple de l'intrépide soldat devait éclairer et guider dans toutes les périodes de sa carrière.

L'éducation par le père commença de bonne heure. L'enfant était précoce ; à la petite école, il apprit vite et, comme en jouant, à lire, à écrire et à compter. C'était un petit homme qui ne tenait pas en place, maigre comme une sauterelle et noir comme un grillon. Seul, il était calme et réfléchi, mais la compagnie de ses camarades le transportait et l'exaltait jusqu'au tapage.

Saint-Brieuc est une ville triste, avec ses rues mal pavées, tortueuses, rétrécies encore en haut par l'avancée de pignons noirs, qui n'ont pas d'âge. C'est à une demi-lieue de la ville, sur le front de mer, au port du Légué, que les enfants du pays allaient s'ébattre, près du bassin dans lequel se jette la rivière Le Gouët. Là, en pleine liberté, la figure fouettée par le vent, les pieds nus dans les varechs, sur le sable caillouteux de la grève, le petit Rochard, avec les autres « mousses » de la bande, gagna une santé de fer.

On courait, on luttait, on apprenait à nager à toutes les heures de la marée, on plongeait, et le soir, on rentrait rompu.

La nature, en Bretagne, est rude : les embruns, la pluie tenace, les coups de vent froid. En haut, des nuages noirs se poursuivent, se rejoignent, se heurtent, ne laissant voir qu'une partie du ciel, gris et bas, comme dans l'écartement d'une déchirure.

La mer est une nappe glauque, tailladée par la mousse blanche des vagues. Alors même que le temps est beau, elle gronde et lance sans trève ses grosses lames à l'assaut des rochers. C'est une rage farouche que rien n'apaise et qui se traduit par une clameur sourde, continue — harmonieuse comme une plainte et fière comme un défi ! Devant le champ de bataille des éléments déchaînés, le corps s'endurcit, l'énergie se trempe, l'esprit se concentre.

Là est peut-être l'explication du mysticisme et de l'entêtement de l'âme bretonne.

* * *

Le capitaine Rochard encourageait ces escapades et ces exercices d'endurance. L'enfant était courageux et solide dans sa maigreur. Il avait connu de bonne heure, par les récits de sa mère, l'histoire de la vie acccidentée du soldat de l'Empire.

Les campagnes en Flandre, en Hollande, en Allemagne, en Italie, en Dalmatie, en Espagne enfin, ces pays-là il les connaissait : il les avait cherchés sur la carte... Il y voyait son père combattant les ennemis et exposant sa vie pour la France et pour l'empereur.

« Vive l'empereur ! » n'était pas alors un cri séditieux ; on le disait plus bas, maintenant, dans cette petite cité réactionnaire des Côtes-du-Nord, où les soldats de l'Empire étaient regardés de travers et suspects. Ils se réunissaient souvent soit au café, soit chez Rochard, pour se souvenir ensemble et pour parler du « Grand Homme ».

Des amis de Paris copiaient, à leur intention, une chanson nouvelle de Béranger ; c'était un événement. Cette chanson, le petit gas, qui n'avait pas sept ans, l'apprenait aussitôt et, le soir même, dans l'arrière-boutique de la pauvre lingerie close, sous la lueur indécise de deux chandelles fumeuses, hissé sur la table, il la chantait gravement aux vétérans attendris, qui la lui faisaient redire.

C'était *Le vieux Sergent* :

> De quel éclat brillaient dans les batailles,
> Ces habits bleus par la victoire usés !
> La Liberté mêlait à la mitraille
> Des fers rompus et des sceptres brisés.
> Les nations, libres par nos conquêtes,
> Ceignaient de fleurs le front de nos soldats.
> Heureux celui qui mourut dans ces fêtes !
> Dieu, mes enfants, vous donne un beau trépas !

Le capitaine Rochard était le chef de ce petit clan de Français humiliés : l'autorité de sa croix, de son grade, de ses campagnes et de ses blessures lui avait conféré une sorte de présidence.

L'enfant, silencieux, regardait avec respect ce guerrier à l'aspect rude, dont la barbe rousse, de tout temps rebelle à la brosse, dispersait ses poils dans tous les sens, et avait valu à son propriétaire le sobriquet de MOUSTACHE, sous lequel il était connu, même en dehors de la 60e demi-brigade.

« Mon pauvre Moustache, lui avait dit son général — le général Lamarque — en voyant sa jambe fracassée, quelle blessure !

— Cela devait arriver, répartit le capitaine, mais ce qu'il y a de plus triste, mon général, c'est que je suis f... pour l'armée ! »

Parmi ceux qui assistaient à ces réunions, il n'y en avait pas un qui n'eût pris part à des combats, pas un qui n'eût vu cent fois la mort de près, sans faiblir. Et l'enfant contemplait ces braves avec respect, et se gravait profondément cette parole de son père : « Que, dans la vie, il faut être franc, il faut être bon, il faut être brave ; sans cela, on n'aime pas son pays ! »

Telle fut l'éducation du père.

* * *

L'école primaire ne suffisait plus. Le petit Jules fut placé comme externe au collège de Saint-Brieuc. C'était une dépense appréciable, et nous ne savons pas au prix de quelles économies le modeste budget de la maison put se maintenir en équilibre.

Cet enfant de neuf ans le comprenait et souffrait sans rien dire. Il se jeta dans le travail à corps perdu, pour s'acquitter.

Il était le premier en tout. Un inspecteur d'Académie, en tournée à Saint-Brieuc, fut émerveillé par l'intelligence et le savoir du petit Jules Rochard ; il parla de lui faire obtenir une bourse.

L'élève Rochard étant le fils d'un soldat de l'Empire, aucune suite ne fut donnée à cette proposition.

Les cinq années passées au collège de Saint-Brieuc peuvent être marquée comme l'épreuve la plus laborieuse qu'un cerveau d'enfant puisse affronter. Les devoirs finis, les leçons apprises, l'écolier cherchait d'autres aliments à sa curiosité croissante. Les récits de voyage, les ouvrages d'histoire naturelle le passionnaient et développaient en lui le goût des études scientifiques.

Son rêve se précisait : il deviendrait un savant.

Godard Rochard avait un frère qui, après avoir fait dans la Garde impériale toutes les guerres de l'Empire, s'était retiré, officier supérieur, à Vernon. L' « oncle Pierre » était le richard de la famille. Il avait souvent demandé qu'on lui confiât le petit Jules ; on n'avait jamais pu consentir à une séparation. Mais la vie devenait dure à Saint-Brieuc. Il fallut se décider, et l'enfant fut confié à son oncle et envoyé à Vernon, où il ne tarda pas à s'ennuyer. Le désœuvrement lui pesait ; ce fut une grande joie pour lui quand l'oncle Pierre lui apprit qu'il allait entrer comme interne au collège royal d'Evreux.

La déception fut cruelle. Le pauvre enfant tomba sur des condisciples épouvantables : des brutes. Pas de foi, pas de

discipline; des maîtres sans autorité. Quelle différence avec le petit collège de Saint-Brieuc!

Le petit Rochard essaya de travailler et souffrit sans se plaindre.

Là se passèrent les années les plus tristes de son existence.

Quand il était à Vernon, abandonné à lui-même, la seule distraction de l'enfant était d'aller, soit en bateau, soit sur le chemin de halage, voir la Seine couler lentement ses eaux grises, emportant les chalands chargés de marchandises vers le Havre.

Le Havre!... C'était la mer! et le petit Breton déraciné se laissait bercer dans sa rêverie.

Il revoyait la mer près de laquelle il avait si heureux, les matelots du port du *Legué*, ses vieux amis, — les mousses, ses camarades, avec lesquels on avait tant joué autrefois!

Comme tout cela était loin!...

Les jours passaient ralentis par l'ennui, un ennui que le travail n'arrivait pas à guérir.

Il avait la nostalgie de la mer. Il serait marin.

Mais il voulait se mettre rapidement en état de ne rien coûter à ses parents qui avaient fait déjà tant de sacrifices et il était trop fier pour admettre qu'on mît à contribution l'oncle Pierre, qui décidément ne l'aimait pas.

Il songeait déjà à un métier qui lui permettrait de naviguer, d'être utile aux marins, de s'en faire aimer, en même temps qu'il étudierait là-bas, « dans les Iles, » les animaux et les plantes.

Il serait médecin de marine.

Au bout de quelques mois on embarquait; on touchait d'emblée une solde sérieuse, on gagnait sa vie; on ne serait plus à la charge de la famille. Il se rappela même qu'un parent éloigné, Antoine Golfier, celui-là même qui avait déclaré sa naissance à la mairie, avait autrefois choisi cette carrière et qu'il en avait été content.

Jules Rochard prépara le concours avec l'ardeur tenace qu'il apportait à toutes choses. Il fut reçu à l'Ecole navale de Brest.

Il y entra le 8 septembre 1837. Il avait dix-sept ans.

Le 8 novembre 1838, il embarquait sur la corvette *La Bergère*, en rade de Brest, comme chirurgien de troisième classe.

* * *

Son œuvre est immense. Il a abordé toutes les branches de l'art de guérir et chacune de ses incursions a été marquée d'un cachet de supériorité indiscutable.

Ses préférences étaient pour la chirurgie; il ne s'en cachait pas. Il a fait taire sa préférence et il a été loyalement, par le caractère impérieux de ses fonctions, contrairement à ses goûts, un médecin, un hygiéniste, un épidémiologiste, un administrateur, un organisateur, et en tout il s'est montré un serviteur hors ligne de son pays. C'est qu'il était admirablement préparé par les exemples et la discipline de son enfance à ne jamais reculer et à faire face sans broncher aux obligations de la vie.

Sa mère avait fait de lui un homme de tendresse, son père avait fait de lui un homme de devoir; il pouvait maintenant marcher dans la vie avec honneur.

* * *

Chez le jeune chirurgien de troisième classe, la joie d'être pourvu, pour la première fois, d'un poste officiel et *rémunéré* n'était pas sans mélange. C'était une angoisse cruelle de se voir embarqué seul, chargé de la santé et de la vie d'une soixantaine d'hommes, équipage de la corvette *La Bergère*. Le sentiment de son ignorance, loin de l'accabler, le stimula à travailler à bord.

Mais que pouvait-il apprendre?

Un an après, le 18 février 1839, Jules Rochard fit, sur la corvette *L'Allier*, un voyage au Sénégal. En 1841, après un brillant concours, il fut nommé chirurgien de deuxième classe. Enfin, en 1845, le concours lui fit obtenir la première classe. En huit ans, il avait conquis ses trois galons, mais on ne peut pas savoir au prix de quel travail acharné, à toutes les heures du jour et de la nuit, par tous les temps, le jeune médecin avait conquis le succès.

* * *

Entre temps, en 1841, la corvette *La Fortune* fit une longue expédition qui resta mémorable.

Quittant Brest le 26 mai 1841, le navire, après avoir touché l'île Bourbon, doubla le Cap et arriva à Calcutta. Les renseignements n'étaient pas aussi bien assurés qu'aujourd'hui. On tomba sur une formidable épidémie de choléra.

Le Gange, à l'embouchure duquel était mouillée *La Fortune* charriait des cadavres. On les voyait descendre au fil de l'eau le long du navire et s'amonceler sur la chaîne des ancres, montant au niveau du pont et menaçant de l'envahir; il fallait les refouler.

La barre du Gange étant infranchissable, les hommes durent rester à bord dans un blocus de pestilence. Une partie de l'équipage fut atteint du choléra et paya un large tribut à la mort.

Le médecin de deuxième classe Jules Rochard se multiplia et fit travailler les hommes valides à frictionner les malades, à les soigner, à les nettoyer. Il donnait, le premier, l'exemple et pendant plus de vingt-cinq jours, il ne connut pas le repos, à peine le sommeil. Les hommes l'admiraient et ne connaissaient que lui à bord.

Un jour, on ne vit pas le médecin, dont les soins, la bonne humeur et l'entrain avaient le don magique de relever les courages. Le mal l'avait frappé à son tour.

La consternation fut profonde : Rochard parti, qu'allait-on devenir? L'attaque du choléra fut rude et pendant quelques jours on désespéra.

Sa vigoureuse constitution, son énergie, le sentiment qu'il avait d'être nécessaire aux hommes, sa volonté enragée de ne pas mourir, tout cela fit que Jules Rochard ne mourut pas cette fois-là.

Convaleseent, affaibli, se traînant avec peine, il se remit à donner des soins à ses malades. Il prit les mesures utiles pour faire, sinon la désinfection, du moins le nettoyage de la corvette.

L'inaction étant toujours dangereuse, il fit travailler les matelots à des corvées de propreté. On ne se hâtait pas de rentrer en France, pour ne pas apporter le fléau avec soi. Rochard profita d'une occasion de descendre à terre pour visiter le Cambodge et le royaume de Siam. Quand, vingt mois après son départ, *La Fortune* rentra à Brest, sur ses cent cinquante hommes d'équipage, la moitié manquait à l'appel.

Jules Rochard fut à la suite de cette campagne nommé chevalier de la Légion d'honneur.

C'était un chef adoré des marins. Il n'était pas familier, il était affable et bienveillant; il était avant tout très juste.

Sa conduite à bord de *La Fortune* devant Calcutta lui valut une popularité sans pareille.

Dans les rues de Brest les marins saluaient avec respect ce jeune médecin, brun, maigre, marchant vite, la tête penchée, qui n'avait rien de plus pressé étant à terre que d'aller à l'hôpital, à l'amphithéâtre, à la bibliothèque, qui étudiait toujours et partout, « comme si, disaient-ils, il n'était pas assez savant comme cela pour sauver la vie des hommes... » Avec lui on pouvait embarquer pour n'importe où.

Ce que les marins ne pouvaient pas dire, c'est comment il avait su les comprendre. Il savait si bien parler à leur âme, pénétrer dans leur esprit et leur donner la confiance et le courage!

Dès ses premières années, il avait appris à les connaître avec les pêcheurs du Légué, dans leur simplicité, dans leur complaisance, dans leur intrépidité, dans leur résistance à la peine et dans leur indigence. N'était-on pas pauvre aussi, chez nous? N'était-on pas forcé de regarder à la dépense et même souvent de se priver?...

C'est que la pauvreté, quand elle n'est pas piquée par l'envie et que le cœur est haut, est une rude force. N'est-ce pas elle qui impose le travail, qui enseigne l'endurance, qui conseille la bonté, qui apprend la résignation, qui suggère le courage et le mépris de la mort, n'est-ce pas elle enfin qui fait germer dans l'âme des hommes ces vertus qui les font nobles et compatissants?

Bénie soit la pauvreté!

* * *

Le grade de chirurgien de première classe marquait une sélection importante dans la carrière de la médecine navale.

Le service de santé bifurquait en deux corps : le *corps naviguant* et le *corps enseignant*.

Avant de prendre un parti, Jules Rochard — le croirait-on? — hésita.

Il aurait aimé à continuer la vie de ces braves gens de mer qui l'aimaient tant, dans la fréquentation des officiers avec lesquels son urbanité, sa modestie, sa distinction, son charme lui avaient créé des relations exquises. Mais il pensa que la meilleure façon de témoigner son intérêt aux marins était de leur préparer, pour les assister dans leurs expéditions, des médecins instruits et bien dressés. Il pensa aussi que le titre de professeur était le résultat d'un concours difficile. Cette difficulté même le décida : il serait professeur.

Il remplit pendant deux ans les fonctions de chef des travaux anatomiques de l'Ecole de Brest. Aussitôt après, un brillant concours lui valut le grade de professeur.

Le voici revenu, après un long détour, à la chirurgie, objet de la prédilection de ses premières années d'études. Il enseignera l'anatomie, la physiologie, la médecine opératoire avec un éclat et un succès sans précédent. Il fera des élèves, et ces élèves continueront le bien qu'il voulait faire à ses marins : ainsi il n'aura pas cessé d'être avec eux.

Notre éminent collègue, le docteur Auffret, ancien directeur du service de santé à Brest, a fait au lendemain de la mort de Jules Rochard une étude remarquable des travaux et de la carrière de son prédécesseur.

Il nous l'a montré successivement : *chirurgien-chef à Brest* (1854), — *médecin-chef à Lorient* (1863), — *directeur du service de santé à Brest* (1870), — *inspecteur général du service de santé à Paris* (1875). Il l'a connu, il l'a assisté dans sa pratique, et il nous a transmis quelques précieux renseignements que nous serons heureux de citer.

C'est à Jules Rochard chirurgien, c'est à l'auteur de l'*Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle*, qu'il nous tarde d'arriver.

* * *

Chirurgien, il le fut jusqu'au plus haut degré de la perfection. Ceux qui l'ont connu à Lorient et à Brest se rappellent avec quelle conscience, avant d'agir, il examinait les malades et les blessés, avec quelle sagacité de médecin et de chirurgien il précisait les indications d'agir, avec quelle probité il se décidait à opérer.

C'est qu'à cette époque, la question de vie et de mort se posait à l'occasion des interventions les plus minimes. Pour agir, il fallait des raisons impérieuses, décisives, et ces raisons, c'est l'impartiale discussion clinique qui les faisait paraître en un diagnostic lumineux. Là était la partie grave et difficile du rôle du chirurgien. Le reste était un jeu, un charme, une délectation de la main et des yeux! Et l'on pouvait dire de l'opération qu'elle était *la récompense du diagnostic.*

Avec une science anatomique consommée, avec une habileté opératoire merveilleuse et un inébranlable sang-froid, Jules Rochard pouvait tout entreprendre.

Le docteur Auffret nous rapporte une historiette caractéristique :

C'était, dit-il, *en* 1856; *après une année d'études, chirurgien de troisième classe nouvellement promu, je montai ma première garde à l'hôpital de Brest. Deux forçats, chargés du soin de surveiller une mine paresseuse, qui ne voulait pas partir, après quelques minutes d'attente, se disposaient à la visiter de près, quand elle fit subitement explosion.*

L'un des deux hommes avait été tué sur le coup, le second avait été porté mourant à l'hôpital. Après l'avoir pansé avec tout le soin dont était capable ma jeune expérience, je fis appeler le second chirurgien en chef.

Rochard arrive, examine le blessé, prend un bistouri, incise le cou, extrait de la plaie un fragment de pierre qui avait coupé la jugulaire interne et la carotide primitive, et qui servait de bouchon protecteur, jette une double ligature sur chacun des deux vaisseaux béants et quitte, moins d'une heure après son entrée, la salle d'opération, en reprenant le cigare qu'il avait déposé pour prendre le bistouri.

Il lui est arrivé plusieurs fois depuis, continue le docteur Auffret, *de me rappeler cette opération que nous avions, disait-il, pratiquée ensemble.*

J'avoue que je me suis souvent souvenu de la belle prestance de notre chef en cette circonstance grave, comme de la belle intervention dont j'avais été privilégié, j'ajouterai que je ne me suis jamais rappelé y avoir collaboré.

Si nous relevons les publications d'ordre chirurgical, à part l'*Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle*, qui est une œuvre impérissable, nous trouvons, il faut le reconnaître, un bagage bibliographique assez léger : des mémoires sur les *hématocèles de la tunique vaginale*, sur le *traumatisme produit par l'explosion des mines*, sur l'*opération de l'anus artificiel*, sur l'*ulcère de Cochinchine.*

Nous ne devons pas oublier un gros travail intitulé : *Le service chirurgical de la flotte en temps de guerre*, travail condensé qui servit de base à l'élaboration des règlements fixant les dispositions à prendre pour le combat, à bord des navires, — les soins à donner aux blessés pendant l'action, — les débarquements et les transbordements, etc.

C'est que, dans sa carrière toujours occupée, Jules Rochard n'avait jamais eu que l'occasion de faire la chirurgie de marine.

La chirurgie qu'il avait pratiquée, celle qu'il avait pour mission d'enseigner, était la chirurgie courante des accidents et des complications journalières : les fractures, les luxations, les plaies, les brûlures, les hémorragies, les coups de feu, les complications infectieuses.

* * *

Jules Rochard fut un chirurgien utile. Il ne croyait pas déroger en traitant une fracture et vous pouvez être assuré qu'il y excellait.

Il y a justement quelques jours le hasard me fit rencontrer un ancien ingénieur des constructions navales, aujourd'hui personnage important dans l'Etat, que Jules Rochard avait soigné en 1874 pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec une déformation poussée jusqu'au renversement. Le résultat était idéal. Le chirurgien en avait été très fier.

Laissez-moi vous conter une histoire :

C'était quelque temps avant la guerre; les enfants en promenade au cimetière de Lorient découvrirent que le fossoyeur était aveugle! Ils ne mirent pas en doute un seul instant que leur père pût guérir le pauvre homme et ils l'amenèrent en toute confiance à la maison.

Rochard fit quelques jours après l'opération de la cataracte

par extraction et le malade vit clair!... L'histoire eut un retentissement énorme dans la ville et dans les environs. Les aveugles affluèrent vers la maison du médecin de marine qui avait le don de « rendre les yeux ». La spécialité ne chôma pas tant que Rochard resta à Lorient.

Jules Rochard fut un clinicien sagace, un opérateur habile, et si nous ne trouvons pas à l'actif de ses publications des observations extraordinaires, ce n'est pas qu'il n'aurait pas été à la hauteur des entreprises marquantes, c'est que ses fonctions, limitées à la médecine navale, ne lui en ont pas apporté l'occasion.

***

L'*Histoire de la chirurgie française au XIX*e *siècle* représente quinze années de travail et d'un travail acharné, sans préjudice du temps que réclament les fonctions absorbantes du service de santé à Lorient et à Brest.

Est-il besoin de dire que pendant le grand branle-bas des organisations à Brest en 1870, il n'y avait de travail que pour la défense du pays.

« Dès le début de la guerre, dit le docteur Auffret, il se préoccupe et s'inquiète normalement, il se surmène physiquement pour veiller aux besoins de son grand établissement hospitalier qui va recevoir plus de 1 200 malades à la fois, pour créer des ambulances, pour distribuer le personnel, pour assurer les médicaments et le matériel qui doivent répondre aux besoins des centaines de malades et de blessés qui arrivent à tout instant.

Quels sont ceux qui, à Brest à cette époque, peuvent se rappeler sans émotions les interminables convois au-devant desquels on allait à la gare, dans la neige, toujours aux heures de nuit, et pour lesquels il avait dû tout prévoir! tout: nourriture, vêtement, pansement.

Rochard se multipliait pour faire face à des exigences sans cesse renaissantes et dont pas un détail ne s'accomplissait en dehors de son œil vigilant. »

Le travail est le grand consolateur : la tempête finie, Jules Rochard reprit l'œuvre interrompue, avec l'énergie silencieuse d'un caractère qui ne veut pas plier.

L'apparition de l'ouvrage, en 1875, fut un événement. Le monde savant put saluer l'avènement d'un historien, d'un philosophe, d'un penseur et d'un écrivain de premier ordre.

Voyez comme l'auteur donne les raisons qui l'ont conduit à écrire l'histoire.

Les études historiques ont un charme sans pareil. Il n'est pas pour l'intelligence de satisfaction plus délicate que celle qui consiste à suivre l'évolution d'une pensée à travers les âges, en assistant aux transformations qu'elle subit pour se dépouiller de sa gangue de préjugés et d'erreurs.

C'est aux maîtres de l'art, aux professeurs vieillis dans l'enseignement et dans la pratique qu'il conviendrait de se charger d'un pareil travail, mais pas un d'eux ne l'a fait, pas un ne s'apprête à le faire, et c'est pour cela que nous l'avons entrepris.

Jules Rochard explique dans sa préface les difficultés de la tâche qu'il a assumée.

Ces pages fières étaient écrites au lendemain de nos malheurs, dans l'universelle désolation des catastrophes; déjà certains écrivains, avec une logique de leur façon, ne craignaient pas de proclamer la déchéance totale de la France.

Voyez avec quelle dignité sévère et aussi avec quelle sagesse Jules Rochard s'exprime :

L'Allemagne, il ne nous coûte pas de le reconnaître, a puissamment contribué, depuis un demi-siècle, au progrès des sciences médicales. Il entre sans doute dans son bilan bien des valeurs de mauvais aloi, bien des emprunts qui mériteraient un autre nom. Mais en retranchant ce qui ne lui appartient pas, son lot est encore assez riche pour contenter son orgueil et ce serait manquer à la dignité que de chercher à l'amoindrir.

***

L'*Histoire de la chirurgie française au XIX*e *siècle* aura constitué pour nous autres le principal titre de gloire de Jules Rochard. Il ne faut pas penser à analyser cette revue des progrès de la chirurgie pendant près de cent ans.

Il fallait posséder une érudition profonde, une patience surhumaine, un courage tenace, une méthode inflexible pour mener à bien une tâche pareille. Il fallait surtout avoir été dans la pratique aux prises avec les difficultés, les angoisses, les responsabilités, les incertitudes et les joies de la chirurgie active.

Nous ne pouvons pas lire, sans admiration, cet inventaire détaillé des acquisitions de l'art, notées, pour ainsi dire, au jour le jour et jugées avec l'impartialité de l'histoire.

Ce qui séduit dans cette œuvre, ce n'est pas la science consommée des faits, ce n'est pas l'ordre rigoureux des divisions : c'est le souffle, c'est la couleur, c'est la vie même évoquée.

Jules Rochard ne s'est pas montré seulement un savant et un historien; il a été un grand artiste par la magie de sa reconstitution des caractères et des époques.

Je ne connais rien de plus saisissant que l'histoire de la réorganisation de la chirurgie navale en 1793, sous l'impulsion de Gaspard Monge.

A l'appel du pays en danger, jeunes ou vieux, les médecins offrent à Brest, à Rochefort, à Toulon, leur bonne volonté, leur dévouement, leur attachement au devoir, leur esprit de sacrifice.

La mort n'y allait pas à demi. A côté des séries de héros obscurs, anonymes, détruits avec leurs hommes, sautés avec leurs navires dans les journées d'Aboukir et de Trafalgar, l'histoire découvre et cite avec fierté les noms de ceux qui se sont dévoués et dont la mort n'a pas voulu.

*Lorsque le feu prit à bord de l'*Achille (à Trafalgar), *le chirurgien-major Saint-Hilaire refusa de quitter son poste et continua à opérer. Il ne céda qu'au moment où les flammes allaient lui fermer toute issue et se jeta à la mer avec un matelot auquel il venait de couper le bras et qu'il continua à soutenir au-dessus des flots, jusqu'au moment où les canots anglais les ressaisirent tous les deux.*

On ne pouvait admettre que Jules Rochard pût laisser échapper l'occasion que lui offrait l'histoire d'expliquer et de faire ressortir le rôle glorieux et obscur joué par la médecine navale dans les guerres de la République.

Personne ne comprit mieux que Jules Rochard la grandeur et la noblesse du rôle des médecins de la marine.

Depuis le moment où ses fonctions l'amenèrent à avoir des subordonnés jusqu'au jour ou il fut appelé, grand-maître de la médecine navale, au poste d'inspecteur général du service de santé, on peut dire que le personnel médical fut l'objet de la plus vigilante équité.

La politique n'avait pas encore enlevé les colonies à la marine. L'action des médecins s'étendait partout, à bord et à terre, où ils suivaient leurs hommes. Il fallait une grande expérience, la conscience scrupuleuse, l'amour de la justice de Jules Rochard pour faire face à la tâche difficile et délicate entre toutes de les juger.

Qu'il soit embarqué, qu'il soit à terre, dans les pires pays, au milieu de populations hostiles, le médecin est aussi un soldat exposé autant que ses hommes.

La solidarité médicale est louable, mais ce n'est pas à ce sentiment, plutôt étroit, que Rochard obéissait en faisant tenir un état exact des mérites et des titres de chacun.

L'impulsion venait de plus haut : l'amour de la justice, le bonheur de découvrir et de faire récompenser des actes qui seraient demeurés inconnus, une grande tendresse pour ceux qui peinent, qu'on oublierait si facilement et qui n'ont que vous pour les défendre, voilà les raisons qui ont fait du pro-

consulat de Jules Rochard l'époque heureuse de la médecine navale.

Le pouvoir a toujours des charmes, mais les charmes qui avaient le plus de prix aux yeux de l'inspecteur général, c'était la joie de servir la justice, d'encourager et de récompenser le travail, le dévouement et le courage. N'était-ce pas le réveil des impressions de son enfance pauvre et comprimée, écoulée dans la compagnie des braves, terrassés par la fortune, mais obstinés quand même dans la fière espérance des jours meilleurs?

Le courage : voilà la qualité première du marin pour qui le danger menace à toute heure et partout. Ce n'est pas pour les troupes de mer que l'on aurait pu consacrer la division absurbe et surannée des *combattants* et des *non-combattants*.

A bord, le combat ne s'arrête jamais. Le péril est pour tout le monde. Que le navire saute ou qu'il coule à fond, tout le monde y passe : il n'y a pas de jaloux.

Pour l'armée de terre, la distinction n'est pas moins absurde que pour la flotte, avec ces balles qui portent la mort à plus de 2000 mètres.

Dans son rapport à la Convention du 7 frimaire an III, Fourcroy disait :

La Convention apprendra avec sensibilité que plus de 600 officiers de santé ont péri depuis dix-huit mois au milieu et à la suite des fonctions mêmes qu'ils exercent.

C'est une gloire pour eux, puisqu'ils sont morts en servant la Patrie.

C'est dans ces idées, dont la forme lapidaire eût enthousiasmé son père, que Jules Rochard avait été élevé.

Le courage était une qualité de tradition.

Nous avons vu, avec quelle résolution Rochard, à Calcutta, avait affronté le choléra, qu'il observait pour la première fois, relevant le courage de ses marins et ayant à peine le temps de se remettre de l'attaque qui l'avait terrassé, pour reprendre son service interrompu.

En 1865, médecin-chef, il était sur le petit haleur qui fait le service de Lorient à l'hôpital de Port-Louis. Un matelot, montant un you-you de corvée, avait pris la remorque. La corde s'engageant dans l'hélice, l'embarcation chavira.

Un homme à la mer!

Non, deux! — car, aussi vite que la pensée, le médecin-chef s'était jeté tout habillé à l'eau et ramenait bientôt à la surface le malheureux en perdition.

L'année suivante il se portait au secours d'un petit imprudent que le courant entraînait au large, et le ramenait sain et sauf.

Il s'agissait de son fils Eugène, notre collègue, que voici !

* * *

Son avancement a été rapide : il devait être à cinquante-six ans inspecteur général du service de santé de la marine. Mais, entre temps, Jules Rochard avait déjà rendu son nom célèbre par des travaux remarquables de médecine comparée, de climatologie, d'hygiène et d'anthropologie qui lui ouvrirent les portes de l'Académie de médecine.

En 1849 Jules Rochard s'était marié à Brest.

Mlle Proux, fille d'un lieutenant de vaisseau, était âgée de dix-sept ans. Elle appartenait à une illustre famille de marins, les Bouet-Vuillaumez.

Elle a été la compagne de cette longue carrière de travail, elle a partagé, au milieu de l'estime universelle, cette vie noble et simple entre toutes. Elle a été l'éducatrice de quatre enfants, dont son mari, éducateur plutôt distrait, put, à juste titre, être fier. Comme la Romaine, elle a filé la laine et gardé la maison.

En vérité, Jules Rochard a été un homme parfaitement heureux. Il a donné à sa vieille mère la joie d'assister à ses premiers succès et au commencement de sa célébrité.

Il a généreusement payé la dette des angoisses, des privations, des sacrifices et de la misère du passé, en rendant la pauvre petite marchande de la rue Saint-Gouëno fière de son fils. Elle est morte en 1853.

Le capitaine Godard Rochard s'est alors attaché à son fils et ne l'a plus quitté. Il est mort dans ses bras à quatre-vingt-quatre ans.

Un des deux fils a embrassé avec ardeur la carrière des armes : il est chef de bataillon d'infanterie, breveté de l'Ecole de guerre.

L'autre avait choisi la médecine navale. Après avoir gagné au concours le grade de médecin de première classe, il a démissionné pour prendre part au concours des hôpitaux de Paris.

C'est Eugène Rochard, notre collègue et notre ami, le meilleur et le plus modeste des hommes.

Une épidémie de choléra ravageait Toulon pendant les années 1884-1885. Après quelques mois d'arrêt complet, l'épidémie réapparut brusquement dans une explosion de cas foudroyants et frappa plusieurs bâtiments de la flotte. Le cuirassé le *Colbert* fut le plus sévèrement éprouvé. Un jeune médecin se fit remarquer par son infatigable dévouement et par son entrain. Il resta seul sur la brèche, faisant plus que son devoir, jusqu'à la fin de l'épidémie.

Sa surprise fut profonde le jour où on lui apprit qu'il était proposé pour la croix.

Un mot caractéristique de Jules Rochard. Après avoir lu les rapports mentionnant la conduite du docteur Eugène Rochard, à bord du *Colbert* :

« Quel malheur que ce soit mon fils !

— Pourquoi ?

— Je l'aurais fait décorer !... »

Le docteur Eugène Rochard, médecin de première classe à la marine, fut *tout de même* fait chevalier de la Légion d'honneur.

Jules Rochard eut aussi deux filles.

L'aînée épousa un officier de marine des plus distingués, le capitaine de frégate Simart, répétiteur à l'Ecole polytechnique.

La plus jeune est demeurée l'ange du foyer, elle s'est consacrée à sa famille.

Elle est aujourd'hui la compagne fidèle, vigilante et *maternelle* de sa mère sur laquelle les années, les inquiétudes et les tristesses ont passé sans enlever un trait à la finesse et au charme de son esprit : les deux femmes vivent au fond de Passy, dans le culte du souvenir.

J'ai tenu à les voir. Elles m'ont fait l'honneur, il y a quelques jours, par une pâle matinée de décembre, de me recevoir dans un appartement modeste, plein des souvenirs de celui qu'elles pleurent encore.

Et nous avons parlé de lui.

* * *

En 1883, Jules Rochard fut l'objet d'une tentative de meurtre. C'était un soir de novembre, il rentrait du ministère par une pluie battante, blotti sous son parapluie et marchant à grands pas.

Un inconnu lui tira par derrière, presque à bout portant, deux coups de revolver.

Une des balles toucha la colonne lombaire, l'autre traversa la poitrine; l'assassin s'enfuit.

Rochard ne tomba pas; il gagna la rue du Cirque où il habitait, en vomissant des flots de sang. En rentrant, il dit simplement à sa femme et à sa fille : « Je viens d'être assassiné aux Champs-Elysées. Je ne me connais pas d'ennemis. » Le blessé resta plusieurs jours entre la vie et la mort. Il guérit. La balle inférieure avait touché l'apophyse épineuse d'une vertèbre lombaire et était sortie, sans avoir produit de lésions.

La balle supérieure avait traversé le poumon droit et s'était logée en avant ; on ne sut jamais où.

Quand, après quelques semaines de maladie, Rochard put quitter la chambre, sa première visite fut pour l'Académie de médecine.

A son entrée, on l'acclama.

— Je vous remercie, mes chers collègues, dit-il. De cette pénible aventure; il me sera donc resté un peu de plomb dans le poumon et beaucoup de reconnaissance dans le cœur.

L'auteur de ce meurtre était venu cinq jours après se constituer prisonnier. C'était un aliéné, échappé de Ville-Évrard, qui ne connaissait même pas le nom de sa victime.

*
* *

Le 25 janvier 1886, Rochard (Jules-Eugène), inspecteur général du service de santé de la marine, grand-officier de la Légion d'honneur, fut mis à la retraite.

Son état portait : CINQ CENT QUATRE-VINGT-DOUZE MOIS, DIX-SEPT JOURS DE SERVICE.

On ne me croirait pas si je disais quel était le chiffre des appointements de ce grade unique d'inspecteur général. La retraite calculée était si modeste que cet homme de soixante-sept ans fut obligé, pour soutenir son simple train de maison, de travailler.

On lui avait souvent proposé l'occasion de gagner quelque argent. Sa réponse avait toujours été qu' « étant au service de l'État, il devait à l'État tout son temps ».

La retraite, en rendant à Jules Rochard sa liberté, lui permit d'accepter les offres qu'il avait autrefois déclinées.

Il organisa et dirigea le service médical d'une grande compagnie d'assurances.

Cet emploi, beaucoup moins fatigant que ses fonctions de la marine, rapportait de sérieux émoluments.

Cet homme souverainement désintéressé disait, en plaisantant, que la richesse avait fait son entrée dans la maison quand avait sonné l'heure de la retraite.!

Jules Rochard n'avait gardé aucune trace de ses blessures de 1883. Il était aussi vif, aussi alerte, aussi infatigable que jamais. Cependant, à partir de 1895, sa santé déclina. Il ne voulait pas en convenir. Il ne se plaignait pas, mais il devenait pâle et maigre. Il souffrait. En 1896, il prit un jour à part son fils Eugène et lui montra un empâtement très douloureux de la région lombaire.

Notre maître le docteur Ch. Perier fut consulté. Il reconnut une collection profonde, correspondant à la blessure ancienne de l'arc vertébral lombaire. Il l'ouvrit. La douleur, à la suite de l'opération, s'atténua et disparut. Mais les forces ne revenaient pas. Le malade s'épuisait, on prit la résolution de le transporter à la campagne.

On partit pour Versailles au milieu de juillet.

Le dévouement de sa femme et de ses enfants ne put pas accomplir le miracle de le sauver.

Jules Rochard s'éteignit doucement, entouré des siens, le 13 septembre 1896.

Il repose dans le cimetière de Passy.

*
* *

Les morts vont vite! Néanmoins après douze ans nous nous rappelons tous la figure intéressante de Jules Rochard. L'Académie de médecine, dont il avait été le président, était l'objet de sa prédilection. Le mardi, nous le voyions arriver à pas pressés, bien avant l'heure de la séance.

C'était un homme de taille moyenne, mais que sa maigreur et son attitude penchée faisaient paraître plus grand.

Il y aurait de la présomption à vouloir esquisser son portrait en quelques lignes, car je ne crois pas qu'on puisse rencontrer des expressions plus changeantes. Et ces expressions, au gré des circonstances, imprimaient à la physionomie les modifications les plus inattendues. Un front droit, très large et très haut, renforcé en bas par ces saillies sus-orbitaires auxquelles on attribue d'ordinaire la mémoire visuelle puissante. Un nez long, légèrement aquilin, descendant par une ligne pure à un lobule délicat. Les narines bien dessinées, avec des ailes singulièrement mobiles. La mâchoire inférieure puissante, le menton haut et dur des tenaces, les pommettes plutôt saillantes; telle était dans son ensemble la conformation du visage très accentué de Jules Rochard.

La nature avait fait, comme on dit, de l'ouvrage solide, sacrifiant le modèle aux plans et produisant dans la charpente plus de force que de douceur. C'est aux yeux qu'il était réservé de corriger la rudesse de la structure et d'en adoucir les lignes. Ils étaient très grands, logés sous la broussaille saillante des sourcils. C'étaient des yeux discrets et profonds, qui semblaient s'effacer dans une expression de rêverie abandonnée, quand l'âme était au repos, mais c'étaient des yeux puissants qui savaient briller, pétiller, rire, éclater, dominer et séduire par la force magnétique de l'âme qui les animait. C'étaient des yeux tantôt gris, tantôt bleus avec des éclaircies de vert, des yeux graves et doux sur lesquels le gris des nuages, le bleu lavé du ciel et l'émeraude ternie de l'Océan semblaient avoir déposé leurs couleurs, comme si la nature avait eu le caprice d'assortir la physionomie des êtres et de fixer le reflet de l'âme des choses dans le regard des hommes!

C'est au docteur J. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, que je dois d'avoir fait la connaissance de l'auteur de la *Chirurgie française au XIX*e *siècle*. Bergeron et Rochard étaient liés depuis longtemps par la plus solide amitié. Ils s'étaient rapprochés dans la communauté de leurs études d'hygiène, par la profonde estime qu'ils professaient l'un pour l'autre. Il y avait aussi une communauté d'origine dont ils subissaient peut-être l'influence. Le père de Rochard était l'intrépide guerrier qui avait eu la carrière que vous savez. Le père de Bergeron, lui aussi, avait servi l'empereur. Il avait parcouru l'Europe comme médecin-major des armées de la République et de l'Empire. C'était un homme brave et doux qui, sa mission terminée, s'était discrètement retiré à Moret, d'où il s'était consacré à l'éducation de son fils. Rochard et Bergeron avaient été élevés à l'école du devoir, de l'abnégation et du sacrifice. La droiture de leur carrière relevait d'une communauté d'idées premières qui devaient forcément rapprocher ces deux bons Français.

*
* *

On a parlé souvent du talent oratoire de Jules Rochard.

A l'Académie de médecine, dans les Congrès, il était étincelant. Mais il faut ajouter que cet éclat n'était après tout que le produit d'une documentation approfondie et d'une dialectique aiguisée.

Mais quelle préparation, quel travail dans le choix et le classement des arguments!

Ici, à la Société de chirurgie, quand il prenait la parole, c'était une autre forme d'éloquence, faite à dessein de précision, excluant presque l'élégance. Notre maître M. Ch. Perier me disait que son influence sur ses collègues était considérable.

C'est comme causeur qu'il était incomparable. Personne ne savait mieux que lui, laissant son esprit au repos, éveiller et soutenir l'intérêt, se mettant à la portée de son auditoire, le charmant, l'instruisant avec une bonne grâce et une gentillesse qui faisaient qu'on ne se lassait jamais de l'entendre.

Là, est le secret de l'art délicieux de la causerie.

Cet homme, qui avait vu tant de pays, qui avait connu tant d'hommes célèbres et qui savait tant de choses, était un modeste avant tout. Il causait, non pas pour lui, mais pour les autres; l'attrait était chez lui une des formes de la bonté; son principal désir était, en se faisant entendre, de charmer.

Il charmait par le sujet. Il charmait par l'expression exquise, élégante, vive, lumineuse, pittoresque; il charmait surtout par

sa voix chaude, grave, harmonieuse, une voix « prenante », dont la séduction se complétait de tout le magnétisme du regard.

Orateur, causeur, homme d'esprit, homme du monde, Jules Rochard était tout cela. C'était bien, mais ce qui me semblait supérieur en lui, d'une supériorité qui ne passera pas, c'est son talent d'écrivain. Vous en avez pu juger par les passages que j'ai extraits de sa préface à l'*Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle*.

Par la précision et l'élégance de son style, Jules Rochard s'est montré un artiste de premier ordre. Il connaissait à fond les grands maîtres de la langue française, il les avait étudiés, médités, disséqués, afin de mettre à jour le secret de leur séduction.

A cette connaissance de lettré, il avait ajouté ce que les enseignements d'une enfance amère, d'une jeunesse laborieuse et réfléchie, d'un âge mûr éprouvé par la poursuite de tant de sciences, par la pratique de toutes les compassions en présence de toutes les douleurs humaines. Voilà ce qui donne au style de Jules Rochard cette puissance, cette chaleur, cette vie et cette générosité qui sont la marque de son talent !

* * *

Nous vous avons fait assister à la genèse et au développement de cette nature d'élite.

Nous aurions voulu faire comprendre quels encouragements la vie de cet homme de devoir apporte aux jeunes.

Sans fortune, sans appui, par la seule force des exemples devant lesquels il fut élevé, par la puissance d'une volonté indomptable, il a haussé son âme, et de la hauteur à laquelle ses idées ont été élevées, il a dominé les intérêts, les mesquineries, les cupidités du monde ; il a jugé sévèrement la vanité des ambitieux, égoïstes et inutiles, que préoccupent exclusivement la récompense et le salaire; il a compris que ce qui fait la grandeur de notre vie, c'est le bien que nous répandons.

Depuis la situation la plus infime jusqu'aux dignités les plus hautes de sa carrière, il a travaillé sans relâche pour les petits, pour les silencieux, pour les résignés, pour les abandonnés, pour les créatures oubliées de Dieu.

Sa journée finie, le soir venu, il s'est arrêté, aussi pauvre qu'au jour de sa naissance.

A ceux qui lui auraient demandé ce qu'il avait tiré de sa vie, il aurait pu répondre simplement : « J'AI SERVI ! »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1908)

Oculo-réaction et non-accoutumance à la tuberculine. — M. H. VALLÉE. Chez les bovidés tuberculeux, les injections sous-cutanées de tuberculine ne donnent des résultats positifs chez un même animal qu'autant qu'un bon mois sépare les injections successives. En effectuant les tuberculinisations secondes à dose double, on peut cependant obtenir un résultat positif à quelques jours d'intervalle.

Mais pour démasquer les fraudes sur les animaux présentés à l'inspection, l'ophtalmo-diagnostic, mieux encore que l'inoculation double de tuberculine, se montre un procédé parfait.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1908)

Insuffisance aortique et traumatisme. — M. Emile SERGENT a eu l'occasion d'observer ces jours derniers un cas d'insuffisance aortique comparable à ceux qui ont été signalés dans les dernières séances de la Société.

Un homme de quarante-deux ans, mécanicien — qui affirme n'avoir jamais été malade — reçut en pleine poitrine un moteur d'un poids considérable, qu'il réparait avec d'autres ouvriers et qui brisa les liens qui le retenaient suspendu. Le choc, autant que la contraction musculaire violente que fit cet homme pour éviter d'être écrasé, déterminèrent un craquement dans le thorax; cependant, il n'y eut pas la moindre fracture de côte. Mais, dès ce jour, une dyspnée continue s'installa.

Or, l'auscultation révèle actuellement l'existence d'un souffle diastolique aortique, particulièrement remarquable par son *timbre musical*, comparable à un piaulement. Ce fait mérite d'être pris en considération; on sait, en effet, que le timbre musical appartient essentiellement aux souffles valvulaires liés à une rupture, à une déchirure tendineuse, ou à une perforation valvulaire ; c'est ainsi qu'on le rencontre fréquemment dans les anévrismes valvulaires aortiques.

Aussi bien peut-on être autorisé à dire que ce caractère musical du souffle ne doit pas être négligé en matière de certificat à établir à propos d'un accident de travail.

Paralysie générale infantile chez une imbécile épileptique. — MM. L. MARCHAND et H. NOUET présentent l'observation clinique, les pièces anatomiques et les coupes histologiques relatives à un cas de paralysie générale infantile. Des particularités cliniques et anatomiques rendent ce cas très intéressant. Il s'agit d'une enfant à hérédité chargée, atteinte d'abord d'imbécillité avec épilepsie et qui, à l'âge de douze ans, présenta, outre un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, les symptômes somatiques de la paralysie générale. La malade meurt à l'âge de quinze ans en état de mal épileptique.

L'examen histologique des centres nerveux révèle les lésions suivantes : outre des lésions diffuses de méningo-encéphalite subaiguë, on remarque dans tout le cortex de petits îlots de sclérose. Au niveau des lobes frontaux, la substance grise est complètement décollée de la substance blanche ramollie; de nombreuses veines méningées sont atteintes de phlébite oblitérante. Dans toutes ces régions on rencontre des foyers disséminés d'hémorragies capillaires. Les auteurs pensent que la sclérose cérébrale par îlots était le substratum anatomique de l'imbécillité avec épilepsie, état mental préexistant à la démence paralytique. Les lésions de méningo-encéphalite sont survenues sur un cerveau déjà altéré. Les auteurs insistent sur le rôle joué par les phlébites méningées dans la production des hémorragies capillaires cérébrales.

Oculo et cuti-réaction chez les enfants. — M. COMBY présente trois enfants qu'il a soumis à l'épreuve de l'oculo et de la cuti-réaction avec la solution de tuberculine à 1/100 de l'Institut Pasteur. Cette solution peut servir à la fois aux deux épreuves ; cependant M. Comby conseille de la diluer à 1/200 pour l'oculo-réaction. On fait la cuti-réaction comme on ferait une vaccination en insérant à l'extrémité d'une lancette, une goutte de la solution à 1/100. Il se forme une papule lenticulaire qui persiste une, deux ou trois semaines, et qui est caractéristique.

Atrophie d'origine digestive. — M. VARIOT présente un enfant atrophique d'origine digestive qui a bénéficié largement de l'usage du lait homogénéisé.

Un cas fruste de syndrome de Mickulicz chez un infantile. — MM. I. DE JONG et H. JOSEPH présentent un petit malade atteint depuis près d'un an d'une hypertrophie des glandes salivaires survenue progressivement sans douleur ni fièvre, ni aucun signe fonctionnel. Le petit malade présente en outre une irido-choroïdite avec gomme irienne de nature douteuse. Enfin c'est un infantile, de par sa taille, le peu de développement de ses organes génitaux, les testicules étant à

l'anneau et petits, le peu de développement de ses extrémités osseuses comme le montre la radiographie. Il n'existe chez lui ni adénopathie, ni splénomégalie, ni modification de la formule sanguine. Malgré l'absence de lésion des glandes lacrymales, les auteurs rapprochent leur cas du syndrome caractérisé dans sa forme la plus pure, par l'hypertrophie chronique des glandes salivaires et lacrymales, sans altérations de l'appareil lymphoïde, ni leucémie. Le terme de maladie de Mickulicz englobe des faits assez disparates, pour qu'on puisse y rattacher ce cas, d'autant que l'évolution des lésions oculaires et salivaires a été parallèle, et que l'on connaît deux cas où l'hypertrophie des glandes lacrymales a pu suivre à assez longue distance l'hypertrophie des glandes salivaires.

L'infantilisme du sujet est également intéressant, car il n'existe aucun signe certain de dysthyroïdie et il n'y a d'altération évidente d'aucune autre glande. La classification de ce cas est donc difficile à tous points de vue, d'où son intérêt.

Un cas d'aphasie totale avec autopsie. — M. Cawadias. Chez un malade ayant présenté une aphasie totale, l'autopsie a montré au niveau de l'hémisphère gauche du cerveau un foyer de ramollissement très vaste comprenant la zone de Broca, la zone lenticulaire, la zone de Wernicke. Ces cas à lésions étendues représentent la moitié des autopsies d'aphasiques, l'autre moitié étant représentée par des cas à lésions petites et localisées, tels les cas de MM. Marie et Moutier et de M. Souques. Ce sont ceux-ci, seuls qui doivent servir à l'étude de la localisation de l'aphasie, les cas à lésions étendues ne pourraient qu'apporter confusion dans la matière. Ils doivent simplement être interprétés en tenant compte des cas à lésions localisées. C'est en s'appuyant sur ces derniers qu'on peut admettre que dans l'observation présente l'aphasie sensorielle a été déterminée par des lésions de Wernicke, l'aphasie motrice par celle de la zone lenticulaire; quant à la lésion de Broca elle n'aurait aucune importance fonctionnelle dans l'espèce. Cette interprétation doit donc être faite d'après la théorie de M. Marie.

Sténose du cardia. — M. Lion rapporte un fait de sténose du cardia analogue à celui que MM. Thiroloix et Bensaude ont communiqué dans la précédente séance et insiste sur la difficulté qu'il y a parfois à distinguer la sténose de l'extrémité inférieure de l'œsophage de celle du pylore.

C'est à la présence dans la dilatation œsophagienne, le matin à jeun, d'un liquide contenant des résidus alimentaires reconnaissables à l'œil nu qu'est due la confusion. On croit avoir pénétré dans l'estomac et on conclut à l'existence d'un stade gastrique.

On trouvera les éléments du diagnostic dans les sensations éprouvées par le malade et localisées invariablement derrière le sternum, dans les caractères physiques et chimiques des liquides extraits le matin à jeun et après le repas d'épreuve (absence d'acide chlorhydrique libre, peu ou pas de chlore combiné organique, faible acidité due entièrement à l'acide lactique, absence ou traces infimes de syntonine et de peptones), caractères qui toutefois peuvent se rencontrer dans le cancer du pylore avec apepsie, enfin et surtout dans l'examen de l'œsophage à l'aide de l'explorateur à boule olivaire. Ce dernier moyen permet à lui seul de faire le diagnostic d'une façon certaine. C'est le mode usuel d'examen auquel il faut d'abord s'adresser; la radioscopie, la radiographie, l'œsophagoscopie pourront ensuite être utilisées pour confirmer et compléter le diagnostic (volume et forme de la dilatation, nature du rétrécissement).

Les faits rapportés par MM. Thiroloix, Bensaude et Lion doivent, à cause de leur bénignité relative et de leur nature encore obscure, bien qu'un grand nombre d'auteurs les considèrent comme d'ordre spasmodique, être classés à part. On les range parfois dans les « dilatations idiopathiques », mais ce terme doit être réservé aux dilatations qui se développeraient parfois en dehors de tout rétrécissement. Ici, la sténose n'est pas douteuse et l'on a affaire à de véritables rétrécissements du cardia.

Ictère chronique splénomégalique. — M. Hayem rappelle qu'il a attiré l'attention il y a dix ans : sur une affection caractérisée ainsi, ictère prolongé, anémie plus ou moins intense, hypertrophie de la rate avec hypertrophie peu accentuée du foie. Il ne pense pas qu'à ces variétés d'ictère puisse s'appliquer le terme d'ictères hémolytiques. par la raison qu'il y a toujours comme intermédiaire obligatoire le foie, point de départ jusqu'ici de tous les ictères.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 FÉVRIER 1908

Samedi 8 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Prenant, Langlois et Maillard; — (2e série) : MM. Gley, Launois et Nicloux.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Albarran, Demelin et Cunéo; — (2e série) : MM. Quénu, Morestin et Jeannin; — M. Brumpt, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Jeanselme; — (2e série) : MM. G. Ballet, Fernand Bezançon et Nobécourt; — M. Castaigne, suppléant.

THÈSES

Mercredi 5 février 1908, à une heure. — M. Simonot. Essai critique sur la pharmacodynamie du mercure. (MM. Pouchet, président; Gaucher, Roger et André Jousset.) — M. Menard. Origine thyroïdienne du rhumatisme chronique progressif et déformant. (MM. Gaucher, président; Pouchet, Roger et André Jousset.) — M. Bignon. Contribution à l'étude de l'asystolie d'origine pulmonaire. (MM. Roger, président; Pouchet, Gaucher et André Jousset.) — M. Parrical de Chammard. L'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Tostivint. Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques d'origine appendiculaire. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 6 février 1908, à une heure. — M. Tilloy. Contribution à l'étude de la surdi-mutité. Etiologie. Thérapeutique. Méthode orale. Troubles du langage. (MM. Raymond, président; Chantemesse, Fernand Bezançon et Claude.) — M. Seulliet. Du traitement médical des inflammations circonscrites aiguës du sein. (MM. Chantemesse, président; Raymond, Fernand Bezançon et Claude.) — M. Cramer. Lithotritie ou prostatectomie. (MM. Albarran, président; Bar, Marion et Brindeau.) — M. David. L'endoscopie utérine. (MM. Bar, président; Albarran, Marion et Brindeau.) — Mlle Tchebotarewsky. Dystocie par tumeurs du rectum. (MM. Bar, président; Albarran, Marion et Brindeau.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 27 janvier : MM. Coustère, 4; Villechaise, 8; Lamoureux, 12; Le Grand, 11; Haller, 12; Bruslon, 7; Baumgartner, 11; Durand (Louis), 10.

Pathologie. — Séance du 27 janvier : MM. Thibaut (David), 8; Brac, 10; Pélissier (André) et Rousseau-Langwelt, 8; Tzanck, 6; Chamard, 8; Aubry, 2; Kindberg (Léon), 8; Tissier, 5; Camboulives, 6.

COLLÈGE DE FRANCE. — L'assemblée des professeurs vient de désigner par 19 voix contre 9, M. le docteur Capitan pour succéder à M. Lejeal, dans la chaire d'antiquités américaines (fondation Loubat).

LA GRÈVE DES MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DANS LA SOMME. — Nous avons annoncé que les médecins de la Somme ne pouvant faire entendre leurs réclamations au sujet de l'organisation de l'assistance médicale gratuite dans la Somme avaient décidé de ne plus faire partie du service départemental. Ils avaient décidé en outre d'assurer gratuitement le service jusqu'à nouvel ordre.

La manifestation purement platonique de nos confrères leur vaut d'être poursuivis pour entrave au libre exercice d'un service public !

LES ÉPIDÉMIES DANS L'ARMÉE. — On signale un nouveau décès par méningite cérébro-spinale à Douai. — La fièvre typhoïde a fait son apparition dans la garnison d'Angoulême.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — *Prix à décerner en 1908.* — Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1907.

Prix Laborie (1200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Dubreuil (400 francs). — Prix annuel destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Ricord, bisannuel (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Les manuscrits, comme pour le prix Laborie, doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1908.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Service Civiale. — M. le docteur Marion, professeur agrégé, chef de service, commencera le mardi 11 février des conférences sur les maladies des voies urinaires.

Mardis, samedis, à neuf heures et demie, amphithéâtre Civiale : Conférences de séméiologie et de pathologie; — Jeudis, à neuf heures et demie, amphithéâtre Civiale : Conférences de thérapeutique et de technique opératoire; — Lundis, vendredis, à neuf heures, salle de la consultation : Examen de malades.

Opérations : Les mardis, jeudis, samedis, après la conférence (amphithéâtre Civiale).

Visites dans les salles (salles Civiale et Lailler) : Les lundis et vendredis, après la consultation; les mercredis, à neuf heures.

Examen et traitement des malades externes (hommes et femmes) : Tous les jours, salle de la consultation, sous la direction de M. le docteur Lavenant, assistant du service.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Cours d'auscultation. — Sous la direction de M. le docteur Mosny, M. Marcel Pinard, interne du service, commencera le lundi 10 février 1908 un cours pratique d'auscultation. Le cours aura lieu tous les matins à huit heures et demie. Il sera complet en douze leçons. Nombre des élèves limité à 6. Droit d'inscription : 40 francs,

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

SCOLIOSE ET NUTRITION CHEZ LES ADOLESCENTS

Par M. le professeur HUTINEL (1).

Je vous présente aujourd'hui quatre fillettes, atteintes de scolioses plus ou moins accentuées.
Voici en quelques mots leur histoire :

Observation I. — Fanny S..., âgée de treize ans, est une petite tuberculeuse.

L'ophtalmo et la cuti-réaction donnent, chez elle, des résultats positifs et la respiration est rude au sommet droit. Fille d'un père tuberculeux, sœur d'un garçon scoliotique, mort à la suite d'une scarlatine, elle est fatiguée depuis un an.

Pâle et maigre, elle s'essouffle au moindre effort; elle digère mal, est habituellement constipée et présente une dilatation très appréciable de l'estomac. C'est une petite nerveuse qui a de fréquents maux de tête, dont les conjonctives et le pharynx sont insensibles et dont l'urine renferme une certaine proportion d'albumine, même le matin au réveil. Chez elle, la scoliose n'est pas très accentuée ; elle présente une courbure à convexité droite.

Obs. II. — Julia T..., quinze ans, fille d'un alcoolique, a perdu deux frères, l'un de convulsions, à quatre ans, l'autre de tuberculose, à dix-huit ans.

Elle est restée délicate après une rougeole grave compliquée de broncho-pneumonie dont elle a été atteinte à quatre ans. Elle est réglée depuis un an, mais les époques sont tout à fait irrégulières; elles se sont supprimées pendant quatre mois et elles se sont montrées plusieurs fois dans le même mois. Elle digère mal : douleurs épigastriques avant les repas, nausées après, constipation tenace. Le cœur et les poumons sont sains et on ne note pas de ptoses viscérales; mais les urines sont légèrement albumineuses dans la journée ; elles ne le sont pas le matin, au réveil. Scoliose dorsale, légère, à convexité droite.

Obs. III. — Stella T..., quatorze ans, fille de parents sains, a été nourrie au biberon. Elle a vécu à la campagne jusqu'à dix ans. Depuis trois ans, elle est fatiguée, molle au travail et inattentive.

Elle est réglée depuis un an, mais d'une façon très imparfaite. Elle s'essouffle facilement, se plaint de palpitations et digère mal : son appétit est capricieux, elle se plaint de pyrosis et de nausées, mais n'a pas d'entérite. Le rein droit est abaissé. Souffle méso-systolique, anorganique. Pas de lésion pulmonaire. Albuminurie orthostatique peu accentuée. Scoliose légère à convexité droite.

Obs. IV. — Suzanne M..., quatorze ans, est fille d'un père alcoolique. Elle a été allaitée par sa mère et n'a eu que la rougeole et la coqueluche.

Elle présente aux mains et aux pieds des déformations très nettes de rhumatisme chronique, scoliose légère à convexité droite. Pied plat, valgus. Troubles dyspeptiques, anorexie mentale, amaigrissement notable, perte de 2kg500 depuis cinq mois. Constipation habituelle, pas de ptoses; légère albuminurie orthostatique.

Respiration un peu soufflante à droite; pas de dyspnée, ni de palpitations.

Si je vous parle aujourd'hui de ces enfants, ce n'est pas tant pour vous enseigner ce que vous savez déjà d'une part sur la scoliose, et d'autre part sur certains états morbides de l'adolescence liés entre eux par une parenté certaine, que pour vous montrer combien il nous reste encore à apprendre sur ce sujet difficile.

La scoliose n'est pas, comme on l'a cru longtemps une maladie locale. Elle est sous la dépendance d'un trouble de la nutrition dont vous trouverez les traces dans la plupart des organes. Elle se montre surtout de huit à seize ans, chez les filles plus souvent que chez les garçons; elle peut être plus précoce ou plus tardive; mais aujourd'hui je m'occuperai spécialement de la scoliose des adolescents.

Si elle est au moins huit fois plus rare chez les garçons que chez les fillettes, elle est quelquefois, chez ceux-ci, plus tardive et plus sérieuse, peut-être tout simplement parce qu'on a moins surveillé leur taille.

Elle semble parfois héréditaire et on comprend que les parents puissent transmettre à leurs rejetons les prédispositions qui la font apparaître.

On l'a attribuée surtout aux attitudes vicieuses, aux attitudes scolaires, aux troubles de la statique qu'occasionne le raccourcissement d'un membre ou même à l'insuffisance de la respiration nasale. Certes, les attitudes vicieuses ne sont pas à négliger et elles doivent conserver leur place dans l'étiologie des incurvations de la colonne vertébrale; mais pourquoi exercent-elles leur influence particulièrement sur les jeunes filles moins fatiguées par leurs études et généralement mieux surveillées que les garçons? C'est qu'elles n'interviennent qu'à titre de causes occasionnelles, la cause efficiente étant un trouble de la nutrition.

M. Kirmisson a dit depuis longtemps que la scoliose était une manifestation du rachitisme.

Cette manière de voir me paraît absolument judicieuse et je l'adopte volontiers; mais il faut l'expliquer. Faut-il entendre par là que les adolescents scoliotiques ont tous été rachitiques dès leur petite enfance, et doit-on s'attendre à trouver sur tous les os du squelette des stigmates du rachitisme des premières années? Mais alors pourquoi les garçons qui, pourtant, sont exposés à plus de fatigues deviennent-ils moins souvent scoliotiques que les filles? Pourquoi, chez certains sujets, est-il impossible de retrouver dans les antécédents trace de rachitisme? C'est que, si la scoliose peut se montrer chez des enfants qui, de bonne heure, ont présenté des troubles de l'ossification et qui en ont gardé les traces, elle peut aussi être la manifestation d'une forme tardive de rachitisme. Je vous rappellerai un jour comment je comprends cette maladie, comment j'en ai exposé la pathogénie dans des leçons faites à la Faculté il y a cinq ans et je vous dirai combien j'ai été heureux de voir ces idées en partie admises par M. Marfan; mais aujourd'hui je me bornerai à vous dire que la scoliose des adolescents m'apparaît comme le résultat d'un trouble de la nutrition.

Pour le prouver, il faudrait tout d'abord étudier avec un soin minutieux les détails de l'ossification des vertèbres et mettre en lumière les perturbations qu'elle peut subir; c'est la tâche des anatomistes; mais il appartient à un médecin de vous faire remarquer les modifications que présentent dans leur développement physique et dans le fonctionnement de la plupart de leurs appareils les jeunes scoliotiques. Nous allons ainsi passer en revue une foule de troubles fonctionnels qui à coup sûr, ne se rencontrent

(1) Leçon recueillie par Mlle Giry, interne du service.

pas réunis au complet chez tous les enfants, mais qui ont entre eux une parenté certaine et qui se groupent de différentes façons pour constituer des types morbides.

Rappelez-vous ce que vous avez vu en examinant la plupart de ces enfants. Plusieurs ont non seulement la colonne vertébrale incurvée, la taille déviée, une hanche trop haute, une épaule trop basse, une omoplate trop rapprochée ou trop éloignée de la ligne médiane ; mais une poitrine étroite et un thorax peu développé. Placez-les devant vous et regardez-les : le bassin est assez large et les membres inférieurs ont un aspect satisfaisant ; au contraire la partie supérieure du corps est étroite et grêle. La partie inférieure est déjà d'une femme ; la partie supérieure est encore d'un enfant ; les membres, surtout les bras, sont maigres et semblent trop longs ; les muscles, surtout ceux du tronc, sont faibles, souvent fatigués, comme ataxiques, et cette faiblesse entre pour une part très importante dans le trouble de la statique qui révèle la déformation vertébrale.

Mais ce n'est pas seulement l'habitus extérieur des enfants ni même l'état de toutes les parties constituantes de l'appareil locomoteur qui doivent nous intéresser. Voyons ce que nous révèle l'examen des diverses fonctions.

Chez beaucoup de ces jeunes sujets, vous constaterez des troubles circulatoires. La face rougit facilement, les mains et les pieds sont froids et violacés, les mains, particulièrement humides et moites, sont désagréables à toucher. Les engelures sont fréquentes l'hiver, la couperose et l'acné de la face font la désolation des parents. La circulation périphérique est défectueuse.

Les palpitations, l'essoufflement et la dyspnée d'effort sont habituels. Les enfants ne peuvent courir sans fatigue, ni parfois sans angoisse précordiale. Pourtant il n'existe pas de lésions cardiaques ; si le cœur semble gros, c'est souvent parce que sa pointe est abaissée et cet abaissement se constate parfois de la façon la plus nette dans la position verticale, surtout chez les garçons. Si on note des souffles, ce sont habituellement des bruits sus-apexiens qui ne correspondent à aucune lésion organique. Les fillettes sont souvent anémiques ; plusieurs même sont manifestement chlorotiques ; mais la chlorose n'est pas tant s'en faut la compagne constante et obligée de la scoliose, elle évolue parallèlement à elle, au même âge, dans des conditions pathogéniques analogues et elle témoigne, elle aussi, d'un trouble de nutrition, mais qui a porté sur l'hématopoïèse, tandis que la scoliose résulte d'un vice de l'ossification.

La digestion est rarement normale et on a souvent accusé les troubles digestifs d'être la cause des altérations osseuses. Ils jouent certainement un rôle important ; mais chez l'adolescent, ce rôle est moins prépondérant que chez l'enfant d'un à trois ans. Ce qu'on rencontre surtout, chez les jeunes scoliotiques, ce sont des atonies gastriques, avec ptoses ou dilatations plus ou moins accentuées, des constipations parfois tenaces, souvent accompagnées de colites, avec selles muco-membraneuses, contraction du côlon, accumulation de matières dans le cæcum et même, chez certains, signes d'appendicite chronique. Chez d'autres, il y a des douleurs gastralgiques, des tiraillements, des nausées qui font penser à l'hyperchlorhydrie. Chez la plupart, l'appétit est irrégulier, les digestions lentes, capricieuses, imparfaites et l'assimilation défectueuse. S'il s'agit de fillettes nerveuses, ces troubles digestifs peuvent faire apparaître l'anorexie mentale, comme chez une de nos petites malades. Enregistrons donc ces manifestations, faisons état de leur existence pour expliquer les phénomènes morbides ; mais gardons-nous de leur accorder une importance trop exclusive.

Quand on veut se rendre compte de l'état de la nutrition, il faut surtout interroger les urines. Or, vous devez vous rappeler le fait suivant : un jour, à la consultation, un adjudant nous présentait une grande fillette de quatorze ans, maigre, pâle et scoliotique. Je vous engageai à faire immédiatement l'examen des urines et à y chercher l'albumine.

L'albuminurie existait et, comme je vous l'avais fait prévoir, il s'agissait d'une albuminurie cyclique, à caractère orthostatique. La corrélation qui existe entre la scoliose et les albuminuries cycliques est fréquente. Elle apparaît plus souvent dans la classe riche, chez les rejetons de goutteux, de nerveux, d'arthritiques, dont l'alimentation est trop riche en substances azotées, que chez nos enfants de l'hôpital ; elle se rencontre chez les garçons comme chez les filles. L'albuminurie peut, dans ces cas, avoir le caractère d'une albuminurie persistante et se retrouver à tous les moments de la journée, mais ce fait est exceptionnel.

Dans presque tous les cas, elle est cyclique ou orthostatique ; elle disparaît la nuit, manque presque toujours le matin, pour reparaître à partir de certaines heures de la journée, surtout quand les enfants ont marché et se sont tenus debout. Cette albuminurie est, d'ailleurs, variable ; absente à certains jours, elle est abondante dans d'autres, surtout à l'approche des menstrues chez les fillettes déjà réglées ; elle est influencée par les fatigues, par les émotions, par la tristesse, même par la visite au médecin ; elle est modifiée par la manière de vivre et surtout par le repos. C'est une albuminurie fonctionnelle que les uns attribuent à une lésion légère et plus ou moins passagère des reins, tandis que les autres la considèrent comme absolument indépendante de toute altération rénale.

Avouons que sa pathogénie n'est pas encore définitivement établie. Ce qui nous arrête : c'est un mot, c'est le terme de néphrite dont on se sert pour qualifier la lésion du rein, cause de l'albuminurie. Il semble qu'albuminurie égale néphrite, c'est-à-dire inflammation du rein. Or, la réaction irritative des protoplasmas cellulaires dans les éléments sécréteurs est conditionnée soit par le passage ou l'action directe de certains germes, soit plus souvent par l'effet des poisons microbiens, soit encore par des poisons chimiques ; mais il est certain que ces protoplasmas peuvent être modifiés également dans leurs réactions et dans leurs fonctions par des troubles de nutrition ou par l'évolution nutritive de l'organe. Laissons de côté cette question pleine d'obscurité et contentons-nous de rappeler que, dans le cas d'albuminurie orthostatique, on ne découvre généralement, dans le dépôt urinaire, ni cylindres ni éléments du rein en proportion appréciable.

L'albuminurie orthostatique peut s'observer chez des sujets non scoliotiques, elle manque chez un grand nombre d'entre ceux qui le sont et cependant il existe un tel rapport entre elle et la scoliose que je vous engage à ne pas manquer

d'examiner les urines quand on vous présentera un enfant dont la colonne est incurvée. Si vous y découvrez de l'albumine, ce sera un argument sérieux pour convaincre les parents de la nécessité de soigner la nutrition de leur enfant.

L'étude la sécrétion urinaire vous fournira d'ailleurs d'autres renseignements.

Presque toujours le rapport azoturique est modifié; l'acide urique est en excès et l'urée est diminuée : il y a souvent une déperdition exagérée de phosphates et même une véritable déminéralisation. Les urines, foncées, chargées, peu abondantes, teintent le vase et quand, dans un verre à pied, vous les traitez par l'acide nitrique suivant le procédé de Gubler, vous notez souvent à la partie inférieure un nuage d'albumine, tandis qu'à la partie supérieure s'étale un disque épais d'acide urique.

Le foie ne fonctionne pas toujours d'une manière parfaite : chez certains sujets il est gros, parfois on note du subictère et les indices d'une cholémie plus ou moins marquée. L'ictère catarrhal est loin d'être rare et on peut dire que les éléments du foie ne se comportent pas mieux que ceux des reins.

En dehors de toute lésion matérielle, la respiration est souvent gênée ; au moindre effort, les malades sont essoufflés, anhélants, et l'étroitesse du thorax n'est pas toujours suffisante pour expliquer cette tendance à la dyspnée. J'ai noté, à plusieurs reprises, une particularité que je vous signale.

En auscultant le sommet des poumons, j'étais frappé de constater, chez certains sujets, une faiblesse très nette du murmure vésiculaire, quand ils étaient dans la position verticale ; cette faiblesse disparaissait et la respiration redevenait suffisamment ample dans la position horizontale. Il existait chez ces malades des ptoses viscérales et un abaissement du diaphragme qui s'accentuait quand ils étaient couchés. Dans la première position le poumon subissait une sorte d'élongation dont les effets se faisaient sentir, surtout au sommet, dans la seconde il reprenait sa place normale. Cela ne veut pas dire que la tuberculose n'intervienne jamais pour expliquer ces modifications du murmure vésiculaire ; mais nous verrons, dans un instant, comment je comprends les rapports de la tuberculose avec les troubles de nutrition que présentent nos malades.

Le système nerveux est particulièrement intéressant à étudier. Souvent nos jeunes sujets se plaignent de céphalalgie; ils sont incapables de travail, mous, vite détraqués. Les jeunes garçons incapables d'attention et d'application sont arrêtés dans leurs études et parfois on est obligé, pendant plusieurs mois, d'interrompre tout travail. On a expliqué de bien des façons la céphalée des adolescents et la dépression nerveuse qu'on rencontre si souvent chez certains écoliers, elle me semble due surtout à ce que la nutrition de l'encéphale se fait, chez eux, d'une façon imparfaite ou vicieuse.

Chez les fillettes, l'effort que l'on demande à l'encéphale est généralement moins considérable, elles présentent surtout des manifestations nerveuses qui se rattachent plus à l'hystérie qu'à la neurasthénie ; elles ont des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie plus ou moins nettes ; elles sont impressionnables, sensibles et vite déprimées. L'anorexie mentale se constate assez fréquemment dans ces conditions. L'enfant, souffrant pendant sa digestion, en arrive à redouter l'ingestion des aliments ; bientôt, elle refuse de manger et devient incapable de se nourrir. On la voit maigrir rapidement et cet état de dénutrition est plein de périls, car la tuberculose guette ces sujets inanitiés.

La menstruation est fréquemment troublée : les époques sont douloureuses, irrégulières ou absentes, et à leur approche on constate une recrudescence de tous les malaises.

Souvent on constate l'existence de ptoses viscérales : abaissement du rein droit, surtout chez les fillettes, abaissement de l'estomac, de l'intestin et même du diaphragme. Il en résulte une grande fatigue quand les malades sont obligés de rester longtemps debout ou de faire des marches un peu longues. Les exercices physiques, s'ils sont pénibles, sont aussi mal supportés que le travail intellectuel.

Chacune des manifestations cliniques que nous venons de passer en revue : troubles circulatoires, albuminurie cyclique, troubles digestifs, troubles nerveux, essoufflement, ptoses viscérales, se présentera souvent à votre observation, et chacune d'elles a fait l'objet de nombreux travaux ; mais je trouve qu'on les a décrites trop isolément et qu'il y a intérêt à les rapprocher. Je voudrais vous montrer aujourd'hui, pourquoi elles se groupent et s'associent.

Il existe entre elles un lien pathogénique qui domine la pathologie de la puberté. Ce lien, c'est un trouble de la nutrition qui ne se traduit pas toujours d'une façon uniforme, qui n'agit pas simultanément sur tous les appareils ni sur tous les tissus, mais dont on trouve la trace chez la plupart des adolescents. Les syndromes moteurs, digestifs, circulatoires, respiratoires, nerveux et urinaires, que nous avons passés en revue, nous semblent dominés par cette perturbation nutritive.

L'adolescence est une période de la vie où le mouvement de la nutrition est irrégulièrement actif. Consultez les tables de Quételet, de Variot, de Bomditch, de Morgan, vous y verrez que, de douze à quinze ans chez les filles, de treize à seize ans chez les garçons, la taille s'accroît d'environ 20 centimètres. Pendant ces quatre années, le poids du corps augmente de 15 kilogrammes et plus. Il existe donc à cet âge une véritable suractivité nutritive qui peut être comparée à celle qu'on observe chez la femme enceinte et qui a été si bien étudiée par mon ami Bar ; on peut même dire qu'entre l'état de l'adolescent et celui de la femme grosse, il existe plus d'une analogie.

Il se fait, dans les tissus, une fixation d'albumine et une fixation de substances minérales, destinées à l'accroissement et à la maturation des éléments et des tissus. Cette fixation ne se fait pas sans que les échanges nutritifs extra cellulaires soient plus ou moins tumultueux. Chez certains sujets, ils s'exécutent à souhait; chez d'autres, dégénérés, débiles ou affaiblis, ils se font mal et tout l'organisme en souffre.

Tout ne se borne pas, d'ailleurs, à une augmentation du poids et à un accroissement de la taille ; chez l'adolescent, il se produit dans l'organisme une véritable évolution.

Jusque-là il existait, à coup sûr, entre garçons et filles, dans l'habitus extérieur, dans le caractère, dans le développement physique, dans les goûts et dans les aptitudes, des différences déjà très appréciables ; mais, entre douze et quinze ans, ces différences s'accusent tout à coup. Les sexes qui jusque-là n'étaient qu'en puissance se développent, entrent en activité et, du même coup, tout l'organisme se transforme.

Chez les fillettes, les ovaires, l'utérus, les glandes mammaires se développent et la femme succède à l'enfant.

Chez les garçons, les testicules et la verge grossissent, les poils se mettent à pousser, le larynx se transforme, les muscles prennent de la vigueur et on voit apparaître tout l'ensemble de la virilité.

Il se fait donc là une maturation de l'organisme qui nécessite un travail d'une activité énorme comparable à celui que vous voyez se produire dans les deux premières années de la vie.

Est-il étonnant que ce travail ne s'exécute pas toujours d'une façon normale et ne faut-il pas s'attendre à ce que ces perturbations se révèlent par des phénomènes cliniques plus ou moins saisissants?

Chez les sujets qui ont une hérédité fâcheuse, chez les rejetons de névropathes, de goutteux, de diabétiques, d'arthritiques, d'alcooliques, de syphilitiques, de tuberculeux; chez les enfants qu'en raison de leur débilité native on considère comme des dégénérés, les manifestations que nous venons de signaler et particulièrement la scoliose, sont des plus fréquentes.

Ce que fait l'hérédité, une alimentation mauvaise, insuffisante ou trop azotée, entraînant des troubles de l'assimilation, peut aussi le réaliser et c'est ce que nous voyons souvent dans la classe riche, où des enfants mal nourris, suralimentés ou atteints de dyspepsies plus ou moins graves, se développent mal et s'étiolent. La scoliose, en particulier, est peut-être plus commune chez les riches que chez les pauvres; il en est de même des albuminuries orthostatiques. Des fatigues excessives, la misère, un travail intellectuel exagéré, des habitudes vicieuses entraînant l'épuisement nerveux peuvent également faire apparaître des troubles de la nutrition; mais, plus souvent, ils mènent à la tuberculose.

L'influence du sexe est considérable. Les filles souffrent plus que les garçons de l'établissement des fonctions sexuelles. Pourquoi? Nous ne le savons pas encore. Ce n'est pas, à coup sûr, la déperdition sanguine des époques menstruelles qui justifie cette infériorité des jeunes filles; mais le fait est certain. C'est surtout chez les fillettes que nous observerons la chlorose, les palpitations, les troubles circulatoires, les albuminuries orthostatiques que nous avons énumérés.

Reprenons donc l'analyse de ces manifestations symptomatiques et voyons comment elles peuvent s'expliquer.

On a rapproché la scoliose du rachitisme. Rien de plus judicieux à mon sens; seulement il s'agit souvent, non pas d'un simple reliquat des troubles d'ossification observés dans les premières années, mais plutôt d'un rachitisme tardif qui peut apparaître au moment de l'adolescence sans qu'il y en ait trace auparavant, Et ce rachitisme a quelque chose de spécial. Pourquoi n'entraîne-t-il ni l'incurvation des diaphyses, ni l'augmentation de volume des épiphyses, si caractéristiques chez les enfants d'un an à trois ans? Parce que, chez l'adolescent, le travail de l'ossification est déjà fort avancé, parce que bon nombre d'épiphyses sont déjà soudées. Si, à cet âge, le genu valgum apparaît quelquefois et prend nettement la signification d'une déformation rachitique c'est parce que les épiphyses du tibia et du péroné se soudent assez tard. Je pourrais en dire autant du valgus pied plat qui accompagne si souvent la scoliose. Si la colonne vertébrale se déforme et s'incurve facilement, c'est parce que les points secondaires d'ossification apparaissent très tard dans les vertèbres. En un mot on peut dire que l'ossification est troublée là où elle est en évolution.

Voyons maintenant les albuminuries orthostatiques. Ce sont, d'un avis presque unanime, des albuminuries fonctionnelles destinées à disparaître plus tard. Si elles sont liées à l'existence de lésions rénales, ces lésions sont peu profondes et parfaitement curables. Comment a-t-on expliqué ces albuminuries? On a pensé que des albumines provenant des ingesta fixées d'une façon imparfaite et mal assimilées par des protoplasmas cellulaires défectueux s'éliminaient comme des corps étrangers. Il est possible aussi que les protoplasmas cellulaires des reins, ayant une constitution et une activité imparfaites, laissent filtrer au lieu de les retenir les albumines du plasma sanguin, surtout quand interviennent des troubles circulatoires, comme dans la position verticale.

Ce que l'on a dit du rein, on peut le dire aussi du foie, dont le fonctionnement est loin d'être toujours parfait; on peut le dire surtout des centres nerveux et particulièrement du cerveau.

Vous demandez souvent un travail intellectuel vraiment excessif à une masse cérébrale en pleine activité formatrice. Est-il étonnant que, dans ce cas, le rendement soit insuffisant, que l'organe souffre de ce surmenage et que, chez les prédisposés, on voie apparaître soit la céphalée, soit les manifestations neurasthéniques ou hystériques qui sont si fréquentes chez nos jeunes sujets. Et l'appareil digestif! Atone, plus ou moins prolabé, ne fournissant que des sécrétions mal élaborées par des protoplasmas glandulaires imparfaits, il est obligé de fonctionner d'une façon particulièrement active, puisque l'alimentation doit faire les frais, non seulement de l'entretien, mais encore de l'accroissement rapide de l'organisme. Il en résultera souvent des troubles digestifs qui augmenteront la faiblesse de l'individu et la souffrance de tous les autres organes. Mais, direz-vous, tous ces troubles se rencontrent avec des caractères analogues, dans un autre état morbide propre, lui aussi, à l'adolescence et particulier à la jeune fille, dans la chlorose. Je ne nie pas qu'il y ait entre ces troubles et la chlorose une parenté assez étroite; mais toutes nos fillettes ne sont pas chlorotiques. La chlorose est une manifestation spéciale des troubles de la nutrition chez les jeunes filles au moment de la puberté et elle traduit surtout la souffrance de la fonction hématopoiétique. Nos scoliotiques peuvent être chlorotiques, elles ne le sont pas forcément.

Voyez ce qui se passe chez les enfants d'un an à trois ans dont la nutrition se fait d'une manière défectueuse. Les uns présentent surtout des déformations osseuses; ce sont des rachitiques; d'autres sont surtout anémiques et vous connaissez les formes d'anémies infantiles qu'on a rapprochées de la chlorose, d'autres enfin sont à la fois rachitiques et anémiques. L'anémie et le rachitisme, chez l'enfant jeune, sont donc deux manifestations différentes, mais parallèles d'un trouble de la nutrition qui atteint un grand nombre d'organes et de tissus.

N'en est-il pas de même chez l'adolescent et est-il imprudent de dire que, si telle fillette est chlorotique, telle autre scoliotique ou albuminurique intermittente, il existe entre ces deux états morbides une certaine parenté, du moins à l'origine, puisque tous

deux proviennent, en somme, d'un trouble de la nutrition, en rapport avec le développement de l'organisme?

Il est encore une question que nous devons nous poser. Vous savez qu'on a essayé dans ces dernières années de rattacher la chlorose à la tuberculose; on a dit, de même que les albuminuries orthostatiques étaient souvent d'origine et même de nature tuberculeuse. On n'est pas allé aussi loin pour la scoliose, bien qu'on ait tenté de faire intervenir dans la genèse des déformations vertébrales l'action des poisons tuberculeux. Que faut-il penser de cette subordination à la tuberculose d'une foule d'états morbides qu'on en croyait indépendants?

Eh bien, je crois que la tuberculose des ascendants peut avoir sur la nutrition des rejetons une influence fâcheuse; je crois que l'enfant qui, à un moment quelconque de sa vie, a été touché par le bacille de Koch a bien des chances, plus de chances qu'un autre, pour présenter ces manifestations de dystrophie que nous avons rencontrées chez nos fillettes; mais j'ajoute que l'infection tuberculeuse n'est pas nécessaire et qu'elle n'est pas constante. L'ophtalmo-réaction, la cuti-réaction et les injections sous-cutanées de tuberculine, aussi bien que l'examen clinique nous en donnent chaque jour la preuve et elles nous permettront peut-être un jour de dire dans quelle proportion il faut faire intervenir l'action nocive de la tuberculose.

Il est certain aussi que les sujets chez qui la nutrition est manifestement troublée, qui perdent de l'albumine par l'urine au lieu de l'utiliser pour accroître leurs tissus, qui se nourrissent mal, qui assimilent mal, qui sont peu résistants et qui ont des fuites, sont plus exposés que d'autres à la tuberculose.

Ils sont candidats à la tuberculose, mais vous savez tous que pour être élu, il ne suffit pas d'être candidat.

Il existe donc entre les troubles de nutrition dont je vous ai parlé et l'infection tuberculeuse des rapports fréquents et indéniables, mais non pas une dépendance, ni une subordination véritables.

Il me reste à vous dire quelques mots de la grande question de la thérapeutique. Je laisse de côté, vous le comprendrez, le traitement orthopédique et chirurgical qui est si bien fait par les chirurgiens de cet hôpital.

Que devez-vous prescrire, vous, médecins, quand on vous présente une fillette comme celles que nous avons examinées?

D'abord le repos. Economisez ses forces; faites-la coucher de bonne heure et lever tard, faites-la étendre au moins une heure après son repas de midi. Ne permettez pas de travail fatigant, pas d'exercices pénibles. Il y a des enfants qu'on surmène sous prétexte de leur faire prendre l'air.

Conseillez des frictions sur le corps, même des massages si les muscles sont débiles, souvent de l'hydrothérapie si les enfants réagissent bien. Conseillez la vie au grand air, à la mer, dans la montagne ou simplement à la campagne.

Surveillez l'alimentation. Le régime lacté qu'on voit souvent prescrire aux albuminuriques intermittents donne chez eux des résultats déplorables.

Ne prescrivez pas non plus une alimentation trop azotée. L'enfant prendra une seule viande par jour, il se nourrira surtout de bouillies, de soupes féculentes, d'œufs, de pâtes, de riz, de purées, de légumes frais, d'entremets, de fruits cuits ou bien mûrs. Il ne boira pas de vin, s'il digère mal, et vous surveillerez la quantité des boissons. Les repas seront soigneusement réglés et on évitera l'encombrement du gros intestin.

La médication sera très simple. Vous donnerez des phosphates, particulièrement du glycéro-phosphate de chaux, de l'arsenic et, dans les cas sérieux, vous aurez recours aux injections hypodermiques de cacodylate de soude.

Vous donnerez du fer s'il y a de l'anémie et vous combattrez les troubles dyspeptiques.

Prescrivez une gymnastique sage et méthodique, réglez les repas, les occupations et les heures de repos.

C'est par une bonne hygiène plutôt que par une médication tumultueuse que vous arriverez à rétablir l'équilibre nutritif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1908)

Des dangers du traitement arsenical de la vigne. — Nous avons entendu une intéressante communication de M. CAZENEUVE (de Lyon) sur l'emploi des arsenicaux en viticulture dans ses rapports avec la santé publique.

On sait que les bouillies arsenicales sont employées, avec succès, pour la destruction des parasites de la vigne; les plus réfractaires de ces parasites ne résistent pas, en effet, à l'action de l'arseniate de cuivre convenablement appliqué. Cependant, les hygiénistes s'étaient émus de la généralisation d'un traitement où une partie de l'arsenic ainsi injecté pouvait passer dans le cépage, puis dans la grappe et se retrouver finalement dans le vin, à l'état d'arseniate soluble. Le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine émit officiellement un vœu tendant à réglementer l'emploi des arséniates.

Or, il ne s'agit plus maintenant de l'arséniate cuivreux, mais bien d'un autre produit, dont l'usage nous est venu d'Amérique, et qui tend à se généraliser depuis quatre ou cinq ans, parce qu'il est à la fois moins coûteux et aussi actif, c'est l'arséniate de plomb.

Cette substance est doublement nocive, et par l'arsenic et par le plomb.

M. Cazeneuve possède un grand nombre d'observations d'accidents saturniques survenus aux ouvriers viticulteurs depuis l'introduction, en Algérie d'abord, puis dans le midi de la France, des bouillies à l'arséniate de plomb.

Quant à l'arsenic qui subsiste dans le vin, du fait de ces traitements de la vigne, il ne varie pas sensiblement selon la nature du sel employé; M. Cazeneuve en chiffre la proportion entre 2/1000 et 3/100 de milligramme par litre. C'est une dose infinitésimale, mais qui pourrait peut-être néanmoins devenir nuisible à la longue, par l'usage constant de vins provenant de vignes traitées à l'arsenic et la tendance que présente cette substance à s'accumuler dans l'organisme.

M. Cazeneuve ne demande pas à l'Académie d'émettre un vœu qui pourrait avoir le sort platonique de celui du conseil d'hygiène; il conseille la formation d'une commission qui se rendrait dans les régions viticoles du midi de la France et de l'Algérie, afin d'étudier la question sur place.

L'Académie, sur la proposition de M. Chantemesse, décide d'ouvrir une discussion dans la prochaine séance.

Traitement des nœvi vasculaires (taches de vin) par le radium. — M. FOURNIER fait un rapport sur la communication de MM. Wickham, médecin de Saint-Lazare, et Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, sur le traitement des nœvi vasculaires (taches de vin) par le radium.

M. Fournier se plaît à reconnaître que cette méthode donne

dans ces lésions de la peau contre lesquelles on était vraiment désarmé, des résultats fort appréciables.

Ainsi qu'il résulte des aquarelles présentées, les taches plates et saillantes superficielles et profondes disparaissent après des applications d'appareils recouverts d'un vernis spécial auquel est incorporé un sel de radium dosé de telle sorte qu'il est possible d'obtenir une action déterminée selon la durée et le nombre des applications.

Par opposition aux taches plates et légèrement saillantes dont la disparition s'obtient par des applications longues, M. le professeur Fournier insiste sur les résultats obtenus par des doses faibles souvent répétées, méthode employée quand il s'agit de faire régresser les tumeurs angiomateuses. Celles-ci, en effet, même de grandes dimensions subissent sous l'influence des rayons radiques une diminution progressive qui va jusqu'au nivellement complet.

Quelle que soit la méthode employée, les tissus de réparation sont souples, lisses, unis, décolorés et ayant toutes les apparences de la peau saine. Les applications de radium sont indolores, ce qui permet de traiter de larges surfaces et des enfants même en bas âge en profitant de leur sommeil.

L'exploration radiologique appliquée au diagnostic et à la localisation des abcès dysentériques du foie. — M. Béclère a eu l'occasion d'observer 3 cas d'abcès dysentériques du foie, soupçonnés par l'observation clinique, reconnus et localisés à l'aide des rayons de Röntgen.

Pour deux de ces cas une intervention chirurgicale, suivie de succès, a confirmé les données de l'exploration radiologique, le troisième cas n'a pas encore été opéré.

Après avoir exposé et commenté les épreuves radiologiques qui représentent chez ces trois malades, de face et de profil, le dôme hépatique, le docteur Béclère termine par les conclusions suivantes :

1° L'examen physique du foie doit comprendre, pour être complet, l'exploration de la face supérieure de cet organe à l'aide des rayons de Röntgen par la radioscopie et la radiographie ;

2° Cette exploration est particulièrement indiquée dans les cas où l'observation clinique permet de soupçonner un abcès du foie, surtout chez les dysentériques ;

3° Quand un abcès du foie déforme le dôme hépatique, cette exploration est souvent le seul moyen de déceler avec certitude son existence et de déterminer son siège exact ; c'est le meilleur guide pour une intervention chirurgicale.

Réforme de l'expertise médicale. — Sur la proposition de MM. Pinard et Thoinot, l'Académie, à l'unanimité, émet le vœu suivant :

« L'Académie émet le vœu que des dispositions soient introduites au plus tôt dans la législation, pour donner toutes garanties de la compétence des experts au criminel, et toute garantie au corps médical dans les questions de responsabilité médicale. »

Hystérectomie abdominale. — M. Bœckel communique une observation de laparotomie pour occclusion intestinale consécutive à une hystérectomie abdominale.

Intoxication par l'oxyde de carbone. — M. Gréhant a fait, sur ce sujet, une communication dont voici les conclusions :

1° En plaçant sous une cloche de 50 litres cloisonnée par un grillage métallique deux lapins, l'un ayant reçu un centigramme de chlorhydrate de morphine par kilogramme, et l'autre normal, si l'on fait passer dans cette cloche des centaines de litres d'un mélange d'air et d'oxyde de carbone à 1/200, le lapin normal meurt en cinquante minutes à la suite de violentes convulsions, le lapin morphiné et oxycarboné, plongé dans le sommeil, vit encore au bout de trois heures.

2° En composant un mélange de 3 centimètres cubes de formène pur et de 97 centimètres cubes d'air et en le soumettant à l'analyse dans l'endiomètre grisoumètre de Gréhant, on obtient après l'addition de 15 centimètres cubes de gaz de la mine par un seul passage du courant qui rougit une spirale de la pile une réduction qui fait retrouver exactement 3 centimètres cubes de formène ou méthane. Le professeur Gréhant recommande l'emploi dans les mines de ces procédés d'analyse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1908)

Relations entre les variations de la pression artérielle et la teneur du sang en leucocytes et en hématies. — MM. Jean Camus et Ph. Pagniez ont étudié l'influence de la baisse de la pression artérielle sur le nombre de leucocytes du sang circulant. Ils ont vu que par excitation du bout périphérique du pneumogastrique, chez le chien et chez le lapin, et par excitation du bout central du nerf de Cyon chez le lapin, on provoque en même temps que la baisse de pression une diminution très importante du nombre des leucocytes.

Les globules blancs peuvent passer en effet en deux ou trois minutes de 5 000 à 1 600. Cette leucopénie est la plus générale, elle s'observe dans les veines périphériques et dans les grosses artères.

Les globules rouges, par contre, ne varient ni à la périphérie, ni dans les artères.

Il y a là une différence curieuse de réaction en face d'une même excitation, entre les éléments blancs et les hématies.

D'autre part, les élévations brusques de pression provoquées par l'adrénaline par l'excitation du nerf sciatique, ne donnent pas, comme on pourrait le croire, le phénomène inverse d'hyperleucocytose.

Les auteurs attribuent la leucopénie qui accompagne la chute brusque de la pression à l'adhérence des leucocytes aux parois vasculaires.

Etude d'un sérum laiteux. — M. Javal présente un échantillon de sérum provenant d'une saignée pratiquée sur une diabétique comateuse sept heures avant la mort. Le sérum a l'aspect et la consistance du lait. Au microscope, on voyait dans ce sérum de fines granulations se laissant très faiblement colorer par l'acide osmique. L'examen chimique montra que ce liquide contenait une quantité normale d'albumine et 254 grammes de graisse par litre. Cette graisse a été isolée et il a trouvé qu'elle était formée pour un quart par des lécithines.

Il n'est pas douteux que dans le cas présent l'aspect laiteux du sérum était dû uniquement à la présence de cette énorme quantité de graisse.

Une pareille lipémie n'a pas encore été observée à notre connaissance. Le chiffre le plus élevé que nous ayons trouvé cité est celui de 117 grammes par litre chez un malade dont Sion et Lecanu ont relaté l'histoire.

M. Linossier. Ce qui eût été intéressant, c'est de doser la graisse contenue dans le plasma, et non seulement dans le sérum.

Effets moteurs sur le larynx de l'excitation unilatérale du récurrent. — D'après MM. Lesbre et Maignon, les effets sur le larynx de l'excitation électrique de l'un des nerfs récurrents sont variables suivant les espèces et dans l'espèce du chien, suivant des conditions qu'il reste à déterminer. Chez les solipèdes, ils sont toujours constricteurs et unilatéraux ; chez le bœuf et le porc, ils sont encore constricteurs, mais bilatéraux. Chez le chien, ils sont tantôt constricteurs, et alors bilatéraux, tantôt dilatateurs et alors unilatéraux.

Sur le mécanisme de l'oculo-réaction à la tuberculine. L'oculo-réaction est-elle spécifique? — M. F. Arloing. Certaines observations cliniques d'ophtalmo-réactions positives à la tuberculine au cours d'affections non tuberculeuses, la fièvre typhoïde par exemple, et certaines modalités de la dite réaction chez des tuberculeux ont suggéré à l'auteur l'idée que la réaction oculaire à la tuberculine se produisait surtout chez des individus en état « d'intoxinisation », c'est-à-dire dont l'organisme est imprégné et sensibilisé par une toxine quelconque, à condition qu'elle jouisse de propriétés vaso-dilatatrices.

Cette condition est quasi absolue, puisque l'oculo-réaction réveillée par la tuberculine, poison vaso-dilatateur, est le témoignage de la sensibilité exquise du système nerveux à produire ce phénomène vasculaire, sensibilité résultant de l'imprégnation antérieure par un poison à effet identique.

Des expériences faites par l'auteur, il résulte que des lapins non tuberculeux, intoxiqués progressivement avec de la

tuberculine et avec des toxines éberthiennes, staphylococcique et diphtérique, ont présenté des oculo-réactions positives à la tuberculine au cours de ces diverses imprégnations par ces toxines vaso-dilatatrices.

La toxine éberthienne a même sensibilisé le lapin plus activement que la tuberculine ou au moins de façon égale.

La toxine diphtérique engendre la même aptitude réactionnelle qui se produit aussi, mais plus lentement avec les produits solubles du staphylocoque.

Donc à un moment donné d'une imprégnation toxinique des sujets non tuberculisés ont offert une réaction oculaire positive qui aurait pu faire conclure à tort à l'existence d'une tuberculose en évolution. Ce déterminisme du phénomène conjonctival montre que l'oculo-réaction à la tuberculine n'est pas spécifique et qu'elle ne possède pas une valeur révélatrice absolue.

Sédimentation naturelle de certains sangs pathologiques. — MM. P.-Emile Weil et Octave Claude ont étudié, non pas la sédimentation des sangs artificiellement incoagulables, mais la sédimentation naturelle de certains sangs simplement abandonnés au repos qui présentent ensuite la coagulation plasmatique.

La sédimentation naturelle est ordinairement plus nette dans le sang veineux que dans le sang capillaire, et elle se rencontre surtout dans trois groupes morbides : *a.* états anémiques ; *b.* états hémorragipares ; *c.* états phlegmasiques. L'établissement de graphiques permet d'indiquer les phénomènes et d'opposer deux grands types schématiques de sédimentation : *A.* sédimentation immédiate, rapide, régulière, coïncidant avec une coagulation normale ou subnormale dans le temps (anémies, certains purpuras, hémophilies spontanées); *B.* sédimentation retardée, très lente avec période moyenne d'accélération (courbe en S). Coïncidence avec coagulation très retardée. C'est l'apanage à peu près exclusif de l'hémophilie familiale.

L'observation démontre l'existence de types de transition (phlegmasies) et de types complexes (hémophilie avec anémie) très nombreux.

Si la sédimentation naturelle est ordinairement fonction de coagulation retardée, il n'en est pas toujours ainsi et l'interprétation du processus fera l'objet de notes ultérieures.

Etude d'une levure isolée au cours d'une angine chronique. — MM. A. Clerc et A. Sartory, en ensemençant l'enduit laryngé provenant d'un malade atteint d'angine chronique, ont isolé, outre le pneumobacille de Friedländer, une levure poussant sur les milieux usuels à la température de 37 degrés et donnant sur carotte une culture caractéristique, blanche d'abord puis rosée ; cette levure n'a jamais donné de mycélium ni de spores. Elle produit la fermentation alcoolique, mais ne produit pas d'aldéhyde. Inoculée au lapin et au cobaye, elle a déterminé la formation de nodosités sous-cutanées, d'abcès circonscrits au niveau desquels on a pu les retrouver. Ce champignon ne paraît pouvoir être identifié ni au champignon du muguet ni à aucune des levures rencontrées au cours des angines.

Autres communications :

La volutine chez les trypanosomes. — M. Swellengrebel.

Sur l'excitation des nerfs au moyen d'ondes électriques de longue durée. — M. Cluzet.

Structure du cartilage diarthrodial de l'adulte. — M. Retterer.

Sur l'absorption du venin de cobra et de son antitoxine par la muqueuse du gros intestin. — MM. Breton et Massol.

Lésions du tube contourné du rein dans l'intoxication aiguë expérimentale par le sublimé. — MM. Castaigne et Rathery.

Sur les lésions du rein après ablation du foie chez la grenouille. — M. Ch. André.

Influence de l'anémie artérielle du foie sur la teneur du sang en fibrine. Action du sérum. — MM. Doyon et Gautier.

Sur un cas d'albuminurie acéto-soluble chez un malade en état de rétention chlorurée. — MM. Mayer et Rathery.

Sur le mercure colloïdal préparé par voie électrique. — M. Stodel.

Traitement de la syphilis par des injections intra-musculaires de mercure colloïdal électrique. — MM. Galup et Stodel.

Sur le dosage des métaux dans les solutions colloïdales. Palladium. — M. G. Rebière.

Réunion biologique de Bordeaux (séance du 7 janvier 1908) : **Nouveau procédé de cuti-réaction à la tuberculine chez l'homme.** — MM. Lautier et Mongour.

Notes sur le séro-diagnostic par les cultures mortes de bacilles typhiques. — M. Tribondeau.

Elections. — M. Nicolas est nommé membre de la Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 23 janvier 1908)

Désinfection du casernement. — M. Mareschal estime que la désinfection des locaux n'est qu'un procédé de prophylaxie secondaire ; il pense qu'il faut surtout s'attacher à isoler les cas suspects et à rechercher les cas atténués.

Le secret médical dans l'armée. — MM. Marotte et Weitzel signalent diverses circonstances de la vie militaire et divers actes administratifs d'ordre médical au cours desquels le secret médical n'est pas suffisamment sauvegardé.

M. Toubert demande que les divers certificats médicaux fournis par les médecins militaires soient directement transmis à l'autorité qui doit en prendre connaissance sans passer par la voie hiérarchique, simple voie de transmission.

Hystéro-traumatisme dans l'armée. — M. Chavigny communique une étude générale de l'hystéro-traumatisme dans l'armée ; il étudie cette affection principalement au point de vue de ses conséquences médico-légales.

Traitement des fractures de la rotule. — M. Couteaud communique une observation de fracture de la rotule traitée par le cerclage dans laquelle il fut amené par des phénomènes d'intolérance à enlever le fil métallique. Cette opération de décerclage donna les meilleurs résultats. — M. Sallet rappelle qu'on a reconnu depuis quelque temps déjà que le cerclage n'avait d'autre effet que d'assurer la coaptation des fragments et qu'il y a tout avantage à le remplacer par une suture directe. — M. Delorme cite une observation personnelle absolument semblable à celle de M. Couteaud et qui l'a conduit à adopter le procédé de la suture directe et à renoncer au cerclage.

Purpura rhumatoïde. — MM. Tarrieux et Vidal adressent une observation de purpura rhumatoïde avec paroxysmes douloureux abdominaux et phénomènes péritonitiques.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CHRONIQUE

Dans cette affection, deux indications formelles dominent tout le traitement : il faut tarir la sécrétion des bronches et modifier les parties sécrétantes (Dieulafoy). La créosote de hêtre, l'iodoforme, le goudron, la terpine et l'essence de térébenthine donnent de bons résultats, mais ces médicaments ont des inconvénients bien connus, sur lesquels il est inutile d'insister. Il n'en est pas de même du thiocol. Sous forme de sirop Roche au thiocol (deux à six cuillerées par jour) ou de comprimés de thiocol Roche (quatre à dix par jour), ce produit est admirablement bien supporté et il a une action des plus nettes : au bout de très peu de temps, les quintes de toux, longues et pénibles, qui se répètent fréquemment et surtout le matin et le soir, deviennent plus faciles, plus courtes et se reproduisent à des intervalles de plus en plus éloignés ; les crachats d'abord épais, jaune verdâtre (catarrhe muqueux de Laënnec) ou bien globuleux, adhérents, ayant la consistance de l'empois (catarrhe sec), deviennent de jour en jour plus muqueux et plus fluides ; de même la respiration, autrefois entrecoupée de quintes de toux, sifflante et haletante, est bientôt plus ample et plus profonde ; l'hématose se fait

mieux, la nutrition s'amende et l'état général s'améliore, cependant qu'à l'auscultation diminuent peu à peu les râles ronflants et sibilants et les râles muqueux à grosses bulles.

Il est bien entendu qu'ici nous ne voulons parler que de la bronchite chronique non compliquée, car s'il coexiste une affection cardiaque ou une insuffisance rénale, le pronostic est plus grave, et, dans ces cas, le thiocol n'agit que sur la lésion bronchique qui est secondaire.

Mais, dans la grande majorité des observations, dans la plupart des bronchites chroniques des adultes et des vieillards, cette médication est excellente et, en amenant la disparition des symptômes alarmants, évite l'apparition d'une de ces complications redoutables, la congestion, la dilatation et surtout le catarrhe suffocant qui peut brusquement emporter les malades.

GRANDET.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANATOMIE DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE

DÉFINITION — La veine-cave est le tronc commun auquel aboutissent toutes les veines de la moitié sous-diaphragmatique du corps. La veine-cave commence à la réunion des deux veines iliaques primitives, topographiquement au niveau du disque séparant la quatrième de la cinquième vertèbre lombaire; d'autre part elle se termine à la face postéro-inférieure de l'oreillette droite.

TRAJET. — La veine d'abord verticale, parallèle à l'aorte, puis elle va arriver en contact avec le bord postérieur du foie; dès lors elle s'infléchit à droite, puis après avoir longé la gouttière hépatique elle traverse le diaphragme, se coude brusquement à angle droit, devient horizontale et se jette dans l'oreillette droite, présentant à ce niveau une dilatation ampullaire. Le *calibre* du vaisseau plus volumineux que celui de l'aorte présente deux renflements au niveau des veines rénales et au niveau des veines sus-hépatiques.

DÉVELOPPEMENT. — Chez l'embryon deux veines cardinales inférieures droite et gauche descendent parallèlement; entre elles se développe la veine-cave inférieure, qui vient s'aboucher dans le tronc de la veine cardinale droite; celle-ci reçoit une anastomose de la veine gauche; dès lors sont constituées les deux veines iliaques primitives.

RAPPORTS. — 1° La portion abdominale, longue de 22 centimètres, présente des rapports très complexes: EN AVANT, de bas en haut la veine-cave est croisée par les vaisseaux spermatiques utéro-ovariens, par la ligne d'*insertion* du mésentère oblique de gauche à droite, descendant vers la symphyse sacro-iliaque droite; dans la racine mésentérique on trouve toujours des ganglions lymphatiques, puis plus haut la veine est recouverte par la portion *horizontale*, ou troisième segment du duodénum (sur la face antérieure de ce segment on trouverait la veine mésentérique supérieure, plus à gauche l'artère mésentérique supérieure); enfin c'est la face postérieure de la tête du pancréas contenue dans l'anse duodénale, en rapport avec la portion terminale du cholédoque et séparée de la veine-cave par la fascia rétro-pancréatique. A DROITE la veine-cave répond à la chaine sympathique lombaire, au bord interne du psoas droit, engainé de son aponévrose: Elle pourrait même recouvrir le muscle dans une petite étendue, mais surtout elle répond à l'*uretère,* celui-ci décrivant une courbe à convexité interne, adhérant plus ou moins à la paroi veineuse, puis c'est le bord externe du bassinet, et au-dessus du pédicule rénal, la capsule surrénale, reliée à la veine-cave par un ligament ou un repli membraneux, ligament surréno-cave d'Albarran. Par sa face *postérieure* la veine répond au flanc droit de la colonne lombaire, aux artères lombaires, plus haut; l'artère rénale droite va recouvrir l'origine de la grande azygos, l'artère rénale est en arrière de la veine-cave: du reste entre la grande azygos et la veine-cave on trouve un plexus nerveux, formé par l'anse mémorable de Wrisberg dont la corne externe reçoit le grand splanchnique, la corne interne est abordée par le pneumo-gastrique droit, la concavité supérieure reçoit des filets du phrénique, et la convexité envoie les branches pour la paroi veineuse, pour le rein, la capsule surrénale: par sa face *gauche* la veine-cave est en rapport avec l'aorte abdominale, entourée du plexus nerveux lombo-aortique, et en outre les chaînes lymphatiques juxta-aortique droite, puis aortique, juxta-aortique gauche: en arrière de l'aorte, à la hauteur de la première lombaire, on voit l'origine du canal thoracique ou citerne de Pecquet.

2° *Au niveau de l'hiatus de Winslow, il semble que la veine se soit dégagée des plans profonds:* elle constitue la paroi postérieure de l'hiatus: *en avant* d'elle on trouve le péritoine pariétal qui la recouvre et immédiatement les organes contenus entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique; en avant du feuillet postérieur c'est la veine-porte ventrale. Obliquement ascendante vers le hile du foie, dans cette région elle reçoit la veine coronaire stomachique et est parfois complétée par le système des veines gastro-hépatiques, veines accessoires de Sappey: en avant de la veine-porte, sous le feuillet antérieur du petit épiploon, le cholédoque presque sur le bord libre de l'épiploon et à gauche l'artère hépatique; celle-ci fournit un pylorique, un gastro-duodénal et anormalement se dédouble la branche supplémentaire suivant la paroi du cholédoque, enfin dans le petit épiploon on trouverait la chaîne ganglionnaire dite du cholédoque et un plexus sympathique; en réalité le cholédoque n'est pas toujours l'organe le plus externe. Soulevant le petit épiploon, la veine-porte se montre sur le bord libre du ligament *au-dessus* de la veine-cave formant la voûte de l'hiatus c'est le lobe de Spigel; *au-dessous* formant « le plancher », c'est la faux de l'artère hépatique.

3° La veine-cave arrive à être *rétro-hépatique*; elle répond directement au parenchyme sur une hauteur d'au moins quatre centimètres; elle passe dans une sorte de gouttière dirigée de bas en haut, de droite à gauche; il n'y a pas seulement contact, mais aussi adhérence avec le tissu hépatique à tel point qu'il est impossible de séparer les deux organes sans les déchirer; il est classique de rappeler, bien que la chose soit rare, que les kystes hydatiques peuvent s'ouvrir dans le vaisseau. C'est en ce point que la veine reçoit un cordon fibreux, prolongement de la veine ombilicale, ou canal d'Aranze.

4° *Portion thoracique* commence à la traversée diaphragmatique. La veine est située dans un orifice quadrilatère se trouvant à l'union de la foliole antérieure, de la foliole droite du centre phrénique; cet orifice est bouché par une bandelette semi-circulaire postérieure et inférieure; en ce point la veine est longée par un petit filet nerveux du phrénique, par des artères branches de la mammaire interne et par des ganglions lymphatiques, puis les vaisseaux entourés par les fibres des ligaments phréno-péricardiques de Teutleben; montée vers l'oreillette, elle glisse donc entre le péricarde fibreux qui est à sa gauche, le ligament triangulaire du poumon qui est à sa droite. La séreuse péricardique lui fait une gaine incomplète, c'est-à-dire recouvre simplement sa face antérieure et ses faces latérales. L'orifice cardiaque répond à la hauteur de la neuvième vertèbre dorsale; il est muni d'une valvule ou repli d'Eustache, c'est un lambeau flottant dans l'oreillette droite, occupant la paroi directe du vaisseau; il faut rappeler au-dessus de l'orifice veineux la présence du tubercule de Lower.

COLLATÉRALES sont de bas en haut les veines sacrées moyennes, les veines lombaires, les veines spermatiques droites ou utéro-ovariennes, les veines rénales, les veines capsulaires moyennes, les veines sus-hépatiques, les veines diaphragmatiques inférieures.

ANASTOMOSES. — La veine-cave s'anastomose avec des branches de la veine-porte par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques, avec la veine-cave supérieure par l'intermédiaire des azygos.

STRUCTURE. — La veine a une couche interne avec endothélium, une couche fibro-élastique sous-endothéliale; la couche externe a des fibres élastiques et musculaires lisses, renforcées par des fibres venant du centre phrénique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

VALÉROBROMINE LEGRAND

Bromovalérianate de soude :

0 gr. 50 par cuillerée à café (2 à 6 par jour).	0 gr. 25 par Capsule (4 à 12 par jour).

LIQUIDE — CAPSULES

IODOL LE MEILLEUR SUCCÉDANÉ de l'IODOFORME
SANS ODEUR — NON TOXIQUE
Recommandé par les Sommités médicales
(Brochures et Échantillons). M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS

HÉMONEUROL COGNET

COMBINAISON GRANULÉE

Oxyhémoglobine, Kolanine, Glycérophosphate de Chaux

RECONSTITUANT ORGANIQUE GÉNÉRAL

RÉGÉNÈRE LES GLOBULES SANGUINS, RESTAURE LES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

TOUTES PHARMACIES | Neurasthénie, Chloro-Anémie, Lymphatisme, Cachexies, Rachitisme, Tuberculoses | PARIS, 43, R. SAINTONGE

LABORATOIRE de PHYSIOLOGIE du PUITS d'ANGLE pr LE CHESNAY (S. & O.)

DYSPEPTINE du Dr HEPP

SUC GASTRIQUE PUR DU PORC VIVANT



DYSPEPSIES, DIARRHÉE, ANOREXIE des TUBERCULEUX — GASTRO-ENTÉRITE et DIARRHÉE INFANTILES

Dépôt pour Paris : H. CARRION & Cie, 54, Faubg St-Honoré.

Coaltar saponiné Le Beuf *ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS*

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTÉRIQUE, CICATRISANT, NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX

Il est spécialement recommandé dans les **Maladies des Femmes** (leucorrhées, vaginites, métrites, etc.). et dans la **Médecine des Enfants** (angine couenneuse, stomatites, dartres, écoulements strumeux, etc.).
Dans les pharmacies, bien spécifier : COALTAR SAPONINÉ LE BEUF. — **SE MÉFIER DES IMITATIONS**

GOUTTE — RHUMATISME

LE PLUS GRAND DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE

$AzH < \begin{matrix} CH^2 - CH^2 \\ CH^2 - CH^2 \end{matrix} > AzH$

Diéthylène — Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

PIPÉRAZINE MIDY

GRAVELLE — COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

Pendant les crises
3 à 6 mesures
par jour.

ARTHRITISME

dans toutes ses manifestations

Comme préventif
1 à 3 mesures par jour.
10 jours par mois.

Pharmacie MIDY, faubourg Saint-Honoré, 140, et toutes pharmacies de France et de l'Étranger

N° 13. — SAMEDI 1er FÉVRIER 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 1er FÉVRIER 1908. — N° 13.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 29 janvier : MM. Miriel, 3 ; Ségard, 10 ; Latil, 3 ; Gauduchau, 11 ; Lasnier, 12 ; Fourrière, Strauss et Gautier (Claude), 9.

Pathologie. — Séance du 29 janvier : MM. Reilly, 4 ; Viel (Emile), 6 ; Roullier, 7 ; Gérard, 5 ; Sevestre, 9 ; François (Maurice), 4 ; Hébrard, 10 ; Perrier, 5 ; Desplas, 4.

La prochaine séance aura lieu le samedi 1er février, à quatre heures et demie, à la Charité.

MM. les candidats sont invités à assister en plus grand nombre aux séances, les candidats qui ne répondront pas à l'appel de leur nom ne seront plus rappelés.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Tours. — Après concours, M. le docteur Chevé a été nommé chirurgien-adjoint à l'hospice général de Tours.

MARINE. — M. le médecin en chef de première classe Ortal, du port de Cherbourg, remplira les fonctions de sous-directeur du service de santé dans ce port.

M. le médecin en chef de première classe Ambiel est nommé membre du conseil supérieur de santé de la marine, en remplacement de M. Barret, nommé médecin général de deuxième classe.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Assemblée générale. — La première Assemblée générale du Syndicat médical de Paris aura lieu le jeudi 6 février 1908, à huit heures et demie du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Tous les adhérents sont instamment priés de s'y rendre.

Ordre du jour : 1° allocution de M. le docteur Descouts, président du bureau provisoire ; 2° admission des nouveaux adhérents ; 3° lecture, discussion et adoption des statuts ; 4° constitution définitive du Conseil d'administration et du Conseil de famille ; 5° nomination de la Commission d'admission ; 6° questions diverses.

LA GRÈVE DES MÉDECINS DE LA SOMME. — Nous avons annoncé dans notre dernier numéro les poursuites intentées à l'occasion de la grève des médecins de l'Assistance médicale gratuite. Ces poursuites devaient être dirigées contre le bureau du Syndicat médical pour entraves au libre exercice d'un service public. Dans une réunion tenue mercredi, les médecins syndiqués se sont réunis à l'Hôtel de Ville d'Amiens pour y examiner la situation. Ils auraient décidé la dissolution du Syndicat et voté la formation d'une association qui les placerait sous le régime de la loi de 1901 et les ferait en conséquence rentrer dans le droit commun et leur permettait de mieux défendre leurs intérêts contre l'Etat et le département.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quatrième semaine, 1193 décès, au lieu de 1164 pendant la semaine précédente et de 1040, moyenne ordinaire de la saison.

L'excès des décès sur la moyenne est dû surtout aux maladies de l'appareil respiratoire. La rougeole et la scarlatine continuent à s'étendre, mais à causer très peu de décès.

La rougeole a causé 8 décès, au lieu de 12 pendant la semaine précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 386 au lieu de 338 précédemment et au lieu de 163, moyenne des quatre dernières années.

La scarlaine a causé 4 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 259 (moyenne 73).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 324 décès, au lieu de 257 la semaine précédente, et au lieu de 212, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 216 décès (moyenne 207).

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro de la *Bourgogne médicale*, bulletin mensuel de la Société des sciences médicales de la Côte-d'Or.

Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à notre nouveau confrère.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Payot (de Chamonix).

HOPITAL BEAUJON. — M. Tuffier a commencé le jeudi 30 janvier, à neuf heures et demie du matin, ses leçons cliniques et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

Programme. — 1° Chloroformisation. Ses accidents tardifs ; 2° Les nouveaux moyens de diagnostic du cancer ; 3° Moyens préventifs de l'infection operatoire ; asepsie, leucocytose préventive ; 4° La thérapeutique médicale du cancer ; ses progrès ; 5° Les rétrécissements de l'intestin grêle et du gros intestin ; 6° Appareils plâtrés. Indications. Technique ; 7° Les anastomoses vasculaires et les greffes des organes ; 8° Les applications chirurgicales des agents physiques ; méthode de Bier, lumière colorée ; 9° L'appendicite ; ses variétés pratiques ; 10° La coxalgie chez l'adulte ; les principes de son traitement ; 11° Le rein mobile sans complications ; 12° La réduction des fractures ; 13° Les progrès de la chirurgie pulmonaire ; 14° Introduction à la chirurgie de l'estomac ; 15° Les accidents du travail.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'ATHÉROME AORTIQUE

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS

Par MM. René REMBERT et Georges LERAT,
Internes à Sainte-Périne.

L'athérome aortique est connu depuis près de deux siècles et nombreux sont les cliniciens et les anatamo-pathologistes qui l'ont étudié; malgré le nombre et la diversité des travaux l'athérome est resté une des questions les plus controversées de la pathologie tout au moins dans ses causes de nature très diverse et dans sa pathogénie.

Pour résoudre ces différents problèmes on a fait appel dans ces dernières années à l'expérimentation, qui, si elle a permis de reproduire des lésions athéromateuses chez l'animal et d'établir d'une façon indiscutable l'action de certains facteurs étiologiques, n'a pu élucider complètement ni le mécanisme de leur développement, ni l'action thérapeutique des médicaments employés dans le traitement des lésions humaines. L'histoire de l'athérome expérimental date de la deuxième moitié du siècle dernier; à la considérer d'une vue d'ensemble, on en peut conclure que les recherches à ce sujet ont passé par trois phases successives.

En effet, de 1877 à 1889, divers auteurs, à la suite de Giovanni, ont essayé de déterminer de l'athérome aortique, par l'intermédiaire de lésions du système nerveux. Plus tard, et jusqu'à ces dernières années, ces expériences ont été reprises et diversifiées.

Les résultats signalés en 1889 par Gilbert et Lion, qui, après avoir injecté à des animaux par voie sanguine, des cultures et des toxines microbiennes, constatent l'existence de lésions athéromateuses, donnent aux recherches une nouvelle direction.

Enfin, la troisième et dernière phase date de 1903, où Josué fait part à la Société de biologie le 21 novembre des faits positifs, qu'il a obtenus consécutivement aux injections intra-veineuses répétées d'adrénaline.

Des résultats de cette vaste expérimentation, on peut bien déduire que des causes importantes, rangeables en trois groupes : lésions du système nerveux (à propos desquelles, cependant, il faut faire quelques réserves), infections, intoxications — appuyées d'influences accessoires — déterminent chez l'animal des altérations artérielles subaiguës ou chroniques dont l'aspect est à bien près celui des lésions athéromateuses humaines ; mais pour les uns, l'identification ne va pas plus loin ; il s'agirait de lésions nécrotiques absolument différentes de celles qu'on observe chez l'homme : pour d'autres, elles ne sont qu'un type particulier de l'artérite chronique humaine; généralement, cependant, on admet que l'assimilation aux lésions athéromateuses humaines de ces lésions expérimentales est justifiée.

Quant au mécanisme de leur production, il est, aussi, différemment interprété; il faudrait accuser, pour les uns, l'hypertension ou des variations répétées de la tension artérielle, pour les autres, l'action directe de certains poisons sur la paroi vasculaire. Peut-être saisirait-on plus largement le mécanisme qui met en jeu l'athérome expérimental, en adoptant, à ce dernier sujet, une conception éclectique.

I

Etiologie. — I. Lésions nerveuses. — Plusieurs mois après avoir sectionné le sciatique chez des animaux, Vulpian, Nothnagel, Berwoët, Alex. Fraenkel constatèrent un épaississement des parois artérielles. Mais l'auteur qui paraît avoir réalisé le premier des lésions d'athérome est Giovanni, en 1877.

Lewaschev, en 1883, provoque une inflammation du sciatique et des tissus avoisinants chez le chien ; il observe, quand l'irritation a été prolongée, que les faisceaux de fibres musculaires lisses de la tunique moyenne des artères des extrémités des membres correspondants sont remplacées par des travées conjonctives.

Les expériences de Giovanni et de Lewaschev, reprises en 1886 par Schnell, ne sont suivies d'aucun résultat.

Plus récemment, en 1905, Pic et Bonnamour ayant pratiqué sur trois lapins des sympathectomies, constatent que l'aorte d'un de ces animaux, seulement, avait trois petites plaques athéromateuses au-dessus des valvules aortiques.

Enfin, cette année, Ball a répété, avec quelques variantes, la même expérience, mais il n'a obtenu aucune lésion athéromateuse.

De tout cela, il reste donc un certain nombre de constatations positives, trop peu nombreuses, malheureusement, pour étayer solidement une conclusion absolue.

II. Infections. — Gilbert et Lion, en 1889, démontrent pour la première fois que l'on peut produire expérimentalement des lésions d'aortite par l'injection, dans le sang, de cultures ou de toxines microbiennes, avec ou sans traumatisme préalable de l'endartère. Dans leurs deux observations, les caractères des lésions expérimentales sont, au triple point de vue : topographique, macroscopique et histologique, superposables à ceux de l'athérome humain et ces constatations permettent de souligner l'importance du rôle de l'infection dans l'étiologie de l'artérite chronique.

En 1893, Thérèse relate dans sa thèse les altérations histologiques obtenues chez des lapins, par injections intra-veineuses de cultures microbiennes L'année suivante, Crocq conclut à ce sujet que l'action isolée, soit du traumatisme, soit des agents infectieux (exception faite du seul bacille de l'endocardite décrit par Gilbert et Lion), ne suffit pas à provoquer de l'aortite; la production de l'artérite

infectieuse serait donc liée à l'action combinée de ces deux causes.

Pernice inoculant à des animaux, en 1895, des cultures de staphylocoques dorés, de bactéries charbonneuses et de bacilles d'Eberth, trouve des lésions appréciables à l'examen histologique.

En 1897, Boinet et Romary, reprenant ces expériences dans le but de savoir quelle est l'action des divers agents pathogènes ou de leurs toxines sur une aorte préalablement lésée, obtiennent les résultats suivants :

1° Des microbes injectés directement dans le sang ou susceptibles de passer dans le sang à la suite d'une inoculation sous-cutanée, seul, le bacille d'Eberth donne des lésions d'aortite sans trauma préalable.

2° L'injection sous la peau de cultures filtrées de bacille diphtérique et de streptocoques, suffit à déterminer de l'aortite que la tuberculine et la toxine du vibrion septique ne peuvent produire qu'aux points préalablement traumatisés.

La même année, Mollard et Rigaud, au cours d'expériences qu'ils avaient entreprises au sujet de la myocardite diphtérique, trouvent chez deux de leurs animaux des plaques d'athérome.

Parmi les expériences de date plus récente, signalons : celles de Pic et Bonnamour et Feuillié, qui, après injection intra-veineuse chez un lapin de solution de tuberculine, n'obtiennent aucun résultat; celles de Klotz, en 1906, qui fait des injections intra-veineuses de cultures de bacille typhique, de streptocoque et de bacille de Löffler et qui obtient à la suite des premières, des lésions d'endartérite proliférante, et à la suite des injections de cultures diphtériques, des altérations semblables à celles que provoque l'adrénaline, c'est-à-dire : épaississement de la paroi aortique, calcification et dilatation.

Enfin, Thévenot, en 1907, après injections à un lapin d'une dilution de tuberculose humaine, homogène A constate sur l'aorte de petites plaques athéromateuses.

III. Intoxications. — 1° *Adrénaline.* — C'est Josué qui le premier réalisa l'athérome aortique chez les animaux par injections intraveineuses répétées d'adrénaline, poison surrénal devenu « l'agent type de l'athérome expérimental ». Partant de cette idée théorique que l'athérome est une lésion chronique de l'endartère se développant sous l'influence des intoxications lentes, d'une part, et considérant d'autre part sa fréquence chez les sujets hypertendus, Josué voulut se rendre compte s'il était possible de déterminer des lésions athéromateuses chez les animaux en leur injectant de l'adrénaline, substance à la fois toxique et hypertensive.

a. *Conditions d'expérience.* — L'animal employé est le lapin. Quelques rares expériences ont été tentées sur le chien et le cheval (Ball, Pearce et Stauton), mais tous les lapins ne réagissent pas d'une égale façon à l'action de l'adrénaline.

Il existe un certain nombre de causes prédisposantes : la race (Külbs), l'âge et le poids, les animaux de moins de 2 kilogrammes ne devant pas être employés (Josué, Pic et Bonnamour, Feuillié, Boveri, Kalamkarov), l'alimentation (Koranyi, Lœper et Boveri), le sexe mâle. Outre ces différents facteurs il faut invoquer certaines conditions iudividuelles, qui, à elles seules, sont peut-être suffisantes pour expliquer la variabilité d'apparition des lésions aortiques chez les animaux en expérience. Visibles en règle générale après une dizaine d'injections intraveineuses de 0 ^{mg}25, celles-ci peuvent survenir avec une rapidité surprenante (Rzentkowski, Erb, Kalamkarov) alors que d'autres animaux paraissent absolument réfractaires (Hédinger, Gouget). Ce sont ces faits qui ont permis à certains auteurs d'admettre que l'on avait affaire à des lésions d'athérome spontané dont on a observé un certain nombre de cas chez le lapin (Rzentkowski, Kaiserling, Kalamkarov, Thévenot, Giovanni Quadri) chez la vache et le cheval (Sezary, Ball).

b. *Mode d'injection.* — La méthode la plus fidèle est l'injection intra-veineuse, parce que l'adrénaline agit plus rapidement et plus énergiquement par la voie sanguine ; aussi a-t-elle été employée à peu d'exception près par la majorité des auteurs. L'injection se fait dans une des veines marginales de l'oreille, l'animal étant immobilisé sur une planche spéciale, car elle est parfois douloureuse; la dose à injecter est de III gouttes de la solution d'adrénaline à 1/1000 tous les deux jours environ.

Certains auteurs ont employé la voie trachéale, très dangereuse, la voie hypodermique et même la voie intra-péritonéale.

Quel que soit le mode d'injection employé, celle-ci, dans bien des cas, est suivie d'accidents d'œdème aigu du poumon, causant le plus souvent la mort en quelques minutes (Josué, Scheidemandel, Gouget, Orlowsky, Klotz). Les animaux soumis à l'action de l'adrénaline présentent des phénomènes d'accoutumance (Baylac et Albarède, Gouget, Orlowsky, Thévenot), mais on ne remarque aucun trouble de la nutrition (Josserand, Baylac et Albarède, Orlowsky).

c. *Adrénaline en injection intra-veineuse.* — Les premières expériences sont celles de Josué qui en donna le compte rendu à la Société de biologie le 21 novembre 1903 : elles portaient sur trois lapins pesant plus de 2 kilogrammes, auxquels il injectait tous les deux jours III gouttes de la solution d'adrénaline à 1/1000 dans la veine marginale de l'oreille. A la même époque Lœper rapporte le cas d'un lapin qui, traité de la même façon, présentait aussi des lésions aortiques très marquées.

L'année suivante, en 1904, les travaux se multiplient ; Josserand, Gouget, puis Baylac et Albarède obtiennent des lésions d'athérome extrêmement nettes « dans tous les cas d'intoxication chronique, même de courte durée ». A peu près à la même époque, Rzentkowski, Erb publiaient le résultat de leurs expériences.

En 1905 les travaux se succèdent tant en France qu'à l'étranger où le nombre des expérimentateurs s'accroît sans cesse. Pic et Bonnamour trouvent chez un de leurs lapins, qui en trois mois avait reçu 35 injections de III gouttes d'adrénaline à 1/1000, une aorte « absolument pavée de plaques

athéromateuses ». Feuillié dans sa thèse, puis Sorel publient des résultats semblables, ainsi qu'Erb au Congrès d'Heidelberg et Fischer au Congrès de Wiesbaden. Hédinger injectant un certain nombre d'animaux avec de l'adrénaline à laquelle il ajoutait pour quelques-uns de l'hémostasine à 1/1000 en injection sous-cutanée, observe quelques lésions athéromateuses chez trois d'entre eux. Külbs avec la suprarénine de Höchster au 1/1000 ou l'adrénaline au 1/1000 obtient des altérations aortiques très marquées, ainsi que Max Lissauer.

A peu près à la même époque, Scheidemandel publie un long mémoire sur l'athérome expérimental : il avait injecté ses animaux d'abord avec de l'adrénaline Takannine au 1/1000, puis de Epirénan Beyck à 1/1000, et de la paranéphrine à 1/1500. Orlowsky, Braun, par l'usage prolongé de l'adrénaline, ont pu obtenir aussi des lésions artérielles ainsi que Pearce et Stauton qui soumettaient leurs animaux à des injections répétées trois ou quatre fois par jour. Signalons aussi les expériences de Ziegler, et en Italie celles de Baduel, Marini, Luigi Peserico, E. d'Amato et V. Fagella.

Le nombre des auteurs qui étudient la question n'est pas moins considérable en 1906 : Papadia puis Boveri, Commessatti, Tarantini, Torri en Italie, Orlowski, Orgielbrand, Wolovnik, en Russie, Klotz en Amérique, obtiennent avec l'adrénaline des lésions très nettes. Pearce et Stauton soumettant des lapins à des injections d'une solution d'adrénaline à 1/1000 qui contenait 0,50 p. 100 de chlorétone et de l'acide chlorhydrique en quantité suffisante pour la rendre acide et Gébrowsky trouvent chez quelques-uns de leurs animaux de grosses lésions aortiques. Pour terminer, signalons les travaux de Kreuzfuchs et de Biland : ce dernier auteur après injections de la suprarénine hydrochlorique de Höchst à 1/1000 obient des lésions d'athérome aortique, mais les doses employées avaient été plus fortes que celles d'adrénaline.

Au début de cette année en janvier 1907, Kaiserling avec la suprarénine de Höchst obtient des résultats tout à fait négatifs, alors que par l'adrénaline au millième, Thévenot, Miller observent des lésions très accentuées et que Ball expérimente sans succès sur des chevaux et des chiens.

d. *Adrénaline en injection intra-trachéale, sous-cutanée*, etc. — Külbs a essayé le premier d'injecter de l'adrénaline dans la trachée du lapin et, par cette voie, il a facilement déterminé des lésions caractéristiques de l'aorte : cette méthode a été employée ensuite par Kaiserling. Josué instillant de l'adrénaline dans les narines d'un certain nombre de lapins n'obtient aucune lésion artérielle. Les injections sous-cutanées n'ont donné aucun résultat à Josué, Fischer, Külbs, Miller alors que Baduel, E. d'Amato et V. Fagella réussissent à produire par cette voie des lésions aortiques ; Külbs a tenté de réaliser sans succès de l'athérome par injection intra-musculaire d'adrénaline et Fischer par des injections intra-péritonéales n'a obtenu que des résultats négatifs.

e. *Pyrocatéchine. Extrait de capsules surrénales.* — Avec la pyrocatéchine, substance entrant dans la composition chimique de l'adrénaline et ayant même action physiologique, Stürli, Lœb et Fleicher, Gouget obtiennent des lésions très nettes d'athérome. Jores (de Bonn), en 1903, n'observe aucune altération en faisant ingérer à ses animaux des tablettes d'extrait surrénal, alors que deux ans après Pic et Bonnamour par injection d'extrait aqueux de capsules surrénales en observent de très nettes.

f. *Action de divers facteurs associés à l'adrénaline.* — Outre les notions d'âge, de sexe, de poids, de race, d'alimentation et certaines conditions individuelles, un certain nombre de causes peuvent favoriser ou entraver le développement des lésions d'athérome adrénalinique. La castration pour Lortat-Jacob, Sabaréanu, Laubry, est une condition très favorable dans les deux sexes à la production des lésions artérielles. Thévenot n'est pas aussi affirmatif. La thyroïdectomie aurait pour Lortat-Jacob et Sabaréanu une action empêchante, alors que pour Lœb et Githens elle n'aurait aucun rôle. Quant à la grossesse, d'après Lœb et Fleisher, Lœper et Boveri, elle n'aurait aucune influence alors que Gouget, Pic et Bonnamour, Feuillié lui attribuent au contraire une action favorisante. L'alimentation riche en sels alcalins paraît influencer le développement des lésions athéromateuses ainsi que l'ont montré Lœper et Boveri. La fatigue et la splénectomie (Thévenot), les injections d'acide urique ou d'urate de soude (Sicard et Et. Brissaud) exercent une influence favorable sur le développement des altérations artérielles. Les lésions expérimentales des reins (Scheidemandel, Lœb et Githens) ne paraissent avoir aucune action pas plus que les infections aiguës (Thévenot), alors que les infections chroniques au contraire auraient une influence favorable (Pic et Bonnamour, Feuillié). Enfin un certain nombre de substances, ainsi que l'a montré Falk, peuvent favoriser ou entraver le développement des lésions adrénaliniques.

II. Tabac. — Pour produire le tabagisme expérimental différentes méthodes ont été employées : les uns avec la nicotine ont obtenu des résultats contradictoires, les autres plus nombreux se sont servis d'infusion ou de macération de divers tabacs et tout dernièrement de fumée de tabac.

1° *Nicotine*, — Josué en 1905 soumet cinq lapins à des injections intraveineuses de nicotine, répétées pendant plusieurs mois, sans pouvoir déterminer des lésions athéromateuses. L'année suivante Adler et Hensel après emploi d'une solution de nicotine Merck à 1/200 constatent des lésions aortiques très accentuées après 50 injections de 1 mg 5. Tout récemment, en 1907, Papadia, puis Gebrowsky, Miller ont confirmé les expériences d'Adler et Hensel.

2° *Infusion et macération de tabac.* — Dès 1902, Adler constate des lésions vasculaires disséminées chez des lapins qui avaient ingéré quotidiennement pendant quatre mois de l'infusion de tabac ; modifiant un peu ce procédé d'expérimentation, Boveri en 1905 faisant ingérer presque quotidiennement à ses lapins au moyen d'une petite sonde des quantités progressivement croissantes d'une solution de tabac à 10 p. 100 en trouve dix sur seize qui présentaient des lésions

d'athérome aortique. Au mois de juin 1906, Baylac à la Société de biologie et Amouroux dans sa thèse, rapportent qu'après avoir donné à des lapins en ingestion ou en injection par la voie intra-veineuse ou la voie sous-cutanée de l'infusion ou de la macération de tabac, l'aorte du plus grand nombre de ceux soumis aux injections était parsemée de plaques athéromateuses. Quelques mois après Gouget publie le résultat d'expériences analogues qui durèrent d'une semaine à six mois et demi; il se servit d'une infusion de tabac à 10 p. 100; sur huit lapins, un seul présenta des lésions aortiques. En mars 1907 Lesieur reproduit avec succès les expériences de ses devanciers : mais, fait digne de remarque, l'aorte des animaux à qui il avait donné du tabac dénicotinisé suivant le procédé du docteur Parant (de Genève), avait conservé sa constitution et son aspect normaux. Lœper et Boveri au mois de mai de la même année publièrent un nouveau cas d'athérome par tabagisme expérimental. Tout récemment Ball relate les résultats qu'il a obtenus en intoxiquant des lapins avec une solution de jus de tabac titrée à 0,50 p. 100, des infusions de feuilles de nicotiana tabacum ou de scaferlati ordinaire à 10 p. 100 préparées à 37 degrés et administrées soit en injections intraveineuses ou sous-cutanées, soit en ingestion. Des animaux ainsi traités quelques-uns de ceux soumis à l'action de l'infusion du scaferlati ordinaire présentèrent seulement des lésions d'athérome aortique. Enfin deux animaux soumis à des injections intraveineuses d'une infusion de tabac dénicotinisé de la régie (caporal doux) à 10 p. 100 et faite à 37 degrés ne présentèrent aucune lésion artérielle.

2° *Extrait de fumée de tabac.* — Au mois de février 1907, Gebrowsky publie le résultat des recherches qu'il a entreprises pour savoir quelle est l'action de la fumée de tabac sur le système vasculaire et le cœur.

Cet auteur a constaté des lésions d'athérome aortique très nettes sur les animaux qu'il avait traités par les injections intra-veineuses d'extrait de fumée de divers tabacs.

Les animaux soumis à l'intoxication tabagique expérimentale ont souvent des accidents de tabagisme aigu. L'ingestion d'infusion ou de macération de tabac ordinaire par la voie gastrique est très bien tolérée : quant aux injections intraveineuses faites avec des doses non toxiques, elles déterminent toujours des phénomènes convulsifs que Ballet et Faure ont comparés à une crise épileptiforme et qui ont été bien étudiés par Adler et Hensel, Gouget. Les animaux en expérience n'ont jamais présenté de signes d'accoutumance (Gouget, Adler et Hensel) et Gebrowsky a même observé que ceux soumis à l'extrait de fumée devenaient plus sensibles à son action : pour cet auteur l'intoxication n'influence pas défavorablement la nutrition.

III. Plomb. — Annino, Gesenius, Maïer, Stieglitz ont noté chez des lapins empoisonnés avec le plomb un épaississement des tuniques interne et moyenne des petites artères. En 1897 Boinet et Romary, Gouget en 1903, puis Feuillié, Boveri en 1905, Pic et Bonnamour l'année suivante et Ball il y a quelques mois ont obtenu des lésions d'aortite en intoxiquant lentement des cobayes et des lapins au moyen d'ingestions ou d'injections quotidiennes de carbonate ou d'acétate de plomb.

IV. Digitale et autres substances hypertensives. — Fischer en 1905, puis Klotz produisent par des injections intraveineuses de digitaline des lésions semblables à celles que l'on obtient avec l'adrénaline, alors qu'Orlowsky n'en observe qu'à la suite d'injections intraveineuses de digalène. Boveri en 1906 obtient avec la digitoxine des résultats à peu près négatifs et nuls avec la strophantine tandis qu'Orlowsky constate quelques lésions légères d'athérome. Avec l'adonidine, ce même auteur et Kinichi-Naka en 1907 trouvent quelques plaques calcaires disséminées sur le paroi aortique ; l'hydrastinine ne donne aucun résultat à Orlowsky; par contre Lœper et Boveri, Thévenot en 1907, obtiennent de l'athérome avec l'ergotinine et l'ergotine. Plusieurs auteurs : Orgielbrand, Klotz en 1906, Orlowsky et Miller en 1907, produisent des lésions très nettes par injections endoveineuses de chlorure de baryum. Lœper avec la théocine et la théobromine et Miller avec la physostigmine constatent de belles lésions athéromateuses.

V. Poisons alimentaires. — Les expérimentateurs qui ont essayé de produire de l'athérome avec des poisons d'origine alimentaire sont peu nombreux et les résultats obtenus sont contradictoires. Boveri, Thévenot, faisant ingérer ou injectant par la voie endoveineuse à des lapins le liquide de macération de viandes en putréfaction n'obtiennent que peu ou pas de lésions aortiques. D'Amato, en voulant produire chez le chien avec du bouillon des lésions hépatiques d'origine gastro-intestinale, trouve de l'athérome aortique chez deux de ses animaux (Exp. 6 et 7). Tout récemment Lœper a provoqué chez le lapin des lésions artérielles, soit par injections intraveineuses de produits de viandes putréfiées, de muscarine, soit par ingestion quotidienne de certains condiments : piment rouge, poivre de Cayenne.

VI. Iodures. — Quelques auteurs, Hédinger en 1905, Kalamkarov, Ball en 1907, ont pu réaliser de l'athérome aortique en soumettant des lapins à des injections intraveineuses d'une solution de KI ou de NaI : un certain nombre de leurs animaux montraient des lésions très nettes et très accentuées.

VII. Alcool. — Krémiansky a trouvé des traces d'athérome aortique chez un chien intoxiqué lentement par l'alcool. Albertoni et Pisenti ont noté de l'artério-sclérose chez des lapins auxquels ils faisaient absorber de l'aldéhyde : Pic et Bonnamour, Feuillié, Lœper n'ont obtenu aucun résultat.

VIII. Phloridzine. — Boinet et Romary en 1897, Kolisch en 1905, Ball en 1907 ont obtenu par la phloridzine des lésions caractéristiques d'athérome aortique.

IX. Expériences diverses. — Zöge van Manteuffel par l'action du froid, Carrel et Guthrie par modifi-

cations mécaniques de la pression sanguine obtiennent des lésions artérielles. Pic et Bonnamour, Feuillié avec l'extrait aqueux de rein, de corps thyroïde, de testicule, de rate, des injections d'huile lécithinée ou de trinitrine n'obtiennent aucun résultat. Fischer puis Lœper avec les acides chlorhydrique, phosphorique, lactique, réussissent à produire des lésions aortiques.

II

Anatomie pathologique. — 1° Etude macroscopique. — Les altérations caractéristiques de l'athérome expérimental apparaissent généralement au début dans la région de la portion ascendante de la crosse aortique. Mais si dans certains cas elles y restent localisées ou ne dépassent pas l'aorte thoracique, dans d'autres, leur extension est beaucoup plus grande et plus rarement l'aorte entière peut être déformée et, quelquefois même, les branches de bifurcation et les collatérales sont atteintes.

Pour Pearce et Stauton les lésions originelles ont l'apparence d'un plissement longitudinal irrégulier, sans épaississement, de la tunique interne; pour d'autres (Scheidemandel) ce sont de petits nodules blanc jaunâtre, opaques, saillant sur la tunique interne. A un degré plus avancé les lésions deviennent typiques : elles se disposent suivant le grand axe du vaisseau en séries linéaires de dimensions variables ; les plus grandes ont une forme ovoïde, des bords réguliers, saillants, un fond excavé et calcifié, lisse ou divisé par des plis transversaux qui lui donnent un aspect gaufré. Ces plaques calcaires font saillie sur la surface externe du vaisseau sous forme d'une dilatation anévrismale dont la paroi est amincie et même translucide. Quelquefois, à côté de ces formes régulières, on aperçoit des plaques à contours festonnés ; enfin dans certains cas les lésions sont tellement accentuées que le vaisseau entier est transformé en un tube rigide, inégal, bosselé, d'aspect moniliforme (Scheidemandel, Ball) dont la surface interne est tomenteuse.

On a signalé encore l'existence d'anévrismes disséquants, de calcifications des branches de l'aorte, de lésions d'artério-sclerose viscérale (Gouget, Adler et Hensel, Lœper), de l'hypertrophie cardiaque chez les animaux intoxiqués par l'adrénaline, des lésions pulmonaires (Scheidemandel), de la cirrhose hépatique (Rzentkowski), des foyers d'hémorragie cérébrale (Hédinger). Enfin Gouget a constaté de l'hypertrophie des surrénales consécutive à l'intoxication saturnine.

2° Etude histologique. — Josué et Lœper ont les premiers donné une description histologique complète de l'aorte normale et athéromateuse du lapin ; d'après le premier auteur ce vaisseau est formé de trois tuniques : l'interne est très mince au contraire de celle de l'homme et la moyenne a des lamelles élastiques plus ondulées.

Sur les coupes d'aortes athéromateuses colorées par la méthode d'Unna ou de Weigert et par l'hématéine-éosine, on constate des altérations portant surtout sur les tuniques interne et moyenne.

a. *Lésions de l'endartère.* — Josué, Gouget, Boveri, Ball signalent un épaississement de l'endartère ; mais le processus hyperplasique dont il dépend se ferait pour les uns dans le tissu sous-endothélial, pour les autres dans l'assise musculo-élastique. Orlowsky a constaté l'existence dans l'endartère d'une infiltration lymphoïde sus-jacente aux plaques calcifiées de la tunique moyenne. Pour d'autres auteurs (Ziegler, Lœper), l'endartère présente peu ou pas d'altérations.

b. *Lésions de la tunique moyenne.* — Elles ont pour siège les fibres élastiques et musculaires et s'achèvent par le processus de calcification. Pic et Bonnamour croient à l'altération primitive des fibres élastiques, opinion soutenue aussi par Josué. Pour Pearce et Stauton, les lésions de la tunique moyenne débutent par l'altération des cellules musculaires. Enfin le dernier stade est la calcification ; le microscope montre alors, après décalcification, une bande plus ou moins longue occupant la tunique moyenne et qui après coloration à l'hématéine-éosine apparaît sous forme d'une masse homogène teintée en bleu, sans noyaux colorables.

c. *Lésions de la tunique adventice.* — Pour la majorité des auteurs elle n'est pas atteinte : Orlowsky a signalé une infiltration lymphoïde.

d. *Lésions des vasa-vasorum.* — Généralement on admet qu'ils sont indemnes, mais Orlowsky, Lewaschev d'accord avec Hippolyte Martin, ont montré que leur endothélium est hypertrophié et hyperplasié.

Telles sont les lésions qui caractérisent histologiquement l'athérome expérimental : sont-elles identiques à celle de l'homme ? Gilbert et Lion admettent que rien ne les différencie. Josué, Gouget, Boveri, Pearce et Stauton sont du même avis, tout en faisant cette réserve que la bouillie athéromateuse fait défaut sur les vaisseaux des animaux en expérience. Mais on est d'accord actuellement pour ne pas considérer cette dernière lésion comme caractéristique de l'athérome humain et, d'autre part, on retrouve dans l'aortite chronique expérimentale toutes les autres lésions qui caractérisent celle de l'homme : la dégénérescence hyaline, la calcification, la destruction des fibres musculaires et élastiques.

Cette identité n'est pas admise par Lœper, Ball, Klotz, Orlowsky et la majorité des auteurs allemands pour cette raison que la lésion expérimentale se développe presque exclusivement dans la tunique moyenne alors que chez l'homme les lésions siègent d'abord et surtout dans l'endartère. La question n'est pas encore actuellement résolue.

III

Pathogénie. — Le mécanisme par lequel les différents facteurs étiologiques produisent les lésions artérielles expérimentales est aussi très discuté.

Quelques auteurs (Lewaschev, Erb Junior, Lissauer, Ziegler, Orlowsky) partagent l'opinion d'Hippolyte Martin et admettent comme cause déterminante de ces lésions l'endartérite proliférative des vasa-vasorum.

Deux théories importantes sont actuellement en présence, l'une purement mécanique, l'autre toxique.

Josué, Pic et Bonnamour, Feuillié en France, Külbs, Rzentkowski, Scheidemandel, Miller à l'étranger admettent l'action exclusive de l'hypertension qui, selon Josué, dériverait de la vaso-constriction périphérique. Cette conception de l'importance du rôle hypertensif et vaso-constricteur d'un certain nombre de substances dont la plus importante est l'adrénaline, « l'agent-type de l'athérome expérimental, » a permis à Josué d'admettre l'origine surrénale des lésions athéromateuses. Certains faits appuyaient cette manière de voir: Gouget avait signalé chez un cobaye intoxiqué par le plomb une hypertrophie considérable des capsules surrénales, Bernard et Bigart avaient montré que les lésions de ces organes, traduisant leur hyperactivité fonctionnelle, « l'hyperépinéphrie, » sont constantes dans un certain nombre d'intoxications expérimentales. Ces constatations ont permis à un certain nombre d'auteurs de supposer que tous les agents employés expérimentalement agissent indirectement en déterminant d'abord de l'hypertension des surrénales et de l'hypersécrétion d'adrénaline, dont l'hypertension puis l'athérome artériel ne seraient que les conséquences.

On a objecté à cette théorie que l'hyperplasie surrénale est inconstante dans l'athérome et qu'on l'a toujours observée limitée à la substance corticale et Lœper ainsi que la plupart des auteurs étrangers (Stürli, Hedinger, Lœb et Fleisher, Klotz, etc.) admettent que l'adrénaline et les autres substances vaso-toniques ont une action directe. Pour eux ce sont des poisons à action élective lésant soit les fibres musculaires (Lœper, Klotz, Fischer, Stürli) soit les fibres élastiques de la tunique moyenne.

Les résultats des expériences de Braun, de Klotz, de Mironescu qui après avoir injecté de l'adrénaline en même temps que des substances hypotensives ont obtenu des altérations souvent plus accusées que par l'adrénaline seule, ceux de Biland qui a montré que l'hypertension succédant à l'injection d'adrénaline était passagère, viennent à l'appui de cette théorie, que l'on peut résumer en disant que: artério-slérose et athérome résultent d'irritations lentes dues à des poisons artériels dont les uns auraient une action sclérosante, les autres une action calcifiante.

Quelle que soit la théorie que l'on admette il faut faire entrer en ligne de compte un certain nombre de causes prédisposant l'animal en expérience à l'action des différents facteurs étiologiques, l'âge, le sexe, l'alimentation riche en sels calcaires, la graisse, certaines conditions individuelles, physiologiques ou pathologiques.

IV

Essai thérapeutique. — Un certain nombre d'auteurs surtout en Allemagne ont étudié l'influence qu'exerçait sur le développement des lésions aortiques adrénaliniques les principaux médicaments employés dans l'artério-sclérose humaine. Soumettant leurs animaux à des injections simultanées d'adrénaline et d'une de ces substances, ils n'ont obtenu que des résultats contradictoires.

En effet tandis que Koranyi, Boveri, Cummins et Stout concluaient à l'action empêchante de l'iodipine et de l'iodure de potassium sur le développement des lésions adrénaliniques, Biland, Lœb et Fleisher, Kalamkarov, Klieneberger, Etienne et Parisot constataient au contraire que les différentes préparations iodées n'entravent pas l'apparition de ces lésions.

Klotz avec la trinitrine, Braun et Boveri avec le nitrite d'amyle et la thyroïdine en injections intraveineuses ne furent pas plus heureux; seul Miller traitant un certain nombre de lapins simultanément par des inhalations de nitrite d'amyle et des injections d'adrénaline obtint des résultats plus encourageants.

BIBLIOGRAPHIE

1869. Lecorché. Th. d'agrég. de Paris.

1876. Gergens. *Pflügers Archiv*, p. 591.

1877. De Giovanni. *Ann. univ. d. med. e. d. cir.*

1881. Martin (Hippolyte), *Revue de méd.*, nº 1; — Vulpian. *Revue de méd.*

1883. Roy et Adami. *Brit. med. Journ.* — Lewaschev. *Arch. f. pathol. Anat. und Physiol. und klin. Med.*; — *Revue des sc. méd.*, 1884.

1885. Lewaschev. *Arch. slaves de biol.*

1886. Schnell. Th. de Paris.

1888. Adami et Roy. Assoc. méd. britannique de Glascow, 7 août. — Albertoni et Pisenti. *Centralbl. f. d. med. Wissens.*, nº 21. — Thoma. *Arch. f. path. Anat. und Physiol.*; — *Revue des sc. méd.*

1889. Gilbert et Lion. Soc. de biol., 12 oct.

1890. G. Lion. Th. de Paris.

1891. Boy-Tessier. Congrès de Marseille.

1893. Thérèse. Th. de Paris.

1894. Crock. *Arch. de méd. expér.*, t. VI, p. 583. — Léger. Th. de Montpellier.

1895. Glucinsky. *Wien. klin. Wochens.* — Pernice. *Atti del R. Accad. delle scienze med. in Palermo*; — *Revue des sc. méd.*, t. XLVII, p. 50.

1897. Boinet et Romary. *Arch. de méd. expér.*, nº 5. — — Brault. *Les artérites* (coll. Léauté). — Dmitrijieff. *Beit. z. path. Anat. und z. allg. Path.*, p. 207. — Gottlieb. *Arch. f. exp. Pathol. und Pharm.* — Mollard et Regaud. Soc. de biol., 17 juillet.

1902. Adler. *Journ. of the med. Researches*, p. 721. — Batelli. Soc. de biol., p. 1247. — Bernard et Bigart. Soc. de biol., 8 nov.; — *Journ. de physiol. et de pathol. gén.* — Bouchard et Claude. *C. r. de la Soc. des sc.*, 1er déc. — Dor. Soc. méd. des hôpit. de Lyon. — Zöge von Manteuffel. *Centralbl. f. Chir.*, p. 65-68.

1903. Gouget. Soc. de biol., 19 déc. — O. Josué. Soc. de biol., 14 nov.; — *Presse méd.*, nº 92; — Soc. de biol., 10 janv. — Jores. Congrès de Wiesbaden. — Gilbert et Lion. Soc. de biol., 21 nov. — Livon. Soc. de biol., 17 fév. — Lœper. Soc. de biol., 21 nov. — Monckeberg. *Virchow's Archiv*, p. 141. — Sumikava. *Beit. z. path. Anat. und z. allg. Path.*, p. 245-252.

1904. Albarède. Th. de Toulouse. — Aubertin et Ambard. Soc. méd. des hôpit., 25 fév. — Baylac et Albarède. Soc. de biol., 24 déc. — Bernard et Bigart. Soc. de biol., 16 janv. — Erb (Junior). *Verhandl. d. XXIe Cong. f. inn. Med.*, Leipzig, p. 110-112. — Gilbert et Lion. *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, nº 1. — O. Josué. Soc. de biol., 10 déc.; — *Presse méd.*, nº 36; — Cong. franç. de méd., 7e session; — *Tribune méd.*, 5 nov.; — Soc. méd. des hôpit., 12 et 25 fév. — Jossérand. Th. de Paris. — Lesage. Soc. de biol., 16, 23, 30 avril et 7, 14 mai. — Livon. Soc. de biol., 19 janv., 15 mars, 18 juin. — Lœper et Crouzon. Soc. de biol., 14 nov.; — *Arch. de méd. expér.*, p. 83. — Lortat-Jacob et Sabareanu. Soc. de biol., 19 nov. — Neujean. *Arch. de pharmaco-dynamie*, t. XIII. — Prouchinsky. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 nov. — Rosenblatt et von Eiselberg. *Traité de physiologie* Morat et Doyon, t. I, p. 482. — Von Rzentkowski. *Berl. klin. Wochens.*, 31. — Vaquez. Soc. méd. des hôpit., 5 fév.

1905. BADUEL. *Rev. crit. d. clin. Med.*, n° 17. — BONNAMOUR. Th. de Lyon; — Ier Congrès fédéral des anat. de Genève. — BOVERI. *Clin. med. ital.*, n° 1; — *Gazz. degli Osped.*, n° 64; — *Semaine méd.*, n° 33. — BRAUN. Soc. des méd. de Vienne (Autriche); — *Munch. med. Wochens.*, n° 15; — *Semaine méd.*, 15 fév. — ERB (W.). *Arch. f. exper. Pathol. und Pharmak.*, Leipzig, p. 173-212; — *Munch. med. Wochens.*, p. 829; — Congrès d'Heidelberg, 28 fév. — D'AMATO et V. FAGELLA. *Giorn. intern. d. sc. Med.*, anno XXVII. — FEUILLIÉ (Pierre). Th. de Lyon. — FISCHER. XXIIe Congrès de méd. int., Wiesbaden, anal. in *Arch. gén. de méd.*, 13 juin; — *Munch. med. Wochens.*, n° 1; — *Deuts. med. Wochens.*, n° 43. — HÉDINGER. *Corresp. f. Schw. Ærtze*, n° 20. — O. JOSUÉ. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, n° 4; — Soc. méd. des hôpit., 29 déc.; — Soc. de biol., 14 et 21 oct. — JORES. *Virchow's Archiv.* — KÜLBS. *Arch. f. exp. Pathol. and Pharmak.*, p. 141. — KOLISCH. Soc. des méd. de Vienne; — Anal. in *Semaine méd.*, 15 nov. — LISSAUER (Max). *Berl. klin. Wochens.*, n° 22. — LŒB et GITHENS. *Amer. Journ. of the med. Sc.* — LORTAT-JACOB et SABAREANU. Soc. de biol., 7 avril. — MARINI. *Gazzetta degli Osped.*, n° 22. — ORLOWSKY. *Roussky Wratch*, p. 1443-1447. — PEARCE et STAUTON. Assoc. des méd. amér., 16 et 17 mai; — *Presse méd.*, 21 juin. — PESERICO (Luigi). *Vicenza* (E. Raschi). — PIC et BONNAMOUR. Soc. de biol., 4 fév.; — *Lyon méd.*, p. 418-420; — Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 7 fév. — RÉNON. Soc. méd. des hôpit. et *Semaine méd.*, 15 fév. — SCHEIDEMANDEL. *Arch. f. anat. Path. und Path.*, p. 363-382. — SOREL. *Arch. méd. de Toulouse*, p. 229-236; — *Languedoc méd.-chir.*, p. 76. — STÜRLI. *Mitt. d. Gesells. f. inn. Med. u. Kinder in Wien.*, p. 76-80; — *Semaine méd.*, n° 11. — VITRY. Th. de Paris. — ZIEGLER. *Beit. z. path. Anat. und z. allg. Path.*, p. 229-254.

1906. ADLER et HEUSEL. *Deutsch. med. Wochens.*, n° 45; — Anal. in *Semaine méd.*, 27 mars. — AMOUROUX. Th. de Toulouse. — BADUEL. *Policlinico* (sec. méd.), n° 1. — BAYLAC. Soc. de biol., 2 juin; — *Arch. méd. de Toulouse*, p. 205-216. — BILAND. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, n° 87. — BOINET. *Réunion biol. de Marseille et Bull. de la Soc. de biol.*, vol. LX, p. 1152. — BOVERI. *Deuts. med. Wochens.*, Leipzig u. Berlin, n° 22; — *Clin. med. ital.*, p. 41-64, 2 pl. — CARREL et GUTHRIE. Soc. de biol., 28 avril. — COMMESSATTI. *Clin. med. ital.*, p. 802-812. — CUMMIUS et STOUT. *Univ. Penn. M. Bull.*, Philadelphie, p. 101. — VON KORANYI. *Deuts. med. Wochens.*, n° 17. — KLOTZ. *Journ. exper. med.*, New-York, p. 325-329, 330-336, 504-513; — *Brit. med. Journ.*, London, p. 1767-1772. — KREUZFUCHS. *Wien. med. Presse*, p. 921. — GOUGET. *Presse méd.*, n° 67. — HÉDINGER (E.). Congrès internat. dermat. de Berne. — LŒPER. *Presse méd.*, n° 29 et 30. — ORTOWSKI. *Przegl. Lek. Krak.*, p. 277-280. — ORGIELBRAND. *Med. Warsk.*, p. 405-408. — PAPADIA. *Riv. d. patol. nerv.*, Firenze, p. 113-121. — PEARCE et STAUTON. *Albany med. Ann.*, p. 77-78. — PEARCE et BAULDAUF. *Stud. Bender by Leb. Albany*, p. 51-53; — *Journ. med. Sc.*, Philadelphie et New-York, p. 737-740. — PIC et BONNAMOUR. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, p. 460-465 et 494-507. — SÉZARY. Soc. anat. de Paris. — TARANTINI. *Policlin.*, Roma, XIII. — TORRÉ. *Clin. med.*, Fizenze, XII, p. 337-343. — VOLOVNICK. *Journ. med. Klin. i. Organotherap.*, Saint-Pétersbourg, XII, p. 143-148.

1907. D'AMATO (Luigi). Exp. 6 et 7, *Virchow's Archiv*, p. 447. — BALL. Th. de Lyon. — FTIENNE et J. PARISOT. Congrès de méd. de Paris, 11 oct. — FALK. Congrès allemand de méd. de Wiesbaden, *Semaine méd.*, n° 17. — GEBROWSKY. *Roussky Vratch*, n° 6; — *Semaine méd.*, n° 19. — Giovanni QUADRI. *Journ. des prat.*, n° 33. — GOUGET. *L'artériosclérose* (collect. des Act. médicales), *Presse méd.*, n° 93. — GUILLAIN et GY. Soc. de biol., 26 oct., 30 nov. et 14 déc. — O. JOSUÉ. Congr. de méd. de Paris, 11 oct.; — Soc. de biol., 19 oct. — KAISERLING. *Berl. klin. Wochens.*, 14 janv. — KALAMKAROV. *Roussky Vratch*, n° 11; — *Semaine méd.*, n° 22. — KINICHI NAKA. *Roussky Vratch*, n° 7. — KLIENEBERGER. *Centralbl. f. inn. Med.*, n° 11. — KORANYI. *Deuts. med. Wochens.*, n° 11. — LESIEUR. Soc. de biol., 16 mars; — *Presse méd.*, n° 53. — LŒB et FLEISCHER. *Deuts. med. Wochens.*, n° 10. — LŒPER, Congrès de méd., Paris, 11 oct. — LŒPER et BOVERI. Soc. anat., 31 mai; — Soc. de biol., 15 juin; — *Presse méd.*, n° 53. — LORTAT-JACOB et LAUBRY. XXXVIe session de l'Assoc. française pour l'avancement des sciences (Reims), *Presse méd.*, n° 62. — MILLER. *Amer. Journ. of the med. Sc.* — *Semaine méd.*, n° 34. — ORLOWSKY. *Roussky Vratch*, n° 11; — *Semaine méd.*, n° 30. — PAPADIA. *Riv. d. path. nerv. ment.*, p. 161. — REMBERT. Th. de Paris. — ROGER et GOUGET. *Traité de médecine et de thérapeutique*, fasc. XXIV. — SICARD et BRISSAUD. Congrès de méd. de Paris, 11 oct. — THÉVENOT. Th. de Lyon. — TRACHTENBERG. *Centralbl. f. path. Anat.*, t. XVII, n° 15.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1908)

Traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. — La laparatomie immédiate pratiquée en présence des signes d'une perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde tend de plus en plus à devenir le traitement de choix, non seulement pour les chirurgiens mais aussi pour les médecins. Et cependant, ainsi que le montre la statistique, nous sommes à ce point de vue encore bien en retard sur l'Allemagne et surtout sur l'Amérique. La communication que nous a faite M. MICHAUX sur ce sujet et qui deviendra le point de départ d'une discussion, offre un réel intérêt.

Tandis qu'en France M. Cazin a pu réunir 49 observations avec 40 guérisons et 9 morts, un chirurgien allemand nous donne une statistique de 395 cas avec 38 p. 100 de guérisons. En Amérique, les chiffres sont encore bien plus élevés.

Dans l'observation de M. Michaux, il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans qui se trouvait dans le service de M. Troisier pour une fièvre typhoïde nettement caractérisée. Il se trouvait au quatrième septénaire et tout allait bien quand il fut pris, brusquement, dans la nuit du 13 au 14 janvier, d'une douleur vive dans le ventre du côté droit, avec irradiations douloureuses du côté du cordon et du testicule, et chute brusque de la température. M. Troisier n'hésite pas à porter le diagnostic de perforation intestinale et fait venir auprès du malade M. Michaux qui pratique immédiatement la laparotomie, deux heures après le début des accidents. Il trouve sur une perforation unique avec une grosse réaction péritonéale. Il enfouit la plaque de Peyer perforée à l'aide de plusieurs points séparés de Lembert, et le malade fut reporté dans son lit et réchauffé.

Tout semblait bien aller quand, après quelques jours, le malade s'est levé; son état s'est brusquement aggravé, et il est mort le vingtième jour, avec des vomissements et une récidive de la perforation. Il y avait une péritonite adhésive avec une petite quantité de liquide.

M. Michaux insiste sur les caractères qui ont permis, dans ces cas, de reconnaître tout de suite la perforation intestinale : douleur brusque dans le côté droit de l'abdomen, avec irradiations sur le cordon, défense musculaire, chute de la température, absence de tout phénomène prémonitoire. Le diagnostic n'était pas douteux. L'intervention immédiate était indiquée.

M. Michaux conclut en disant qu'en présence des signes nets d'une perforation intestinale, au cours de la fièvre typhoïde, il ne faut pas hésiter à recourir immédiatement à la laparotomie et à fermer la ou les perforations; la résection intestinale devant être réservée aux cas exceptionnels où il y a une grosse ou plusieurs perforations.

Prostatectomie. — M. BŒCKEL (de Strasbourg), au cours d'une ablation du cancer du rectum, trouva la prostate envahie par le cancer. Il disséqua le rectum sur une hauteur de 8 à 9 centimètres de façon à la mobiliser complètement et put alors facilement exciser la prostate; grâce aux pinces à forcipressure, il ne fut pas autrement inquiété par l'hémorragie. M. Bœckel propose ce procédé de mobilisation temporanée du rectum pour faciliter la prostatectomie, même dans les cas de simple hypertrophie.

Traumatismes anciens du poignet. — M. VALLAS (de Lyon) fait tout d'abord observer qu'à l'aide de la radiographie on peut faire aujourd'hui un diagnostic plus précis des désordres laissés

par les anciennes fractures du poignet. Il semble démontré que les résections partielles, dans ces cas, ne donnent pas de bons résultats. Par contre, M. Vallas communique 6 cas de résection totale du scaphoïde qui ont donné de très bons résultats. Après avoir essayé les résections partielles, puis après avoir eu recours ensuite à ces résections totales, M. Vallas n'hésite pas à conclure qu'il vaut mieux recourir d'emblée à ces dernières.

Rupture de l'artère épigastrique. — M. Legueu présente un malade qui, dans un violent effort, s'était rompu l'artère épigastrique sans rupture du muscle droit. Cet homme avait un hématome étendu de l'ombilic au sacrum; l'artère fut liée et le malade guérit.

Des abus de l'emploi de la paraffine. — M. Morestin présente deux malades vraiment curieux : Une jeune femme se présente à lui pour une tumeur du sein mal déterminée. C'était une agglomération de paraffine que cette jeune femme s'était fait introduire dans un but d'esthétique.

L'autre malade, plus curieux encore, est un jeune homme qui était arrivé à quadrupler le volume de sa verge en se faisant introduire une énorme quantité de paraffine. M. Morestin eut beaucoup de peine à réséquer cette masse informe qui remplit un flacon. Ce jeune homme avait agi ainsi toujours au point de vue de l'esthétique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 26 janvier 1908)

Traitement mercuriel du tabes. — M. Maurice Faure. M. Leredde assimile le tabes à une lésion syphilitique qui doit guérir par le traitement mercuriel; ce n'est qu'une question de dose.

L'opinion de la majorité des neurologues n'est pas moins précise : le traitement mercuriel est impuissant à agir favorablement sur la lésion tabétique. Parfois même, il peut en aggraver l'évolution.

Pour M. Maurice Faure, la question est complexe. Selon le degré de tabes et l'état du diabétique, il faut agir différemment; mais on ne peut pas ne pas être frappé des constatations suivantes : le diagnostic du tabes est fait beaucoup plus tôt qu'autrefois, l'emploi du traitement mercuriel s'est généralisé, l'évolution du tabes n'est plus la même; les accidents graves sont rares, et ils surviennent surtout chez les malades insuffisamment soignés. Il semble donc qu'on ne doit pas proscrire systématiquement le mercure du traitement du tabes, puisqu'il paraît être un des éléments de l'atténuation du tabes à notre époque, et il ne faut pas non plus considérer le mercure comme un spécifique du tabes qui est une maladie bien plus complexe qu'une lésion syphilitique.

M. Leredde détermine ce qu'on doit entendre par traitement mercuriel intensif, et l'évalue à 3 centimètres cubes et demi par jour et par personne. Il se demande si tous les médecins donnent des doses suffisantes de mercure aux tabétiques : il est bien évident que tout tabétique cachectique, ou offrant quelques complications graves, ne sera pas traité par le mercure. Il faut avant tout reconnaître l'influence heureuse du mercure sur l'évolution du tabes, et normalement, un tabétique soigné à doses suffisantes n'évolue plus; c'est ce que l'on doit entendre par guérison. De plus, le traitement mercuriel manifeste son action sur les symptômes à évolution récente; il faut donc soigner tous les tabétiques par un traitement mercuriel intensif, en tenant compte naturellement de la résistance et de l'état de chaque individu.

M. Terrien n'a jamais vu d'amélioration de l'atrophie optique par le traitement mercuriel intensif.

M. de Font-Réaulx cite deux cas d'atrophie optique qui ont été plutôt améliorés par le traitement mercuriel.

M. Faure estime que chez les paralytiques généraux, d'une façon générale, le traitement mercuriel semble agir défavorablement.

Pour ce qui concerne l'atrophie optique, il paraît en être de même.

Pour les syphilitiques nerveux, la dose de mercure proposée par M. Leredde semble trop forte, 1 à 1 centimètre cube et demi par jour de mercure métal paraît une bonne moyenne.

La faradisation localisée dans l'étude médico-légale des troubles sensitifs. — M. Laquerrière. La révulsion faradique, inaugurée par Duchenne (de Boulogne) surtout comme moyen thérapeutique, est un procédé précieux d'exploration de la sensibilité. Avec un appareil puissant, on peut obtenir électriquement des excitations sensitives formidables, comparativement à ce qu'on peut obtenir par la chaleur, la piqûre, le pincement, et cela, sans abîmer les téguments. Cette révulsion permet également, en certains cas, de faire la rééducation sensitive des anesthésiques hystériques.

Deux cas d'infection syphilitique malgré l'emploi prophylactique de la pommade au calomel. — M. Butte démontre avec amples détails que la pommade au calomel n'est pas infaillible, loin de là. Il ne faut pas la rejeter par principe, mais il ne faut pas se fier à elle d'une façon absolue et en faire une méthode prophylactique exclusive.

M. Paul Guillon relate 3 cas personnels où ladite pommade eut autant d'insuccès. Il rappelle les travaux de Neisser sur les singes, publiés au dernier Congrès de Lisbonne, et démontrant la non-réussite de l'emploi de la pommade au calomel.

M. Rouvillois cite un long rapport de M. Delorme au sujet de la prophylaxie de la syphilis, et croit que l'effet absolu de la pommade au calomel n'est pas aussi accepté qu'on le croit dans l'armée.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

du 10 au 15 février 1908

Lundi 10 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Segond, Nicolas et Gosset; — (2e série) : MM. Thiéry, Proust et Lecène.

2e (1re série) : MM. Gautier, Roger et Macaigne; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Branca et Zimmern.

3e (1re partie, oral) : MM. Delens, Potocki et Mulon; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Reclus, Aug. Broca et P. Duval; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 11 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Albarran, Retterer et Cunéo. — (2e série) : MM. Quénu, Thiéry et Morestin.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard; — M. Brumpt, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Hartmann et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Raymond, Jeanselme et Carnot; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 12 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Nicolas, Lecène et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Delens, Retterer et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

2e (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca; — (2e série) : MM. Gariel, Roger et Mulon.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Pathologie. — Séance du 1er février : MM. Cadoul, 6; Pierrot, 2; Gaillard, 7; Lévy (Edmond), 12; Brodin et Ramadier, 9; Monin, 4; Listembacher, 11; François (René), 7; Richet, 10.

MARINE. — M. le médecin de première classe Faucherand est désigné pour occuper les fonctions de médecin résidant à l'hôpital maritime de Lorient.

M. le médecin principal Rousseau est désigné pour remplir les fonctions de médecin-chef de l'hôpital de Sidi-Abdallah.

— Au titre du Maroc sont l'objet d'une proposition extraordinaire pour le grade d'officier de la Légion d'honneur, MM. les médecins principaux Négretti et Santelli.

Obtiennent un témoignage officiel de satisfaction MM. les médecins de première classe Hernandez, Delaporte et Bellet.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'argent est décernée à M. le docteur Huriez (de Tourcoing).

— La médaille de bronze est décernée à MM. les docteurs Dhotel (de Paris), Pollegoix (de Saint-Mandé) et à M. Molinier, externe des hôpitaux de Bordeaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — La Commission chargée de juger les concours des prix Montyon, Barbier, Bréant, Godard, du baron Larrey, Bellion, Mège et Serres pour l'année 1908 est composée de MM. Bouchard, Guyon, d'Arsonval, Lannelongue, Laveran, Dastre, Chauveau, Perrier, Roux, Giard et Léon Labbé.

La Commission chargée de juger les concours des prix Montyon, Philipeaux, Lallemand, Martin-Damourette, Pourat pour l'année 1908 est composée de MM. Chauveau, Bouchard, d'Arsonval, Roux, Giard, Laveran et Dastre.

DIPLOMES NON DÉPOSÉS. — Six médecins et trois sages-femmes du département de la Sarthe viennent d'être poursuivis pour n'avoir pas, conformément à la loi, déposé leurs diplômes au greffe du tribunal de l'arrondissement dans le mois qui a suivi leur installation.

Le tribunal leur a infligé à chacun 25 francs d'amende avec sursis.

LA QUININE EN ALGÉRIE. — Le syndicat des pharmaciens du département d'Alger a approuvé en principe la vente de la quinine à un prix et sous une forme imposés par le gouvernement général. Le syndicat espère, par cette approbation, éviter que les dépôts de quinine ne tombent entre les mains des personnes étrangères à la médecine et à la pharmacie.

INTERDICTION EN ALGÉRIE DU PÈLERINAGE DE LA MECQUE. — Le *Caducée* annonce que, en présence des nouveaux renseignements sanitaires qui signalent que des cas de choléra ont été constatés à la Mecque et à Djedda, M. le gouverneur général a cru devoir, dans l'intérêt supérieur de la santé publique, revenir sur sa précédente décision et interdire cette année le pèlerinage de la Mecque.

IVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE (Biarritz, 20-25 avril 1908). — Programme général. — *Rapports* : Climatothérapie. — I. De l'action combinée du climat marin et de la médication chlorurée-sodique dans la tuberculose ganglionnaire; rapporteur : Docteur Richardière, médecin des hôpitaux de Paris.

II. Indications et contre-indications du climat océanien dans les états neurasthéniques; rapporteurs : Docteur Régis, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Docteur Legrand (de Biarritz).

III. La cure marine et la cure chlorurée-sodique dans le rachitisme; rapporteur : Docteur Denucé, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Hygiène urbaine. — IV. Les bureaux municipaux d'hygiène et les règlements sanitaires dans les stations climatiques; rap-

porteur : Docteur Mosny, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

CLIMATOLOGIE. — V. Climatologie de la côte basque; rapporteur: Docteur Camino, médecin du sanatorium d'Hendaye.

Séances. — Lundi 20 avril : Séance d'ouverture dans l'après-midi. Le soir, réception officielle par la municipalité.

Mardi, mercredi, jeudi et vendredi : Séances de travail, le matin de huit heures et demie à midi.

Nota. — Le programme détaillé des séances de travail, avec les titres de communications inscrites, sera publié et adressé aux intéressés après le 1er mars.

EXCURSIONS. — Mardi 21 avril (après-midi) : Visite de Biarritz, des Thermes-Salins ; à quatre heures, fête sportive donnée par le Comité des fêtes dans le domaine d'Aguilera.

Mercredi 22 avril (après-midi) : Excursion à Guéthary, réception et lunch offerts par M. Archier, maire de Guéthary.

Jeudi 23 avril (après-midi) : Excursion à Bayonne et Cambo. Réception par la municipalité de Cambo, visite de la station.

Vendredi 24 avril (après-midi) : Excursion à Saint-Jean-de-Luz et Hendaye. Réception par la municipalité d'Hendaye, visite de la ville et du sanatorium.

Samedi 25 avril : Excursion à Saint-Sébastien, départ dans la matinée. Réception et fêtes offertes par la municipalité dans l'après-midi et dans la soirée.

Dimanche 26 avril : Excursion terminale à Arcachon. Réception offerte par le corps médical. Départ de Saint-Sébastien le dimanche matin.

Nota. — Le programme des excursions pourra subir quelques changements par suite de leur organisation définitive. Un programme ultérieur, communiqué à temps aux intéressés, en fixera les détails et les conditions.

Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur F. Gallard, à Biarritz. Pour les adhésions, s'adresser au trésorier général, docteur P. Berne, à Biarritz.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Helme (du Pouzin), Charles Hue (d'Orbec) et Richard (d'Isigny).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (série exceptionnelle). — M. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, fera, avec l'assistance des deux prosecteurs, MM. Descomps et Desmarest, une série exceptionnelle de conférences de médecine opératoire en douze leçons, qui commencera le lundi 17 février, à une heure et demie, et aura lieu tous les jours à la même heure.

L'accès à ces conférences est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux.

Un droit de 50 francs est exigé de tous les autres auditeurs. Nombre d'élèves admis : 80 au maximum. — Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les neurasthénies, par le docteur A. GODLEWSKI, membre de la Société de médecine de Paris, préface du docteur H. HUCHARD, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. 2e édit. revue et augmentée. In-16 de 314 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Comment épurer son eau, par F. MALMÉJAC, docteur en pharmacie, pharmacien-major de deuxième classe. In-16 cart., avec 12 fig. — Prix: 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 FÉVRIER 1908

Mercredi 12 février, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Macaigne et Couvelaire ; — (2e série) : MM. Thiéry, Gosset et Potocki ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Pozzi, Morestin et Lenormant ; — (2e série) : MM. Quénu, Marion et Auvray.

2e : MM. Prenant, Langlois et Nicloux.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Demelin ; — (2e série) : MM. Albarran, Cunéo et Brindeau ; — (3e série) : MM. Hartmann, Launois et Jeannin ; — (2e partie) : MM. G. Ballet, Gouget et Brumpt.

4e : MM. Pouchet, Chantemesse et Richaud ; — M. Maillard. suppléant,

Vendredi 14 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Segond, Retterer et Gosset ; — (2e série) : MM. Nicolas, Lecène et Ombrédanne.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Lepage et Mulon ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Macaigne et Sicard ; — M. André Jousset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 15 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. de Lapersonne, Quénu et Marion ; — (2e série) : MM. Albarran, Auvray et Morestin.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Launois et Brindeau ; — (2e série) : MM. Maygrier, Cunéo et Lenormant ; — M. Brumpt, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Fernand Bezançon ; — (2e série) : MM. A. Robin, Jeanselme et Nobécourt ; — M. Claude, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 12 février 1908, à une heure. — M. LENOBLE. Du chancre syphilitique du nez et spécialement du chancre de la pituitaire. (MM. Gaucher, président ; Reclus, Segond et Marcel Labbé.) — M. GAUTIER. La terpène ozone talliamine en thérapeutique. (MM. Reclus, président ; Gaucher, Segond et Marcel Labbé.) — M. VINCENT. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite de la croissance développée sur les os du crâne. (MM. Segond, président ; Gaucher, Reclus et Marcel Labbé.) — M. CRUCEANU. De la conduite à tenir par le médecin en cas de plaie thoracique ou abdominale. (MM. Segond, président ; Gaucher, Reclus et Marcel Labbé.)

Jeudi 13 février 1908, à une heure. — M. NATHAN. La cellule de Kuffer. Ses réactions expérimentales et pathologiques. (MM. Dieulafoy, président ; Hutinel, Rénon et Nobécourt.) — M. SERBONCE. Méthode de diagnostic précoce de la tuberculose par les injections de tuberculine. (MM. Hutinel, président ; Dieulafoy, Rénon et Nobécourt.) — M. LATAPIE. États mélancoliques et états infectieux chroniques et latents d'origine chirurgicale. (MM. Joffroy, président ; Thoinot, Claude et Balthazard.) — M. DANGER. Cryoscopie du sang et examen histologique du poumon dans le diagnostic de la mort par submersion. (MM. Thoinot, président ; Joffroy, Claude et Balthazard.)

SUR UN PROCÉDÉ

D'URÉTÉRO-CYSTONÉOSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DES FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES ET URÉTÉRO-CERVICALES

Par Paul LUTAUD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans un travail récent (1) nous avons été amenés à étudier le traitement des fistules de l'uretère surtout au point de vue gynécologique. Longtemps considérées comme une infirmité dont le traitement était au-dessus des ressources de l'art, les fistules de l'uretère ne furent véritablement l'objet d'un traitement chirurgical rationnel que le jour où M. Bazy en France, Nazzaro en Italie, pratiquèrent l'urétéro-cysto-néostomie.

Nous ne reviendrons pas sur l'historique de la question. De même nous ne rappellerons pas même rapidement les très nombreux procédés qui ont été tour à tour décrits soit en France, soit en Allemagne, aux Etats-Unis et en Italie.

Dans ce court travail nous donnerons la technique d'un procédé très simple et très rapide que notre maître, M. Ricard, a eu l'occasion d'appliquer et qu'il nous a autorisé à décrire.

Le procédé de M. Ricard comprend cinq temps.

Premier temps : Laparotomie médiane. Recherche de l'uretère après incision du péritoine pré-uretéral.

Deuxième temps : Libération de l'uretère. Section de ce conduit et retournement de la muqueuse uretérale.

Troisième temps : Ouverture de la vessie et passage de l'uretère à travers la fente vésicale, de manière à faire pénétrer dans la vessie environ 2 centimètres d'uretère.

Quatrième temps : Sutures circulaires vésico-uretérales par points séparés, non perforants et à plusieurs étages.

Cinquième temps : Fixation de la vessie au péritoine pelvien.

Premier temps. — La malade est placée en position de Trendelenboug, avant de commencer l'opération.

Incision sur la ligne médiane comme pour une laparotomie pour hystérectomie abdominale. Avant d'inciser le péritoine, M. Ricard et son aide soulèvent chacun de leur côté la paroi musculaire pour présenter le péritoine et se rendre ainsi compte des adhérences sous-péritonéales possibles.

Le péritoine incisé, on place l'écarteur de M. Ricard à trois valves, deux latérales et une pubienne, afin d'avoir le plus de jour possible.

Après avoir placé des grandes compresses, M. Ricard va à la recherche de l'uretère et incise le péritoine pré-uretéral sur une étendue de 4 à 6 centimètres.

Si l'uretère n'est pas reconnu immédiatement, on agrandit l'incision péritonéale et on remonte vers la bifurcation des gros vaisseaux.

Deuxième temps. — L'uretère reconnu, on le libère en le disséquant à la sonde cannelée et au bistouri le plus soigneusement possible.

Ce temps est souvent difficile, car on trouve l'uretère le plus souvent enfoui dans le tissu cicatriciel qui entoure la fistule.

Quand l'uretère est libéré, on le sectionne juste au-dessus de la fistule ou un peu plus haut si on s'aperçoit qu'il est facile de mettre en contact la vessie et le bout rénal du conduit.

M. Ricard ne s'occupe pas du bout vésical.

Prenant alors le bout rénal, M. Ricard retourne la muqueuse comme on retourne une manche d'habit. L'uretère prend alors l'apparence d'un gland recouvert de muqueuse. On fixe la muqueuse ainsi retournée à l'adventice par deux points de catgut fin. (Voir fig. 1.)

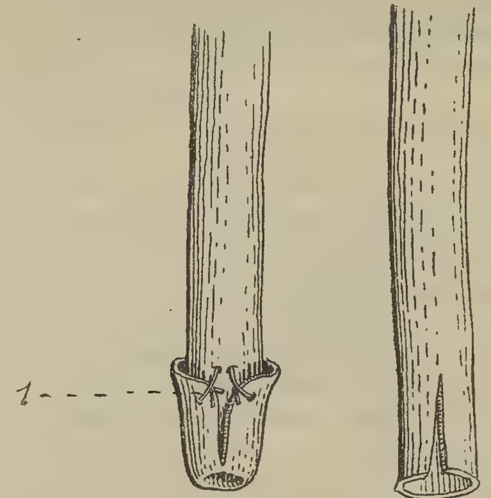


Fig. 1. — 1. Points de sutures fixant le retournement de la muqueuse urétérale.

Troisième temps. — La vessie est amenée au contact de l'uretère que l'on va anastomoser.

Sans passer aucune sonde ni pince dans la vessie, M. Ricard ouvre cette dernière au bistouri, sur 2 centimètres environ, ne faisant cependant à la muqueuse que la fente nécessaire au passage de l'uretère.

Ce dernier, sans que l'on y introduise aucune sonde, est alors *glissé* dans la fente vésicale et *poussé* dans la vessie. On laisse pénétrer ainsi environ un centimètre et demi ou 2 centimètres d'uretère. A la fin de ce temps, l'uretère, dont la muqueuse a été retournée, est donc libre dans la cavité vésicale, à la façon d'un battant de cloche. (Voir fig. 2.)

Quatrième temps. — Un aide soutenant la vessie, M. Ricard, à l'aide d'aiguilles intestinales, auxquelles on a préalablement fixé des fils de catgut (n° 0), se prépare à faire les sutures.

Pour cela il monte l'aiguille (il est préférable dans certains cas d'avoir une aiguille courbe) sur une pince ordinaire et passe les fils de la façon suivante :

On prend toutes les parois de la vessie, moins la muqueuse, d'une part, et les tuniques externe et musculeuse de l'uretère, d'autre part.

(1) Th. de Paris, 1907.

On place ainsi circulairement quatre ou cinq points non perforants séparés, dont les chefs sont repérés au fur et à mesure.

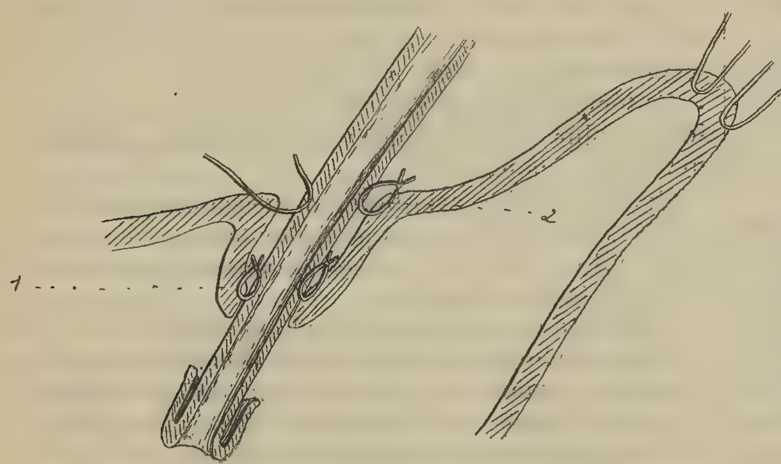


Fig. II. — 1. Premier plan de sutures (non perforantes).
2. Deuxième étage de sutures unissant la vessie à l'uretère (non perforantes). On voit dans cette figure que l'uretère est libre dans la cavité vésicale sur environ 2 centimètres.
En haut et à droite le point de suspension est indiqué.

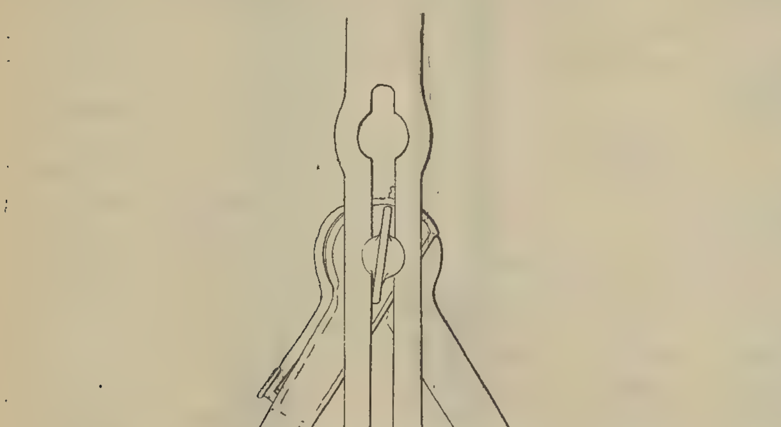


Fig. III. — 1. Sutures de l'anastomose uretéro-vésicale (étage supérieur).
2. Point fixant la vessie au péritoine pelvien.

Les sutures terminées, on s'assure de leur étanchéité et on coupe les chefs repérés.

Un second étage de sutures, également au catgut, augmente le contact vésico-uretéral sur une étendue d'un centimètre à un centimètre et demi de hauteur. (Voir fig. 2 et 3.)

Cinquième temps. — Ce temps est très important. Il consiste à fixer la vessie au péritoine pelvien par un point de gros catgut.

On choisit un point vésical assez voisin des points de suture. On amène ainsi la vessie au-devant de l'uretère, on la fixe en cette position de façon à relâcher l'uretère et à éviter tout tiraillement des sutures.

L'uretéro-cysto-néostomie est alors terminée.

Drainage au drain de caoutchouc sans mèche.

Nous insisterons tout particulièrement sur la simplicité du procédé qui ne nécessite ni sonde pour inciser la vessie, ni cathéter dans l'uretère.

Le retournement de la muqueuse assure la perméabilité immédiate de l'uretère.

La partie de l'uretère introduite dans la vessie (sur près de 2 centimètres) met à l'abri des sténoses pouvant être amenées à la suite de la rétraction toujours possible du conduit.

En un mot, dans l'opération de M. Ricard, tout est fait en vue *d'éviter le tiraillement des sutures.*

A ce propos, le point de fixation de la vessie au péritoine (cinquième temps), en amenant la vessie en haut et en avant de l'uretère, est une garantie de plus que les sutures ne peuvent être tiraillées.

Enfin, nous insistons sur un point spécial de l'opération, c'est celui du passage des fils.

M. Ricard a soin, dans ses deux étages de sutures, de ne jamais passer de points perforants. Ses catguts (car il ne se sert jamais de soie) n'intéressent ni la muqueuse de la vessie ni celle de l'uretère.

Ce point est très important, car on a ainsi une suture dont l'étanchéité est certaine.

Nous voudrions dire un mot des résultats éloignés de l'uretéro-cysto-néostomie appliquée au traitement des fistules uretéro-vaginales et uretéro-utérines.

Nous insisterons tout d'abord sur la difficulté que l'on a à retrouver les opérées. Ces dernières guéries de leur infirmité ne donnent plus de leurs nouvelles.

Dans la plupart des observations on note que la fistule est guérie, mais on ne trouve pas trace d'examen ultérieur de la perméabilité de l'uretère anastomosé.

Dans quelques cas, cependant, dont deux personnels, il nous a été donné de suivre des opérées pendant un certain temps.

D'une façon générale on peut dire que si les résultats immédiats de l'opération sont excellents, les résultats physiologiques éloignés laissent beaucoup à désirer. Dans nombre de cas, l'imperméabilité de l'uretère anastomosé a été

constatée un an environ après l'opération, alors que le résultat avait été considéré comme bon dans les semaines qui avaient suivi l'intervention.

A l'appui de cette opinion nous signalerons le cas d'une malade que nous avons pu suivre trois ans. Au bout de six mois la perméabilité était parfaite. Au bout d'un an elle n'existait plus. Plus tard, au cours de nombreux examens nous avons constaté que l'uretère ne fonctionnait toujours pas.

Récemment, à un dernier examen, le cathétérisme n'a pas été possible, mais cependant nous avons vu sourdre un peu de liquide par l'uretère, mais d'une façon intermittente et nettement insuffisante.

Dans notre second cas opéré maintenant depuis un an environ, le dernier examen (séparation des urines) a montré six mois après l'opération un résultat fonctionnel satisfaisant.

Il est bon de dire ici que par examen ultérieur nous entendons l'examen cystoscopique suivi soit du cathétérisme, soit de la séparation des urines.

Le procédé de M. Ricard est naturellement applicable dans le cas où l'uretère volontairement sectionné (néoplasmes de l'utérus, du bas-fond vésical, etc.) est réimplanté dans la vessie.

Ces opérations sont d'ailleurs fort rares, et nous basant sur les observations de certains auteurs (Westermark, Lotheisen, Schenk, Kronig, Kelly, Sampson, etc.), nous croyons en ce qui concerne les sections de l'uretère envahi par le cancer de l'utérus, qu'il est préférable de ne pas tenter d'intervenir, car la survie que l'on peut obtenir est véritablement trop courte.

Il n'en est pas de même naturellement, dans les cas de cancers limités de la vessie.

Nous terminerons en disant que, dans ces cas, l'uretère sectionné dans une région saine semble ultérieurement fonctionner avec plus de régularité que dans les cas de fistules où les parois sont hypertrophiées.

Pour nous résumer, le procédé de M. Ricard nous paraît être celui qui donne le plus de garanties en ce qui concerne l'abouchement de l'uretère. De plus sa simplicité et sa rapidité font que l'intervention elle-même est bénigne.

D'une façon générale, les résultats immédiats de l'urétéro-cysto-néostomie sont excellents, cependant il y a lieu de faire des réserves sur le fonctionnement ultérieur de la nouvelle bouche.

LA FULGURATION DANS UN ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ

RÉSULTATS DEUX ANS APRÈS

Par M. DELHERM (1).

On a, dans ces derniers temps, beaucoup parlé de l'action de l'étincelle de haute fréquence sur les néoplasies, et l'on a vanté son action « sidérante » et « fulgurante » sur les tissus atteints par des tumeurs malignes : cancer du sein, de l'utérus, etc. (Keating Heart, prof. Pozzi, etc.).

(1) Société de thérapeutique, 20 janvier 1908.

Or les électriciens utilisent depuis longtemps la « fulguration » pour les épithéliomas de la peau (Oudin, Lacaille), avec un plein succès. Le résultat obtenu est souvent très rapide et ce traitement peut, dans certains cas, employé seul ou combiné avec la radiothérapie, constituer un traitement vraiment digne d'attention.

Le cas qui fait le sujet de cette présentation concerne un homme atteint depuis trois années d'un épithélioma de l'angle de l'œil et qui, soigné ainsi, est et demeure guéri depuis l'année 1905.

M. D..., soixante-deux ans. Le début de la maladie remonte à l'année 1902. Elle a commencé par un petit soulèvement noirâtre de l'épiderme, siégeant à un centimètre au-dessous du rebord de la paupière inférieure.

Ce soulèvement s'est recouvert d'une croûte qui tombait de temps à autre et était remplacée par une autre.

Petit à petit, la masse s'est agrandie et creusée et elle est devenue grande comme une lentille.

Tout au début le malade a vu un médecin qui lui a dit qne ce n'était rien et lui a touché la lésion avec de l'eau forte. Malgré cette intervention, le sujet constate un agrandissement progressif de la néoplasie et il alla à Saint-Louis où on lui dit de ne pas s'inquiéter.

Il y retourne quelque temps après, on lui donne la même réponse.

En janvier 1903 il se confie à un autre médecin qui lui donne des pommades et conseille une opération. La néoplasie était devenue grande comme un gros haricot et montait dans l'angle de l'œil. Dans les premiers mois de l'année 1905 l'ulcération s'était encore agrandie : elle avait la dimension d'une fève ; elle menaçait de gagner le bord libre de la paupière. Le malade alla à Saint-Louis d'où on a l'envoyé à Lariboisière dans le service du docteur Morax.

On voulait l'opérer, mais au dernier moment on se décide à tenter la radiothérapie.

Je vis le malade le 13 juin 1905, je lui fis un certain nombre de séances de radiothérapie, mais la néoplasie ne se modifiait pas d'une manière appréciable. Je fis alors de la haute fréquence avec une tige métallique. Dès la première séance il y a eu une réduction de moitié environ. Dix jours après, nouvelle séance, nouvelle diminution. En cinq séances en tout, disparition absolue de toute trace d'épithélioma (25 août 1905).

Le malade fut revu le 15 janvier 1908. La peau de la région où était le siège de la lésion était tout à fait normale; elle différait seulement des régions voisines par une coloration plus rouge.

Le résultat s'est donc maintenu tel quel : la néoplasie est demeurée guérie; il y a maintenant deux ans et six mois.

FORMULAIRE

POSOLOGIE DES NITRITES

1° NITRITE D'AMYLE. — S'ordonne en ampoules de verre coloré que l'on brise sur un mouchoir et que l'on fait respirer au malade en cas de crise angineuse ou dyspnéique intense.

La dose maxima est de VIII gouttes. Ne pas dépasser III gouttes lorsque l'on peut craindre un retour réactionnel de l'hypertension.

Dans le traitement des hémoptysies chez les tuberculeux, Soulier, Pic et Petitjean prescrivent l'inhalation à la dose de VIII gouttes.

2° Nitroglycérine ou trinitrine. — On emploie la solution officinale de l'alcool à 1 p. 100, qui s'ordonne par gouttes.

Ces gouttes peuvent être prises en comprimés (dosés à I, II, III gouttes par comprimé); mais leur dosage est souvent défectueux.

Il est préférable d'ordonner la trinitrine en solution, suivant la formule suivante :

Solution alcoolique de trinitrine à 1/100.... LX gouttes.
Eau distillée........................... 300 grammes.

Chaque cuillerée à soupe représente III gouttes de trinitrine.

Au début de l'accès angineux ou dyspnéique, trois cuillerées à soupe (soit IX gouttes) donnent une action vaso-dilatatrice qui rappelle celle du nitrite d'amyle en inhalation.

La trinitrine s'emploie quelquefois en injection hypodermique, suivant la formule suivante :

Solution alcoolique de trinitrine à 1/100.... XL gouttes.
Eau distillée........................... 10 grammes.

1 ou 2 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

3° Nitrite d'éthyle. — S'emploie quelquefois en solution alcoolique à la dose quotidienne de X à L gouttes.

L'esprit de nitre dulcifié en contient une forte proportion, dans la formule suivante :

Alcool à 90 degrés...................... 300 grammes.
Acide azotique officinal.................... 78 —
Eau distillée........................... 22 —

2 à 4 grammes dans une potion, à prendre par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

Comme sédatif du système circulatoire.

4° Tétranitrate d'érythrol ou tétranitrol. — La dose moyenne est de 3 milligrammes. On l'ordonne habituellement en comprimés de 1 milligramme : deux à quatre par vingt-quatre heures.

Le tétranitrol a l'inconvénient de provoquer souvent des céphalées pénibles.

5° Nitrite de soude. — Ce sel, qui est déliquescent, s'ordonne toujours en solution aqueuse, et à la dose de 10 à 20 centigrammes par vingt-quatre heures.

On emploie souvent la potion suivante :

Nitrite de soude......................... 2 grammes.
Alcoolat de mélisse...................... 5 —
Eau distillée........................... 10 —
Sirop simple.................. Q. S. pour 200 cc³.

Trois cuillerées à café par jour, dans l'hypertension chronique. Continuer pendant cinq jours, attendre cinq jours et reprendre aux mêmes doses.

M. Raymond a conseillé le nitrite de soude en injections sous-cutanées dans le traitement des douleurs fulgurantes des tabétiques.

On peut user de la formule suivante :

Nitrite de soude .... 10 grammes.
Eau distillée........................... 100 —

On injecte un centimètre cube pendant dix jours, puis on suspend dix jours. On reprend ensuite pendant de nouveau dix jours, en injectant 2 centimètres cubes par vingt-quatre heures; après une suspension de dix jours, on reprend pendant une troisième décade avec 3 centimètres cubes (soit à la dose de 30 centigrammes de nitrite de soude par vingt-quatre heures). (Vaquez, *in Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, janv. 1908, n° 1.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 27 janvier 1908)

Modifications du sang provoquées par l'injection d'atropine ou de peptone par le canal cholédoque. — MM. Doyon et Cl. Gautier. Certaines substances déterminent l'incoagulabilité du sang lorsqu'on les fait pénétrer dans l'économie; *in vitro* elles sont sans action.

MM. Doyon et Gautier ont remarqué que la méthode la plus sûre pour déterminer l'incoagulabilité est d'injecter le poison dans le canal cholédoque. Les faits qu'ils ont observés viennent à l'appui de l'intervention du foie dans les modifications du foie provoquées soit par l'atropine, soit par la peptone.

Essai sur la greffe des tissus articulaires. — M. Judet. Dans une série d'expériences sur le lapin, le chien et le chat, l'auteur s'est proposé d'étudier l'aptitude à la greffe des cartilages articulaires, de la synoviale et des ligaments.

Il est arrivé à démontrer que le cartilage articulaire, complètement séparé de l'organisme qui le supporte, est susceptible de se greffer, si on le réimplante à son lieu d'origine.

Il est possible de réparer une perte de substance du cartilage articulaire par une opération plastique faite avec un fragment de cartilage (doublé d'une mince couche d'os) et provenant d'un animal de même espèce.

Sur le « bacillus endothrix », nouvelle bactérie parasite du cheveu. — M. Fernand Gueguen, en examinant les cheveux d'une malade atteinte d'une affection peladoïde du cuir chevelu, a isolé à deux reprises un microorganisme nouveau. Cet organisme diffère entièrement du bacille séborrhéique et du coccus butyrique de Sabouraud; il paraît offrir quelque ressemblance avec l'*ascobacterium luteum* trouvé par Babès dans l'air et incomplètement décrit; mais les éléments en demeurent toujours distincts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 31 janvier 1908)

M. Léon Bernard, à l'occasion de la communication de M. Hayem, rappelle une observation précédemment publiée, où la syphilis était la cause d'un ictère splénomégalique, ainsi que le démontra l'action du traitement.

Méningite cérébro-spinale aiguë, consécutive à une otite sans mastoïdite. Trépanation hâtive. Hernie du cerveau, guérison. — MM. H. Dufour et Lenormant. Un garçon de quinze ans entre à l'hôpital pour une otite qui provoque des vertiges, mais ne s'accompagne d'aucun symptôme de mastoïdite. Cinq jours après son entrée il est pris brusquement des signes classiques de la méningite. Par la ponction lombaire on retire un liquide purulent dans lequel les polynucléaires prédominent et se trouvent dans un état de conservation qu'il est malaisé de définir. On ne trouve pas de microbes par examen direct et, dans la suite, il n'a pas été possible d'en déceler dans les cultures faites sur les milieux usuels. La nature du liquide, l'intensité des manifestations cliniques font décider l'intervention chirurgicale qui est pratiquée *moins de douze heures* après le début de la méningite.

L'opération a consisté dans une large ouverture des cavités de l'oreille moyenne à travers une brèche mastoïdienne, puis dans la pénétration dans le crâne au niveau de la fosse temporale. On incise la dure-mère et sous le cerveau congestionné faisant hernie on glisse un drain qui est enfoncé sous la face inférieure du lobe temporal.

Les suites opératoires furent heureuses, mais non simples. L'amélioration fut immédiate, l'enfant sortit rapidement de la torpeur profonde où il se trouvait plongé, mais dix jours après il se fit une volumineuse hernie cérébrale qui a mis six mois à guérir. Les moyens employés contre celle-ci ont été de deux ordres : au début résection de tranches du cerveau, plus tard compression lente. L'enfant a finalement guéri ; ce fait constitue un exemple rare de succès opératoire dans la méningite diffuse.

Hypertrophie parotidienne et insuffisance thyroïdienne. — M. Apert présente l'observation d'un homme de soixante-six ans mesurant seulement 1m45 de taille et présentant en même temps de l'hypertrophie parotidienne, de l'hypertrophie mammaire et de la glycosurie. En outre on note une série de signes d'insuffisance thyroïdienne autorisant à porter le signe de myxœdème fruste. L'hypertrophie mammaire doit être considérée comme une hypertrophie vicariante ; on l'observe souvent chez les hypothyroïdiens, et on a vu l'ablation de mamelles hypertrophiées provoquer un myxœdème opératoire typique, chez des sujets dont le myxœdème était resté jusqu'alors latent. L'hypertrophie parotidienne semble de même origine chez ces sujets et il est vraisemblable qu'il en est de même chez l'enfant présenté à la dernière séance par MM. de Jong et Joseph, atteint d'infantilisme et d'hypertrophie parotidienne.

Un cas de trypanosomiase chez un Européen. La forme médullaire de la maladie du sommeil. — MM. Martin et Georges Guillain présentent un homme de trente-deux ans atteint de la maladie du sommeil et en traitement à l'hôpital de l'Institut Pasteur. Ce malade fut pris au Congo, en mars 1906, d'un accès de fièvre ayant duré huit jours et ayant été suivi d'une grande fatigue. Au mois de juillet, il eut de l'hyperesthésie profonde et des douleurs à la pression dans les os du genou, du coude, de la main. Puis des troubles fonctionnels apparurent dans les membres inférieurs, la marche devint difficile, les muscles s'amaigrirent. En janvier 1907 la paraplégie était totale avec quelques troubles sphinctériens. La paralysie et l'amyotrophie apparurent ensuite aux membres supérieurs. A cette époque on constata au Congo la présence dans le sang du malade des trypanosomes de la maladie du sommeil ; le malade fut soumis au traitement par l'atoxyl et ramené en France. Au mois de mai 1907 les accidents s'étaient déjà amendés, on put constater une paraplégie avec amyotrophie, des troubles de la sensibilité tactile, thermique et douloureuse dans les zones innervées par la troisième racine lombaire et la première racine sacrée, une amyotrophie des muscles de l'éminence thénar et hypothénar et des interosseux, une certaine difficulté de la motilité des doigts, des troubles vaso-moteurs au niveau de la main ; les réflexes rotuliens et les réflexes des membres supérieurs étaient exagérés surtout à gauche, où l'on observait le signe de Babisnki. Dans la plupart des muscles des membres supérieurs, M. Huet a constaté de la diminution simple de l'excitabilité électrique, galvanique et faradique. Aucun trouble bulbaire ni psychique. Tous ces accidents ont presque complètement régressé sous l'influence du traitement par l'atoxyl durant toute l'année 1907.

Les troubles nerveux observés chez ce malade ont été créés par des lésions méningées et médullaires. Les trypanosomes ont déterminé des lésions arachnoïdo-pie-mériennes diffuses avec des altérations des cellules des cornes antérieures et des faisceaux pyramidaux non destructifs et réparables. Toute la symptomatologie s'explique par une méningo-myélite ascendante à trypanosomes, la moelle étant progressivement infectée par la voie méningée et par la voie du canal de l'épendyme.

Des symptômes médullaires aussi accentués sont exceptionnels dans la maladie du sommeil, les paralysies dans cette affection ne se constatent que rarement, le signe de Babinski n'est pas signalé, les troubles de la sensibilité objective font habituellement défaut. Aussi l'observation de ce malade permet de décrire une *forme médullaire ou spinale* de la maladie du sommeil, très différente par sa symptomatologie des formes cérébrales ou mésencéphaliques.

M. Mazotti présenté par M. Danlos, montre **deux nœvi gigantesques traités par les applications de radium.** Le contraste entre les parties traitées et celles qui ne l'ont pas été, est frappant. Elles se présentent au milieu du nœvus comme des îlots de peau saine et non cicatricielle. Cette absence de toute cicatrice est le caractère essentiel des résultats obtenus, et démontre la perfection des applications. La méthode suivie a été la méthode des applications répétées sans être très profondes. Cette méthode, dite par M. Danlos méthode sèche ne l'est pas absolument car les applications provoquent sur le point traité une exsudation de lymphe plastique sans suppuration et quand la croûte tombe, la peau se montre guérie, lisse, unie et sans cicatrice. Cette absence de cicatrice est la condition absolue nécessaire pour arriver au résultat esthétiquement parfait obtenu chez ces malades.

Sclérodermie généralisée mélanodermique. — M. Laignel-Lavastine rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de sclérodermie généralisée à début sclérodactylique terminée par des accidents viscéraux.

Les troubles cutanés ont consisté successivement en syncope et asphyxie des extrémités, gangrène symétrique des doigts et des coudes, sclérodactylie, puis sclérodermie de la face, du cou, des avant-bras, des orteils avec mélanodermie débutant par le cou et les plis du coude, pour se généraliser ainsi que la sclérodermie et aboutir à une véritable momification avec atrophie des muscles sous-jacents.

Le premier en date des accidents viscéraux est l'albuminurie qui dura de seize à vingt et un ans, âge de la mort. Après l'albuminurie survint comme épisode aigu une péricardite fébride avec symptômes pleurétiques gauches, suivie de crises de plus en plus fréquentes d'asystolie avec manifestations pleurales, pulmonaires et péritonéales.

Les troubles cutanés représentent de la sclérodermie la forme typique généralisée, mélanodermique, comme c'est la règle, à début sclérodactylique, début le plus commun. La succession des accidents locaux : syncope blanche, asphyxie, gangrène symétrique des extrémités constituant le syndrome de Raynaud, sclérodactylie, puis sclérodermie, montre bien que, dans ce cas particulier, il ne s'agit que de manifestations cliniques d'un même processus.

Les accidents viscéraux se ramènent à une néphrite chronique et une péricardite aiguë suivie de symphyse, avec

toutes ses conséquences. Par élimination, l'infection générale causale paraît être la tuberculose.

La coïncidence de scléroses viscérales et péri-viscérales post-inflammatoires et de sclérose dermique peut permettre d'éclaircir l'un par l'autre les deux processus.

D'autre part, la disposition d'abord métamérique de la sclérodermie, l'atrophie appréciable du corps thyroïde et l'accentuation considérable de la mélanodermie de type addisonien, lors des troubles péritonéaux rendent très probable l'influence des perturbations thyroïdiennes et sympathiques dans la genèse de cette sclérodermie généralisée mélanodermique à début sclérodactylique par syndrome de Raynaud.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1908)

Rôle des substances réductrices dans la culture des anaérobies en présence de l'air. — M. L. Guillemot et Mlle W. Szczawinska. L'emploi du bleu de méthylène permet de se rendre compte que tous les milieux dans lesquels on a, jusqu'ici, réalisé la culture des anaérobies en présence de l'air, contiennent des substances réductrices. Les macérations et infusions organiques de Tarozzi et de Wrzosek sont dans ce cas. Ces milieux renferment donc des zones d'anaérobiose où les anaérobies pourront germer à l'abri de l'air. Ils envahiront ensuite le reste du milieu grâce à leur activité réductrice propre. Les travaux récents sur la culture dans des « conditions aérobies » des anaérobies stricts, ne touchent donc en rien à la doctrine de l'anaérobiose.

Influence comparée des sucs intestinaux sur la pepsine et la pancréatine. — MM. M. Lœper et Ch. Esmonet montrent par des expériences in vivo et in vitro que l'activité de la pepsine diminue des trois quarts sous l'influence des sucs duodénaux, d'un demi sous l'influence des sucs de l'intestin grêle, d'un quart sous l'influence des sucs coliques.

Au contraire, l'activité de la pancréatine s'accroît, aussi bien pour le ferment protéolytique que pour le ferment lipurique et amylolytique, des trois quarts dans le duodénum, d'une moitié dans l'iléon, d'un quart seulement dans le gros intestin.

Ces recherches expliquent en partie les variations d'activité des différents ferments digestifs retrouvés dans les matières fécales de presque tous les animaux.

Lymphocytose céphalo-rachidienne et formule sanguine chez les syphilitiques. — MM. Jeanselme et Sézary ont recherché, chez des syphilitiques exempts de tout symptôme nerveux, s'il existait une relation entre leur lymphocytose céphalo-rachidienne, si fréquemment observée, et les altérations quantitatives et qualitatives de leur formule sanguine. Leur étude prouve qu'il n'y a entre elles aucun parallélisme. En particulier, la lymphocytose céphalo-rachidienne n'a aucun rapport avec la mononucléose sanguine. Ce fait, rapproché de la constatation qu'il n'y a pas de rapport constant entre les manifestations cutanées et la lymphocytose, montre que cette dernière résulte d'un processus local méningé et constitue une détermination nerveuse latente de la syphilis.

Vaccination antirabique par voie péritonéale. — M. P. Remlinger. Il est très facile dans un laboratoire d'immuniser un animal contre la rage par voie péritonéale. L'immunité ainsi conférée se fait remarquer par son intensité et par sa durée. Il est tentant d'appliquer ces données à la pratique des vaccinations chez le chien et chez les herbivores. L'inoculation intra-péritonéale brutale d'un cerveau ou même de deux cerveaux à quelques jours d'intervalle constituerait un procédé de vaccination simple et séduisant. Malheureusement, l'innocuité et l'efficacité de cette pratique ne peuvent être pleinement garanties.

Autres communications :

Réunion biologique de Bucarest (séance du 2 janvier 1908) : **Apparition des lésions rabiques et des corpuscules de Negri.** — MM. Babès et Stefanesco.

Rapport entre la graisse, le pigment et des formations cristallines dans les capsules surrénales. — M. Babès.

Le principe de l'hyperovarisme menstruel. Les variations numériques des hématies dans les périodes menstruelles et intercalaires. — M. Marbé.

Survivance des cellules des ganglions spinaux greffés à différents intervalles après la mort. — MM. Marinesco et Minea.

Sur la nature du ganglion ciliaire. — MM. Marinesco, Pachot et Goldsteim.

Influence du traumatisme cérébral sur la réaction du cobaye normal aux injections sous-cutanées de tuberculine. — MM. Slatineano et Danielopol.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de pathologie interne (1), **par M. Dieulafoy.**

C'est hier que paraissait la quatorzième édition du manuel de M. le professeur Dieulafoy, et voilà qu'aujourd'hui le succès oblige encore le maître à publier une nouvelle édition de son livre, si apprécié de tous les étudiants. Il semblerait inutile, a priori, de le présenter à nouveau au public, car citer le nom seul de l'auteur suffit pour lui faire connaître cette œuvre à la fois si documentée dans son ensemble sur toute la pathologie, et si vivante dans chaque chapitre par son allure clinique. Et cependant, il faut le faire pour lui dire à ce public, qui se passionne aux choses de la médecine sans cesse rénovées, que ce manuel, qui a déjà vingt-quatre ans d'existence, où se reflète l'enseignement de la vieille tradition clinique de son maître Trousseau, contient aussi avec ce cachet si personnel de sage éclectisme que sait leur donner le professeur Dieulafoy, les acquisitions de la médecine moderne, dont il est le premier averti, sachant « maintenir sans cesse en haleine » la cohorte des jeunes dont il s'entoure et qu'il stimule de son zèle laborieux.

C'est ainsi qu'à côté des chapitres restés classiques prennent place, pour en faire un livre nouveau, des questions comme les épanchements de la plèvre étudiés avec les méthodes nouvelles de *cyto-diagnostic*, et parmi eux plus particulièrement les *épanchements puriformes avec intégrité des polynucléaires*, ou les *pleurésies hémorragiques avec l'éosinophilie pleurale*, ou encore l'*hémothorax traumatique*, qui lui permet d'entamer cette question de *physiologie pathologique*, actuellement si passionnante des *liquides hématolytiques*.

Ailleurs, c'est un chapitre nouveau tout entier qu'il écrit sur la biologie de l'agent causal de la syphilis, le *tréponème pâle* ou encore du *trypanosome*, agent de la maladie du som-

(1) In-8°. — Prix ; 32 francs. — Paris, Masson et Cie.

meil, dont il nous donne du même coup la description clinique.

La *bactériologie* lui sert encore de prétexte pour discuter les *conditions de l'aérobiose et de l'anaérobiose, de certains microbes*, et à propos d'un cas de gangrène foudroyante de la verge de montrer le rôle de ces agents dans la production des *gangrènes gazeuses* et *non gazeuses*.

Dans un autre ordre d'idées tout un chapitre nouveau est consacré à la *tension artérielle*, qui depuis quelques années est entrée dans le domaine de la *séméiologie* courante et doit prendre place par conséquent dans un livre de « pathologie interne et de clinique médicale ».

Puis revenant à ses sujets favoris, il étudie à nouveau les *fausses appendicites*, les *ulcères de l'estomac et du duodénum consécutifs à l'appendicite*, et c'est encore la *syphilis* dans ses manifestations veineuses, *phlébites syphilitiques*, ou dans ses désordres osseux sur le crâne, *syphilis nécrosante et perforante de la voûte cranienne*.

Enfin pour la première fois dans un traité de médecine se trouve exposée la grande *question médico-chirurgicale* du rapport des *pancréatites avec la lithiase biliaire*, que les Mayo-Robson, les Kehr, les Körte avaient fait connaître à l'étranger, et que l'un des premiers il fait connaître en France en exposant magistralement l'histoire des pancréatites et les méthodes nouvelles de coprologie clinique qui en facilitent le diagnostic. C'est dans ce chapitre que se trouve la description de ce syndrome, si brutal dans son début, si rapide dans son évolution qu'il a cru pouvoir le dénommer le *drame pancréatique*, c'est-à-dire la *cytostéatonécrose avec hémorragies pancréatico-péritonéales*.

Ainsi l'étudiant, avide de connaître, trouvera-t-il réuni dans ces quatre volumes tout ce que la pathologie interne mêlée même par plus d'un de ses côtés avec l'enseignement de la chirurgie dans les questions médico-chirurgicales, peut lui révéler de choses nécessaires pour l'étude de ce livre, toujours ouvert par la nature, qu'est le malade et la maladie.

Ainsi s'assure le succès de ce manuel dont les éditions futures s'agrandiront des acquisitions nouvelles qu'avec son aide tout un chacun est capable de faire dans l'avenir.

RENÉ GAULTIER.

Nouveau traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. A. Le Dentu et Pierre Delbet : *Lésions traumatiques des articulations* (1), par M. Léon Cahier.

L'étude des traumatismes articulaires, si elle n'a pas fait de progrès sensibles ces dernières années en ce qui concerne les symptômes, s'est sensiblement modifiée au point de vue du diagnostic et du traitement, surtout à la lumière des rayons Röntgen. C'est donc sur ces deux chapitres qu'ont porté particulièrement les soins de M. Cahier.

Il nous montre les tendances nettement interventionnistes de la chirurgie moderne dans les lésions traumatiques des articulations, et étudie spécialement les enseignements fournis par les dernières guerres, surtout par celle des Russes et des Japonais.

D'autre part, M. Cahier a développé avec juste raison les questions de pronostic fonctionnel qui ont pris une si grande importance avec les lois sur les accidents du travail où le chirurgien doit savoir apprécier équitablement, au mieux des intérêts antagonistes, l'action réelle du traumatisme et ses conséquences ultérieures.

(1) Fasc. VI. — Paris, Baillière.

Dans une première partie, M. Cahier s'est occupé d'abord de l'entorse en général, puis de l'entorse de chaque articulation en particulier. Un second chapitre est consacré aux plaies articulaires.

Enfin, dans la troisième partie, de beaucoup la plus importante, sont étudiées les luxations en particulier.

De nombreuses figures illustrent cette monographie qui met tout à fait à jour la question de la chirurgie des articulations.

ÉTIENNE LE SOURD.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVII, n° 25, 19 déc. 1907.) Lawrence J. Rhea : Une série de 91 cultures de sang consécutives. — F. Fremont Smith : Les effets du climat de la Floride sur les maladies aiguës et chroniques (avec 1 tabl.). — (N° 26, 26 déc.) E. W. Taylor : L'attitude de la profession médicale en face du mouvement psychothérapeutique. — Francis H. Williams : L'utilité de l'examen aux rayons X dans la tuberculose pulmonaire (avec 2 fig.). — S. P. Beele : Le résultat de l'analyse chimique des tumeurs. — John C. Bossidy : L' « optométriste », un mot d'avertissement. — John D. Adams : Le surmenage comme facteur d'arthrite infectieuse (avec 1 fig.). — Farrar Cobb : Description d'un cas de pseudo-tuberculose du péritoine (avec 2 fig.). — (Vol. CLVIII, n° 1, 2 janv. 1908.) Lincoln Davis : La tuberculose rénale : diagnostic et indications opératoires. — Cleaveland Floyd et Arthur M. Worthington : La valeur de la vaccinothérapie, dans le traitement des maladies bactériennes, par le médecin praticien (avec 1 tabl.). — Mark W. Richardson : Quelques expériences personnelles avec des vaccines spécifiques dans le traitement des maladies bactériennes. — Helen C. Putnam : Vaccinothérapie : rapport sur la clinique londonienne de sir Almroth E. Wright. — (N° 2, 9 janv.) Theodore C. Bube et Leon S. Medalla : Applications pratiques de la thérapeutique opsonique. — I. S. Kahn : Le travail des mines au Mexique au point de vue de la tuberculose. — John B. Deaver : La dyspepsie chronique. — Howard A. Lothrop : Une méthode d'obtenir l'extension pour les fractures dans les deux tiers supérieurs de l'humérus.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 47, 21 nov. 1907.) Cramer : Le traitement de l'atrophie du cerveau d'origine artériosclérotique. — Strumpel : Sur les rapports du tabes avec les maladies du cœur et des vaisseaux. — Wassermann : Sur un nouveau procédé d'immunisation. — Schmidt et Lohrisch : Sur l'importance de la cellulose sur les échanges des diabétiques. — Tillmanns : Le traitement général des luxations. — Bumm : Le traitement de l'éclampsie. — Bokay : La valeur de la ponction lombaire systématique dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — Kreibich : Sur l'inflammation de la peau normale provoquée par le pinceau faradique. — Lewandowsky : Sur la pathogénie et le traitement des abcès multiples des nourrissons. — (N° 48, 28 nov.) Goldscheider : Sur le traitement de l'ictus apoplectique. — Wassermann : Sur de nouveaux procédés d'immunisation. — Franke : Sur l'ophtalmo-réaction de la tuberculose. — Eppenstein : Sur la leucémie et la septicémie streptococcique. — Cohn :

La chaux, le phosphore et l'azote dans le cerveau des enfants. — STREITZ : Un cas de péritonite à pneumocoque. — HARBITZ et SCHEEL : La poliomyélite aiguë et les maladies voisines. — ENSLIN : Contribution à l'étude de la cataracte congénitale familiale. — BARTH : Importance du diagnostic différentiel de l'aphonie organique et fonctionnelle. — MENDELSOHN : Deux cas d'empoisonnement par la noix muscade.

Medical Record. — (Vol. LXXII, n° 20, 16 nov. 1907.) John HEMMETER : Les maladies du tube digestif qui sont sur les confins de la médecine interne et de la chirurgie. — BROOKLYER : Greffe cutanée sans anesthésie. — Conklin BRUSH : Relation entre le traumatisme et la folie. — S. TALMEY : Cryptorchidie compliquant l'idiotie. — H. EISING : Radiographie d'un pied momifié. — (N° 21, 23 nov.) B. KELSEY : Abcès péri-anaux et péri-rectaux. — Otto KILIANI : Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. — Sohier BRYANT : Le nez dans ses rapports avec l'épilepsie. — T. LIVINGSTONE : Les indications de l'ergot de seigle indépendamment de ses emplois thérapeutiques. — CROTHERS : Action des bains de lumière dans les maladies nerveuses. — Carl D. CAMP : La paralysie motrice comme symptôme précoce du tabes dorsalis. — Pooch VAN BAGGEN : L'abus de la voix et son traitement. — (N° 22, 30 nov.) Muirhead LITTLE : La paralysie spastique infantile et son traitement. — Robert ABBE : Valeur de la méthode de section par la ficelle dans le rétrécissement infranchissable de l'œsophage. — Stephen HARNSBERGER : Traitement de la pneumonie par l'aérothérapie; expérience de vingt-neuf années. — Anthony BASSLER : L'exfoliation gastrique comme symptôme de la production d'un ulcère gastrique aigu. — Edgar BALLENGER : Diagnostic des maladies des reins et signification d'une albuminurie peu abondante. — Jay KAISER : Un cas de paralysie unilatérale du nerf de la troisième paire. — (N° 23, 7 déc.) Alfred MEYER : Six cas d'endocardite maligne. — Ch. PECK : Ulcère perforant de l'estomac et du duodénum; relation de huit cas. — W. MEYER : Tuberculines et sérums : tableau synoptique des diverses préparations en usage. — LA PIERRE : Folie hallucinatoire alcoolique. — Leonard ELY : Traitement de la tuberculose articulaire chez les enfants. — J. BLAKE : L'endocardite maligne au point de vue chirurgical. — (N° 24, 14 déc.) Albert ABRAMS : Le réflexe cardiaque et le mécanisme de l'angine de poitrine. — Herbert Maxon KING : Notes sur le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — Burton CHANCE : Le coma et la valeur de ses symptômes oculaires. — Philip FRANK : Dégénérescence artérielle expérimentale. — George RICHTER : L'art du gargarisme. — Dudley ROBERTS : Dilatation progressive de l'anus par une nouvelle méthode. — (N° 25, 21 déc.) A. HAIG : Les salicylates au point de vue diagnostique et thérapeutique. — Margaret CLEAVES : Les manifestations cliniques terminales et les constatations nécropsiques dans un cas anormal; présentation de pièces anatomiques. — MUNSON : Epilepsie, tuberculose généralisée, syphilis. — Finley COOK : Décharges métalliques à haute fréquence; traitement nouveau. — Dewitt REESE : Tumeurs fibreuses de l'utérus et leur traitement. — (N° 26, 28 déc.) J. BRYANT : Quelques dangers non classés dans l'anesthésie. — Cole NEWTON : Le bien-être et l'hygiène personnelle comme cause de tuberculose. — Augustus WADSWORTH : Les bactéries dans l'endocardite maligne. — Fred. ALBÉE : La skiagraphie dans la chirurgie orthopédique. — Guy HINSDALE : Hot Springs (Virginie). — Clayton TRUSH : Appendicite due à la présence d'oxyures vermiculaires.

Medizinische Blætter. — (N° 47, 23 nov. 1907.) MUNTER : L'importance des médicaments physiques pour le traitement du diabète sucré. — (N° 48, 30 nov.) MUNTER : Importance des médicaments physiques dans le traitement du diabète sucré.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 48, 26 nov. 1907.) ZWEIFEL : Sur les dangers et le traitement du placenta prævia. — RIEDEL : Sur l'appendicite chez les enfants. — FREUND : Contribution au traitement de la tuberculose pulmonaire et de l'emphysème pulmonaire par la mobilisation opératoire du thorax sténosé à son ouverture supérieure et du thorax dilaté. — STIÉDA : Sur le traitement opératoire de certains cas d'emphysème pulmonaire. — LEWIN : L'intoxication aiguë mortelle par les vapeurs de benzol. — HOFMEIER : Sur le traitement des solutions de chlorure de zinc dans le traitement de l'endométrite. — REINKE : Transplantations avec succès des proliférations épithéliales du cristallin de la salamandre provoquées par l'éther. — GÖRNER : Le traitement par le bol de Stumpf; son emploi dans les diarrhées et le météorisme de différentes origines. — STERN : Traitement de l'épididymite et des bubons par l'hyperémie. — MATHES : Sur la protection du périnée. — HAUN : Sur la narcose avec le chloroforme chauffé; — Sur la pubiotomie. — PRANSNITZ : Un appareil de stérilisation pour laboratoire avec emploi d'un courant de vapeur. — MULLER : Impression de voyage en Amérique. — (N° 49, 3 déc.) SCHMIDT : Expérience sur le pneumothorax artificiel dans la tuberculose, la bronchectasie et les maladies d'aspiration. — FÖRSTER : Sur la question de la plus petite ration d'albumine. — FRIEDEMANN : Sur l'hypersensibilité passive. — DOLL : L'apoplexie de la loge rénale. — TÖBBEN : Sur le traitement de la méningite épidémique. — HERRENKNECHT : 3 000 anesthésies au chlorure d'éthyle. — HERFF : La conception de l'infection puerpérale et le devoir de déclaration qui en est la conséquence. — GÜNTHER : Courte contribution à l'étude des cas où l'appendice vermiforme a été trouvé comme seul contenu du sac herniaire, à la kélotomie. — THUREY : Corps étranger ancien du maxillaire supérieur, cause de conjonctivites aiguës suppurées. — MÜHLENKAMP : Sur un cas intéressant de corps étranger du nez. — GUNSETT : Nouvel appareil pour le massage vibratoire de la prostate.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 47, 24 nov. 1907.) STOSSMANN : La narcose au chloroforme-véronal. — — WOSINSKY : Influence de la syphilis et de l'alcool sur l'épilepsie. — (N° 48, 1er déc.) HUDOVERNIG : L'internement des aliénés dans les asiles. — FISCHER : Quelques mots sur la question de l'appendicite.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 47, 21 nov. 1907.) WALKO : Sur la valeur thérapeutique de l'huile et de la moelle osseuse dans les affections gastriques. — GERGÖ : Sur la valeur scientifique et pratique des nuages Röntgen d'Alexander. — HERZ : Sur le diagnostic de la hernie diaphragmatique. — URBACH : Sur les psychoses aiguës après les opérations sur les voies biliaires. — ESAU : Kystes du pancréas comme cause d'une sténose de l'angle gauche du côlon. — SCHWARZ : Sur un cas de tumeur du médiastin traitée par les rayons Röntgen. Mécanisme de la régression des tumeurs irradiées. — (N° 48, 28 nov.) SPITZY : Application de la doctrine de la régénération et de la guérison des nerfs sectionnés à la pratique chirurgicale. — TELEKY : L'intoxication saturnine professionnelle en Autriche. — RIEDL : Emploi avec succès d'injections vaso-dilatatrices. — PUPOVAC : Anévrisme vrai de l'artère temporale superficielle droite. — SARAFOF : Un cas de névrite rétrobulbaire à la suite d'une intoxication par l'iodoforme. — RICHER : Nouvelles méthodes pour l'évaluation quantitative de la pepsine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 3 février : MM. Desvaux de Lyf, 9 ; Béchade, 6 ; Colombe, 8 ; Davesne, 9 ; Fège, 2 ; Guénot, 12 ; Vignes, 3 ; Weber, 9 ; Liébault et Lévy (Isaac), 7.

PATHOLOGIE. — Séance du 3 février : MM. Rousselot, 11 ; Dournay, 8 ; Cotillon, 10 ; Odoul, 7 ; Gosselin, 5 ; Ferry (Maurice) et Philippon, 8 ; Desbouis, 7 ; Pont, 8 ; Maisons, 9.

— Un concours pour la nomination à trois places de dentiste-adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 6 avril 1908, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 2 mars 1908 au samedi 21 du même mois inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX DÉCERNÉS EN 1907. (Voir pour les autres prix, *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 5.) — *Prix Montyon.* — Le prix n'est pas décerné. Une somme de 400 francs est décernée à titre d'encouragement à M. le docteur Hébert (d'Audierne), pour son travail sur une épidémie de variole.

Le *Prix Jeunesse* (1 500 francs) est décerné à M. le docteur Alquier (de Paris), pour ses travaux sur la *valeur alimentaire et la composition chimique des aliments*.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Béhal, professeur de toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de chimie à ladite Ecole, à partir du 1er février 1908.

— Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 4 février 1908, la chaire de toxicologie de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

MARINE. — M. le médecin de première classe Dargein, du port de Rochefort, a été nommé pour une période de cinq années, depuis le 1er février 1908, à l'emploi de chef de clinique médicale à l'École d'application des médecins et pharmaciens de troisième classe à Toulon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Hernu (d'Auchel) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

CRÉATION DE MÉDECINS STAGIAIRES DE COLONISATION EN TUNISIE. — Il vient d'être créé en Tunisie quatre postes de médecins stagiaires de colonisation, destinés à assurer le recrutement d'un corps de médecins de colonisation dans la régence.

Les candidats devront être Français et âgés de moins de trente ans. Ils adresseront avant le 15 mars 1908 au secrétariat général du gouvernement tunisien, leur demande accompagnée des pièces suivantes : extrait de l'acte de naissance, extrait du casier judiciaire, copie certifiée conforme des titres universitaires, relevé des services antérieurs et des travaux scientifiques, certificat constatant qu'ils ont satisfait à la loi militaire, certificat médical constatant qu'ils peuvent faire un service actif.

La durée du stage est fixée à deux ans avec une indemnité annuelle de 3000 francs. Les stagiaires ne devront faire aucune clientèle sous peine de licenciement immédiat.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — Le bureau du comité d'organisation du Congrès qui se tiendra à Buda-Pesth du 29 août au 4 septembre 1909 est ainsi composé :

Président, M. le professeur Landouzy ; vice-présidents, MM. les professeurs Pinard, Raymond et Reclus ; secrétaire général, M. Raoul Blondel ; trésorier, M. Pierre Masson.

Nous publierons le règlement du Congrès dans un prochain numéro.

UNE NOUVELLE FONDATION DEBROUSSE. — L'administra-

tion générale de l'Assistance publique à Paris va prendre possession d'un nouvel hospice qui lui a été légué par Mme Debrousse. Cet hospice, situé près de Lyon, est donné à l'Assistance complètement aménagé et prêt à fonctionner. Il est estimé plusieurs millions.

MÉDAILLE OFFERTE A M. LE PROFESSEUR HUTINEL. — Les élèves et les amis de M. le professeur Hutinel ont formé le projet de lui offrir une médaille, à l'occasion de sa prise de possession de la chaire de clinique des maladies des enfants.

M. le docteur Paul Richer, membre de l'Institut, a bien voulu se charger de l'exécution.

Les souscriptions sont reçues à la librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Chaque souscripteur d'une somme minima de 25 francs aura droit à un exemplaire de cette médaille.

La souscription sera close le 15 mars prochain.

A LA MÉMOIRE DE BOUILLY. — Les élèves et amis de Bouilly ont eu la pensée de faire placer son médaillon à l'hôpital Cochin.

Un comité, composé de MM. les professeurs Debove, Segond, Dieulafoy, Nélaton, Schwartz, s'est formé dans ce but.

Les cotisations seront recueillies par M. Mauger, 18, rue Regard.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — M. le docteur G. Variot commencera ses conférences d'hygiène et de clinique infantile aux Enfants-Assistés le lundi 17 février, à dix heures et demie, et les continuera chaque lundi à la même heure.

Conférences complémentaires sur : la radioscopie de l'estomac du nourrisson, docteur Barret; la bactériologie du lait, docteur Ferrand; étude physiologique des premiers aliments, docteur Lassablière.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 28 déc. 1907.) SLOSSE et VAN DE WEYER : Enquête sur l'alimentation d'un groupe d'ouvriers belges. — VAN DE VELDE : Contribution à l'étude bactériologique de l'empoisonnement par les viandes. — THIRIAR : Un cas de rage humaine. — BORDET : Les statistiques du traitement antirabique et du service des diagnostics rabiques à l'Institut Pasteur de Bruxelles. — Léon DESGUIN : Les pneumococcoses; septicémie pneumococcique; abcès du cerveau à pneumocoques; appendicite infectieuse d'origine pneumococcique.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 12, déc. 1907.) GAREL : Traitement chirurgical de la pachydermie des cordes vocales par la méthode du fraisage. — LERMOYEZ et MAHU : Contribution au traitement de l'otite adhésive. La thiosinamine. — CHERVIN : Utilité de l'oto-rhinoscopie dans les divisions palatines. — J.-N. ROY : Mélanose palatine primitive ancienne. Fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 49, 5 déc. 1907.) SCHWALBE : Nouvelles recherches sur la morphologie et l'origine des tumeurs. — HAENDEL : Sur la question de la déviation du complément. — FEHR : La névrite optique causée par l'atoxyl. — JOSEPH : La correction des déformations nasales. — LUBLINSKI : Quand l'intervention sur les sinus des fosses nasales est-elle nécessaire? — BARTH : Sur la physiologie des amygdales et sur l'indication de leur ablation. — GARDEMIN : Sur le spirosal. — O. ROTHSCHILD : Un cas de tumeur tératoïde rétro-bulbaire. — STEIN : Emploi de la stase de Bier dans les brûlures. — (N° 50, 12 déc.) ALBU : Cure des diètes. — HILBERT : Sur les nouveaux médicaments contre la tuberculose pulmonaire. — KAUSCH : La résection du premier cartilage costal dans la tuberculose pulmonaire au début. — KÖHLER : Sur l'ophtalmo-réaction. — SCHMINKE : Sur la sténose musculaire sous-aortique. — SCHUSTER : Le traitement mercuriel de la syphilis a-t-il une influence sur l'apparition d'affections nerveuses métasyphilitiques? — RIECKE : Sur l'emploi thérapeutique du soufre. — VÖRNER : Hyperidrose congénitale unilatérale. — (N° 51, 19 déc.) AHLFELD : Prophylaxie et traitement des déchirures du périnée. — ELSAESSNER : Sur le traitement de la tuberculose avec le sérum de Marmorek et la tuberculine nouvelle. — CREITE : Sur le traitement du charbon externe. — HEINSIUS et LISSAUER : Expériences sur les inflammations des ganglions thoraciques et leur traitement par l'hyperémie de Bier. — SCHUR et WIESEL : Sur la question des substances hypertensives dans le sang dans la néphrite chronique. — NEUBÜRGER : La méthode d'inoculation de Wright. — QUADFLIEG : Un cas de torsion habituelle du testicule gauche. — BECKER : Traitement du psoriasis par les rayons ultra-violets. — DAVIDSOHN : Deux blessures rares. — (N° 52, 26 déc.) FISCHER et MEIER : Sur la valeur clinique du séro-diagnostic de la syphilis de Wassermann. — CURSCHMANN : Remarques sur la théorie et la pratique de la percussion de Goldscheider. — SEHRWALD : Sur le diagnostic de la pleurésie diaphragmatique. — MOSSE : Sur la polycythémie avec ictère urobilinique et splénomégalie. — ELSNER : L'œsophagoscopie dans le carcinome de l'œsophage et du cardia. — VOIGT : Sur l'ileus tardif post-opératoire. — BITTNER : Le traitement de la scoliose de Klapp. — LASER : Végétations adénoïdes et surdité chez les écoliers. — ZIEMANN : Sur le défaut ou la rareté de la paralysie générale et du tabes chez les races colorées, non cultivées. — SAMUEL : Un pansement dans les affections mammaires. — (N° 1, 2 janv. 1908.) KRAUS et NICOLAI : Sur la solidarité fonctionnelle des deux moitiés du cœur. — LÖFFLER et RÜHS : La guérison du nagana expérimental. — BOAS : Les opérations pour cancer de l'intestin éclairées par la médecine interne. — WEGELE : Sur le mode d'action des cures de Yoghourt et leurs indications dans les affections gastro-intestinales. — HOFFMANN : Nouveaux progrès dans le diagnostic des maladies du cœur. — BALAS : Contribution à l'étude de l'hyperacidité. — KREIBICH : Traitement du chancre mou et du bubon. — IWANOWA : Sur le traitement des troubles de la circulation dans l'intoxication diphtérique. — FERMI : Le traitement antirabique d'animaux sains par la méthode de Pasteur peut-il leur donner la rage? — WIETING : La numération des leucocytes pour la différenciation de l'épanchement sanguin et purulent. — LŒB : Sur l'évolution d'un sarcome après transplantation d'un carcinome. — OGATA : Traitement cosmétique des nævi et des télangiectasies. — EDLEFSEN : Quelques remarques sur les seringues de Pravaz défectueuses.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 3, 19 janv. 1998.) LAFITE-DUPONT : Quatre cas d'algie hystérique de l'oreille. — (N° 4, 26 janv.) Ch. ROCAZ et Firmin CARLES : La ponction lombaire dans les formes méningées de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

(*Voir la suite, p. 178.*)

DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE

POLYPES FIBRINEUX

Par Paul DALCHÉ (1),
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'un cas assez rare, ou que, du moins pour ma part, je n'ai pas eu l'occasion d'observer fréquemment. Ne croyez pas, cependant, que je vais sortir des sujets pratiques pour disserter sur des phénomènes singuliers dont le principal intérêt consisterait précisément dans leur étrangeté. Au contraire, il est nécessaire de bien connaître ces faits relativement peu communs qui vont nous occuper, afin d'éviter de tomber dans l'erreur de diagnostic que j'ai vu commettre, erreur qui doit être assez fréquente, et à laquelle moi-même peut-être, tout le premier, je n'ai pas échappé à mon tour à propos d'autres malades, venues me consulter pour des accidents dont la véritable cause est restée ignorée et passée inaperçue.

Une jeune dame de vingt-six ans vient me demander conseil, parce que, dit-elle, pendant longtemps elle avait cru être sujette à des fausses couches répétées, survenant au cours de grossesses très peu avancées, presque à leur début. Ces accidents la rendaient extrêmement triste, son plus grand désir étant d'avoir des enfants. Très longtemps elle était persuadée que, devenant très facilement enceinte, elle ne pouvait jamais mener une grossesse à bon terme, car on avait même prétendu trouver des débris de caduque dans les produits expulsés. Or le hasard fit que, n'ayant pas cohabité avec son mari pendant plus d'un mois, elle éprouva les mêmes phénomènes. Très surprise, elle suspendit complètement tout rapport sexuel pendant plusieurs mois, et les accidents se reproduisirent néanmoins. Certaine dès lors qu'il ne pouvait s'agir de grossesse et de fausse couche, elle vint me consulter.

C'était une grande et belle femme, parfaitement conformée, qui cependant souffrait parfois de crises d'entéro-colite, et dans les antécédents de laquelle je trouvai quelques signes d'insuffisance ovarienne.

Sa première menstruation, qui survint tardivement, vers l'âge de quinze ans et demi, fut suivie d'une phase aménorrhéique d'une durée d'un an. Les secondes règles coulèrent à ce moment; les années suivantes encore, la menstruation ne s'établissait qu'avec des semaines de retard.

Elle se maria à vingt-deux ans, eut un accouchement normal à vingt-trois ans, mais, à la suite de ces couches, souffrit d'une salpingite gauche.

Depuis cette époque les règles sont toujours survenues avec des retards, et sont restées fort douloureuses; mais tantôt les douleurs commencent avant l'arrivée du sang, et l'écoulement dure six à huit jours très abondant, pour se terminer d'une façon normale; tantôt au contraire, vers le troisième jour de l'écoulement, les règles s'arrêtent presque brusquement. C'est à ce moment que, au milieu de coliques utérines et de maux de reins très pénibles, la malade finit par expulser un corps de forme vaguement ovoïde, comparable à une petite poire; enfin, cette sorte d'accouchement une fois terminé, l'écoulement menstruel reprend pour durer encore quatre à cinq jours, laissant la malade très endolorie, très fatiguée et surtout très triste.

De ces « objets » expulsés, je n'en ai vu qu'un seul conservé dans l'alcool, puis dans de la glycérine; c'est celui que je vous présente. Mais si je n'ai pas assisté à une de ces crises, que la malade m'a, du reste, parfaitement décrites, et si je n'ai pas vu le produit au moment de son expulsion, je puis toujours vous faire remarquer sa forme actuelle. Elle est nettement triangulaire, avec un sommet légèrement prolongé, à la façon d'un mince cylindre, et une base dont les deux angles tendent aussi à présenter de légers prolongements. La « poire » s'est vidée pour devenir, dans ce flacon, une membrane d'apparence triangulaire, représentant, comme vous le voyez, la cavité utérine : son sommet s'engageait dans le col, sa base correspondait au fond de l'utérus et les deux extrémités de celle-ci se dirigeaient du côté des trompes. Il s'agissait en effet d'une sorte de moule de la cavité utérine.

Ajoutons que l'examen de l'appareil génital nous montrait une légère antéflexion de la matrice et une salpingite gauche de dimensions moyennes.

Il résulte clairement de cette histoire clinique que notre malade n'était pas sujette à des fausses couches à répétition, et qu'il ne saurait être nullement question de grossesse. Il y avait bien un petit accouchement, mais c'était seulement d'une membrane pleine de sang. Il s'agissait en effet d'un cas de *dysménorrhée membraneuse*, avec sa symptomatologie au grand complet.

Reprenons ensemble l'étude de cette malade. Nous trouvons d'abord une première menstruation tardive suivie d'aménorrhée temporaire et de retards cataméniaux, ce qui permet de conclure à un certain degré d'*insuffisance ovarienne*.

Plus tard, elle se marie, et, à la suite de couches, elle se trouve atteinte d'une *salpingite*; et c'est à partir de ce moment qu'elle souffre de dysménorrhée. Voici donc une cause inflammatoire qui vient se greffer sur ce terrain « hypo-ovarique ». Elle produit en effet des métrorragies congestives extrêmement abondantes et douloureuses, même quand les membranes font défaut; mais malgré cela les règles viennent toujours avec du retard, ce qui est, d'ailleurs, signalé fréquemment dans la symptomatologie de la dysménorrhée membraneuse.

Notons bien ce point. Malgré une tendance manifeste à l'insuffisance ovarienne, caractérisée par de l'aménorrhée temporaire et des retards menstruels constants, une salpingite inflammatoire marque le début des accidents congestifs avec leurs deux résultantes : la douleur menstruelle, accompagnée ou non de fausses membranes, d'autre part les ménorragies très abondantes. C'est depuis l'existence de cette tendance congestive, symptomatique d'une hyper-

(1) Leçon recueillie par le docteur M. Bloch-Vormser, ancien interne des hôpitaux.

émie utérine, que la dysménorrhée membraneuse s'est installée.

Auparavant les règles, sauf le retard, ne présentaient aucun caractère anormal.

Notons aussi l'antéflexion qui, à mon avis, joue un rôle pathogénique.

Ce premier point très intéressant bien fixé, le reste demeure classique. Les douleurs, en effet, augmentent jusqu'au troisième jour de la menstruation : à ce moment l'écoulement s'arrête, bientôt remplacé par des coliques atroces, enfin la membrane qui oblitérait le canal cervical et arrêtait le sang est expulsée et l'hémorragie cataméniale reprend, toujours abondante.

Tel est le tableau ordinaire d'une crise de dysménorrhée membraneuse type, mais il est susceptible de varier dans une certaine mesure. C'est ainsi que le sac, au lieu d'être expulsé en une seule pièce, peut faire issue par fragments. Mais c'est surtout la douleur dont l'intensité présente différentes modalités. Quelquefois elle est véritablement épouvantable et en tout presque semblable aux douleurs de l'accouchement. D'autres fois, et à cause de la grande béance des orifices utérins, le sac est évacué avec une facilité remarquable et presque sans douleur ; il y a dysménorrhée membraneuse sans dysménorrhée. Le plus souvent la douleur, tout en étant réelle, est modérée et supportable.

Notons dans le cas qui nous occupe, que les crises ne se présentent pas à chaque menstruation. Peut-être faut-il voir une corrélation entre la variabilité de la production de la membrane et les variations dans l'intensité de la poussée fluxionnaire. Pour ma part, je suis persuadé qu'il y a là un rapport de cause à effet et cette considération est importante au point de vue des indications thérapeutiques.

La stérilité est une conséquence habituelle de cette affection, qui pour quelques malades ne se termine qu'à la ménopause.

Les symptômes de la dysménorrhée membraneuse se réduisent, on le voit, à peu de chose. Quelle est donc la nature de cette étrange maladie, signalée pour la première fois seulement par Morgagni, et que certains médecins, comme Gallard, croient assez fréquente, mais le plus souvent méconnue à cause de la facilité avec laquelle la présence de petits fragments membraneux peut passer inaperçue dans les cas peu intenses ?

Le petit sac triangulaire qui en est comme le criterium reproduit la configuration de la cavité utérine : sa surface extérieure est inégale et hérissée de petites saillies et de petites villosités, tandis que la surface interne est lisse et remplie de sang coagulé.

L'étude histologique a démontré que ce sac a pour origine la muqueuse utérine, et on retrouve en effet dans ses parois le tissu conjonctif, les vaisseaux et les glandes, enfin l'épithélium de cette muqueuse. Il est inutile d'insister : anatomiquement il est bien établi que la poche membraneuse est le résultat d'un arrachement de la muqueuse, expulsée hors de la cavité utérine.

Cependant, dans quelques cas sans doute fort rares et dont je dois dire un mot, Labadie-Lagrave et Huchard ont signalé des pseudo-membranes analogues aux pseudo-membranes intestinales ou bronchiques, et constituées par un épithélium utérin et de la fibrine. On a du reste une tendance aujourd'hui à considérer cette fausse *membrane exsudative* comme le premier degré de la véritable membrane. Je me contente de signaler le fait en passant, il n'a pas trait à notre cas.

Quelle est la cause du détachement de cette muqueuse utérine ? On la voit se produire chez des vierges ; chez des femmes, en dehors de tout rapport sexuel, circonstance que Gallard avait déjà signalée. D'autres fois elle débute, comme pour ma malade, à la suite d'une couche, d'une phlegmasie utérine ou péri-utérine. Scanzoni avait déjà remarqué que les malades présentaient souvent de la métrite ou un fibrome, une déviation, et il attribuait un rôle important à la congestion de la matrice. Courty, Siredey et de nombreux auteurs adoptent cette manière de voir, et proposent l'interprétation suivante : il y aurait comme point de départ une fluxion menstruelle très intense de la muqueuse utérine, telle qu'il en résulterait la production de petites hémorragies dans la membrane, comme une sorte de plaques apoplectiques sous-muqueuses qui favoriseraient son décollement. C'est ce que voulait dire Virchow quand il parlait d'*endométrite catarrhale hémorragique*, et ce qu'Hégar désignait sous le nom de *dysménorrhée apoplectique*.

Pour ma part, dans les cas assez peu nombreux que j'ai observés, je me souviens que, plusieurs fois — je n'ose pas dire toujours car mes souvenirs ne sont pas absolument précis — j'ai constaté une déviation utérine, flexion ou version. Cette déviation, d'une part, exagère par elle-même et localise la fluxion utérine, et d'autre part, surtout quand il s'agit d'une flexion, empêchant l'écoulement facile du sang, entretient ainsi et augmente encore cette congestion. Il y a donc un véritable obstacle mécanique à l'issue du flux menstruel, qui provoque une rétention de sang dans la cavité utérine, augmente par suite la tension dans les vaisseaux et en facilite la rupture. Le rôle de ces différents phénomènes dans la genèse de l'apoplexie capillaire et des hémorragies plus ou moins étendues qui précèdent, me paraît indéniable ; le décollement complet de la muqueuse, ainsi amorcé, en est la conséquence.

C'est ainsi que les choses ont dû se passer chez notre malade, qui présenta les différentes étapes suivantes : suites de couches, salpingite, congestion utérine intense, dysménorrhée membraneuse.

Mais, dira-t-on, beaucoup de femmes ont de la congestion utérine, présentent des fluxions ou des phlegmasies péri-utérines, et cependant ne sont pas atteintes de dysménorrhée membraneuse.

Le fait est parfaitement exact et prouve, une fois de plus, qu'après les plus beaux raisonnements du monde il y a le plus souvent, en médecine, quelque chose d'important qui nous échappe et, qu'en pathologie, tout ne se passe pas avec une rigueur mathématique, nous ne pouvons que le constater.

Arrivons au traitement. Celui que j'ai conseillé à

ma malade comporte une double série. Il s'agit d'abord de combattre les symptômes les plus pénibles, de calmer les douleurs, puis de chercher, si possible, à agir sur la cause même de cette singulière affection.

Pendant la période intercalaire nous prescrirons les irrigations tièdes, en position couchée, à faible pression; les bains de siège calmants avec addition de

Sous-carbonate de soude. } *ãã* 20 grammes.
Gélatine................ }

les enveloppements chauds et humides du ventre.

Au moment de la crise nous donnerons le pyramidon à la dose de 30 centigrammes, ou encore un lavement suivant la formule suivante qui nous a toujours procuré d'excellents résultats :

Antipyrine.................. 1 gramme.
Laudanum de Sydenham. x ou xx gouttes.

La piqûre de morphine sera l'ultime ressource des douleurs très vives. Tous ces moyens ne sont que palliatifs.

Pour essayer d'agir sur la cause, nous conseillons la dilatation lente et progressive de l'utérus, suivie d'un curetage. Nous combattons ainsi l'antéflexion, et nous permettons à la muqueuse de se reformer dans de meilleures conditions, avec des qualités nouvelles qui empêcheront son décollement trop facile. Dans beaucoup d'observations on a obtenu par cette thérapeutique un résultat satisfaisant. Après le curetage, on pourra pendant quelques jours maintenir le redressement de l'antéflexion au moyen d'un tube intra-utérin.

Quant à la salpingite chronique, si elle persiste, on cherchera à la modifier par des applications topiques, à base de thygénol ou d'ichtyol. Enfin une cure hydro-minérale à une station telle que Salies-de-Béarn, Biarritz, Luxeuil, complétera souvent avec succès les différentes étapes de ce traitement.

Le diagnostic de la dysménorrhée membraneuse sera facile en présence du corps du délit : la membrane expulsée avec les caractères que nous lui avons décrits. C'est surtout avec les produits d'avortement qu'on pourra la confondre. Au besoin une analyse microscopique déciderait dans les cas douteux. Mais il est une autre affection avec laquelle la confusion reste possible, et je me propose d'y insister parce qu'on a été jusqu'à en discuter la nature et l'existence : je veux parler des *polypes fibrineux*.

Laissez-moi d'abord, à ce propos, vous rapporter l'observation suivante. Je fus appelé, il y a dix ans, par un confrère auprès d'une malade de sa famille, âgée de quarante-cinq ans environ; elle portait, me dit-il, depuis longtemps un volumineux fibrome utérin, à évolution abdominale, mais depuis quelque temps des hémorragies abondantes étaient survenues, et, ayant pratiqué un examen tout récemment, la veille ou l'avant-veille, il avait constaté qu'un polype était engagé dans le col, et même faisait saillie dans le vagin. Il attribuait donc ces pertes récentes et comme surajoutées à l'accouchement de ce polype. A mon arrivée, le lendemain, le médecin m'attendait pour me dire que le polype s'était détaché spontanément, et il me montra en effet une tumeur allongée, du calibre d'une petite mandarine au niveau de son plus grand renflement et dont le pédicule était déchiqueté, sans consistance. Je diagnostiquai un polype fibrineux, ce qui fut vérifié par l'examen microscopique : on ne trouva sur plusieurs coupes faites en des points différents de la tumeur que de la fibrine, sans aucun autre élément histologique.

Quant à l'examen de la malade, il permit de constater un col entr'ouvert, contenant un petit caillot engagé dans sa cavité, et qui représentait sans doute le reste du pédicule. Un volumineux fibrome de la partie supérieure de l'utérus se faisait sentir jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic.

Je ne revis plus cette personne, mais j'ai appris que, plusieurs semaines après cet accident, elle avait été prise de phénomènes infectieux, et qu'elle était morte au milieu de symptômes qui me parurent devoir être rapportés à la suppuration de son fibrome.

Dans une autre circonstance, je fus appelé auprès d'une jeune dame d'une trentaine d'années qui souffrait de pertes de sang, s'accompagnant de très vives douleurs. Les accidents remontaient à une dizaine de jours et avaient succédé à une période menstruelle. Je constatai, chez elle, une rétrodéviation ou mieux une rétroflexion, avec angle de flexion assez marqué; la partie rétrofléchie était assez douloureuse au toucher, comme c'est souvent la règle quand il existe un peu de métrite avec congestion utérine. Mais de plus, je sentis avec mon doigt un petit polype très allongé engagé dans le col, et dont l'extrémité, ayant fait issue, ballottait légèrement dans le vagin. Je le pris pour un polype muqueux muni d'un long pédicule, et j'annonçai ma visite pour le lendemain, afin de procéder à un examen au spéculum et d'extirper le corps du délit. Mais, à ma grande surprise, en pratiquant à nouveau le toucher, je ne sentis plus de polype, et, au spéculum également, je ne constatai rien qu'un certain degré de métrite cervicale. D'autre part on n'avait rien recueilli dans l'eau des injections, mais la malade avait été à la garde-robe, et son opinion était qu'elle avait perdu son polype à ce moment. Très embarrassé, je me méfiai d'un polype fibrineux, et je m'efforçai du moins de calmer les douleurs, déjà fort diminuées du reste, de la rétroflexion congestive.

Deux ou trois mois plus tard, au moment d'une période menstruelle, je fus rappelé précipitamment auprès de la même malade. Les mêmes accidents s'étaient renouvelés : métrorragie prolongée et douleurs. Comme la première fois, je constatai un corps engagé dans le col, mais cette fois je ne me laissai pas surprendre et je l'enlevai, c'était un polype fibrineux.

Ces polypes fibrineux, dont je viens de vous rapporter deux cas personnels, sont connus depuis assez longtemps. Velpeau les signale; Kiwisch leur donne aussi ce nom de *polypes sanguins* ou *fibrineux*, et prétend que « le sang coagulé dans la cavité de l'utérus peut venir se greffer sur le col et finir par y vivre, à la manière d'une tumeur; de là des hémorragies rebelles qui ne cessent qu'après le détachement et l'expulsion du caillot ».

Aran s'élève contre cette opinion, et avec Charles

Robin qui fit l'examen histologique de ces pièces, les considère comme des produits d'avortement.

Scanzoni est du même avis. Mais leur description, à tous deux, me semble aussi, pour certains cas, pouvoir se rapporter à la dysménorrhée membraneuse.

Enfin de Sinéty devient plus éclectique : tout en admettant l'avortement dans le plus grand nombre de cas, car l'examen histologique lui a fait constater la présence de villosités placentaires, il a vu d'autres fois la fibrine coagulée sur des restes de villosités, c'est-à-dire un polype fibrineux vrai greffé sur des débris d'avortement.

Pour ma part je crois aussi que Kiwisch, par exemple, a exagéré, et englobé dans sa description quelques cas d'avortements méconnus.

« Ces polypes, dit-il, ont toujours pour conséquence des hémorragies plus ou moins abondantes, souvent accompagnées de douleurs très vives, voisines de l'accouchement, et généralement *précédées par une interruption complète des règles, de six à douze semaines de durée.* » Voilà une circonstance qui ressemble évidemment beaucoup à ce qui se passe dans une fausse couche. D'autres cas semblent se rapporter à des faits de dysménorrhée membraneuse.

Mais, de mes deux observations personnelles, l'une au moins, la première, me paraît insoupçonnable de grossesse puisqu'il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans, atteinte d'un volumineux fibrome, et que le diagnostic fut confirmé par l'examen histologique. La seconde aussi, d'ailleurs, me semble prêter peu le flanc à la critique, avec ses polypes à répétition.

En tout cas, en voici une troisième, tout à fait indiscutable, que j'ai communiquée déjà à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agit d'une vieille femme de soixante ans, reçue à l'hôpital Beaujon, pour métrorragies relevant sans doute de la sclérose utérine, car on ne constatait ni cancer ni fibrome. Je lui fis successivement plusieurs tamponnements à la gélatine, l'hémorragie s'arrêta, mais bientôt des douleurs éclatèrent, de plus en plus violentes, accompagnées d'une dilatation du col, et calmées enfin à la suite de l'accouchement d'une tumeur polypeuse, qui se fit sous nos yeux, et que l'examen histologique démontra être un polype fibrineux.

La nature de l'affection est ici hors de discussion : nous avons assisté à la genèse du polype chez une femme dont l'âge, sans invoquer le séjour à l'hôpital, ne permet pas de songer à une grossesse, pas plus qu'à une dysménorrhée membraneuse.

Ce cas, si particulier, nous donnait en même temps la clef du mécanisme qui préside à la formation des polypes fibrineux. Il faut en effet deux éléments pathogéniques : une poussée sanguine se traduisant par une métrorragie abondante, et d'autre part un obstacle à l'issue du sang, constitué ici par un tamponnement à la gélatine obturant le col, là par une coudure du canal cervical ou une sténose, un fibrome. Il en résulte la formation d'un caillot qui grandira et constituera le polype.

Gallard en avait observé un assez grand nombre, et il avait été frappé de voir presque toujours les polypes fibrineux chez des femmes déjà atteintes de tumeurs fibreuses.

Comme la métrorragie est le symptôme essentiel de celles-ci, il suffirait, disait-il, d'une oblitération plus ou moins complète des orifices utérins par la tumeur fibreuse, pour que le sang s'arrêtât dans la cavité utérine et donnât naissance à un caillot, qui s'organiserait par un travail analogue à celui qui se produit, par exemple, dans un anévrisme.

Dans un de mes cas, l'obstacle à l'issue du sang n'était pas un fibrome, mais une flexion. Mais alors, dira-t-on, pourquoi ne se produit-il pas de polypes fibrineux dans toutes les flexions? Peut-être y a-t-il là quelque disposition anatomique d'un canal particulièrement obstrué qui favoriserait la fixation du caillot; peut-être faut-il faire intervenir certaines qualités inconnues ou méconnues du sang; peut-être enfin la sécrétion ovarique joue-t-elle un certain rôle. Il y a là une inconnue à dégager, sur laquelle nous ne saurions insister davantage.

Quoi qu'il en soit, la comparaison de Gallard est très juste et il y a lieu de rapprocher ces polypes fibrineux des concrétions fibrineuses du cœur et des gros vaisseaux, ou encore des caillots actifs de Broca dans les anévrismes, que nous essayons du reste de favoriser par les injections sous-cutanées de gélatine ou l'absorption de sels de calcium.

Virchow les admettait et leur donnait le nom d'*hématomes polypeux libres de l'utérus*, mais il leur refusait la dénomination de polypes.

Kiwisch et Velpeau se trompaient, quand ils disaient que le polype se greffait sur le col utérin et finissait par y vivre. Il se détache au contraire avec la plus extrême facilité : dans une observation de Velpeau, le doigt suffit à en produire la chute; dans mes observations rapportées plus haut, il ne fut pas nécessaire non plus d'intervenir.

Non seulement il n'y a pas greffe, mais, comme le dit Rochard, il s'agit de simples dépôts qui s'accumulent sur la paroi interne de l'utérus et ne possèdent pas de vaisseaux.

Mais si ces polypes sont la majorité, il en existe d'autres qui sont des caillots greffés sur des débris d'avortement : ce sont ceux-là qui précisément persistent longtemps en paraissant se greffer et qu'avait bien vus de Sinéty.

Notons cependant, pour finir, que Gallard avait constaté, au cours de plusieurs autopsies, dans le corps utérin, des petits polypes fibrineux qui semblaient s'y trouver depuis assez longtemps et qui n'étaient pas des grossesses.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie qu'on a donnée de ces productions est le résultat d'une erreur. Je vous ai cité Kiwisch et les six à douze semaines de retard menstruel qu'il rapporte. Il a certainement fait une confusion avec des cas d'avortement ou de dysménorrhée membraneuse.

Pour ma part je crois, au contraire, que bien souvent les hémorragies constituent la cause plutôt que les symptômes du polype fibrineux. Ce qui lui appartient en propre ce sont les *douleurs*, comparables à celles d'un véritable accouchement, car il a une

tendance incessante à s'accroître, et si la perte qui lui a donné naissance ne suffit pas, les règles suivantes viennent encore augmenter son volume, si bien qu'à un moment donné, il force le col ramolli, fait issue au dehors, et comme son pédicule est fragile, il tombe dans le vagin et est éliminé. Cette terminaison est heureuse, car en ce milieu si favorable aux fermentations et aux infections que constitue le canal vagino-utérin, un caillot sanguin ne saurait séjourner impunément pendant longtemps, sans se putréfier ou tout au moins s'altérer.

Dans le col, à la suite de la chute du polype, on retrouve souvent des débris de son pédicule. J'ai eu l'occasion de les râcler dans un cas, car je ne sais pas jusqu'à quel point ces restes, qui atteignent presque le corps utérin, sont anodins et ne peuvent pas favoriser la reproduction d'un polype, ou par leur infection devenir une porte d'entrée pour contaminer la cavité utérine elle-même. Ne vous ai-je pas dit qu'une de mes malades était morte, après la chute d'un polype, d'accidents qui devaient se rapporter à la suppuration de son fibrome?

Aussi y a-t-il lieu toujours de réserver le *pronostic*, tant au point de vue des suites infectieuses (il faut pouvoir éliminer avec certitude l'avortement) qu'au point de vue des récidives : la dysménorrhée membraneuse avec laquelle on les confond est pareillement si tenace!

Quant au *traitement*, il consistera d'abord en l'ablation du polype, s'il n'était tombé tout seul. Il ne sera pas nécessaire d'utiliser une instrumentation compliquée : une simple pince permettra de le cueillir, car il est peu adhérent. Mais il est nécessaire ensuite de faire un nettoyage soigneux de sa base d'implantation : un attouchement à la glycérine iodée, suivi de lavage à l'eau oxygénée et d'un pansement aseptique du vagin nous a toujours donné de bons résultats, et constitue une thérapeutique rationnelle.

MÉDECINE PRATIQUE

riode, de l'excitation, de la vivacité, de l'incohérence du langage, parfois un véritable délire de paroles et d'action; chez les enfants, on a observé des convulsions. Après cette phase très brève d'excitation, le malade arrive vite à la dépression, à l'indifférence apathique, et la somnolence tourne rapidement au coma.

Période d'état. — C'est le coma complet avec perte du mouvement, de la sensibilité et de la conscience. Le malade est pâle, inerte, anéanti dans le décubitus dorsal; les pupilles sont dilatées, mais réagissent à la lumière; la température s'abaisse progressivement, les extrémités se refroidissent; les urines sont supprimées.

La mort survient dans un délai moyen de trente-six heures, rarement en dix ou quinze heures, quelquefois après trois ou quatre jours.

Les symptômes du coma diabétique ne se présentent pas toujours selon ce type classique. On a décrit diverses formes cliniques. Ainsi quelquefois, sans dyspnée, ni phénomènes abdominaux, les accidents débutent par de la céphalalgie, des vertiges, une sensation d'ivresse, l'embarras de la parole et la titubation; puis le malade s'affaisse dans la somnolence et le coma (*forme vertigineuse* de Jaccoud).

Lecorché a décrit des *formes atténuées* : un type chronique avec état prolongé d'accablement, respiration suspirieuse, ventre ballonné, odeur acétonique de l'haleine et un type intermittent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1908)

L'ophtalmo-diagnostic. — La communication faite dans la dernière séance par M. Delorme devait nécessairement amener une réponse de M. CALMETTE. Comme il fallait s'y attendre, M. Calmette s'est appliqué à démontrer que les inconvénients et les dangers signalés par M. Delorme étaient exagérés, que sur le grand nombre d'expériences qu'il a faites il n'a pas eu l'occasion de les constater. Il pense que, mieux éclairé, M. Delorme reviendra sur ses conclusions trop pessimistes

M. Delorme répondra dans la prochaine séance.

M. CHANTEMESSE a essayé l'action de la tuberculine chez les typhiques. Elle n'est pas du tout la même que chez les tuberculeux.

Uréthrotomie interne. — M. GUIARD fait connaître une nouvelle méthode d'uréthrotomie interne. Son travail sera l'objet d'un rapport.

Traitement thyroïdien du rhumatisme chronique. — M. LÉVY, en son nom et au nom de M. H. de Rothschild, fait une communication sur ce sujet. Ils ont soumis 39 malades, atteints de rhumatisme chronique, à l'opothérapie thyroïdienne. Leurs expériences ont porté sur des malades des deux sexes et dont l'âge varie de douze à soixante-quinze ans. Sur ce nombre se trouvaient 10 cas de rhumatisme déformant généralisé, 9 cas dans lesquels la gravité résultait de la repétition des poussées subaiguës, des ankyloses, des déformations, de l'intensité des douleurs. Sur 19 cas très graves, on compte 14 améliorations et 2 guérisons, 3 formes moyennes très améliorées.

Les résultats obtenus sont d'autant meilleurs que les déformations sont moins prononcées, les localisations moins étendues, la forme plus récente, le sujet plus jeune.

Le traitement consiste dans l'administration de cachets d'extrait de corps thyroïde de mouton de 10 centigrammes, un ou deux par jour. Ce traitement exige une certaine surveillance et une grande prudence.

Le traitement des arthrites tuberculeuses et de la coxalgie par les injections articulaires. — M. CALOT (de Berck) établit la supériorité indiscutable de la méthode des injections sur l'opération sanglante ou sur la simple immobilisation de la jointure par le plâtre ou par l'extension continue.

Avec les injections, la durée de la maladie est réduite de plus des deux tiers. Mais surtout la guérison sans raccourcissement et sans boîterie est la règle, tandis qu'avec toutes les autres méthodes cette guérison intégrale est l'infime exception.

Le traitement d'une arthrite tuberculeuse, dit M. Calot, se ramène à celui d'un abcès froid.

La tumeur blanche est véritablement l'abcès froid des articulations, ce qui est évident, lorsque existe un épanchement articulaire; mais ce qui est également vrai, lorsque la tumeur blanche est sèche, puisqu'en ce deuxième cas existe aussi l'élément caractéristique de l'abcès froid, à savoir : la paroi active, proliférante, qui n'est autre ici que celle de la cavité articulaire, tapissée de fongosités tuberculeuses.

Dans le cas d'épanchement on traite la tumeur blanche avec des ponctions et des injections modificatrices aux mêmes

doses et aux mêmes intervalles que pour abcès froid ordinaire.

Lorsqu'il n'y a pas d'épanchement, on injecte dans la jointure, soit de l'iodoforme, pour scléroser les fongosités, soit du naphtol camphré glycériné pour les fondre et le cas revient alors au précédent.

Pour les articulations autres que la hanche, la technique est d'application facile.

La coxalgie, elle, est un peu plus délicate ou plutôt elle était un peu plus délicate car M. Calot a exposé à l'Académie dans la séance du 3 décembre dernier, on s'en souvient, une technique précise, sûre et facilement applicable par tous.

On pique par la voie antérieure à 3 centimètres au-dessous de l'horizontale, passant par l'épine pubienne et à 2 centimètres en dehors de l'artère fémorale, qu'on sent battre.

Répondant à M. Lannelongue, M. Calot fait observer qu'il traite toutes les arthrites par les injections depuis 1893, alors que les premières communications de M. Lannelongue ne remontent qu'à 1902.

Elections. — L'Académie presque au complet (84 présents) a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie médicales. La liste de présentation portait en première ligne : M. André ; en deuxième ligne, ex æquo et par ordre alphabétique : MM. Bardet, Béclère, André Broca, Desgrez et de Lapersonne ; adjoint à la liste de présentation : M. Marage.

Au premier tour, aucun des candidats n'ayant eu la majorité, il a fallu procéder à un second tour; M. Béclère a été élu par 45 suffrages.

PRATIQUE MÉDICALE

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES INFECTIONS INTESTINALES PAR LE JUS DE RAISINS « STEM » (FIÈVRE TYPHOIDE, ENTÉRO-COLITE, APPENDICITE, DIARRHÉE INFANTILE, TUBERCULOSE).

On sait que la plupart des infections se font par les ingesta. Après le lait incriminé comme origine des infections entéritiques de l'enfance et de toutes les tuberculoses, voici que l'on accuse l'usage de l'eau, même bactériologiquement pure. On a remarqué en effet que les fièvres typhoïdes atteignent plus particulièrement les abstinents totaux (Laumonier à Paris). C'est la même observation que Doléris avait faite à propos de la fréquence de l'entéro-colite et de l'appendicite chez la femme, l'enfant et les abstinents.

Les expériences de Sabrazès et Mercandier (1) venant après celles d'Alois Pick en donnent l'explication.

Le bacille d'Eberth est tué dans un temps variant de dix minutes à deux heures par son séjour dans le vin : cette propriété non seulement aseptique mais antiseptique du vin n'est pas liée au degré d'alcool, mais à l'acidité. En effet, un vin neutralisé qui avant la saturation tuait l'Eberth en moins d'un quart d'heure le laisse vivant après neutralisation plus de six heures et demie.

Au reste Kitasato avait déjà étudié cette action bactéricide des acides sur l'Eberth.

Sabrazès conclut : les acides tartrique, malique, tannique, acétique, succinique, en partie à l'état libre, en partie combinés concourent respectivement pour une part difficile à évaluer à rendre le vin « bactéricide ».

Le jus de raisins stérilisé contient tous ces acides (qui sont bactéricides) et n'a pas d'alcool (qui n'est pas bactéricide et est dangereux).

(1) *Ann. Institut Pasteur*, 1907.

De plus le « stem » (1) peut être absorbé sans eau et est conservé en bouteilles : deux excellentes conditions de pouvoir bactéricide, d'après Sabrazès.

Si l'on songe, en outre, aux excellentes relations de famille existant entre l'Eberth et le coli, on ne peut s'empêcher de penser que toute la flore intestinale doit être neutralisée par le jus de raisins. Et le « stem » (2) devient non seulement un excellent prophylactique des fonctions intestinales, mais aussi un agent thérapeutique, un puissant moyen d'antisepsie intestinale. Ses propriétés nutritives, toniques, diurétiques; son absorption totale sans production de déchets dans les fèces en font l'aliment idéal des typhiques, baignés ou non, des entéritiques quels qu'ils soient et en général de tous les fébricitants.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies de l'énergie (3), par le docteur Albert Deschamps.

Pour l'auteur, la neurasthénie n'est pas une entité morbide, mais un trouble de la fonction énergétique. Ce principe admis, il devenait possible de fonder une théorie vraiment scientifique de la neurasthénie et de la classer parmi les autres troubles de la fonction énergétique. C'est ce qu'a essayé le docteur Deschamps et il faut dire que cet essai est des plus intéressants et éminemment suggestif. Tout d'abord, il étudie la biologie de l'énergie, ses origines, ses manifestations. Puis il décrit systématiquement les divers troubles de l'énergie pour arriver enfin à la thérapeutique rationnelle qu'il convient d'opposer à chacun d'eux. La lecture de ce livre sera des plus profitables aux malades à qui elle fournira un stimulant en leur faisant comprendre la nature de la maladie et entrevoir les moyens d'en sortir; elle rend également grand service aux médecins qui y trouveront un guide sûr et expérimenté.

L. ALQUIER.

...dent pas de vaisseaux.

Mais si ces polypes sont la majorité, il en existe d'autres qui sont des caillots greffés sur des débris d'avortement : ce sont ceux-là qui précisément persistent longtemps en paraissant se greffer et qu'avait bien vus de Sinéty.

Notons cependant, pour finir, que Gallard avait constaté, au cours de plusieurs autopsies, dans le corps utérin, des petits polypes fibrineux qui semblaient s'y trouver depuis assez longtemps et qui n'étaient pas des grossesses.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie qu'on a donnée de ces productions est le résultat d'une erreur. Je vous ai cité Kiwisch et les six à douze semaines de retard menstruel qu'il rapporte. Il a certainement fait une confusion avec des cas d'avortement ou de dysménorrhée membraneuse.

Pour ma part je crois, au contraire, que bien souvent les hémorragies constituent la cause plutôt que les symptômes du polype fibrineux. Ce qui lui appartient en propre ce sont les *douleurs*, comparables à celles d'un véritable accouchement, car il a une

NOTES POUR L'INTERNAT

COMA DIABÉTIQUE

Le diabétique meurt souvent dans le coma ; quelquefois le coma résulte d'une hémorragie ou d'un ramollissement cérébral, d'urémie brightique. Le plus habituellement les accidents comateux sont sous la dépendance de l'auto-intoxication du diabète ; c'est le véritable coma diabétique.

ÉTIOLOGIE. — Le coma est très fréquent chez les diabétiques de tout âge, même chez les enfants. En général, c'est un accident tardif ; quelquefois cependant il survient alors que le diabète est récent et même, mais très exceptionnellement, comme symptôme initial.

La cause occasionnelle est souvent une fatigue, une émotion, parfois une intervention chirurgicale. On a incriminé certains régimes (régime carné exclusif, alimentation insuffisante), l'abus des opiacés.

SYMPTOMES. — Le coma survient brusquement ou après quelques prodromes : le malade est triste, inquiet, abattu, se plaignant de courbature et de vertige. Il faut aussi craindre le coma quand on voit le volume des urines diminuer, sans que le poids du sucre excrété diminue. Le coma évolue en deux périodes dites d'invasion et d'état.

Période d'invasion. — On observe à cette période quatre ordres de symptômes : odeur de l'haleine et des urines, dyspnée, troubles gastro-intestinaux et troubles nerveux.

L'*odeur de l'haleine* est aigrelette, vaguement chloroformique, perceptible seulement près du malade ou imprégnant l'atmosphère de toute la chambre. L'*odeur des urines* est analogue, mais moins constante ; en outre, les urines sont rares, souvent albumineuses, prenant une coloration rouge vin de Porto par addition de perchlorure de fer (réaction de Gehrardt) et quelquefois une coloration pourpre avec le nitro-prussiate de soude (réaction de l'acétone de Legal).

La *dyspnée* a des caractères particuliers ; l'inspiration est profonde, pénible ; après une courte pause en inspiration forcée, l'expiration est brève et gémissante ; la respiration peut n'être pas accélérée, elle peut atteindre le chiffre de 30 et 40 à la minute. Malgré cette dyspnée, le malade est immobile, dans le décubitus dorsal ; on ne trouve aucun signe anormal à l'examen des poumons.

Les *troubles gastro-intestinaux* consistent en perte de l'appétit, douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhée. Quand ils sont très marqués avec ballonnement du ventre, c'est le type péritonitique de Jaccoud. Quand la diarrhée est abondante, avec algidité, c'est un type cholériforme.

Les *troubles nerveux* sont d'abord, pendant une courte période, de l'excitation, de la vivacité, de l'incohérence du langage, parfois un véritable délire de paroles et d'action ; chez les enfants, on a observé des convulsions. Après cette phase très brève d'excitation, le malade arrive vite à la dépression, à l'indifférence apathique, et la somnolence tourne rapidement au coma.

Période d'état. — C'est le coma complet avec perte du mouvement, de la sensibilité et de la conscience. Le malade est pâle, inerte, anéanti dans le décubitus dorsal ; les pupilles sont dilatées, mais réagissent à la lumière ; la température s'abaisse progressivement, les extrémités se refroidissent ; les urines sont supprimées.

La mort survient dans un délai moyen de trente-six heures, rarement en dix ou quinze heures, quelquefois après trois ou quatre jours.

Les symptômes du coma diabétique ne se présentent pas toujours selon ce type classique. On a décrit diverses formes cliniques. Ainsi quelquefois, sans dyspnée, ni phénomènes abdominaux, les accidents débutent par de la céphalalgie, des vertiges, une sensation d'ivresse, l'embarras de la parole et la titubation ; puis le malade s'affaisse dans la somnolence et le coma (*forme vertigineuse* de Jaccoud).

Lecorché a décrit des *formes atténuées* : un type chronique avec état prolongé d'accablement, respiration suspirieuse, ventre ballonné, odeur acétonique de l'haleine et un type intermittent.

DIAGNOSTIC. — Quand le diabète du malade plongé dans le coma n'était pas antérieurement connu, le diagnostic peut alors être difficile.

L'*apoplexie* par hémorragie ou ramollissement cérébral a un début brusque ; on constate une hémiplégie, la déviation conjuguée de la tête et des yeux.

L'*hémorragie méningée* détermine généralement des convulsions et des contractures.

Dans l'*encéphalopathie saturnine*, la profession du malade et la présence du liséré de Burton révèlent la nature des accidents.

Dans le *coma urémique* il existe du myosis ; la respiration a souvent le rythme de Cheyne-Stokes.

Le *coma alcoolique* se reconnaît à l'odeur de l'haleine.

Le *coma opiacé* est caractérisé par le myosis très prononcé, la pâleur de la face, les vomissements.

Le coma de l'*intoxication par la belladone* s'accompagne d'une mydriase excessive et succède à un délire violent.

Dans le coma qui suit les crises d'*épilepsie*, la face du malade est tuméfiée, bleuâtre ; l'écume sanguinolente à la bouche, l'émission involontaire de l'urine sont des symptômes fréquents.

Enfin, l'analyse des urines révélera la glycosurie en cas de coma diabétique. Il n'y a qu'une réserve à faire, c'est que la glycosurie peut être passagèrement produite par une lésion cérébrale susceptible de donner lieu au coma.

Quand le diabète est connu d'avance et qu'on observe les divers symptômes de la période d'invasion du coma diabétique, le diagnostic est facile. On se rappellera toutefois que le coma survenant chez un diabétique n'est pas toujours un coma diabétique. Le malade est exposé à l'hémorragie cérébrale, au ramollissement, au coma urémique. Enfin certains diabétiques meurent rapidement de *collapsus cardiaque* ; dans ces cas, le malade est pris subitement d'extrême faiblesse et de défaillance, il s'alite, pâle, la voix éteinte, le pouls est filiforme, les battements du cœur sont de moins en moins perceptibles, la température s'abaisse et la mort survient en quelques heures, sans dyspnée, sans odeur acétonique de l'haleine et des urines. On trouve à l'autopsie de la dégénérescence graisseuse du myocarde ; le collapsus cardiaque s'observe chez les diabétiques obèses ayant dépassé quarante ans.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Les lésions constatées n'ont rien de spécial au coma diabétique ; ce sont les lésions du cœur, des reins, que l'on trouve habituellement chez les diabétiques. On a incriminé la déshydratation des centres nerveux par suite de l'hyperglycémie.

Le coma diabétique est dû à une *auto-intoxication*, mais celle-ci est encore mal connue. Plusieurs théories ont été proposées.

Kussmaul admet l'*acétonémie*. Sans doute l'acétone existe souvent dans l'urine en cas de coma diabétique ; mais l'acétonurie n'est pas constante ; on peut l'observer chez des diabétiques non comateux ; elle est fréquente en dehors du diabète ; enfin, même à haute dose, l'acétone ne produit pas d'effets toxiques chez l'homme.

La théorie de l'intoxication par l'acide *diacétique* doit être abandonnée pour les mêmes raisons.

Hugounenq a isolé l'*acide oxybutyrique* dans les urines et dans le sang d'un diabétique mort à la suite du coma. D'autres auteurs ont trouvé des acides gras (formique, butyrique ou propionique).

On a montré aussi que le sérum des diabétiques est moins alcalin qu'à l'état normal. Le coma diabétique semble donc résulter d'une diminution de l'alcalinité du sang et d'une *intoxication acide* ; celle-ci pourrait dépendre de la formation de divers acides.

Cependant Klemperer n'admet pas l'intoxication acide ; il insiste sur la décomposition des albuminoïdes de l'organisme.

TRAITEMENT. — On fera un traitement préventif : régime et hygiène du diabétique qui est un colis fragile (Landouzy). Lorsque le coma survient, le traitement symptomatique (stimulants, révulsifs, inhalations d'oxygène) ne donne pas grands résultats. En se basant sur la théorie pathogénique de l'intoxication acide, on a préconisé le traitement par les alcalins à haute dose : bicarbonate de soude par voie stomacale, sous-cutanée ou intra-veineuse. Le traitement alcalin intensif, commencé dès le début des accidents prémonitoires, a parfois réussi.

SUITE DES SOMMAIRES

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 141, 24 nov. 1907.) Giulio Andrea Pari : La genèse des phénomènes de Cheyne-Stokes. — Giorgio Pollio : La valeur de l'iotione dans le traitement de la syphilis. Deux cas d'érythème vésiculeux et bulleux produit par ce médicament. — Prof. Massalongo : La cuti-réaction et l'ophtalmo-réaction dans le diagnostic de la tuberculose. — G. Campanella : Un nouveau réactif. — Pasto Galli : Fièvre prémenstruelle et tuberculose latente. — Giovanni de Poloni : Vaginalite séreuse chronique du cordon spermatique. — (N° 144, 1er déc.) Giulio Andrea Pari : L'action protectrice du nerf vague contre l'élévation de la température interne. — Alberto Michelazzi : Recherches cliniques sur l'action du formiate de soude. — J. Bruchi : Hydro-méningite spinale. — C. Zille : A propos de la marétine. — (N° 147, 8 déc.) Prof. Guido Tizzoni : Nouvelles recherches bactériologiques sur la pellagre. — Orazio Modica : Sur la présence ou l'absence du phénol dans le sang dans les cas d'empoisonnement par cette substance. — Giacomo Campari : Contribution à la thérapeutique opératoire du cancer du sein par le procédé de Tansini. — Satterio Mastroeni : Un cas de splénite avec périsplénite par infarctus au cours de la fièvre méditerranéenne. — Amedeo Gasparini : Contribution au traitement du tétanos. — A. Pacciarini : Syphilis ignorée. — S. Licciardi : Un cas de maladie de Dupuytren.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 1, 2 janv. 1908.) G. Bouché : Etiologie de l'épilepsie. — (N° 2, 9 janv.) E. Buys : A propos de mastoïdite. Deux faits cliniques intéressants. — (N° 3, 16 janv.) J. Moreau : Plastique après amputation du sein pour cancer. — (N° 4, 23 janv.) De Beule : A propos de chirurgie du système nerveux.

Medizinische Blatter. — (N° 49, 7 déc. 1907.) Sofer : Sur la lutte contre la fièvre jaune. — (N° 50, 14 déc.) Sofer : Sur la nature de la fièvre jaune et la lutte contre cette maladie. — (N° 51, 21 déc.) Deuker : Expériences sur l'opération radicale de l'empyème chronique du sinus maxillaire.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 10 déc. 1907.) Rautenberg : L'analyse de l'extra-systole sous l'image de pulsation auriculaire. — Asch : Cylindrurie et albuminurie. — Osann : Recherches sur le réflexe du dos du pied de Mendel-Bechterew. — Franck : Sur la décapsulation du rein dans l'éclampsie. — Otte : Sur les complications pulmonaires post-opératoires et les thromboses après la narcose à l'éther. — Michelssohn : Sur l'inefficacité de l'addition d'extrait de capsules surrénales dans l'anesthésie lombaire. — Waelsch : Sur l'épididymite érotique. — Schmidt : Un cas d'extirpation totale d'un kyste du pancréas. — Welzel : Un cas de rouget du porc chez l'homme et sa guérison par le sérum spécifique. — Vörner : Sur la pigmentation des ongles dans la syphilis secondaire. — Kuhn : Catgut stérile. — Madleuer : Les fils de ramie comme fils chirurgicaux. — Basler : Un saccharomètre à fermentation simple pour le praticien. — (N° 51, 17 déc.) Binc et Lissner : La technique de la recherche des opsonines et son emploi dans la tuberculose pulmonaire. — Schrumpf : Recherches comparatives sur le diagnostic de la fièvre typhoïde au moyen de l'émulsion de bacilles et du procédé de Ficker (Typhusdiagnostikum). — Curschmann : Recherches sur l'état fonctionnel des vaisseaux dans les névroses trophiques et vasomotrices. — Nuernberg : Valeur du résultat négatif de l'examen bactériologique du sang du sinus, pour le diagnostic différentiel entre la thrombose des sinus d'origine otique et les autres affections non manifestes évoluant avec une fièvre élevée. — Bircher : Traitement de la tuberculose rénale par les rayons Röntgen. — Gehle : Sur l'opération radicale du diverticule de l'œsophage. — Gellhorn : Le traitement du carcinome inopérable de l'utérus par l'acétone. — Mühlig : Une complication grave de la blennorragie aiguë. — Hanasiewicz : Gangrène du scrotum après l'emploi de teinture d'iode. — Heiperg : Hypertrophie des îlots pancréatiques de Langerhaus. — V. Franqué : But et voies de l'enseignement de la gynécologie. — Heukel : L'état des sages-femmes et la réforme des sages-femmes. — (N° 52, 24 déc.) Conheim : Observations sur la digestion gastrique. — Mainini : Cuti-réaction et ophtalmo-réaction à la tuberculine. — Wiens et Günther : Recherches sur l'ophtalmo-réaction. — Klienberger : Remarques critiques sur l'importance clinique de l'ophtalmo-réaction. — Much : Sur la fonction antitoxique de l'albumine. — Uffenheimer : Sur l'albuminurie et sur les circonstances de l'élimination de l'acide salicylique hors de l'organisme chez les individus sains et rhumatisants. — Trottmann : Réaction dermoïde de Sahli et épreuve alimentaire de Schmidt. — Lindner : Diagnostic des hématomes épiduraux. — Grünebaum : Hémorragie des varices du vagin pendant la grossesse.

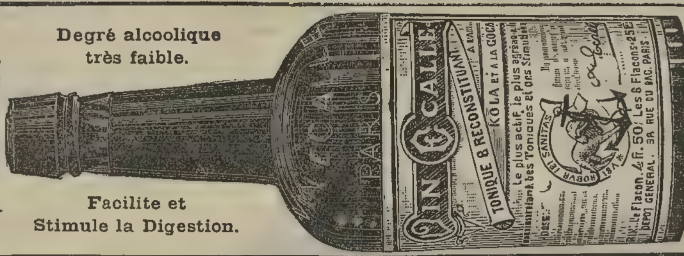
Pester medizinisch=chirurgische Presse. — (N° 49, 8 déc. 1907.) Arany : Le traitement interne de l'ulcère de l'estomac. — (N° 50, 15 déc.) V. Hückl : Sur mon procédé modifié dans l'opération radicale de la hernie de Kocher.

Riforma medica. — (N° 47, 23 nov. 1907). Francesco Niosi: Contribution à l'étude du volvulus de l'estomac. — Mauro Montano : Contribution à la théorie aggressinique de Bail. — Massalongo : La cuti-réaction et l'ophtalmo-réaction dans le diagnostic de la tuberculose. — (N° 48, 30 nov.) G. Spagnolio : La fièvre de Malte ou de la Méditerranée à Messine. Septicémie de Bruce. — Carlo Gangitano : Deux nouvelles néphrectomies pour hémorragies secondaires à des plaies. — Giuseppe Corberi : Observations microscopiques sur la moelle et le cerveau d'un hydrocéphale. Hydrocéphalie intense congénitale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 49, 5 déc. 1907.) Ehrlich : Remarques sur les articles du docteur Orthner. — Biedl et Offer : Rapports entre la lymphe et l'emploi du sucre. Empêchement de l'action de l'adrénaline par la lymphe. — Kürthi : Méthodes de coloration différentielles du bacille de la tuberculose. — Adler : Sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la lithiase rénale. — Blum : Les limites de l'utilisation de la radiographie pour le diagnostic des concrétions. — Weinberger : Sur le traitement de la tuberculose. — Marburg : Sur l'histoire de l'Institut neurologique de Vienne. — (N° 50, 12 déc.) Landsteiner, Müller et Pötzl : Sur la question des réactions de formation du complément dans la syphilis. — Janowski : Sur la tension sanguine, la véritable amplitude du pouls et la vitesse du pouls dans différentes circonstances pathologiques. — Khautz : Traitement par les rayons Röntgen de diverses formes de bubons vénériens. — Naumann : Sur la blennorragie maligne des nouveau-nés. — (N° 51, 19 déc.) Ballabau : Sur la valeur des injections sous-conjonctivales et leur théorie. — Krämer : Lésion de l'œil par du vinaigre. — Riedl : Traitement des granulations. — Freund : Traitement de la sciatique par les rayons Röntgen. — Gütig : Sur le traitement opératoire du rhinophyma. — Adjarof : Un cas de grossesse extra-utérine, avec opération césarienne. — Rousseff : Examen chimique des eaux minérales de « Momina canias » et Parilky, près de Hissar en Bulgarie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.





N° 16. — SAMEDI 8 FÉVRIER 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 8 FÉVRIER 1908. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 5 février: MM. Carrié, 10; Ménard, 12; Levant, 13; Le Roy des Barres, 6; Boulland (Léon), 8; Tison, 7; Mutel, 11; Detré, 12.

Pathologie. — Séance du 5 février : MM. Avezou, 3; Malterre, 8; Petit (Jacques), 10; Roy, 6; Marie, 11; Bernard, 7; Jolivet, 11; Delagenière, 8; Salès, 5; Chamard-Bois, 12.

La prochaine séance aura lieu le samedi 8 février, à quatre heures et demie, à la Charité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés chevaliers du Mérite agricole :

MM. les professeurs Florence (de Lyon), Truc (de Montpellier) et Zorn (de Besançon); MM. les docteurs Castagne (de Montpellier), Chabaud (de Toulouse), Frémicourt (de Jaulgonne), Fugairon (d'Aix-les-Thermes), Good (de la Mothe Sainte-Héraye), Grimoux (de Montfort-en-Vallée), Lovichi (de Sainte-Marie-Siché).

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours pour la nomination a six places d'internes en médecine et en chirurgie. — Un concours sera ouvert le 18 mai 1908 pour six places d'internes en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre.

Durée des fonctions : du 1er juin 1908 au 31 mai 1909. Traitement annuel, 1800 francs, plus une indemnité de logement de 300 francs.

Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de police (personnel), caserne de la Cité. Le registre d'inscription, ouvert dès à présent, sera clos définitivement le 18 avril à quatre heures.

Les candidats devront remplir les conditions suivantes : être Français ; être âgés de moins de trente ans ; être pourvus d'au moins douze inscriptions de médecine, justifiées par un certificat de scolarité de date récente ; avoir accompli le stage obstétrical; n'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils devront adresser au préfet de police une demande sur papier timbré et y joindre : un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance ; les pièces établissant leur situation au point de vue militaire ; une notice indiquant leurs titres scientifiques et hospitaliers ; le certificat de l'accomplissement du stage obstétrical, et l'engagement, en cas de nomination, de se démettre de toutes fonctions dans les hôpitaux, hospices ou cliniques.

Tout interne qui serait reçu docteur avant le 1er mars 1909 ne pourra continuer à exercer ses fonctions.

Le concours, qui aura lieu à la Maison départementale de Nanterre comprendra :

A. Epreuves d'admissibilité. — 1° Examen d'un malade de médecine; 2° Examen d'un malade de chirurgie. Il sera accordé pour chaque malade dix minutes d'examen, dix minutes de réflexion, dix minutes d'exposé oral; 3° Une question d'obstétrique, traitée en cinq minutes après cinq minutes de réflexion.

B. Epreuves d'admission. — 1° Formuler par écrit le traitement de deux malades, l'un infantile, l'autre sénile; dix minutes seront accordées pour cette rédaction; 2° Une reconnaissance anatomo-pathologique; 3° Une épreuve de médecine opératoire.

Toutes ces épreuves sont cotées de 0 à 20. Les candidats seront classés par ordre de mérite; dans le classement *ex æquo*, il sera tenu compte des titres.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquième semaine, 1189 décès, au lieu de 1193 pendant la semaine précédente et de 1040, moyenne ordinaire de la saison.

De même que précédemment, l'excès de la mortalité est dû principalement aux affections de l'appareil respiratoire, et à des maladies chroniques dont le froid accélère la terminaison fatale. La scarlatine et la rougeole continuent à être très répandues.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

La variole n'a causé aucun décès.

La rougeole a causé 13 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 11).

La scarlatine a causé 11 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 2).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 248 décès, au lieu de 324 la semaine précédente, et au lieu de 212, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 232 décès (moyenne 207).

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 178.*)

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES CRISES GASTRIQUES DES TABÉTIQUES

Par MM. Paul SAINTON,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine,
et Camille TRONC,
Externe des hôpitaux de Paris.

Parmi les manifestations douloureuses du tabès les crises gastriques par leur fréquence, leur répétition, leur expression symptomatique, constituent un phénomène de premier plan. Signe révélateur souvent méconnu, précédant parfois de longtemps l'apparition d'autres symptômes, elles revêtent un masque qui déroute le clinicien le plus habile. Rien n'est plus instructif à ce point de vue que les erreurs de diagnostic, auxquelles elles donnent lieu. Nombreuses sont les observations où les malades évoluent à travers les services hospitaliers avec les diagnostics les plus divers, alors que l'on ne songe point à l'origine des crises ; une des plus curieuses est celle du professeur Debove, où l'on voit un malade opéré successivement pour appendicite, pour lithiase biliaire, pour rein mobile et qui n'était atteint que de tabès. Les cas de ce genre ne sont pas rares; c'est pourquoi il nous semble faire œuvre utile en résumant dans une vue d'ensemble les principaux aspects cliniques des crises gastriques chez ces malades.

I

Historique. — La symptomatologie des crises gastriques est tellement typique, qu'elle avait attiré l'attention avant que le tabès fût décrit : c'est ainsi qu'en 1842, Graves rapportait l'observation d'un malade atteint de troubles gastriques au cours d'une affection nerveuse à laquelle il ne manquait que l'étiquette de tabès. Romberg en 1851, Grübe en 1859 rapportent des observations analogues, mais sans signaler de relation de cause à effet entre les troubles gastriques et l'ataxie, qui venait à peine elle-même d'être découverte.

Duchenne (de Boulogne) nia tout d'abord l'existence de crises gastriques provoquées par le tabès. « Des vomissements n'ont jamais signalé le début de l'ataxie locomotrice ; ils se sont montrés parfois sans cause dans le cours de la maladie, » écrit-il en 1859. Plus tard il revint sur son opinion et dit : « Les douleurs et les troubles de la vessie et du rectum, revenant par crises, s'étendent quelquefois jusqu'à l'estomac ou l'intestin. »

Trousseau dans ses cliniques cite l'observation d'une femme dont les douleurs fulgurantes étaient précédées de douleurs d'estomac, mais là encore le rapport entre ces dernières et le tabès n'est pas bien établi. Il ne fut bien mis en lumière que dans le livre de Topinard (1868) et dans la thèse de Delamarre (1866) inspirée par Maurice Raynaud.

(1) Reproduction interdite.

Dans ses leçons de 1868, dans la thèse qu'il inspira à son élève Dubois (1868), dans ses articles du *Mouvement médical* de 1872, Charcot donna une description restée classique des symptômes gastriques de l'ataxie et montra qu'en dehors du tabès, un certain nombre d'affections de la moelle peuvent s'accompagner de ces mêmes troubles. Ses leçons forment un ensemble de documents qui a été la base de tout ce qu'on a publié depuis. Les thèses de Petitjean (1874), Félix (1880), Harel (1882), Veillan (1885) ont accru le nombre des observations sans modifier beaucoup la description première. Straus en signalant chez les ataxiques les ecchymoses des membres inférieurs qui suivent les crises douloureuses émet l'hypothèse de suffusions sanguines dans la muqueuse gastrique pour expliquer les hématémèses (1880). Buzzard en Angleterre met en relief la coïncidence des arthropathies et des crises gastriques. Fournier dans son livre sur les signes de la période pré-ataxique s'attache à la description minutieuse de certaines formes anormales.

En 1885 avec Sahli débute l'histoire du chimisme gastrique du tabès ; dès lors la plupart des travaux eurent pour but la recherche du chimisme stomacal pendant les crises et dans leur intervalle. Sahli ayant rencontré chez un tabétique en état de crise de l'hyperchlorhydrie en conclut que les crises gastriques étaient dues à cette hyperacidité. Rosenthal, Simonin (1886) confirmèrent cette manière de voir. Leyden en 1887 décrit les crises de vomissements périodiques sans lésions médullaires et Debove présente en 1889 un exemple typique de ces crises essentielles. Cependant Boas, en 1889, Von Noorden signalent des exceptions à la théorie de Sahli; A. Robin (1893), Cathelinau (1894), Soupault (1895) rapportent au contraire des observations confirmatives et Bourguignon dans sa thèse conclut « que la plupart des troubles gastriques se manifestent chez des malades atteints d'hyperchlorhydrie et que cette dernière est un facteur important dans l'intensité des crises ».

Citons encore la revue générale de Laffitte parue dans la *Gazette des hôpitaux* de 1894. L'observation d'Huchard et Bovet (1896) montre la possibilité de la variation du chimisme stomacal pendant la crise. Babon s'inspirant des idées de Hayem établit dans sa thèse cette notion admise aujourd'hui qu'il n'y a pas de type chimique spécial à la crise gastrique tabétique, chaque malade faisant sa crise suivant l'état organopathique de son estomac. La thèse de Cache (1897) condense les diverses opinions émises jusqu'alors et passe en revue les diverses modalités du syndrome gastrique du tabès.

Dans ces dernières années de nombreux travaux ont été publiés sur la question, mettant en relief des points de détail ou essayant d'en élucider la pathogénie. Citons parmi eux les mémoires de Pitres et de ses élèves sur les troubles de la sensibilité des viscères (thèse de Rivière, mémoire de Bitot et Sabrazès), les travaux de Sicard sur le même sujet et la thèse de Tardif. Mathieu et son élève J.-Ch. Roux (1900) font jouer à la sensibilité de l'estomac un rôle dans l'apparition des phénomènes paroxystiques.

Les cliniques du professeur Raymond, du professeur Debove, les observations de Eichhorst, Mantoux, Touche, Labbé et Sainton, Heitz et Lortat-Jacob, la thèse de Mme Wayncop ont encore mis en lumière certaines particularités cliniques des crises gastriques tabétiques.

Fréquence et date d'apparition. — La crise gastrique apparaît ordinairement à la période préataxique; souvent même elle est le premier symptôme de la maladie et peut rester à l'état isolé pendant longtemps, quelques mois, quelques années : Touche a rapporté une observation où elle exista à l'état de seul symptôme pendant vingt ans. C'est là une exception mais il n'est pas rare de voir s'écouler un, deux ou trois ans et même plus avant que d'autres signes viennent confirmer le diagnostic.

Dans une statistique de 211 cas, le professeur Fournier la note 15 fois comme signe initial. Sur 400 cas de tabès observés dans la pratique d'Erb, Zeunbach la rencontre 10 fois. Simerka, élève de P. Marie, dans une statistique générale signale la crise gastrique dans 10 p. 100 des cas sans insister sur sa date d'apparition. Röstel la note dans 8 p. 100 des cas.

La crise gastrique apparaît rarement à une période avancée du tabes alors que l'incoordination existe déjà (observations de Vulpian, Ostankoff, etc.).

II

Tableau symptomatique. — Nous étudierons d'abord la crise gastrique typique, celle qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer, nous passerons ensuite en revue les nombreuses formes cliniques anormales.

Qu'est-ce que la crise gastrique commune?

« Sous le nom de crises gastriques, dit Laffitte, on doit entendre l'ensemble des phénomènes douloureux d'origine gastrique reconnaissant les caractères suivants : début inopiné, durée variable avec paroxysmes, cessation brusque, intégrité des fonctions digestives dans l'intervalle des crises. Ces crises s'accompagnent de vomissements alimentaires muqueux ou sanglants, ne coïncidant pas avec l'ingestion des aliments et se reproduisant sans cause, pendant plusieurs heures ou plusieurs jours. »

A. Prodromes. — Comme on le voit, ce qui caractérise la crise gastrique, c'est la soudaineté de son début. Généralement le tabétique ne se doute pas de la crise qui va le surprendre et passe brusquement d'un état de santé excellent à un état de souffrance atroce. Toutefois, mais exceptionnellement, se montrent certains prodromes. Vulpian rapporte l'histoire d'une malade qui avait une éruption de roséole à la racine des cuisses et sur le thorax à l'approche de chaque crise. Mais ce n'est là qu'une rareté; quand les malades ont le pressentiment de l'accès, ils ont quelques heures auparavant un malaise général, des éblouissements, de légers frissons. D'autres sont fatigués, anéantis, recherchent le repos absolu, leur visage a des alternatives de rougeur et de pâleur et leur physionomie exprime la crainte ou la douleur. En dehors de ces quelques phénomènes nous signalerons à titre de curiosité le fait du malade de Giraudeau qui attribuait aux perturbations atmosphériques et à la fumée de tabac une influence sur la production de ses crises. Enfin il est à noter que la disparition de tel autre symptôme du tabès associé ou plutôt alternant avec les crises gastriques, comme les douleurs fulgurantes, peut être, pour le malade, un avertissement d'un accès imminent. Cache dans sa thèse en rapporte un cas typique traduit de Fauser.

Période d'état. — *Symptômes cardinaux.* — Qu'il y ait ou non des prodromes la crise gastrique commune est constituée par trois éléments :

1° La douleur;
2° Les vomissements;
3° Les modifications de l'état général.

1° *La douleur* ouvre la scène, elle siège ordinairement à l'épigastre avec irradiations dans tout l'abdomen, dans le dos, dans les lombes et les cuisses. Selon les sujets, certains auteurs ont décrit des douleurs cardialgiques, des douleurs pyloriques, mais ce sont là des variations purement individuelles et théoriques, le creux épigastrique restant toujours le foyer douloureux maximum. J.-Ch. Roux a montré que dans certaines formes de crises gastriques chez les dyspeptiques la douleur siège, non au creux épigastrique mais dans les côtés, avec maximum au niveau des quatre ou cinq dernières côtes. Quelquefois le maximum siège en arrière, dans la région interscapulaire et simule le point rachidien de l'ulcère gastrique; il y a des irradiations au long des espaces intercostaux et jusqu'à la base du thorax qui est enserré comme dans un étau. Charcot a signalé un cas où la douleur partait du pli de l'aine pour remonter au creux épigastrique.

Dès le début, la douleur est très violente et cette violence même est pour Fournier un bon signe de diagnostic. Quelquefois elle peut ne pas être très intense au début et aller en augmentant pour atteindre très vite son maximum.

Les douleurs sont lancinantes ou térébrantes; elles sont parfois si fortes que les malades prétendent qu'aucune autre douleur ne peut leur être comparée. Elles ont fourni aux patients l'occasion de comparaisons d'une grande richesse. Les uns accusent une sensation de chaleur, de constriction épigastrique, de déchirure interne, de morsure; d'autres la comparent à un fer rouge qui leur brûle l'estomac, à une plaie vive, à une brûlure; pour les uns, c'est un instrument aigu qui leur laboure les chairs; pour les autres, c'est une sensation de piqûres par milliers. Chez certains, c'est un poids épigastrique avec ballonnement et pesanteur de l'estomac que des éructations soulagent momentanément; chez d'autres, c'est une sensation de réplétion douloureuse, de torsion de l'estomac. Si quelques-uns ont de l'hyperesthésie de la région épigastrique, d'autres appuient au contraire des deux mains sur leur creux épigastrique pour calmer les douleurs. Les malades, selon le cas, prennent les positions les plus bizarres : tel se tord incessamment pour essayer de

trouver une position reposante, tel autre est couché en chien de fusil, le menton touchant presque ses genoux, tel enfin reste étendu sur le ventre, la figure enfoncée dans l'oreiller et évitant de respirer, de parler, de tousser.

Les douleurs durent plusieurs heures, parfois plusieurs jours ; dans les formes prolongées elles peuvent durer plus longtemps encore, mais en général, elles ne sont pas continues, les paroxymes sont de courte durée : une période de calme relatif leur succède, puis un nouveau paroxysme survient et ainsi jusqu'à ce que la crise soit terminée définitivement.

2° *Les vomissements* constituent le deuxième symptôme de la crise gastriqué Ils se manifestent en même temps que la douleur et surviennent comme elle parfois après le repas, parfois en dehors de toute ingestion alimentaire ; ils redoublent lorsque le malade fait un mouvement ou veut prendre un liquide quelconque, ne fût-ce qu'une gorgée d'eau pour calmer la soif. Chez un malade de Charcot, la nature tabétique de la crise avait été méconnue, le lavage de l'estomac provoquait les vomissements. Vulpian, puis Touche, ont cité des exemples de vomissements survenant lors des époques menstruelles, et Touche a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, en 1900, l'observation d'une malade chez qui ils ont apparu lors d'une grossesse, prenant l'allure de vomissements incoercibles.

Quand ils surviennent après les repas, ils débutent parfois par des nausées, des éructations gazeuzes, quelques frissons.

Puis, le malade après des efforts pénibles rend ses aliments, rejetés soit sans aucune modification, soit après avoir subi un commencement de fermentation digestive, quelquefois même de fermentation putride et exhalant une odeur désagréable due à des acides de fermentation.

A ces vomissements alimentaires succède le rejet d'un liquide glaireux, muqueux, filant, incolore ou parfois teinté de bile et de sang ; plus tard les malades rendent seulement, de temps à autre, quelques gorgées de liquide pituiteux.

Quand l'estomac est vide, l'effort pour vomir n'en existe pas moins et c'est la période des vomissements à sec de Fournier, les plus douloureux. Les malades font des efforts impuissants, multiples pour débarrasser leur estomac ; leurs muscles se contractent brusquement, presque de façon convulsive. Il leur semble que leur estomac va « se décrocher », leur ventre est rétracté, les muscles droits sont tendus comme des cordes, et toute la musculature abdominale se contracte sur l'estomac vide ; leur face est violacée et grippée, leurs traits bouleversés expriment la souffrance ; enfin s'ils parviennent à expulser un peu de liquide, ces phénomènes alarmants font place à un bien-être relatif, mais tout recommence à chaque mouvement du malade ou à chaque essai d'alimentation.

Dans quelques cas assez rares, existent des hématémèses ; les matières vomies ont la couleur de suie, de marc de café et ressemblent aux vomissements sanglants des affections organiques de l'estomac.

Les vomissements des crises gastriques sont incessants, presque incoercibles. En général, les malades rendent de grandes quantités de liquide ; on a fixé la moyenne à environ deux à trois litres, mais la quantité de liquide rendue est extrêmement variable, en effet, un malade de Putman rendait jusqu'à dix litres de liquide en vingt-quatre heures.

3° *Modifications de l'état général.* — Du fait des douleurs violentes, des vomissements incessants, du fait aussi de l'abondance des matières vomies et des efforts mêmes, le malade est plongé dans un état d'abattement extrême. L'intolérance gastrique absolue qui rend impossible toute alimentation exagère encore les signes de dépression sur lesquels ont insisté Charcot, Fournier, Marie. La face est pâle, les traits tirés, les yeux cernés ; le malade reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, répond à peine aux questions, s'absorbe dans un état d'indolence ou de stupeur tout à fait alarmant. Le corps est baigné de sueurs profuses ; les extrémités se refroidissent, prennent une teinte violacée qui rappelle, à s'y méprendre, la période d'algidité du choléra ou la période asphyxique de certains empoisonnements. D'après P. Marie, dans la grande majorité des cas, la comparaison la plus frappante serait la comparaison avec le mal de mer survenant chez des sujets particulièrement susceptibles.

Le pouls est petit, serré, ralenti (Rosenthal) ou accéléré (Charcot). Le malade a des vertiges, des défaillances, de véritables syncopes, de courte durée, il est vrai. Les battements du cœur sont pénibles et précipités. La respiration est courte et haletante.

Il est exceptionnel que l'état général soit assez fortement atteint pour que le malade meure de sa crise gastrique. Si une terminaison fatale se produit, elle arrive au milieu des signes du collapsus, Vulpian a rapporté l'observation d'un malade chez qui les signes de dépression nerveuse simulèrent la phase algide du choléra et qui succomba.

Examen du malade. — Si on découvre le malade on voit que son ventre est, en général, rétracté, douloureux à la pression, surtout au creux épigastrique, les muscles abdominaux sont le siège de contractures et de crampes douloureuses qui empêchent la percussion et la palpation de l'estomac. On ne trouve généralement aucun bruit de clapotage à la succussion. Chez certains malades qui ont du hoquet, des éructations ou des borborygmes avec émissions gazeuses abondantes, on peut noter du ballonnement épigastrique.

La *sensibilité cutanée* surtout au niveau de la paroi abdominale, est souvent modifiée. Souvent, il y a de l'hyperesthésie ; la chaleur du lit, le contact de la main, l'exploration de la région épigastrique réveillent les douleurs. Dans sa communication à la Société de biologie (28 mars 1903), Heitz dit que l'anesthésie ne fait jamais défaut au cours des crises gastriques tabétiques ; d'après lui, la limite supérieure de cette anesthésie part de la septième cervicale (zone radiculaire interne du bras), s'arrête au niveau des seins ; la limite inférieure répond, en

général, à une ligne passant à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde.

Heitz et Lortat-Jacob ont montré les intermittences de ces anesthésies radiculaires cutanées qui apparaissent au moment de la crise et disparaissent avec elle.

Etat du chimisme gastrique. — Les principaux résultats de l'examen du chimisme gastrique pendant les crises ont été résumés dans un tableau très complet de la thèse de Babon; depuis, aucune donnée importante n'a été ajoutée à cet énoncé des faits.

Sahli, Rosenthal, Simonin, Robin ont trouvé une exagération de l'acidité du suc gastrique. Au contraire, von Noorden dans sept observations obtient des résultats très différents sur l'acidité totale du contenu stomacal; il en conclut que la « nature du suc gastrique sécrété varie beaucoup pendant les crises gastriques chez le même malade, pendant la même crise ou pendant des crises différentes ». Huchard et Bovet, chez le même sujet, constatent des variations répétées du chimisme stomacal et concluent que cette variabilité est un élément précieux de diagnostic entre les crises gastriques du tabes et l'ulcère rond. Gaston Lyon, Bouveret, Hayem, Babon citent de nombreux cas où il y avait hypopepsie ou hypoacidité. Babon a résumé les types chimiques trouvés pendant la crise de la façon suivante : sur 17 cas hyperpepsie dans 7 cas; hyperpepsie avec hypersécrétion dans 1 cas; hypopepsie dans 7 cas; apepsie dans 1 cas; crises à chimisme variable dans 1 cas.

La conclusion qui résulte de cet exposé est que suivant l'expression d'Hayem et Babon, chaque malade fait sa cure suivant l'état organopathique de son estomac. Mathieu partage cet avis et, plus récemment, Roux expose cette idée sous la forme suivante: « Chaque malade fait sa crise avec la muqueuse qu'il possède; si les glandes sont bien conservées, la sécrétion est riche en acide chlorhydrique; avec des lésions diffuses plus ou moins marquées, l'acide chlorhydrique peut disparaître, mais quel que soit le type sécrétoire, les symptômes de la crise ne sont pas modifiés. Peut-être les douleurs sont-elles un peu plus violentes lorsque la sécrétion est très riche en acide chlorhydrique libre. »

Dans l'intervalle des crises, comme le fait pressentir ce qui précède, le chimisme gastrique est comparable au chimisme pendant la crise, comme l'a démontré Babon.

Symptômes accessoires. — La crise gastrique s'accompagne en dehors de ses symptômes essentiels de troubles variés, beaucoup moins constants.

Troubles gastro-intestinaux. — Une soif intense que les malades ne peuvent calmer par suite de l'intolérance gastrique absolue est habituelle. La sensation de faim n'existe pour ainsi dire pas tant que dure la crise.

Au début de la crise il n'est pas rare de noter des éructations, du hoquet, une sensation de cuisson le long de l'œsophage coïncidant avec du ballonnement épigastrique. L'intestin peut participer à la souffrance de l'estomac et des borborygmes très pénibles s'ajoutent à la douleur gastralgique, des évacuations gazeuses incessantes se produisent sans pouvoir arriver à calmer la douleur. Quelquefois les troubles intestinaux sont très intenses et on observe une diarrhée continue, muqueuse, bilieuse ou séreuse; les symptômes généraux graves apparaissent, les traits se tirent, les yeux s'excavent, les extrémités se refroidissent et le malade présente le tableau de la période terminale du choléra. Ce sont là des cas rares, les vomissements ont pour conséquence habituelle une constipation opiniâtre.

Troubles urinaires. — Il y a en général une oligurie pouvant aller jusqu'à l'anurie. Les urines rares sont pauvres en chlorures (Soupault). Elles ne renferment ni sucre, ni albumine. Von Noorden y a trouvé d'une façon presque constante de l'acétone et de l'acide diacétique.

Troubles cardio-pulmonaires. — Pendant toute la durée de la crise gastrique les battements du cœur sont pénibles et accélérés. Le pouls est petit, serré, rapide bien que la température reste normale. Rosenthal a signalé des cas où le pouls était ralenti pendant l'accès, mais ce n'est pas l'avis de Charcot qui considère cette fréquence du pouls sans fièvre comme un signe diagnostique des premières périodes de l'ataxie. Ostankoff a rapporté plusieurs exemples de troubles gastriques accompagnés de troubles cardio-pulmonaires qui disparaissaient une fois l'accès gastralgique fini et pense que ces troubles doivent être considérés comme faisant partie des crises gastriques tabétiques. Pal a remarqué que chez certains malades la crise est précédée d'une augmentation de la tension artérielle, alors que, dans l'intervalle, la tension reste au-dessus de la normale.

Des troubles passagers de la réflectivité peuvent accompagner la crise. Mantoux, Eichhorst, ont insisté sur l'intermittence du signe d'Argyll et sur son apparition au moment des paroxysmes douloureux. Heitz et Lortat-Jacob ont noté une exagération des réflexes rotuliens au début de la crise, puis une abolition durant toute la durée. Dufour a cité à la Société médicale des hôpitaux un cas où, sous l'influence de lavements de chlorure de sodium, les réflexes rotuliens réapparurent puis disparurent dès la terminaison de la crise.

III

Marche et durée. — La crise gastrique ne constitue jamais un épisode unique; toujours à un intervalle de temps plus ou moins long elle récidive. La durée de cet intervalle est très variable, elle est de six mois ou plus, parfois de deux à trois mois, parfois seulement de quelques semaines. D'ordinaire la crise apparaissant à la période pré-ataxique, la périodicité des accès va en augmentant à mesure que la maladie avance en âge. Les périodes d'intermittence deviennent plus courtes, les crises plus longues : on peut voir alors les crises se prolonger indéfiniment, presque sans rémission et devenir subintrantes. Quelques auteurs ont noté la diminution et la disparition des troubles gas-

triques au moment de l'apparition des symptômes moteurs.

La durée de la crise est extrêmement variable. Elle peut être terminée en vingt-quatre ou trente heures ou se prolonger pendant une ou deux semaines. On peut, en clinique, admetttre avec Soupault deux formes : la *crise courte* qui ne dure guère qu'un ou deux jours, dont les malades se remettent facilement, la *crise sévère* qui est longue, durable, se prolongeant huit à quinze jours et plus, qui compromet gravement la santé et est suivie d'une grande dépression, d'une anémie marquée, lente à disparaître.

IV

Terminaison. — Dans l'une et l'autre forme la terminaison est brusque. Dans les accès courts le contraste est frappant, aussitôt les douleurs et les vomissements finis, le malade a une sensation de faim gloutonne, fait un repas copieux et le digère avec la plus grande facilité.

Mais lorsque l'accès a été sévère, prolongé, après la disparition des symptômes douloureux, le retour à la santé ne se fait que graduellement, certains malades reviennent à un état gastrique parfait mais d'autres conservent quelques troubles dyspeptiques, en général assez légers.

Par exception, la crise gastrique peut avoir une terminaison fatale. En pleine crise le malade est emporté par le collapsus cardiaque ou succombe à une diarrhée profuse avec symptômes très marqués de dépression nerveuse (Vulpian).

V

Formes cliniques. — L'expression symptomatique de la crise gastrique est loin d'avoir toujours des caractères nets. On a décrit de nombreuses variétés cliniques et multiplié les formes. Les observations qui ont servi à établir les différents types méritent d'être examinés, avec un esprit critique ; il est certaines variétés qui doivent être rayées du cadre des formes normales parce qu'elles interprètent inexactement des faits publiés. C'est ainsi que l'on voit reproduite par tous les auteurs une forme de crise gastrique simulant l'angine de poitrine. Or, si l'on s'en rapporte à l'observation de Vulpian, on voit que son malade présentait des douleurs précordiales durant quelques secondes et s'entremêlant avec la crise gastrique ; il y avait mélange de deux phénomènes différents qui peuvent se montrer isolément au cours du tabes, la crise gastrique et l'angine de poitrine, parfaitement distincts l'un de l'autre.

Dans les formes anormales la triade symptomatique persiste, mais l'un des symptômes prédomine et efface les autres ; parfois l'un des symptômes primordiaux manque, quelquefois deux. Parfois enfin, mais assez rarement, la crise gastrique s'éloigne du type primitif et se complique de symptômes tels qu'elle simule une autre affection : ulcère de l'estomac, maladie de Reichmann.

On distingue en général :

1° Une forme légère : forme flatulente ;

2° Des formes frustes : forme gastralgique, forme vomitive ;

3° Des formes graves : forme douloureuse, forme de collapsus ;

4° Des formes compliquées : forme avec hématuries, avec hypersécrétion ;

5° Des formes anormales par leur durée, leur évolution ;

6° Nous y ajouterons des formes associées ou alternées.

1° Forme légère (*forme flatulente*). — Cette forme n'a été décrite que par Fournier. Elle est très rare. La crise est constituée par des douleurs et des vomissements peu marqués : c'est plutôt la production exagérée de gaz dans le tube digestif qui domine la scène. Il y a « flatulence excessive » : toutes les minutes pour le moins, parfois plusieurs fois par minute il se produit une éructation violente et bruyante, spasmodique, irrésistible, qui amène un flot de gaz et est tout aussitôt suivie d'une sorte d'aspiration sonore, d'un sifflement ayant quelque analogie avec la reprise de la coqueluche. Vulpian attribuait cette reprise à une « déglutition d'air ».

Dans certains cas, cette crise peut persister pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines et cesser brusquement. Elle coïncide et alterne le plus souvent avec des douleurs fulgurantes.

2° Formes frustes (*forme vomitive*). — Dans cette forme, il y a absence de douleurs et de symptômes généraux. La crise est alors constituée par une série de vomissements alimentaires ou muqueux accompagnés de vertiges, crampes, algidité. Les malades ne souffrent pas ; ils vomissent. « Je ne souffre que des efforts que je fais, » déclarait une malade de Charcot. La crise finie, tout rentre dans l'ordre et on ne décèle aucun symptôme d'affection gastrique. Ces vomissements reviennent avec une périodicité remarquable et peuvent être, pendant des années, la seule manifestation du tabès (Vulpian, Fournier).

B. *Forme gastralgique.* — Ici, pas de vomissements. La crise est composée d'une série de douleurs épigastriques et parfois scapulaires, atroces ; elles sont « crampoïdes », selon l'expression du professeur Fournier. Ces douleurs semblent résulter d'un état de contracture stomacale et ne s'accompagnent d'aucun rejet de matières alimentaires ou liquides; aussi, du fait qu'elles se produisent ainsi « à sec », sont-elles excessivement douloureuses.

3° Formes graves. — A. *Forme douloureuse.* — Les principaux caractères de la crise sont faciles à reconnaître, mais la douleur est tellement intense qu'elle prime tout le reste. Les malades se roulent sur leur lit, poussent des cris déchirants et cherchent en vain la position qui calmera leurs souffrances.

B. *Forme de collapsus.* — Cette forme est caractérisée par l'intensité des phénomènes généraux. Le malade est algide, la face anxieuse, les yeux excavés, les joues creusées, le corps couvert de sueurs froides; il fait des efforts continuels de vomissements; ses extrémités se refroidissent, les battements du cœur s'affaiblissent et l'on a tout le tableau d'une attaque de choléra.

Cette forme très grave se rencontre surtout chez

les ataxiques ayant eu une syphilis sévère, et atteints de diarrhée incoercible; elle peut aboutir au coma et à la mort.

4° Formes compliquées. — A. *Forme d'hématémèse.* — Cette forme est assez rare au cours du tabès; Charcot, Vulpian, Simonin, Bourguignon, Mme Wayncop, Vallas et Cotte en ont rapporté des observations. En général, cette hématémèse a tous les caractères de l'hématémèse liée aux affections organiques de l'estomac : c'est, le plus souvent, du sang en parti digéré, couleur de suie ou de marc de café. Mais parfois, le sang est rouge au début (Bourguignon, Mme Wayncop). La quantité de sang rendue est, en général, peu considérable.

B. *Forme d'hypersécrétion.* — Cette forme n'a été observée que par Soupault (1897). Le malade était atteint d'hypersécrétion intermittente; cette forme de la maladie de Reichmann ne se rencontre que chez les ataxiques hyperchlorhydriques.

5° Formes anormales par leur durée, leur répétition. — On a signalé des observations où les crises sont tellement rapprochées qu'elles se reproduisent quotidiennement en même temps que leur durée se raccourcit (Obs. de Blocq rapportée par Charcot dans ses *Leçons du mardi*, 1888-89). De même, on peut voir la crise se prolonger des semaines et des mois (Obs. de Buzzard où la durée fut de neuf mois).

6° Formes alternées et associées. — Dans certains cas, comme celui de Vulpian, la crise gastrique peut *alterner* avec d'autres manifestations; il y avait dans la série des crises interruption de la crise gastrique par une crise d'angine de poitrine. Chez le malade de Labbé et Sainton, la crise passait par trois phases : 1° une phase laryngée avec chatouillement dans la gorge, toux coqueluchoïde; 2° une phase de douleur angineuse avec sensation de pesanteur dans le flanc gauche et irradiation au bras gauche, terminée par une sensation de frisson; 3° une phase gastrique dans laquelle survient le rejet des aliments.

Dans les formes associées, on peut, avec J.-Ch. Roux, distinguer trois variétés : 1° les crises gastriques des dyspeptiques : 2° les crises gastriques associées à la gastralgie hystérique; 3° les crises gastriques prolongées chez les morphinomanes.

Crises gastriques des dyspeptiques. — Les crises gastriques survenant chez des dyspeptiques revêtent un aspect spécial; les douleurs sont vives et ont des irradiations multiples, elles prédominent au niveau de la région inférieure du thorax des deux côtés, surtout à gauche; les troubles disparaissent sous l'influence des régimes ; ils apparaissent à l'occasion d'excès alimentaires, d'émotions pénibles, de la période menstruelle chez la femme ou à la suite d'écarts prolongés.

En général, la crise ne cesse pas brusquement, elle est suivie d'une période de troubles gastriques.

Crises gastriques associées à la gastralgie hystérique. — Certains sujets ont des crises mixtes tabétiques et hystériques, avec des cris, des larmes, des agitations; les vomissements s'exagèrent quand le malade se sent observé; il garde, pendant toute sa crise, sa liberté d'esprit. Le caractère hystérique de la crise se reconnaît à ce que la quantité des urines, au lieu d'être diminuée, est plutôt augmentée, à ce qu'une suggestion verbale peut arrêter, pour quelques heures, les vomissements et les douleurs. Un même sujet peut donc avoir de la sorte deux variétés de crises : 1° des crises tabétiques proprement dites; 2° des crises *hystériques pseudo-tabétiques* pendant lesquelles, suivant l'expression de Roux, il « s'imite lui-même ».

Crises gastriques prolongées chez les morphinomanes. — Mathieu a insisté sur l'influence de la morphinomanie sur la symptomatologie des crises gastriques. Quand l'intoxication chronique est constituée, la période intercalaire entre les crises diminue, les accès deviennent subintrants et continus. Malheureusement, malgré toutes les précautions prises par le médecin, les sujets atteints de crises gastriques, s'ils sont névropathes, usent et abusent de la morphine, souvent de leur propre mouvement. L'attention devra être alors éveillée par les modifications cliniques qui se sont produites dans le tableau symptomatique des crises.

Rapports de la crise gastrique avec d'autres signes du tabes. — Les crises gastriques coexistent fréquemment avec d'autres crises viscérales, laryngées, intestinales, rectales, vésicales, séminales, clitoridiennes, crises-cardio pulmonaires : Touche a montré l'association fréquente de crises laryngées à la crise gastrique et Cache insiste beaucoup sur les tabes se manifestant presque uniquement par des crises.

Elle s'associe souvent aussi aux douleurs fulgurantes et il n'est pas rare qu'à chaque manifestation douloureuse des membres corresponde une crise gastrique.

Mais d'autres manifestations du tabes peuvent accompagner les crises gastriques et Buzzard notait, sur 26 cas d'arthropathies, 12 fois la coexistence de crises gastriques, soit 48 p. 100. Est-ce là une simple coïncidence ou y a-t-il un rapport de cause à effet? On l'ignore à l'heure actuelle.

Heitz et Lortat-Jacob ont insisté sur la coexistence des anesthésies radiculaires et des crises gastriques; Mantoux, Eichhorst sur l'association du signe d'Argyll-Robertson. Ce sont là des faits précieux pour le diagnostic précoce du tabes.

Au lieu d'y avoir coïncidence, il peut y avoir alternance avec les mêmes symptômes, en particulier avec les douleurs fulgurantes et avec certaines crises viscérales. (*A suivre.*)

CYANURE DE MERCURE. SOLUTION POUR LES USAGES CHIRURGICAUX

On emploie encore assez souvent la solution au millième de cyanure de mercure, qu'on dilue suivant les usages, au moment du besoin. Le docteur P. Lemaire propose la formule suivante pour cette solution (*Bull. de pharm. du Sud-Est*) :

Cyanure de mercure	1 gramme.
Borate de sodium	2 —
Chromate jaune de potassium	0,05 à 0,075
Fluorescéine	0,001
Eau distillée ... Q. s. pour	1 000 cc³

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1908)

Abcès du poumon d'origine amibienne. — M. TUFFIER fait un rapport sur une intéressante observation de M. Marion. Il s'agit d'un colonial qui était atteint de dysentérie. Son état s'aggrave, il a des crachats purulents avec de la fièvre vespérale. On examine les crachats, on reconnaît l'existence d'une cavité purulente d'origine amibienne.

En raison de l'état cachectique, on pense à un abcès du foie. M. Marion incise au niveau du foie et ne trouve rien. Il fait des ponctions qui ne donnent rien; il explore la face postérieure du foie, il n'y a rien. Il enlève deux côtes, explore la cavité pulmonaire, trouve quelques gouttelettes de pus à la base du poumon droit, il pénètre dans l'intérieur du poumon et trouve un abcès gros comme une orange; il ouvre la cavité, l'évacue et draine à la partie postérieure.

Voilà donc une opération bien compliquée qui commence au niveau du foie et se termine en arrière, en haut, au niveau du poumon.

Lorsqu'en 1897, M. Tuffier fit son rapport sur la chirurgie du poumon, il insista sur ces longues et laborieuses opérations résultant d'erreurs de diagnostic. C'est donc surtout une affaire de diagnostic et M. Tuffier s'applique à réunir tous les éléments de ce diagnostic. La radioscopie peut, dans ces cas, donner de précieux renseignements en donnant une notion exacte de la courbe diaphragmatique qui est abaissée quand il y a une lésion du poumon.

Les ponctions exploratrices permettent parfois de reconnaître la localisation de l'abcès. Mais ces ponctions, faites à l'aveugle, manquent souvent leur but. M. Tuffier a eu l'idée de pratiquer ces ponctions, guidé par la radioscopie.

A l'aide de la radioscopie en effet, on voit si le trocard pénètre dans le foyer purulent. Il estime donc que pour le diagnostic de ces collections purulentes dont on ne peut cliniquement distinguer le siège dans le foie ou dans le poumon, la radioscopie peut faciliter singulièrement la recherche de ces collections par la ponction. Il y a donc là une application très intéressante de la radioscopie.

M. Tuffier étudie ensuite la pathogénie de ces abcès du poumon d'origine dysentérique, et il termine en disant qu'au point de vue du traitement ces abcès doivent être ouverts largement.

M. LEGUEU insiste sur la difficulté du diagnostic et de la recherche de ces abcès pulmonaires. Chez un homme, il avait diagnostiqué un abcès du poumon localisé au niveau des sixième, septième et huitième côtes du côté gauche. La radiographie avait, à ce point de vue, donné des résultats très nets. Il a réséqué ces côtes et quand il a eu le poumon dans la main, il lui a été impossible de trouver l'abcès, malgré toutes les explorations qu'il a pu faire. Le malade est mort.

A l'autopsie on a trouvé un abcès qui siégeait très près des points qui avaient été explorés. C'est là un échec de la radiographie. M. Legueu n'avait pu faire la radioscopie par la raison qu'elle ne peut être faite à l'hôpital, ce qui est vraiment regrettable. Il serait vraiment temps que l'Assistance publique tînt plus de compte des progrès de la science.

M. WALTHER en présence des difficultés du diagnostic, dans ces cas, reconnaît que la radioscopie peut être d'un grand secours.

Il y a cependant des cas où la radioscopie elle-même est insuffisante. Témoin l'histoire d'une jeune fille qui présentait tous les signes cliniques d'un abcès pulmonaire gangréneux. La radioscopie montrant l'existence d'une masse noire, opaque, à la partie inférieure du poumon, M. Walther fait la pleurotomie, recherche l'abcès à ce niveau et ne trouve qu'un lobe inférieur sclérosé. Après avoir exploré successivement les trois lobes pulmonaires, ce fut dans le lobe supérieur qu'il trouva l'abcès. Donc, même à l'aide de la radioscopie, on rencontre parfois les plus grandes difficultés pour arriver au siège exact de l'abcès.

M. MICHAUX insiste également sur les difficultés de ce diagnostic, même avec la radioscopie, avec les ponctions; et il insiste sur ce fait que, malgré l'abondance extrême de l'expectoration, il n'y a souvent qu'une très petite cavité très difficile à dépister.

M. RICARD cite un cas dans lequel on avait, par la radioscopie, diagnostiqué un abcès interlobaire, enkysté, central. M. Ricard résèque une côte, trouve une petite pleurésie superficielle et draine. Le malade meurt. A l'autopsie, on trouve un abcès près du médiastin. La radioscopie avait ici induit le chirurgien en erreur.

M. DELBET fait observer que le triomphe de la radioscopie est le kyste hydatique. Quant à l'abcès, les renseignements qu'elle donne sont beaucoup plus obscurs. M. Delbet a eu à intervenir deux fois dans des cas d'abcès pulmonaire. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui expectorait plus d'un litre et demi par jour de liquide purulent d'odeur infecte. En se guidant sur les signes fournis par l'auscultation et la percussion, il intervint, trouva un poumon largement adhérent sans rien au niveau des points indiqués. A 4 centimètres et demi au niveau de ce point il incisa un abcès gros comme une orange; il draina. Le résultat fut merveilleux. Cette femme a succombé ultérieurement à un abcès du cerveau. Le second cas a trait à un homme chez lequel il ouvrit un petit abcès du poumon qui a très bien guéri. Il ne faut pas trop compter sur la radiographie, dit en terminant M. Delbet, mais la radioscopie peut donner de très bons résultats.

M. MAUCLAIRE, dans un cas, n'a eu qu'à se louer du secours de la radiographie.

M. CHAPUT a fait, aidé par la radiographie, une ponction qui n'a rien donné.

M. DELBET rapporte l'observation d'un malade en état d'infection depuis trois mois. M. Dieulafoy diagnostique un abcès du poumon, en localise le siège et conseille l'intervention dans le point déterminé. M. Delbet intervient, ne trouve rient à ce point, résèque successivement quatre ou cinq côtes e finit par trouver, très loin du point indiqué, un petit abcès qu'il ouvre et draine. Guérison parfaite.

M. TUFFIER résume cette discussion en disant qu'il ne faut guère compter sur la radiographie, que la radioscopie peut être utile surtout pour ne pas faire des ponctions à l'aveugle. M. Tuffier insiste à son tour sur ce fait qu'une très petite lésion peut donner de très grands symptômes.

Rétrécissements de l'urètre. — M. POUSSON (de Bordeaux) fait une communicstion sur les divers procédés de traitement des rétrécissements de l'urètre, la divulsion, la dilatation immédiate, l'électrolyse, l'urétrotomie interne. Il repousse d'emblée l'électrolyse. La divulsion et la dilatation immédiate peuvent trouver leurs indications dans les rétrécissements durables, comme dans les rétrécissements mous. Quand il s'agit d'un rétrécissement très serré, très étroit, c'est à l'urétrotomie interne qu'il faut recourir. M. Pousson y a recours de plus en plus. Il possède actuellement plus de 600 cas sur lesquels il ne compte que 4 morts. Deux de ces malades furent incisés in extremis. Les deux autres ont eu de la pyélonéphrite. On a parlé de complications d'abcès, de prostatites, d'orchites, de cystites. M. Pousson n'a eu à constater qu'un seul abcès. On a reproché à l'urétrotomie interne d'être très hémorragique. Les hémorragies immédiates cessent d'elles-mêmes très rapidement. Les hémorragies retardées sont très rares. En résumé, M. Pousson considère l'urétrotomie interne comme une très bonne opération.

Chirurgie de l'estomac. — Nous revenons à la chirurgie de l'estomac. M. DELBET rapporte les conclusions auxquelles il s'est arrêté après ses expériences.

M. LEGUEU cite un cas de dyspepsie ancienne avec pylore perméable, Il a fait la gastro-entérostomie et a pu se rendre compte, par la radioscopie, que les aliments passaient par la bouche seule et que le pylore ne servait plus à rien, bien que perméable.

MM. HARTMANN et TUFFIER font observer à M. Legueu que rien ne prouve que le pylore, dans ce cas, fût perméable.

M. MONPROFIT (d'Angers) a constaté beaucoup de faits analogues à celui de M. Legueu. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait un obstacle au pylore pour que la nouvelle bouche fonctionne bien. Il rapporte un cas de circulus viciosus à la suite

d'une gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker qui a été corrigé par la suppression de cette bouche et la substitution d'une gastro-entérostomie en Y.

M. Quénu a été nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE POULS LENT PERMANENT

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 à 6 jours de suite. Interrompre autant et reprendre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de la Guerre a conféré aux médecins civils ci-après désignés des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement, depuis une série d'années, aux militaires de la gendarmerie :

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Arnous-Dessaulsayes (d'Esbly), Barbier (de Thury-Harcourt), Béal (de Saignes), Borrello (de Saint-Paul-de-Fenouillet), Bourretère (de Dax), Busquet (de Saint-Aigulin), Chabrun (de Mayenne), Chevalier (de Saint-Agnant), Défaut (de Confolens), Duchâteau (de Gardanne), Ferrand (de Courson-les-Carrières), Fournier (d'Alger), Françon (de Tenay), Gaudin (de Tonnay-Charente), Gille (de Garches), Giraud (de Rognac), Giudicelli (de Fleurus), Groslier (de Montmarault), Hébert (d'Audierne), Hernu (d'Auchel), Jaubert (d'Oued-Atménia), Laporte (d'Aignay-le-Duc), Lebeuf (de Verdun-sur-le-Doubs), Lenoir (de Ligny-en-Cambrésis), Lordereau (de Saint-Florentin), Lourties (de Billy-Montigny), Marmoyet (de Servian), Nau (de Champigny), Pain (de Bourbon-Lancy), Pitavy (de Viverols), Poingt (de Donzy), Poirier (de Saint-Mars-la-Jaille), Quéré (de Callac), Restif (de Moret), Ruet (de Monsols), Sahut (de Gannat), Sartre (de Thiviers), Teyssandier (de Lugon), Tourvielhe (de Largentière), Vidal (de Puy-Guillaume).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Joanny (de Paris), Azéma (d'Aurignac), Babilée (de Douéra), Blaising (de Ligny), Camescasse (de Saint-Arnoult), Christine (d'Asnières), Degoul (de Vic-sur-Cère), Delcassé (de Lafrançaise), Delebecque (de Josselin), Desfosses (de Boussac), Desvergnes (de Verteillac), Doche (de Tonneins), Dubédat (d'Houeillès), Dupont (de Saint-Loup-sur-Semouse), Duranthon (de Lauzun), Garnier (de Dunières), Giraud (de Montlhéry), Georget (d'Ahuillé), Jacquot (de Creil), Jobard (d'Is-sur-Tille), Lacroix (de Saint-Aulaye), Lallement (de Nogent-sur-Marne), Larquier (d'Archiac) Lefèvre (de Livry), Legris (de Saint-Valéry-sur-Somme), Lemaire (du Nouvion-en-Thiérache), Lesdos (de Cherbourg), Lesenne (de Beauvais-sous-Matha), Margerite (de Puymirol), Mieussens (de Castelnau-Rivière-Basse), Mondon (de Chénérailles), Mulette (de Pont-Sainte-Maxence), Nourry (de Perrégaux), Para (de La Ferté-Alais), Patey (de Saint-Seine-sur-Vingeanne), Peretti (de Lourmel), Pont (de Saurat), Porquet (de Vire), Prouhet (de La Motte-Sainte-Héraye), Puel (de Villefranche-d'Albigeois), Rechatain (de La Chapelle-en-Vercors), Roché (de Charny), Rochefort (de Chatou), Tarrou (d'Anduze), Termes (de Casteljaloux), Veper (des Lilas).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Aubin (de Château-d'Oléron), Baldy (de Catus), Barban (de Chazelles-sur-Lyon), Belous (de Miribel), Bonnel (de Saint-Chély d'Apcher), Bouchez (de Busigny), Chabert (de Roquemaure), Chansou (de Fronton), Chatelot (de Villersexel).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 FÉVRIER 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Kirmisson, Thiéry et Gosset; — (2e série) : MM. Nicolas, Proust et Lecène.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Reclus, Lepage et Macaigne; — (2e série) : MM. Delens, Potocki et Branca; — (3e série) : MM. Auguste Broca, Couvelaire et Mulon; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Pierre Marie, Legry et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 18 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Quénu, Retterer et Hartmann; — (2e série) : MM. Ricard, Thiéry et Morestin.

3e (1re partie, oral) : MM. Albarran, Launois et Jeannin; — M. Brumpt, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Cunéo; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Raymond, Carnot et Claude; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 19 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Nicolas, Tuffier et Proust; — (2e série) : MM. Retterer, Gosset et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Macaigne et Couvelaire; — (2e série) : MM. Delens, Thiéry et Lepage; — (3e série) : MM. Auguste Broca, Potocki et Branca; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 20 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Pozzi, Auvray et Cunéo; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Morestin et Lenormant.

3e (2e partie) : *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Albarran, Launois et Mulon.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Retterer, Marion et Jeannin; — (2e série) : MM. Hartmann, Thiéry et Demelin; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Rénon et Fernand Bezançon; — (2e partie, 2e série) : MM. Hutinel, Gouget et Jeanselme.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Langlois; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 21 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Segond, Delens et Retterer; — (2e série) : MM. Nicolas, Pierre Duval et Ombrédanne.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lepage, Branca et Lecène.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Richaud; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 22 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. de Lapersonne, Cunéo et Lenormant; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Morestin.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Albarran, Demelin et Mulon; — (2e série) : MM. Bar, Hartmann et Launois; — (3e série) : MM. Ricard, Thiéry et Brindeau; — (4e série) : MM. Retterer, Marion et Jeannin.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Brumpt, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Jeanselme; — (2e série) : MM. A. Robin, Fernand Bezançon et Nobécourt; — M. Claude, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 7 février : MM. Sédillot, 6; Morancé, 9; Goret, 4; Durœux, 9; Pakowski, 12; Vignal, 7; Mlle Neveux et MM. Caillé, 9; Carnot, 2; Saint-Girons, 13.

Séance du 8 février : MM. Léger, 7; Douay, 13; Chevallier (Paul), 11; Weissenbach, 8; Paris, 5; Vignéras, 3; Cotoni, 12.

PATHOLOGIE. — Séance du 8 février : MM. Perdoux, 10; Bloch (Marcel), 7; Croissant, 8; Lemarignier, 9; Lefèvre et Lœwy, 5; Roux (Georges), 11; Marquis, 7; Gauthier (Emile) et Rouget, 10.

— CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECINS DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Méry, Achard, Triboulet, Debove, Déjerine, Dieulafoy, F. Bezançon, Richardière, Huchard et Lacombe.

Liste des candidats par ordre d'inscription. — 1. MM. Thaon, Géraudel, Voisin, Nobécourt, Crouzon, Gaultier, Flourens, Bensaude, Weil (Emile), Terrien (Eugène),

11. Rosenthal, Camus (Jean), Legroux, Læderich, Salomon, Vitry, Lortat-Jacob, Nattan-Larrier, Chiray, Grenet,

21. Faure-Beaulieu, Babonneix, Schæfer, Darré, Comte, Leven, Jomier, Dreyfus-Rose, Lejonne, Guillemot,

31. Villaret, Delamare, Lippmann, Herscher, Merklen, Froin, Hauser, Le Sourd (Louis), Clerc, Decloux,

41. Boidin, Paris, Rostaine, Bauer, Ferrand (Jean), Rathery, Ribierre, Lévi, Detot, Deguy,

51. Trémolières, Balthazard, Halbron, Pagniez, Aubertin, Ramond, Weill (Benjamin), Léri, Touchard, Bergeron,

61. Simon, Fouquet, Ribadeau-Dumas, Lemierre, Agasse-Lafont, Armand-Delille, Paisseau, Kahn, Lemaire (Henry), Courcoux,

71. Laubry, Verliac, Beauvy, Le Play, Coyon, Roussy, Sainton, Lebar, Lévy (Fernand), Michel,

81. Audistère, Louste, Lœper, Hallé, Bigart, Génévrier.

— Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 30 mars 1908, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AVIGNON. — Le jeudi 12 mars 1908, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'hôpital mixte et militaire d'Avignon, un concours pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie.

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat général des hospices.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Calmette (de Lille).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bourdier et Filassier (de Paris), MM. Nicolas (de l'Ecole vétérinaire de Lyon) et Quincerot, chirurgien-dentiste à Paris.

GUERRE. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe depuis le 1er février :

MM. Labougle, Worms, Bertein, Pigache, Paloque, Fontanel, Truchetet, Jaques, Létang, Guichard, Petit (M.), Perrignon de Troyes, Delater, Ruchaud, Etienney, Chailly, Corbel, Costa, Coudray, Bories, Trucy, Camus, Ferras, Carel, Mazot, Armengaud, Auvert, Marchal, Perrier, Petit (G.), Baron, Duchêne-Marullaz, Jacques, Minel, Delahousse, Floquet, Hourtoulle, Saffores, Mangenot, Marnata, Arnaud, Lacoste, Planques, Monziols, Pons, Noirclaude, Guglielmi, Martin, Playoust, Vandeuvre, Pineau, Feuillié, Bourland, Thellier, Saury, Hérisson, Mossier, Péré, Bahier, Mulot, Cruzel, Briend, Bovier-Lapierre, Dez, Laforge, Lévêque, Baillou.

ŒUVRE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE. — Le voyage d'études médicales « E. M. I. 1908 » visitera du 12 au 28 avril prochain les institutions médico-sanitaires de l'Italie : Turin, Milan, Padoue, Venise, Bologne, Florence, Rome, Naples, Pise, Gènes, San-Remo. L'organisation est confiée au professeur Pini.

On peut se procurer le programme complet du voyage d'études au siège de l'Association dont les bureaux sont ouverts les lundis, mardis, jeudis, vendredis, de dix heures à midi et les mercredis et samedis de deux à cinq heures. S'y adresser ou écrire avec timbre pour réponse à l'administration de l'œuvre, 8, rue François-Millet, Paris (XVIe).

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 202.*)

LE DRAINAGE

DANS LES

PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Par J. de FOURMESTRAUX (de Chartres),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Quand le médecin est sûr de son diagnostic de péritonite généralisée ou tout au moins de péritonite large, la question de l'opportunité d'une intervention chirurgicale ne se pose même pas. Il faut intervenir et intervenir vite; sur place, et sans songer à transporter la malade toutes les fois qu'il n'y aura pas impossibilité matérielle absolue.

Les conditions de milieu, fâcheuses le plus souvent, seront largement rachetées par le fait que des anses intestinales n'auront pas été brassées au milieu d'un liquide septique par des cahots, des chocs au cours d'un transport inopportun. Telle péritonite large sous-mésocolique ou pelvienne même, n'a dû sa généralisation qu'à un traitement médical trop prolongé aggravé par un transport pénible à l'hôpital ou à la clinique éloignée.

Aussi urgente que dans une occlusion intestinale ou un étranglement herniaire, l'indication opératoire peut se résumer en deux mots : *chercher la cause de l'infection péritonéale première, la supprimer si possible, enlever donc l'appendice dans le cas que nous considérons, mais surtout évacuer le liquide septique en rétention dans la cavité abdominale; drainer, mais drainer où et comment?*

La laparotomie médiane présente de gros avantages en ce qu'elle permet de voir de suite l'origine des accidents primitifs, appendice, annexes, intestin, etc. Elle a nous semble-t-il un défaut capital en ce qu'elle expose, dans le cas si fréquent des péritonites pelviennes dont l'aspect clinique parfois dramatique peut simuler celui d'une péritonite généralisée, à la pénétration dans une zone qui peut être saine ou moins septique même que celle qui se trouve au voisinage du foyer primitif.

Il nous semble plus logique de faire d'abord, exception faite des cas trop rares où ce diagnostic est certain, une incision dans la fosse iliaque droite. Incision plus large et plus basse que l'incision de Mac Burney, à deux travers de doigt de l'arcade et de l'épine iliaque antéro-supérieur. Cette incision curviligne et basse va nous mettre largement à jour la région cæco-appendiculaire et permettre l'ablation facile de l'appendice s'il est en cause. Un liquide louche, grumeleux, séro-purulent parfois, d'une odeur fétide, s'échappe sous une pression plus ou moins forte par la boutonnière péritonéale que nous venons de faire.

Notre diagnostic était exact, il y a péritonite généralisée sans doute, sous-mésocolique ou peut-être même pelvienne, il est inutile de la généraliser.

Les liquides septiques en rétention dans la cavité péritonéale ont une tendance à suivre certains plans de clivage péritonéaux et à se collecter en plus grande abondance en quelques régions presque toujours les mêmes.

Une classification de ces poches, de ces kystes purulents est certes un peu schématique; cependant avec Hadra, Houzé, Guinard, il faut reconnaître qu'en certains points alors même qu'il y a généralisation du processus infectieux, nous allons trouver du pus ou des liquides septiques en plus grande abondance, presque toujours dans les mêmes régions. Alors qu'il est constant ou presque constant dans les péritonites généralisées de trouver une quantité parfois considérable de pus collecté dans le cul-de-sac de Douglas, il est tout à fait exceptionnel de trouver un foyer au niveau de la région ombilicale au milieu des anses grêles. Une première *poche pré-hépatique* serait constituée d'après Hadra : en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament falciforme et l'épiploon gastro-hépatique, en bas par la portion droite du côlon transverse et un double repli péritonéal transversal étendu de la partie supérieure du côlon ascendant à la paroi abdominale un peu au-dessous du sommet de la onzième côte. Dans cette poche s'accumuleraient les liquides septiques provenant de la partie du foie située à droite du ligament suspenseur, de la vésicule biliaire, des conduits biliaires, de la partie droite du côlon transverse, de l'angle hépatique du côlon, peut-être aussi du duodénum et de la région pylorique. Dans les infections d'origine appendiculaire ce recessus péritonéal pré-hépatique peut être envahi.

Dans deux cas de péritonite généralisée d'origine appendiculaire, alors qu'il y avait seulement du liquide louche dans tout le segment péritonéal sous-mésocolique, nous avons vu en ce point une poche purulente des plus nettes; un vaste abcès d'où un pus fétide s'écoulait en décollant le côlon ascendant sur toute la partie droite de ce dernier, le long du mésocôlon et rejoignait la région cæco-appendiculaire où l'infection primitive avait pris naissance.

Une *seconde poche* est limitée par le côlon transverse en haut, le mésentère et l'intestin grêle à gauche et en bas, le cæcum et le côlon ascendant à droite; quand le côlon ascendant est vide la limite à droite est formée, d'après Hadra et Houzé, par la paroi abdominale entre le repli péritonéal parti de l'angle du côlon et un repli semblable qui naît de la partie supérieure du cæcum.

Dans les cas d'infection à point de départ appendiculaire, cette poche peut exister seule.

La plus constante des localisations purulentes se forme au voisinage immédiat de la région cæcale plus ancienne en date que les précédentes, elle pousse presque toujours un prolongement dans le cul-de-sac de Douglas entre l'utérus et le rectum ou la vessie et le rectum chez l'homme. C'est là un foyer sur la fréquence duquel nous voulons encore attirer l'attention.

Enfin, il peut exister encore, mais plus rarement des foyers erratiques à gauche sous le diaphragme, collection sous-phrénique située à gauche du ligament suspensenr du foie et de la grande courbure de l'estomac, au-dessus du côlon transverse de la

rate et du ligament gastro-colique gauche; rare également est la formation d'une poche purulente entre la partie supérieure du côlon descendant, l'angle colique et la face gauche du mésentère. Hadra indique enfin la possibilité de l'existence d'une suppuration dans l'arrière-cavité des épiploons. C'est là une modalité toute exceptionnelle dans les péritonites généralisées d'origine appendiculaire.

Dans le grand nombre d'observations que nous avons compulsées et où il y eut contrôle chirurgical ou anatomique, ce fait n'est pas signalé. A l'autopsie d'un enfant mort de péritonite généralisée, autopsie faite à l'hôpital Hérold dans le service de notre maître Mauclaire, nous avons toutefois trouvé avec une péritonite diffuse un véritable foyer enkysté dans l'arrière-cavité des épiploons.

L'enfant avait succombé quelques heures après une intervention faite par le chirurgien de garde. C'est là croyons-nous un des très rares cas où l'on puisse dire qu'il y avait véritablement péritonite généralisée, aucun point du péritoine ne semblait indemne. Collectée en quelques endroits, la suppuration s'étendait aux deux étages sus et sous-mésocolique.

C'est là un fait très rare. Il est exceptionnel que toute la séreuse soit infectée, mais néanmoins, alors que l'on se trouve en présence d'une péritonite large, il *faut intervenir comme si on la croyait tout à fait généralisée, pour ne pas laisser demeurer sans les drainer des foyers purulents, et voir mourir un opéré à l'autopsie duquel on trouvera le classique abcès du cul-de-sac de Douglas ou une poche sous-hépatique.*

Comment drainer ces foyers purulents? Est-il possible d'atteindre ces divers recessus péritonéaux en passant par la seule fosse iliaque droite. Nous éliminerons le drainage par mèche pour utiliser seulement des drains.

La gaze, mèche de gaze seule ou drainage à la Mickulicz, constitue peut-être un moyen d'hémostase de fortune passable, c'est certainement un procédé de drainage médiocre. Alors que, il y a quelques années le drainage à la Mickulicz était employé comme drainage des suppurations pelviennes dans la plupart des services hospitaliers parisiens, il était classique de voir lors du premier pansement un flot de pus sourdre en arrière de ce tamponnement plus ou moins serré.

Il faut donc drainer avec des drains. Les tubes en verre rigide souvent difficiles à maintenir en place ne sauraient convenir à l'usage que nous voulons en faire.

Cinq drains en caoutchouc seront préparés, six s'il s'agit d'une femme et que nous puissions faire un drainage vaginal. Drains volumineux de 3 centimètres de section de 25 à 30 centimètres de longueur en tous cas suffisamment résistants et ne se laissant pas plier trop facilement.

Les drains 40 à 42 de la filière ordinaire sont suffisants. Dans un cas d'urgence et où nous n'avions pas de drains à notre convenance, nous avons sectionné en trois parties deux tuyaux de douche d'Esmarch qui nous ont permis d'obtenir un drainage très satisfaisant. *Considérons un cas type de péritonite généralisée d'origine appendiculaire.*

Par une incision de 10 à 12 centimètres, curviligne et basse, nous avons découvert facilement l'appendice perforé, sphacélé ou simplement rouge turgescent en érection, adhérent ou non aux plans voisins. Nous l'avons enlevé avec plus ou moins de difficulté suivant les cas. Un liquide séro-purulent au milieu duquel baigne l'intestin congestionné, soulevé, couvert de fausses membranes, inonde les gants et le champ opératoire, le diagnostic de péritonite généralisée s'affirme, il faut drainer et drainer toute la cavité péritonéale. Un doigt introduit dans la plaie accroche le rebord mésentérique, et au niveau de son insertion inférieure soulève le mésentère. Un drain est introduit avec une pince ou mieux avec la main qui le fait progresser doucement sur la face droite du mésentère sur une longueur de 18 à 20 centimètres.

Ce tube va permettre l'écoulement des liquides en rétention dans toute la région comprise entre le bord droit du cæcum, du côlon ascendant et la paroi abdominale en dehors; par son extrémité supérieure il confinera à la loge pré-hépatique droite.

Un deuxième drain est glissé le long du bord gauche du mésentère et dirigé franchement en haut et à gauche. Il draine ainsi la poche supra-cæcale, tout l'étage sous-mésocolique compris entre la paroi abdominale en avant, le cæcum et le côlon ascendant à droite, les anses grêles et le côté droit du côlon descendant à gauche.

Un troisième drain dirigé de droite à gauche est étendu transversalement entre la paroi abdominale en haut, les anses grêles en arrière, il confine à gauche à la partie moyenne du côlon descendant. Ce drain par où s'écoule généralement peu de liquide est celui que l'on pourra souvent retirer le premier. Un quatrième drain est placé au niveau du point où l'on a enlevé l'appendice, il pourra être un peu plus court que les autres. Un cinquième drain enfin, et celui-là a une importance capitale, va plonger dans le cul-de-sac de Douglas insinué entre la vessie et le rectum ou le rectum et l'utérus; par son extrémité inférieure il touche le plancher pelvien, c'est celui qu'il faudra enlever le dernier, alors que toute suppuration est tarie au niveau des autres drains. Chez l'homme il est peu pratique de réaliser un autre drainage pelvien; le drainage périnéal, le drainage para-sacré compliquent tous deux une intervention où la rapidité opératoire est, peut-être plus encore qu'une rigoureuse asepsie, le premier facteur de la guérison. Le drainage lombaire que nous avons vu faire dans plusieurs cas par notre maître Villemin est un procédé rapide et logique mais qui ne draine pas le petit bassin. Le drainage vaginal en revanche est chez la femme et même chez la fillette d'une exécution rapide et facile; un sixième drain du volume des précédents est glissé du ventre dans le vagin par le cul-de-sac postérieur effondré d'un coup de ciseau.

Par son extrémité inférieure il entre en contact avec le tube que de la fosse iliaque droite nous avions poussé jusque dans le Douglas.

Nous avons donc placé six drains qui drainent

anatomiquement tout l'étage sous-mésocolique de la cavité abdominale et une partie de l'étage sus-mésocolique, drains disposés en éventail et qui tous sauf le tube vaginal, convergent vers la fosse iliaque droite. Le drainage a pu se faire d'une façon très rapide sans le traumatisme et le shok qu'entraîne une grande incision xipho-pubienne à laquelle beaucoup de chirurgiens avec le professeur Berger, Guinard, Picqué ajoutent une incision latérale.

Les drains ont été placés d'une façon logique en suivant les plans de clivage péritonéaux et non pas au hasard. Une incision relativement étroite met l'opéré à l'abri des éventrations ultérieures.

Le malade est drainé et bien drainé croyons-nous, est-ce dire qu'il faille maintenant s'abstenir de tout traitement? Evidemment non.

Les injections de sérum artificiel à hautes doses ont là l'indication précise et urgente qu'elles ont dans toutes les grandes infections chirurgicales. L'huile camphrée, la caféine seront ordonnées selon le besoin du moment.

A l'exemple de quelques chirurgiens il nous semble logique de donner dès le deuxième jour un purgatif huileux. Localement il est inutile de toucher aux drains avant le deuxième ou le troisième jour. Souvent dans les vingt-quatre premières heures quand on n'est pas en présence d'une péritonite franchement suppurée et qu'à l'ouverture du ventre et ne s'est écoulé que de la sérosité louche, il n'y a pas de suppuration franche. Malgré cela l'état général du malade s'est amélioré, les douleurs ont disparu, le pouls est meilleur, la langue humide, les urines plus abondantes, la température s'est élevée. Vers le troisième ou le quatrième jour, se produit une véritable détente que nous avons dans trois cas vue coïncider avec une leucocytose très marquée.

Généralement alors par l'orifice des drains et autour d'eux s'écoule une suppuration nette, franche, parfois très abondante.

On peut à ce moment retirer les tubes, autour d'eux se sont produits des phénomènes de péritonite plastique, si bien qu'ils cheminent dans de véritables tunnels constitués par des adhérences. On les retire, on les lave à l'eau bouillie, on les remet en place en prenant les plus grandes précautions pour ne pas effondrer les parois de la loge qu'ils se sont constituée. Il est, semble-t-il, tout à fait inutile de faire des lavages de quelque nature qu'ils soient. Alors que les lésions se localisent, que la péritonite s'enkyste autour des drains, il est inutile, par de grands lavages surtout faits sous forte pression, de diffuser l'infection. Il est avantageux, dit Guinard dans le *Traité* de Le Dentu-Delbet, de diriger successivement la canule dans différentes régions pour aider à l'évacuation de tous les liquides préexistant.

Il ne se résout toutefois à cette manœuvre que lorsque la généralisation de l'infection ne saurait être mise en doute.

Or, n'est-il pas le plus souvent impossible de savoir si une péritonite est vraiment généralisée? A plus forte raison doit-on condamner les lavages avec une solution antiseptique (Polaillon, eau phéniquée à 1 p. 100).

Le triple lavage de P. Delbet, première injection d'eau salée, lavage antiseptique puis lavage à l'eau salée, complique singulièrement la technique et allonge la durée de l'intervention.

Si l'on peut parfois faire des lavages, c'est tard, très tard, pour enlever le pus d'une façon mécanique, alors que des cloisonnemeuts péritonéaux solides autour des drains enlèveront toute crainte de diffusion.

Du quinzième au vingtième jour seulement, on enlève les tubes, il ne nous semble pas absolument utile de les remplacer par des tubes d'un calibre moindre; si toute sécrétion semble tarie, il faut les enlever complètement.

Mettre des drains d'un calibre moindre, c'est aller au-devant d'une infectiou secondaire toujours possible au cours des pansements répétés, c'est encore le danger. rare il est vrai, de l'ulcération d'une anse intestinale par le séjour trop prolongé d'un drain au voisinage d'un intestin déjà traumatisé et en état de moindre résistance.

Cette méthode de drainage de la cavité péritonéale par une ouverture relativement étroite, méthode qui fait cheminer à l'aveugle, diront les partisans des incisions xipho-pubiennes et costo-iliaques des drains très loin de leur point d'entrée dans l'abdomen, nous a permis de constater de beaux succès.

Nous l'avons vu appliquer pour la première fois il y a neuf ans, à l'hôpital Bichat, par notre maître et ami, R. Grégoire, où nous avons pu constater la guérison d'un grand nombre de péritonites larges sous-mésocoliques, peut-être généralisées, toutes opérées dans un état d'une extrême gravité, la plupart ont guéri sans incidents. Notre statistique personnelle est plus modeste. Nous avons opéré 6 péritonites généralisées en suivant la technique que nous venons d'exposer, nous avons eu 4 guérisons et 2 morts.

Si l'on considère l'effrayante mortalité des péritonites larges d'origine appendiculaire, nous trouvons que c'est là un bon résultat.

Le drainage des infections péritonéales larges sous-mésocoliques par la seule incision iliaque basse et le drainage par cinq drains placés en éventail selon les plans de clivage péritonéaux, nous semble constituer une technique digne d'être répétée.

ADAPTATION DU MASQUE DE CAMUS

SUR

L'APPAREIL DE RICARD

Dans l'anesthésie mixte par le chlorure d'éthyle et le chloroforme.

Par Fernand LEMAÎTRE,

Assistant adjoint du service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière.

Le chlorure d'éthyle, par sa rapidité d'action, sa facile et prompte élimination, peut être considéré comme l'anesthésique de choix pour les interventions de courte durée. Son administration à l'aide du masque de Camus, c'est-à-dire à dose minima dans un espace clos et extensible et suivant la technique que nous avons indiquée, présente un maxi-

mum de sécurité qui nous a permis d'utiliser la narcose chloréthylique comme premier temps d'une anesthésie prolongée au chloroforme ou à l'éther.

Nous avons trouvé à cette anesthésie mixte les avantages suivants :

Apparition rapide de la résolution musculaire et de l'anesthésie confirmée, d'où

Suppression pour le chirurgien d'une période d'attente toujours plus ou moins longue;

Diminution de la période d'excitation du début, d'où

Diminution et peut-être suppression des chances de syncope initiale.

Mais comment substituer le chloroforme au chlorure d'éthyle; quelle méthode employer?

Tout d'abord, nous avons pratiqué la narcose chloréthylique comme nous avons l'habitude de le faire pour les anesthésies de courte durée : nous obtenions ainsi un sommeil rapide, profond, d'une durée de deux minutes environ et pendant lequel les inspirations larges, amples et régulières du sujet permettaient l'introduction des vapeurs chloroformiques, des que le masque de Camus était remplacé par l'appareil de Ricard. A la vérité, la substitution du chloroforme au chlorure d'éthyle ne se faisait pas toujours d'une façon parfaite, et cela s'explique : pour qu'un anesthésique provoque la narcose, il faut en effet qu'il y ait dans le sang une certaine quantité d'anesthésique, quantité variable suivant les divers agents de narcose, mais toujours la même pour un même narcotique. C'est ainsi qu'il doit y avoir 30 milligrammes de chloroforme par 100 centimètres cubes de sang pour que le sommeil chloroformique puisse exister (Nicloux). Or, l'effet du chlorure d'éthyle ne persiste que deux minutes et ces deux minutes sont insuffisantes pour permettre l'introduction dans le torrent circulatoire de la dose de vapeurs chloroformiques nécessaires à la narcose : ainsi s'explique le demi-réveil souvent observé au moment de la substitution du chloroforme au chlorure d'éthyle.

Le dispositif très simple que nous avons imaginé nous semble parer à cet inconvénient : nous introduisons dans l'organisme le chloroforme *presque* en même temps que le chlorure d'éthyle, de sorte que, au moment où nous cessons l'administration du chloréthyle, il y a déjà dans le torrent circulatoire une certaine quantité de chloroforme qui suffit à assurer l'anesthésie, lorsqu'à cette dose viennent s'ajouter les vapeurs chloroformiques absorbées pendant les deux minutes que dure l'anesthésie au chlorure d'éthyle.

Pour obtenir ce résultat, nous avons simplement adapté la chambre d'évaporation et la vessie du masque de Camus sur la tubulure coudée de l'appareil de Ricard, dont la soupape d'expiration est momentanément ouverte.

Ainsi se trouve réalisé un masque de Camus, muni d'une tubulure latérale, ce qui permet au patient d'absorber quelques vapeurs de chloroforme pendant que le chlorure d'éthyle, plus rapide, provoque l'anesthésie pour son propre compte. Dès que celle-ci est confirmée, il suffit d'enlever la chambre d'évaporation et la vessie du masque de Camus et de permettre à la soupape d'expiration, momentanément ouverte, de reprendre son jeu normal, pour administrer le chloroforme suivant la technique habituelle, et avec l'appareil ordinaire de Ricard.

Telle est cette méthode qui ne nécessite à proprement parler aucune instrumentation nouvelle : trois millimètres en plus à la tige de la soupape d'expiration, une petite pince pour fixer cette soupape en position d'ouverture, un angle légèrement obtus remplaçant l'angle droit de la tubulure, telles sont les modifications apportées à l'appareil de Ricard.

Quant au masque de Camus, il se démonte en trois parties : il suffit donc de faire roder la face interne du tube de la chambre d'évaporation pour coiffer hermétiquement la tubulure de l'appareil de Ricard du masque de Camus et pour obtenir ainsi notre dispositif que M. Colin a parfaitement réalisé suivant son habitude.

Inutile de dire que ces deux appareils n'en continuent pas moins à fonctionner séparément pour leur propre compte.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1908)

MM. Louis CLERC et Adolphe MINET présentent un **nouveau four électrique à arc**, applicable aux recherches de laboratoire.

— La commission chargée de présenter une question de « Grand prix des sciences physiques », pour l'année 1911, est composée de MM. Perrier, Guignard, de Lapparent, Chatin, Giard, Delage et Bouvier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1908)

La séance a été en grande partie consacrée à la fin de la discussion sur la **diminution du murmure vésiculaire du sommet dans la tuberculose.**

M. FERNET a rappelé qu'il avait attiré l'attention sur un complexus symptomatique constitué par l'atténuation du murmure vésiculaire associé à des modifications respiratoires, à la partie moyenne du poumon et à la base, et que ces temps derniers il avait ajouté à ces signes l'adénopathie axillaire du côté correspondant.

M. BARIÉ insiste sur l'existence de l'hypotension artérielle comme signe de début.

M. FAISANS pense que toute respiration anormale suffit pour faire le diagnostic quand elle est associée à un ensemble de troubles de la santé générale.

M. MARFAN, en réponse à M. Barié, rappelle que c'est lui qui dès 1891 a noté l'existence de l'hypotension artérielle plusieurs années avant que Potain ait signalé le même fait.

M. Fernand BEZANÇON dit qu'il a fait la première communication pour appeler une discussion d'ensemble sur cette question. Il continue à croire que la diminution du murmure vésiculaire est le signe d'une tuberculose latente ou atténuée.

M. LE GENDRE signale que Grancher n'a pas dit que la simple diminution du murmure vésiculaire suffisait, mais qu'il a ajouté qu'il fallait une respiration *faible*, *rude et basse*.

M. Guinon croit que l'inspiration faible à un sommet est seulement un signe d'adénopathie inter-trachéo-bronchique.

Hémoglobinurie paroxystique. — MM. Achard et Feuillié. Il s'agit d'un cas typique d'hémoglobinurie paroxystique. Le malade, âgé de quarante-six ans, syphilitique depuis onze ans, a depuis quatre ans des accès provoqués par l'exposition au froid. Ils débutent par un violent frisson, avec malaise, et l'urine émise a la teinte du vin de Madère. Le sérum, en dehors des accès, hémolyse les globules rouges normaux après refroidissement d'une demi-heure et réchauffement à 37 degrés. Au cours d'un accès provoqué par l'immersion de la main et de l'avant-bras dans l'eau glacée, on a pu constater que l'urine était un peu albumineuse avant et après la phase hémoglobinurique et qu'elle renfermait, en outre, des cylindres granuleux et leucocytaires. Le sang pris dans la veine avant et après l'action du froid s'est coagulé d'une façon normale. Mais après le refroidissement, le sérum était d'emblée laqué et le caillot s'est redissous. Le sang renfermait de nombreux hématoblastes. Les globules rouges avaient été peu modifiés comme nombre par le refroidissement (de 4700000 à 4300000), mais les globules blancs avaient notablement diminué (de 6400 à 3000) et la diminution portait à peu près exclusivement dans les polynucléaires et les éosinophiles. Les globules rouges déplasmatisés avaient, avant l'action du froid, une résistance normale et après, une résistance un peu moindre.

Quant aux globules blancs, leur résistance avant le froid était déjà faible, et après, leur fragilité était considérable lorsqu'on les traitait par la solution équimoléculaire de chlolure de sodium et d'urée concentrée à — 0°60. Leur activité à l'égard des grains d'encre de Chine, assez grande avant le froid, avait beaucoup diminué après.

Ces faits montrent que les leucocytes étaient fragiles et se détruisaient facilement. Outre l'hémolyse, phénomène facile à constater à l'œil nu, il y a donc lieu de tenir compte de la leucolyse, appréciable seulement par des procédés plus délicats.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 6 février 1908)

Paralysie pseudo-bulbaire post-épileptique. — M. Rose. La paralysie pseudo-bulbaire, avec intégrité du larynx, est survenue chez une épileptique qui, depuis dix ans, présentait des crises épileptiques se reproduisant par séries et ayant débuté par les lèvres.

Anesthésie cornéenne dans un cas de tumeur intra-cranienne. — MM. Raymond et Claude. Cette anesthésie précédant les autres signes de tumeur s'expliquerait peut-être par une lésion du faisceau longitudinal postérieur, si celui-ci contenait des fibres destinées à la cinquième paire; l'existence d'une paralysie associée des yeux s'expliquerait, elle aussi, par une lésion du faisceau longitudinal postérieur. — M. Thomas dit que, d'après ses recherches personnelles, le faisceau longitudinal postérieur serait formé de fibres émanées du noyau de Deiters, et qui iraient se terminer dans les noyaux des troisième et quatrième paires.

Deux cas d'hémiplégie infantile : participation des noyaux bulbaires. — M. Achard. Les deux malades présentent le type de paralysie infantile hémiplégique, décrit par MM. Déjerine et Huet, avec participation de la face et mydriase à certains moments.

Syndrome de débilité motrice de Dupré chez deux enfants arriérés. — MM. Méry et Armand-Delille. Une fillette de cinq ans et demi et un garçon de dix ans et demi, arriérés, présentent la parésie de l'extension des avant-bras, gardent quelques instants les attitudes passivement imprimées, présentent de la syncinésie et de la maladresse congénitale; la débilité motrice est, chez eux, associée à l'arriération intellectuelle.

Arthropathie sans signes de tabes. — MM. Ballet et Barré. L'interprétation (arthrite chronique ou arthropathie vraie?) de ce fait est discutée par plusieurs membres de la Société.

Syringomyélie avec amyotrophie du type Aran-Duchenne et troubles vaso-moteurs. — M. Monier-Vinard.

Syndrome de l'hémi-queue de cheval par radiculite syphilitique. — MM. Laignel-Lavastine et Verliac. Troubles moteurs et sensitifs classiques de l'hémi-queue de cheval droite. Anatomiquement, méningite scléreuse, englobant les racines motrices et sensitives droites, de la cinquième lombaire à la terminaison; ces racines sont dégénérées. Conservation de la zone de Westphal, du faisceau de Hoche et du triangle de Gombault et Philippe.

Méningo-myélite syphilitique à marche rapide. — MM. Klippel et François-Dainville. Paraplégie des membres inférieurs, avec douleurs fulgurantes, troubles sphinctériens, escarres sacrée et aux talons, chez une femme de vingt-trois ans ayant contracté la syphilis six ans auparavant. Evolution en douze mois. Anatomiquement, méningite spinale, endo et périvascularite, ramollissement. Recherche des tréponèmes négative.

Etat varioliforme de l'épendyme ventriculaire. — M. Bovéri présente plusieurs cerveaux provenant du service de M. Marie, et dont les ventricules dilatés présentent de nombreuses petites taches grisâtres, ombiliquées, « varioliformes. » Cette lésion semblerait indépendante des altérations cadavériques. C'est une simple curiosité anatomique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 8 février 1908)

Le système des fibres endogènes des cordons postérieurs dans la dégénérescence ascendante des racines de la « queue de cheval ». — M. Laignel-Lavastine profite de la dégénération radiculaire ascendante des cordons postérieurs de la moelle dans un cas de méningo-radiculite syphilitique des racines de la queue de cheval pour étudier les fibres endogènes des cordons postérieurs.

La diminution de la zone cornu-commissurale à mesure que l'on descend dans la moelle sacrée et que le fasciem de Hoche d'abord, le triangle de Gombault et Philippe ensuite augmentent le nombre de leurs fibres établit leur communauté d'origine.

Il existe des fibres provenant des racines postérieures dans la zone cornu-commissurale, comme l'admettent Déjerine et Spiller, puisque cette zone est pleine de granulations de Marchi dans L', mais elle contient aussi des fibres endogènes puisqu'elle est conservée dans la moelle lombo-sacrée.

Le triangle de Gombault et Philippe, très petit, car il n'est indiqué que par ses fibres persistantes, est strictement endogène.

L'absence du fasciem de Hoche au-dessus de L'' montre que l'anatomie de la moelle, dans le cas actuel, ne répond pas à la description de Hoche, mais au deuxième type de Nageotte qui a montré que le fasciem de Hoche présente dans son trajet dorso-lombaire des variations individuelles importantes.

Lésions des capsules surrénales dans la tuberculose. — M. Babès conclut :

1° Que, dans les cas de maladie d'Addison observés par lui, la localisation la plus importante de la tuberculose se trouve au niveau des capsules surrénales; il s'agit là d'une forme

particulière de tuberculose sans tendance à la généralisation ;

2° Dans la tuberculose aiguë miliaire primitive ou consécutive à une forme chronique, les capsules surrénales sont presque toujours atteintes de tuberculose, tandis que dans la tuberculose chronique on ne trouve que rarement une tuberculose des capsules ;

3° Il existe des cas de tuberculose des capsules sans autre localisation ;

4° Dans la grande majorité des cas la tuberculose des capsules est peu prononcée et ne donne pas lieu à des symptômes surrénaux.

Image par contraste et photographie de préparation de rein à l'état frais. — Mlle Chevroton, MM. Mayer et Rathery. Le procédé d'éclairage sur fond noir permet d'éclairer une préparation de façon que la lumière émanant de la source lumineuse ne penche pas directement dans le tube microscopique et que l'œil de l'observateur ne perçoive que la lumière diffractée diffusée par la préparation.

Ils ont pensé que la réunion de ces trois procédés : coupes de pièce par congélation, examen par contraste sur fond noir et photographie peuvent donner des renseignements très intéressants dans l'étude des tissus vivants.

Ils out pu ainsi étudier et photographier le rein soit à l'état normal soit à l'état de polyurie, et se rendre compte que les figures qu'ils ont obtenues étaient identiques dans leurs lignes avec celles qu'ils ont obtenues et figurées à la suite d'emploi de fixateurs et de colorants. Il ne s'agit là que de résultats préliminaires, mais ils tiennent à signaler de suite cette méthode de technique nouvelle.

La réaction de Wassermann dans la paralysie générale. — MM. Marie, Levaditi et Yamamouchi. La réaction de Wassermann, appliquée au liquide céphalo-rachidien, est presque constamment positive dans la paralysie générale, tandis qu'elle ne fournit que rarement des résultats positifs dans les lésions cérébrales en foyer et qu'elle est nulle dans les différentes formes de démence non paralytique. L'examen du sérum, donnant des résultats moins constants que celui du liquide cérébro-spinal, a une valeur diagnostique inférieure à ce dernier.

Sur l'absorption de la tuberculine par le rectum. — MM. Calmette et Breton. 1° La tuberculine, absorbée par voie rectale, produit chez l'homme tuberculeux une réaction fébrile marquée ; 2° chez les tuberculeux récemment soumis à l'ophtalmo-diagnostic, cette absorption rectale peut faire réapparaître, sur l'œil précédemment éprouvé, la rougeur caractéristique de la caroncule et de la conjonctive ; 3° chez les petits animaux tuberculeux, l'injection intra-rectale de tuberculine produit les mêmes effets que l'injection sous-cutanée ; 4° chez les lapins et les cobayes sains, l'injection intra-rectale d'une seule dose massive ou de petites doses fractionnées de tuberculine, entraîne des accidents d'intoxication lente aboutissant presque toujours à la mort sans qu'il s'établisse d'accoutumance.

Action de la phénol-phtéléine sur la contractilité et la sécrétion intestinale. — Pour M. Daguin, l'action pharmacodynamique de la phénolphtaléine s'exerce surtout sur l'intestin ; cette substance augmente par contact direct l'élimination aqueuse et la contractilité de cet organe.

Passage de la toxine et de l'antitoxine tétaniques à travers la muqueuse du gros intestin. — Pour MM. Breton et G. Petit : 1° la toxine tétanique, modifiée ou détruite en grande partie par la flore microbienne du gros intestin, ne passe qu'en très petite quantité à travers la muqueuse de cet organe ; 2° cette même muqueuse est plus facilement perméable à l'antitoxine tétanique, et semble pouvoir être utilisée pour l'immunisation préventive du tétanos.

Autres communications :

Existe-t-il des relations entre les phénomènes du rut et la présence de corps jaunes ovariens, chez la lapine. — MM. Regaud et Dubreuilh.

Contribution à l'étude de la composition du grain d'amidon. — Mme Gatin-Gruzewska.

Rôle des poudres de viande. — M. Lassablière.

Dosage des rayons X en physiologie expérimentale. — M. Guilleminot.

Action comparée des sucs intestinaux sur la pepsine et la pancréatine. — MM. Lœper et Esmonet.

Observations sur les fibres musculaires du cœur. — M. Babes.

Contribution à l'étude de l'action de la peptone. Injection de la peptone dans le canal cholédoque. Etude sur le sang et la pression. — MM. Doyon et Gautier.

Sur le dosage des métaux dans les solutions colloïdales. Mercure. — M. Rebière.

Influence de l'inactivité sur la structure du cartilage diarthrodial. — M. Retterer.

Action du gros intestin sur la toxine tétanique. — M. Vincent.

Méthode de rappel à la vie des animaux en syncope chloroformique et des animaux en état de mort apparente causée par l'électrocution. — Mlle Robinovitch.

Mécanisme des effets cardiaques de la fumée de tabac. — MM. Fleig et de Visme.

FORMULAIRE

L'OR EN THÉRAPEUTIQUE

L'or, de nos jours, est tombé dans l'oubli ; toutefois il en est encore utilisé.

Le professeur Grasset emploie le chlorure d'or et de sodium dans le rhumatisme chronique :

Chlorure d'or et de sodium .... 0 gr. 10
Eau .... 300 grammes.

Une cuillerée à soupe de cette solution à chaque repas, pendant vingt jours par mois.

Le docteur Bué (de Paris) injecte un centimètre cube de chlorure d'or et de sodium au 50e dans les ganglions tuberculeux.

Le professeur Lemoine (de Lille) donne le bromure d'or dans l'épilepsie :

Bromure d'or .... 0 gr. 10
Eau .... 500 grammes.

Une à deux cuillerées à café chaque soir.

Le professeur Robin a préconisé ce même bromure d'or dans le traitement du cancer de l'estomac et dans le traitement du cancer en général.

Enfin, le docteur Calmette (de Lille) emploie, dans les morsures de vipère, une injection hypodermique de chlorure d'or en solution à 1 p. 100. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

CONGRÈS

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A BUDAPEST

Règlement.

Article premier. — Le XVIe Congrès international de médecine est placé sous l'auguste patronage de Sa Majesté impériale et royale apostolique François-Joseph Ier.

Art. 2. — D'après les dispositions actuelles, le Congrès s'ouvrira le 29 août et sera clos le 4 septembre 1909.

Art. 3. — Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

Art. 4. — Sont membres du Congrès : *a*. les membres diplômés qui en ont fait la demande et ont payé la cotisation fixée ci-après ; *b*. les savants présentés par les Comités nationaux ou par le Comité exécutif, et ayant payé la même cotisation.

Art. 5. — La cotisation est de 25 couronnes (soit 25 francs, 20 marks, 1 livre sterling, 10 roubles, 5500 reis, 25 lew, 25 lire, 25 lei, 25 dinars, 25 pesetas, 12 1/2 florins hollandais, 5 dollars).

Les femmes et filles des congressistes désirant profiter des avantages qui leur sont accordés doivent payer la demi-cotisation.

Les cotisations doivent être envoyées au trésorier du Congrès (à M. le trésorier du XVI[e] Congrès international de médecine, Bureau, Budapest, VIII, Esterhazy-utcza, 7), en indiquant la section où chaque membre veut s'inscrire.

En même temps que la demande d'admission, on est prié d'envoyer une carte indiquant lisiblement ses qualités et son adresse précise. Les changements d'adresse ultérieurs devront être signalés sur-le-champ. Le bureau du Congrès enverra les cartes d'identité dans les huit jours qui suivront la réception de la cotisation.

Art. 6. — Les membres du Congrès jouissent des avantages qui leur sont accordés et recevront le premier volume des comptes rendus, puis le volume des travaux de la section qu'ils ont choisie.

Art. 7. — Les sections du Congrès sont les suivantes : I. Anatomie, embryologie. — II. Physiologie. — III. Pathologie générale et expérimentale. — IV. Microbiologie (bactériologie), anatomie pathologique. — V. Thérapeutique (pharmacologie, physiothérapie, balnéologie). — VI. Médecine interne. — VII. Chirurgie. — VIII. Obstétrique et gynécologie. — IX. Ophtalmologie. — X. Pédiatrie. — XI. Neuropathologie. — XII. Psychiatrie. — XIII. Dermatologie et maladies vénériennes. — XIV. Urologie. — XV. Rhinologie et laryngologie. — XVI. Otologie (1). — XVII. Stomatologie (odontologie). — XVIII. Hygiène et prophylaxie. — XIX. Médecine légale. — XX. Services sanitaires militaire et maritime. — XXI. Médecine navale et maladies tropicales.

Art. 8. — Le Congrès est préparé par la Commission d'organisation et le Comité exécutif.

Art. 9. — Le Congrès tiendra deux séances solennelles : la séance d'ouverture et la séance de clôture. Ne prendront la parole dans ces séances que les délégués des Gouvernements qui auront été invités par la Commission d'organisation ou désignés *ad hoc*. Dans la séance d'ouverture, après les discours et les communications d'usage, la Commission d'organisation proclamera les noms des présidents d'honneur du Congrès. Dans la séance de clôture, il fera connaître la ville où siégera le Congrès suivant. Cette ville sera désignée par une assemblée qui se réunira le troisième jour du Congrès et qui se composera des membres suivants : les présidents et secrétaires des Comités nationaux, le président et le secrétaire général du XVI[e] Congrès. Les sections éliront leurs présidents honoraires dans leurs premières séances.

Art. 10. — Les travaux scientifiques du Congrès comprennent : *a*. les séances générales ; *b*. les séances des sections ; *c*. les séances communes de plusieurs sections.

Art. 11. — Le nombre des séances générales et des orateurs qui y prendront la parole sera fixé par le Comité exécutif. Il n'y aura pas de débats.

Les sections entendront des rapports, puis des communications sur des sujets librement choisis par les congressistes. Les sujets des rapports et les rapporteurs sont choisis par les sections ; le programme des rapports sera publié jusqu'au 31 décembre 1908 au plus tard. Les manuscrits des rapports devront être envoyés au bureau du Congrès jusqu'au 31 janvier 1909, dernier délai, et les membres de la section respective les recevront, dûment imprimés, jusqu'au 31 juillet. Les manuscrits des rapports et communications doivent être écrits très lisiblement. Il ne sera point envoyé d'épreuves.

Les communications sur des sujets librement choisis devront être annoncées au bureau jusqu'au 30 avril 1909. Les communications annoncées après ce délai ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles mentionnées précédemment.

Deux ou plusieurs sections peuvent tenir des séances communes. Le programme de ces séances sera publié jusqu'au 31 décembre 1908, au plus tard.

Art. 12. — Les membres du Congrès peuvent prendre part aux travaux des sections où ils ne se sont pas fait inscrire.

Art. 13. — Les discours prononcés dans les séances d'ouverture et de clôture ainsi que les rapports seront publiés *in extenso*. Pour les communications sur des sujets librement choisis, on ne publiera que celles que les auteurs auront personnellement présentées au Congrès et dont l'impression aura été décidée par le Comité exécutif après avoir pris l'avis des bureaux des sections.

Art. 14. — Le temps assigné aux communications ne dépassera pas vingt minutes pour les rapports, ni un quart d'heure pour les autres communications. Les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler chacun plus de dix minutes sur les rapports ni plus de cinq minutes sur les autres communications. Les auteurs des rapports et communications auront dix minutes pour leur réponse générale.

Art. 15. — Les manuscrits des discours prononcés dans les séances solennelles seront remis au secrétaire général. Les manuscrits des communications et discussions faites dans les séances des sections devront être remis, le jour même, au secrétaire en fonctions de la section respective.

Art. 16. — Le bureau du Congrès emploie les langues française, allemande et anglaise pour les relations internationales. Dans les séances solennelles et plénières on pourra faire usage des langues française, allemande et anglaise. Dans les séances des sections, d'autres langues encore pourront être employées, mais seulement si un des membres présents traduit dans une des langues précédemment mentionnées, et dans les délais déjà indiqués, le sens de la communication ou de la discussion.

Art. 17. — Toute la correspondance doit être adressée au bureau du Congrès, ainsi qu'il suit :

« Au bureau du XVI[e] Congrès international de médecine, Budapest, VIII, Estherazy-utcza, 7. »

Sur les enveloppes des lettres relatives aux travaux scientifiques des sections, on doit mentionner la section que concerne l'envoi ou la demande. Ces lettres seront transmises immédiatement par le secrétaire général aux présidents des sections.

Art. 18. — Les propositions afférentes à l'organisation du Congrès doivent être envoyées jusqu'au 31 décembre 1908, au plus tard.

Art. 19. — Le programme des fêtes et réunions amicales, les informations concernant les réductions accordées par les chemins de fer, enfin les renseignements relatifs aux logements et aux excursions seront publiés jusqu'au 30 avril 1908.

(1) En même temps VIII[e] Congrès international d'otologie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 FÉVRIER 1908

THÈSES

Mercredi 19 février 1908, à une heure. — M. LE MARCHAND. Etude sur les formes localisées de la dermatite polymorphe douloureuse. (MM. Gaucher, président ; Roger, Legry et Lœper.) — M. DECLERC. L'ophtalmo-réaction, la cuti-réaction et la sous-cuti-réaction en psychiatrie. (MM. Roger, président; Gaucher, Legry et Lœper.) — M. FOURMENTIN. De l'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose chez l'enfant. (MM. Roger, président; Gaucher, Legry et Lœper.) — M. BADIN. Sur la technique de la réduction des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. DE PARREL. De l'appendicectomie. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de la Guerre a conféré aux médecins civils ci-après désignés des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement, depuis une série d'années, aux militaires de la gendarmerie :

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Conzette (de Saint-Mandé), Coustou (de Gensac), Coyrard (de Matha), Denier (de la Tour-du-Pin), Digoy (de Saint-Léger-sous-Beuvray), Dore (de Cadours), Ducrot (de Saint-Gengoux-le-National), Ducuron (de Castelnau-Rivière-Basse), Espéron Lacaze de Sardac (de Lectoure), Fauqué (de Mauvezin), Faure de Pierrelatte), Fourrey (de Noisy-le-Sec), Foutry (de Masnières), Gaud (de Melle), Goldenberg (de Bougival), de Grailly (de Vouvray), Hamon (de Coutances), Hodeau (d'Aubigny-sur-Nère), Jacquet (d'Haubourdin), Janicot (de Saint-Marc-à-Loubaud), Jassoud (de Bourg-de-Péage), Jean (de Marvejols), Joly (de Mende), Jouis (d'Andouillé), Julg (de Beaucourt), Kuhn (de Vitteaux), Labbé (d'Antrain), Le Clerc (de Levallois-Perret), Lecœuvre (de Nœux-les-Mines), Legendre (de Pontvallain), Lerat (d'Evreux), Lombard (de Saint-Marcellin), Loubaud (du Blanc), Lowenthal (d'Anizy-le-Château), Marchand (d'Aulnay-de-Saintonge), Martin (de La-Chapelle-de-Guinchay), Mochez (d'Onnaing), Pascal (de Villefranche-du-Périgord), Péborde-Bordenave (d'Aubazine), Petit (d'Ailly-le-Haut-Clocher), Plichon (de Créteil), Regnault (de Brinon), Romestan (de La Grand'Combe), Sarrazin (d'Hallencourt), Schwartz (de Sidi-Aïch), Séguret (de Laissac), Sourbès (de Mézin), Thévenet (de Voreppe), Thuau (de Baugé), de Bonniot (de Saint-Paul, Réunion).

Lettres d'éloges officiels. — MM. les docteurs Archawski (de Châtel-Censoir), Barbier (de Saint-Julien-sur-Suran), Barthélemy (de Die), Battier (du Kremlin-Bicêtre), Baudin (de Chantonnay), Baudrand (de Montceau-les-Mines), Bellissent (de Villeneuve-des-Corbières), Blondeau (de Mamers), Blondel (de Pavilly), Bon (d'Arthez), Boniface (de Montreuil-sous-Bois), Bonnetblanc (de Chatelus-le-Marcheix), Boursot (de Nuits-Saint-Georges), Bouton (d'Aïn-Bessem), de Boyer de Camprieu (de Brignoles), Brieu (de Guitres), Brunelle (de Lens), Bucquet (de Ville-sur-Tourbe), Burdet (du Bois-d'Oingt), Cadiot (de Vendéléville), Cairel (de Castries), Carrière (de Pradelles), Casamayor de Planta (de Mauléon), de Caze (de Plélan-le-Grand), Chambrin (de Plancoët), de la Chapelle (de Laforce), Ghevalot (de Jœuf), Cheynet (de Beaurepaire), de Coll (d'El-Ar ouch), Constans (de Saint-Antonin), Corchon (de Saint-Julien-le-Faucon), Coutemoine (de Morteau), Croutes (de Vervins), Cuniot (de Saint-Vallier), Daday (de Bourg-d'Oisans), Daraignez (de Hagetmau), Daurand (de Valréas), Dayet (de Saint-Rambert), Debray (de Combles), Dehaine (d'Aire-sur-la-Lys), Doizy (de Flize), Duplessis), de Montceau-les-Mines), Dupuy (de Moissac), Fays (de Ruffec), Folacci (d'Aïn-Tagrout), Fornier (de Capdenac-Gare), Fournier (de Sigoulès), Fretier (de Sablé), Froehlicher (de Sissonne), Gallini (de Sousse), Gigon (de Saint-Calais), Girard (d'Iwuy), Goupil (de Ploermel), Goupille (de la Forêt-sur-Sèvre), Grand (de Montréjeau), Haut (de Villers-la-Montagne), Hazemann (d'Albert), Hunkiarbeyendian (de Montrouge), Jannin (de Saint-Germain-du-Plain), Jardon (de Huriel), Labeaume (de Grignan), Larre (d'Irissarry), Laurent (de Sainte-Foy-l'Argentière), Lebègue (de Ruffec), Lebœuf (de La Charité), Lépine (de Belleville), Leterrier (de Barfleur), Lubac (de Bordj-Menaïel), Lucas-Fontaine (de Sillé-le-Guillaume), Macquin (de Châtel-sur-Moselle), Malençon (de Sainte-Mère-Eglise), Manissolle (d'Yssingeaux), de Manny (de Charmant), Marie (de Gavray), Martin de Saint-Semmera (de Châlons-sur-Marne), Mas (de Lodève), Mascarel (de La Chatre), Massonnet (de Gouraya), Maurice (de Richelieu), Méreau (de Gençay), Mourgoulieff (de Thiron-Gardais), Mourret (de Nemours), Mouthon (de Faverges), Nouveau (d'Aïn-Fakroun), Ollivier (de La Motte-du-Caire), Oriot (de La Ferrière-aux-Etangs), de Peretti (de Levie), Phélippot (de Bordeaux), Philbert (de Senones), Piard (de Rouvray), Pison (de Ménerville), Plouzané (de Pont-l'Abbé), Poli (de Fondouck), Pombourcq (d'Acheux), Pontié (de Cours), Robert (de Riom), Saint-Martin (de Saint-Béat), Salvy (de Sergines), Sename (de Quesnoy-sur-Deule), Serinelli (de Septèmes), Serre (du Mont-Dore), Sicart (de Gordes), Simon (de Beaupréau), Sipp (de Bar-sur-Aube), Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin), Tassard (de Saint-Laurent), Teissier (de Vauvert), Thévenon (de Saint-Chamond), Trossat (de Chalon-sur-Saône), Vallée (d'Anzin), Veisimburger (de Fouesnant), Vérin (de Saint-Cloud), Vernet (de Castets-en-Dorthe), Vigne (de Chateaurenard-Provence), Walsdorff (de Cercy-la-Tour), Widiez (de Clermont), Martin (de Saint-André, Réunion).

LA MAISON DU MÉDECIN. — Un groupement confraternel vient de se constituer, à Paris, avec le but précis de créer et d'assurer le fonctionnement d'une maison de retraite pour les médecins français.

Depuis longtemps déjà, cette idée est agitée dans les milieux professionnels et au sein des sociétés médicales. Mais rien de précis encore n'était issu de ces discussions.

Un certain nombre de convocations ont été adressées aux médecins qui, par leurs paroles ou leurs écrits antérieurs, paraissaient ne pas devoir rester indifférents à cette initiative.

L'appel a été entendu de tous : à côté de personnalités comme Joffroy, Huchard, Hutinel, Rénon, Triboulet, Régnier, Launois, Béclère, Jacquet, etc., de nombreux confrères ont décidé la création de la Société, avec la ferme intention d'aboutir.

L'entreprise est considérable. Elle ne peut réussir qu'avec l'appui de *tout le corps médical français,* et le concours de toutes les associations de médecins, et de tous les syndicats de Paris et de la province.

Les statuts de la nouvelle Société seront bientôt discutés et adoptés. Tous ceux qui auront adhéré en principe seront appelés à participer à leur élaboration.

Adresser toutes les communications au siège provisoire, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires, Paris.

Le bureau provisoire est composé comme suit : MM. Courtault, président; Lucien Nass, secrétaire général; Kolbé, trésorier.

ENTENTE CORDIALE MÉDICALE. — La première conférence de « l'Entente cordiale médicale » aura lieu le mardi 18 février, à neuf heures un quart du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Elle sera faite par sir Dyce Duckworth, professor of St. Bartholomew hospital medical School, Lecturer in the University of London.

HOPITAL SAINT-LOUIS (service du docteur Thibierge). — Mardi, à dix heures, leçons sur un sujet dermatologique. L'ouverture de ces leçons sera annoncée ultérieurement.

Mercredi, à neuf heures, opérations dermatologiques (salle Hébert).

Jeudi, à neuf heures, consultation externe (salle des consultations).

Vendredi, à neuf heures, examen des malades nouveaux et conférence clinique (salle Hébert).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 10 février : MM. Sorrel, 10; Corpechot, 9; Huber, 11; Bollack, 10; Bruel (Léon), 7; Logre, 9; Bricout, 10; Mornard, 13.

PATHOLOGIE. — Séance du 8 février : Mlle de Jong, 9; MM. Dutheil, 6; Mora, 11; Fouquiau, 10; Rousseau (Emile), 6; Delivet, 5; Pruvost, 8; Ghys, 6; Toulant, 10; Nicaud, 7.

MARINE. — Sont promus au grade de médecin de troisième classe les élèves du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Hullot, Althabegoity, Le Breton-Oliveau, Vialard, Segard et Guimezanes.

LA MAISON DU MÉDECIN. — La réunion constitutive de la Société pour la création d'une maison de retraite pour le corps médical français, aura lieu, le jeudi 13 février courant, à huit heures et demie du soir, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la séance du 13 janvier; 2° correspondance; 3° compte rendu des travaux du Comité provisoire; 4° approbation des statuts; 5° élection du Conseil d'administration et des Commissions statutaires.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX (hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — Lundi 17 février, à dix heures et demie, conférence inaugurale d'hygiène et de clinique infantiles, par le docteur G. Variot : « Ce que doit être un Institut de puériculture aux Enfants-Assistés. Ses rapports avec le service d'abandon. »

La séance sera présidée par le docteur Just Lucas-Championnière, président de l'Association.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs E. Peyron, ancien directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, et Ch.-Henri Martin, ancien interne des hôpitaux.

MALADIES DU NEZ, DE LA GORGE, DES OREILLES, DE LA BOUCHE ET DU COU. — M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté, chargé de cours, commencera son enseignement (deuxième série) le lundi 2 mars, dans son service de l'hôpital Lariboisière, avec l'assistance de MM. Lombard, laryngologiste des hôpitaux, Caboche, Grivot, Gibert, Lemaître, assistants, Baldenweck et Halphen, internes du service.

Cet enseignement sera gratuit pour les étudiants en médecine.

Les médecins français et étrangers devront verser un droit d'inscription de 100 francs.

Les élèves inscrits, après un mois d'instruction technique, seront admis pour trois mois à la consultation, sous le contrôle permanent d'un assistant.

Il leur sera ensuite délivré un certificat d'études.

Tous les médecins et tous les étudiants en médecine sont admis aux leçons cliniques du chef de service.

Cet enseignement hospitalier sera complété par des démonstrations anatomiques faites à l'Ecole d'anatomie et de chirurgie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Distribution du travail. — Consultations : Mardi, jeudi, samedi.

Examen public des malades par le chef : Mardi, samedi.

Leçon clinique hebdomadaire : Mercredi.

Opérations : Lundi, vendredi.

Végétations adénoïdes : Mercredi.

Pour les inscriptions, s'adresser (pavillon Davaine) aux docteurs Gibert et Lemaître, assistants du service.

P.-S. — Un cours de médecine opératoire spéciale sera fait à l'Ecole d'anatomie et de chirurgie des hôpitaux, dans le courant du mois de mars.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 18 février au 1er mars 1908.

Les billets sont valables vingt jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60; 2e classe, 131 fr. 50.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 1, janv. 1908.) G. THIBIERGE : Etude clinique sur le Krausis vulvæ. — V. BURGSDORF : De la transmission héréditaire de la syphilis à la troisième génération (kératite interstitielle comme symptôme de la syphilis héréditaire à la troisième génération).

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, janv.-fév. 1908.) RITTI : Les aliénés en liberté. — RAMADIER et MARCHAND : Paralysie générale et aphasie sensorielle. — ANGLADE et JACQUIN : Sur la forme dite cardio-vasculaire de l'épilepsie. — CORCKET : Un cas d'amnésie rétrograde générale et totale, — BOUBILA et LACHAUX : Débilité mentale congénitale avec idées hypocondriaques, interprétations délirantes et idées de persécution. — Victor PARANT : De quelques inconséquences du nouveau projet de loi sur le régime des aliénés.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 1, janv. 1908.) JOB et GRYSEZ : Les porteurs chroniques de bacilles typhoïdiques. — LÉARD : Contribution à l'étude des résultats obtenus par l'éducation physique dans l'armée. — PAPON : La vaccination par grattage. — ESCANDE DE MESSIÈRES : Un cas d'automatisme ambulatoire chez un jeune soldat. — CORDILLOT : Même sujet. — LEJEUNE : Abcès du foie incisé et drainé par la voie postérieure. — GUILLOT : Analyse d'un liquide de kyste hydatique.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 1, janv. 1908.) LEMIÈRE et ABRAMI : L'infection éberthienne des voies biliaires. — GIORDANO : Documents pour servir à l'étude des pancréatites suppurées. — H. MILLON : Le traitement de l'ulcère de l'estomac au congrès français de médecine.

Archives générales de chirurgie. — (N° 1, 25 janv. 1908.) P. MAUCLAIRE et E. OLIVIER : La coxa vara et ses variétés. — C. VIANNAY : Un cas de diverticule de Meckel. — L. CHEVRIER : De l'examen du reflux veineux dans les varices superficielles.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 1, janv. 1908.) RAYMOND : Des formes frustes et anormales de la sclérose en plaques. — DEMARQUÉ : Un cas d'inversion utérine complète au cours de la délivrance. Réduction immédiate. Guérison. — MORICHAU-BEAUCHANT : Le régime alimentaire chez les enfants pendant leur deuxième année.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 déc. 1907.) A. ROBIN : L'artério-sclérose et son traitement. Les indications thérapeutiques; l'hygiène; le régime alimentaire. — (8 janv. 1908.) BAILLIART : A quel moment peut-on opérer la cataracte? — (15 janv.) GARRIGOU : Leçon d'ouverture du cours d'hydrologie (Faculté de Toulouse). — (23 janv.) A. ROBIN : Traitement de l'artério-sclérose : les agents physiques; technique et résultats du traitement dans deux cas d'artério-sclérose.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 janv. 1908.) A. TROUSSEAU : Les dangers de l'ophtalmo-réaction.

DES
ULCÉRATIONS BUCCALES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Etude basée sur 220 observations inédites de fièvre typhoïde.

Par M. TROULLIEUR,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Dans un récent article (1), M. Letulle revient sur un signe rencontré assez fréquemment au cours de la fièvre typhoïde, les ulcérations pharyngées. Ce signe existerait une fois sur sept ou huit cas. Il aurait le triste privilège d'être le plus souvent méconnu, parce qu'inconnu tout d'abord, et parce qu'il nécessite pour être décelé un examen minutieux.

Cependant, depuis qu'en 1876, M. Bouveret (2) attira le premier l'attention sur ce symptôme, plusieurs mémoires ont paru sur les ulcérations buccopharyngées au cours de la fièvre typhoïde, considérées comme un symptôme et non comme une complication de cette fièvre, ce qui écarte toute idée de pharyngo-typhus ou d'angine vraie. Pour ne signaler que les auteurs français, nous rappellerons les noms de Duguet (3), Ferréol, Landouzy, Dérignac (4), Comby (5).

En 1895, M. Devic (6), s'inspirant des idées de M. R. Tripier, fit le premier une étude d'ensemble de ces ulcérations dont il précisa les caractères, le siège et l'évolution clinique. La même année paraissait la thèse de son élève Fohanno (7). Quatre ans plus tard, dans une thèse inspirée par M. Letulle, Schœffer (8) rapportait neuf observations d'ulcérations typhiques limitées au voile. La question est de nouveau mise à l'ordre du jour par M. Letulle qui déplore sur ce sujet l'absence d'un travail d'ensemble qui le ferait peut-être mieux connaître.

Ce n'est nullement pour répondre à ce desideratum que nous entreprenons cette étude, mais simplement pour donner quelques faits précis, M. Devic ayant bien voulu mettre à notre disposition ses observations de fièvre typhoïde, dans lesquelles les manifestations bucco-pharyngées, objet d'un examen quotidien, sont toujours notées avec soin.

Dans ces observations, au nombre de 220, dont 27 décès, nous avons noté toutes les ulcérations intéressant la cavité buccale, c'est-à-dire ses parois, lèvres, joues, voile du palais et son contenu, la langue; et cela parce que nous croyons qu'elles ont toutes une origine commune et ne sont nullement de nature différente. De telle sorte qu'on pourrait les appeler *ulcérations buccales de la fièvre typhoïde*, les ulcérations du voile du palais n'en constituant qu'une variété.

Nous avons pu réunir ainsi 81 cas.

Caractères anatomiques et symptômes. — Les ulcérations buccales de la fièvre typhoïde ont des localisations multiples mais constantes. Leur siège de prédilection est la portion supérieure des piliers antérieurs du voile. Les ulcérations de la langue, soit au niveau des bords, soit au niveau de la face supérieure dans sa moitié postérieure n'arrivent qu'en seconde ligne; les localisations au niveau de la face antérieure du voile et de la luette sont assez fréquentes. Les ulcérations des lèvres et des joues, du sillon gingivo-labial et du frein sont plus rares; celles des piliers postérieurs sont l'exception, tantôt un seul point de la muqueuse est intéressé, tantôt les ulcérations sont multiples, souvent symétriques, et on en rencontre à la fois sur le voile, la langue, les joues, etc.

Lorsqu'on voit pour la première fois une ulcération du pilier antérieur du voile, la lésion est le plus souvent déjà à sa période d'état. On est en présence d'une tache blanchâtre ou gris cendré, mate, non soulevée, de la dimension d'une pièce de vingt centimes environ, légèrement ovalaire, à grand axe parallèle à celui du pilier. Les deux piliers peuvent être marqués, plus souvent un seul. La teinte blanchâtre de l'exulcération est due à un petit dépôt de mucus ne rappelant nullement un enduit pultacé ou une fausse membrane. Ce dépôt s'enlève facilement en frottant légèrement avec le bord de l'abaisse-langue, par exemple : la muqueuse sous-jacente a un aspect presque normal; elle ne saigne pas, n'est pas indurée, mais offre seulement une teinte un peu livide. De même la muqueuse périphérique n'est pas surélevée, en bourrelet; c'est à peine si elle forme une petite auréole congestive.

Sur les bords de la langue, les ulcérations ont un tout autre aspect et nous verrons ultérieurement pourquoi. Elles sont plus profondes, à bords taillés à pic; la muqueuse fait tout autour une saillie marquée, et pour apercevoir le fond blanchâtre de l'ulcération qui est toujours très petite, il faut écarter ce bourrelet muqueux qui saigne parfois. Elles siègent souvent en face d'un chicot, mais non toujours. Les ulcérations de la face dorsale de la langue ressemblent beaucoup à celles des piliers; il est à noter que leur présence coïncide presque toujours avec celle de ces dernières.

Au niveau du sillon gingivo-labial et du frein, les pertes de substances sont limitées, à l'emporte-pièce. L'ulcération du frein ne rappelle pas celle de la coqueluche; localisée le plus souvent à son insertion inférieure, elle est arrondie, a quelques millimètres de diamètre; elle n'a pas cette forme allongée, en coup de dent, qu'on trouve chez les coquelucheux. Les exulcérations des lèvres et des joues ont un aspect semblable à celles des piliers : ce sont ces

(1) M. Letulle. Fièvre typhoïde et « ulcérations de Duguet », *Presse méd.*, 15 oct. 1907.

(2) Bouveret. Angine ulcéreuse dans le cours d'une fièvre typhoïde, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1876.

(3) Duguet. De l'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde, *Union méd.*, 1883; — Soc. méd. des hôpit. de Paris, 27 avril 1883.

(4) Dérignac. Th. de Paris, 1883.

(5) Comby. Des différentes angines qui peuvent se montrer dans la fièvre typhoïde, *Progrès méd.*, 1883.

(6) Devic. Ulcérations superficielles bucco-linguales dans la fièvre typhoïde, *Province méd.*, 14 déc. 1895.

(7) Fohanno. Th. de Lyon, 1895.

(8) Schœffer. Th. de Paris, 1899.

mêmes taches blanchâtres, superficielles, sans réaction périphérique; elles siègent en face des arcades dentaires, aux points où on trouve les empreintes des dents. On en compte généralement une ou deux. Nous avons vu une fois une ulcération du bord de la lèvre s'accompagner le lendemain ou le surlendemain d'une ulcération de l'autre lèvre au point de contact.

Toutes ces lésions de la muqueuse buccale évoluent sans retentissement ganglionnaire : une adénopathie concomitante est l'exception, elle est généralement antérieure. On ne doit donc pas compter sur la présence d'un ou plusieurs ganglions pour attirer l'attention du côté de la bouche.

Au point de vue subjectif, ces ulcérations sont absolument indolores; elles évoluent sans inquiéter le malade. Il est vrai qu'il existe toujours une pharyngite sèche très pénible pour les typhiques; mais, s'ils se plaignent, c'est de la sécheresse de la bouche avec difficulté de la mastication et non d'une douleur vraie. Tout l'honneur de la découverte revient donc au médecin qui, pour déceler les ulcérations, doit examiner tous les jours avec soin la bouche de ses malades. Pour cela, un abaisse-langue ou tout autre instrument semblable est indispensable qui servira à l'exploration du voile et de la face interne des joues; on fera tirer la langue aux malades successivement à droite et à gauche; au besoin, s'il n'est pas docile ou si la prostration est trop profonde, on attirera la langue au dehors en s'aidant d'un morceau de toile comme pour un examen laryngoscopique. On terminera en creusant chaque lèvre, pour mettre à jour sa face interne. Cette inspection doit se faire chaque jour au même titre que l'examen de l'abdomen, si on ne veut pas laisser échapper une de ces ulcérations dont la durée est souvent très courte.

Fréquence. — En dépouillant les 220 observations confiées par M. Devic, nous trouvons 81 cas d'ulcérations buccales, ce qui donne une fréquence de 36,8 p. 100; c'est dire que les ulcérations buccales existeraient dans plus d'un tiers des cas de fièvre typhoïde.

Nos 81 cas se partagent ainsi :

Ulcérations des pilers antérieurs du voile, 40 cas : 11 fois, il existait en même temps des ulcérations des lèvres ou de la langue.

Ulcérations linguales, 36 cas : 16 fois, la muqueuse linguale était seule intéressée; 4 fois, l'ulcération était sur le bord gauche; 12 fois, sur le bord droit.

Ulcérations des lèvres et des joues, 8 cas : isolées ou associées à d'autres ulcérations.

Ulcérations du voile et de la luette, 8 cas : isolées ou associées à d'autres ulcérations.

Ulcérations du pilier postérieur du voile, 1 cas.

Évolution. — La description des ulcérations que nous avons données est celle qui correspond à leur période d'état. Le plus souvent, en clinique, on se contente de constater le fait une fois : les dates d'apparition et de cicatrisation ne sont pas notées. Cependant plusieurs fois nous avons pu assister à l'évolution complète de ces lésions, d'autant plus que par un examen soigneux et quotidien de la bouche on peut prévoir leur apparition. C'est ainsi que chez un typhique, arrivé par exemple au deuxième septénaire de sa fièvre, on pourra voir sur un des piliers une petite zone limitée, où la muqueuse a une teinte violacée; elle est lisse, brillante et comme amincie. En ce point, on peut affirmer pour le lendemain ou le surlendemain la formation d'une ulcération. Cet aspect particulier de la muqueuse correspond en quelque sorte à la rougeur qui précède, au niveau de la peau, l'apparition d'une escarre.

La durée des ulcérations buccales est variable; nous avons noté un minimum de cinq jours et un maximum de trente jours; la durée moyenne est de un à deux septénaires. La cicatrisation se fait rapidement et coïncide généralement avec la période de défervescence : après la disparition de l'enduit blanchâtre, la muqueuse garde pendant deux ou trois jours une teinte lie de vin, puis tout rentre dans l'ordre.

Ces ulcérations n'ont aucune tendance à s'étendre ou à s'aggraver. Dans les formes intenses et dans les cas mortels, elles ne changent pas d'aspect. Il est vrai que ce sont de petites escares soignées; abandonnées à elles-mêmes, peut-être aboutiraient-elles à une ulcération plus profonde, au moins dans les formes graves. Ce fut le cas chez deux de nos malades (1) : l'examen de la gorge avait été négligé pendant quelques jours et les malades n'accusaient aucune sensation spéciale ; on fut très surpris, lorsqu'on examina ces malades, de constater une véritable nécrose de l'un des piliers, qui avait été remplacé par un lambeau de tissu noir et sphacélé. Ces signes locaux disparurent rapidement par un traitement antiseptique.

Valeur symptomatique et pronostic. — Les ulcérations buccales sont-elles un signe précoce de la dothiénentérie? Si on admet comme date de début de la maladie le premier jour de repos au lit, qui coïncide souvent avec le premier frisson, on voit qu'elles apparaissent généralement entre le septième et le quatorzième jour. Nous les avons constatées plus tôt aux cinquième et sixième jours; nous les avons notées aux dix-neuvième et vingtième jours. Quoi qu'il en soit et bien que ces chiffres ne puissent être qu'approximatifs, nous laissons volontiers ce signe parmi ceux du début, au même titre que les taches rosées; d'autant plus que dans nos observations, à plusieurs reprises, les ulcérations sont apparues avec les taches rosées. Ces deux signes auraient donc une valeur presque égale au moins dans le temps, sinon par la fréquence (ulcérations, 36,8 p. 100; taches rosées, 80 p. 100).

Nous disons plus haut que la cicatrisation des ulcérations a lieu pendant la période de défervescence ; ce fait tendrait à démontrer un certain degré de parallélisme entre l'évolution générale de la maladie, partant les phénomènes intestinaux et les ulcérations buccales. Déjà MM. R. Tripier et Devic avaient insisté sur ce point. Sans donner des conclu-

(1) Nous étions alors interne de M. Devic, médecin des hôpitaux, à l'hôpital de la Croix-Rousse.

sions formelles, nous rapportons simplement ce que nous avons observé.

Nous avons vu les ulcérations disparaître avec la fièvre ; le plus souvent après la cessation de la diarrhée et du ballonnement du ventre, ce qui ne veut pas dire après guérison des lésions intestinales. Exceptionnellement elles ont persisté après la défervescence, quand il n'y a pas eu de rechute ou de recrudescence (1 cas).

Dans nos 81 observations, nous trouvons 11 rechutes. Dans 5 cas seulement, les ulcérations ont persisté pendant la période d'accalmie : la persistance des ulcérations peut donc laisser prévoir une rechute (Devic) ; par contre, leur cicatrisation n'est pas nécessairement l'indice d'une guérison définitive.

Nous avons dans l'ensemble 27 décès : 11 malades présentaient des ulcérations buccales ; 9 fois celles-ci ont persisté jusqu'à la mort (intensité de l'infection, broncho pneumonie, hémorragie ou perforation intestinale). La guérison des ulcérations, si elle ne permet pas de rejeter la possibilité d'une rechute et ces dernières sont généralement bénignes (Devic), a du moins la valeur d'un heureux pronostic.

Est-il possible de voir dans les manifestations buccales de la fièvre typhoïde un rapport avec l'intensité du processus infectieux ? Autrement dit les ulcérations existent-elles plutôt dans les formes bénignes que dans les formes graves ou inversement ?

Nous avons divisé les 193 observations avec guérison que nous avons parcourues, en formes légères, formes moyennes et formes graves.

Nous nous basons pour faire cette division sur le nombre de bains pris par les malades, la méthode de Brand ayant toujours été appliquée et nous adoptons la classification de MM. R. Tripier et Bouveret (1) :

Formes légères.....	de 0 à 40 bains.
— moyennes..	de 40 à 80 bains.
— graves.....	à partir de 80 bains.

Nous avons ainsi :

86 formes légères,
61 formes moyennes,
46 formes graves.

Toutes nos observations se rapportent à des adultes dont l'âge varie de vingt à trente-cinq ans. Les malades qui ont présenté des ulcérations se répartissent ainsi :

Formes légères......	15 cas	= 17 p. 100.
— moyennes...	27 cas	= 44 p. 100.
— graves......	25 cas	= 54 p. 100.

Ces chiffres montrent d'une façon manifeste que les ulcérations sont d'autant plus fréquentes que les formes sont plus graves.

Etiologie et pathogénie. — Il est difficile de reconnaître aux ulcérations buccales de la dothiénentérie, une cause étiologique quelconque. On les observe aussi bien dans les deux sexes (hommes, 36 p. 100 ; femmes, 33 p. 100) et tout caractère d'épidémicité doit être écarté.

Nous les avons notées en tout temps et avec une fréquence à peu près constante.

La pathogénie nous paraît actuellement des plus nettes, et l'explication donnée autrefois par M. Devic semble être la vraie. Nous ne nous sommes livrés à aucune recherche bactériologique, mais les examens antérieurs des auteurs, de Schœffer en particulier, montrent l'absence de bacille d'Eberth au niveau des ulcérations. On ne trouve que les hôtes habituels de la cavité buccale, et si on veut invoquer un processus spécifique, on ne peut qu'incriminer les toxines éberthiennes.

Un autre point à retenir, c'est le peu de profondeur des lésions qui ne font qu'effleurer la muqueuse ; jamais, dans nos observations, nous ne trouvons signalée au niveau des ulcérations la présence d'une tuméfaction ou d'un bourbillon faisant songer à la participation ou à l'élimination d'un follicule clos. Le rôle des lymphatiques paraît donc hypothétique, tout au moins secondaire, surtout si on songe que le siège le plus habituel des ulcérations (piliers antérieurs du voile) est la portion de la muqueuse buccale la plus pauvre en lymphatiques (1).

Si on étudie les différentes localisations des ulcérations, on est frappé par ce fait qu'elles siègent en des points qui tous, soit dans le décubitus dorsal, soit dans le décubitus latéral, sont des points de compression, et cela d'autant plus que les malades, étant prostrés, deviennent de grands paresseux : les mouvements de mastication et de déglutition sont rares. C'est ainsi que les piliers antérieurs sont mis en contact avec la base de la langue qui tend à basculer en arrière ; les ulcérations du bord de la langue, de la face interne des joues et des lèvres s'expliquent par le voisinage de l'arcade dentaire ; que celle-ci devienne un point d'appui irrégulier par suite de la présence d'un chicot ou par la saillie anormale d'une dent, on verra apparaître une ulcération qui sera d'autant plus profonde que le point contondant sera plus rugueux. Un fait qui montre bien l'importance de la pression dans la pathogénie de ces ulcérations, autrement dit de ces escarres, est le suivant : Dans notre statistique nous trouvons 16 cas d'ulcérations isolées du bord de la langue, or, 12 fois l'ulcération était à droite. Les 12 malades ont pris une moyenne de cinquante bains ; il s'agit donc de formes moyennes, plutôt bénignes.

Le siège à droite de ces ulcérations ne serait-il pas en rapport avec le décubitus latéral des malades, qui se fait généralement à droite, ce décubitus latéral étant lui-même la conséquence d'une typhoïde relativement légère avec peu de prostration ?

Si on ajoute au rôle joué par la compression une sécheresse vive et une immobilisation prolongée de la muqueuse par suite de la rareté des mouvements de déglutition, enfin une infection locale due à la flore microbienne de la cavité buccale, on voit que la pathogénie des ulcérations de la bouche dans la

(1) R. Tripier et Bouveret. *La fièvre typhoïde traitée par les bains froids*, 1886.

(1) Barth. *De la tuberculose laryngée et de l'angine tuberculeuse*, Th. de Paris, 1880.

fièvre typhoïde, n'est pas sans analogie avec celle des escares cutanées.

Anatomie pathologique. — Les examens anatomo-pathologiques (Devic, Siredey, Letulle) ont toujours révélé des lésions très superficielles. Souvent les premières couches du derme muqueux ne sont pas intéressées; on ne trouve pas de follicules clos lésés ou sous-jacents, mais seulement une très légère réaction inflammatoire caractérisée par la présence de quelques cellules embryonnaires.

Diagnostic. — Le diagnostic des ulcérations buccales au cours de la fièvre typhoïde ne se pose pas; c'est un fait qu'il faut se donner la peine de constater et pour cela rechercher. Il nous semble inutile de vouloir différencier ces ulcérations des aphtes, de l'herpès ou du muguet; de même des différentes angines qui peuvent survenir au cours d'une fièvre typhoïde.

La valeur diagnostique, par contre, nous paraît capitale; il est vrai que l'apparition des ulcérations se fait en même temps que celle d'autres signes importants de la dothiénentérie et que le plus souvent le diagnostic est déjà fait lorsqu'on les constate. Mais, dans les cas où, en face de signes généraux graves, de signes typhiques, le diagnostic hésiterait entre une granulie, une méningite, une endocardite aiguë par exemple et une fièvre typhoïde, la présence de ces ulcérations devrait immédiatement faire songer à cette dernière maladie. C'est pour nous un signe spécifique; seules, les ulcérations linguales feraient exception; on les trouve signalées au cours d'autres maladies aiguës, la pneumonie par exemple.

Traitement. — Le traitement ne comporte aucune indication spéciale; il se résume dans l'hygiène de la bouche des typhiques, qui doit être poussée jusqu'à l'exagération. Les cautérisations sont inutiles; une antisepsie locale soignée par de fréquents lavages de la bouche, a toujours raison de ces petites escares muqueuses qui ne demandent qu'à guérir.

Au moment de publier cet article, nous lisons dans la *Semaine médicale* du 22 janvier 1908, un travail de M. Blum intitulé : « L'angine ulcéreuse des typhoïdiques a-t-elle une valeur diagnostique? »

Nous nous faisons un devoir d'enregistrer les faits suivants : chez deux malades atteints, l'un de pleurésie qui a guéri, l'autre de granulie diagnostiquée et vérifiée par l'autopsie, l'auteur a trouvé des ulcérations du voile absolument semblables à celles des typhiques. M. Blum a recherché 5 fois le bacille d'Eberth au niveau des ulcérations du voile de ses typhiques; 3 fois il l'a trouvé.

Par contre, les ulcérations du voile ne nous ont jamais paru présenter les caractères décrits par M. Blum : « Les ulcérations sont toujours superficielles et apparaissent comme taillées à pic, à bords rouges et saillants, à fond gris jaune ou gris rosé... elles saignent facilement à l'attouchement... » Ce sont en réalité des exulcérations plutôt que des ulcérations et qui rappellent absolument les plaques muqueuses. Pour compléter l'analogie, nous ajouterons que deux fois M. Devic a trouvé chez des typhiques des ulcérations symétriques de la face interne des grandes lèvres qui présentaient à s'y méprendre les caractères des plaques muqueuses.

Les différentes statistiques sur la fréquence des ulcérations, relevées à la clinique de Strasbourg, année par année depuis 1888, et rapportées par M. Blum, offrent une variabilité de chiffre qui surprend; peut-être faut-il l'expliquer par la multiplicité même des observateurs! Nos 220 observations sont le travail d'un seul.

Disons, en terminant, que l'auteur ne signale pas les ulcérations de la langue, des lèvres et des joues. Elles sont presque aussi fréquentes que les autres et c'est une grosse lacune dans sa statistique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 11 février 1908)

De l'ophtalmo-réaction dans l'armée. — M. Delorme revient sur cette question en apportant de nouveaux faits.

La réaction de l'œil à la tuberculine n'est pas spécifique. M. F. Arloing (de Lyon) vient de démontrer par des expériences récentes qui expliquent bien des faits d'observation humaine que des toxines autres que la toxine tuberculinique (éberthienne, diphtéritique, staphylococcique) peuvent déterminer des réactions positives. Au point de vue médico-légal ce moyen est donc imparfait.

La réaction conjonctivale n'étant ni infaillible, ni spécifique, M. Delorme estime qu'un médecin n'a pas le droit d'imposer à des malades qui ne sont pas tuberculeux, à ceux qui ne présentent dans leur organisme que des foyers éteints ou insignifiants, un arrêt diagnostique qui les frappe.

Le professeur Grancher, le plus chaud partisan de l'aveu du diagnostic aux malades, mettait à cet aveu la condition qu'il ne soit fait qu'aux consultants ayant les ressources voulues pour se soigner. Il voulait laisser aux autres des « espérances fallacieuses mais douces ». Les deux tiers au moins des tuberculeux réformés de l'armée (anciens ouvriers, cultivateurs, petits employés, etc.) sont dans ce cas. Dès lors pourquoi l'aveu terrifiant?

M. Delorme cite l'auto-observation d'un médecin oculiste, ancien chef de clinique d'une Faculté de médecine, qui se soumit avec les siens à l'emploi de la tuberculine. Après quatre-vingt-dix-neuf jours de traitement il resta neurasthénique et en dépit des assurances les plus formelles, il est inquiet.

L'ophtalmo-réaction est très pénible dans le tiers des cas. Elle détermine des conjonctivites avec sécrétion plus ou moins abondante, photophobie, etc., qui durent huit à dix jours; elle peut être suivie d'accidents plus graves.

Après de pareils enseignements, M. Delorme se refuse à suivre M. Calmette dans sa voie lorsqu'il propose d'employer un moyen qui « s'applique aujourd'hui à la tuberculose ou à la fièvre typhoïde, demain peut-être à la syphilis ».

L'armée n'a jamais servi, elle n'est pas faite pour servir de champ d'épreuve à la médecine expérimentale.

M. Delorme maintient ses premières conclusions.

Médication d'urgence par la réduction des liquides. — M. Huchard, en son nom et au nom de son distingué colla-

borateur, M. Fiessinger, fait une intéressante communication sur ce sujet. Il rappelle que la réduction des boissons, d'abord très vantée pour combattre l'obésité, est connue depuis longtemps. Elle a été quelque peu abandonnée, puis elle a été reprise contre l'adipose. Or, elle peut être très utile contre l'adipose cardiaque. Quand la dilatation cardiaque est très accentuée, quand les liquides ne s'éliminent plus par les reins, quand les œdèmes augmentent de tous côtés, il est très utile, après l'administration d'un ou deux purgatifs, de prescrire la réduction des boissons; le premier jour on réduit les liquides à 1500 grammes, le second jour à un litre, un demi-litre de lait et un demi-litre d'eau, le troisième jour à 500 grammes ; puis on donne la digitaline de cinq en cinq jours, la théobromine, la caféine. On évacue les épanchements qui peuvent se produire dans la plèvre et ailleurs. A l'aide de ce traitement, on voit peu à peu la diurèse reparaître et l'on peut ainsi conjurer les dangers les plus menaçants.

Du rôle du froid dans l'étiologie du tétanos (tétanos rhumatismal). — M. VINCENT fait une communication sur ce sujet. De nombreux auteurs ont publié des cas de tétanos survenus, en l'absence de traumatisme ouvert, chez les sujets exposés à un refroidissement prolongé : individus en sueur exposés à la pluie, vagabonds ou sujets ivres couchant en plein air, etc. L'expérimentation n'a cependant pas, jusqu'ici, vérifié cette influence favorisante du froid et certains bactériologues ont même été conduits à nier l'existence du tétanos rhumatismal. Le cas publié par Carbone et Perrero, concernant un malade mort des suites de contractures généralisées après un refroidissement, est sujet à discussion, car il existait des lésions aiguës des méninges ainsi que de l'hyperémie du cerveau, du bulbe de la moelle; il s'agissait peut-être d'une méningite.

D'après les recherches de l'orateur, le refroidissement *général* constitue une cause favorisante efficace chez les grands animaux et même chez le cobaye sain. Le froid peut favoriser la pullulation des spores tétaniques chez la souris, mais à la condition d'être porté à un degré excessif et tel que la souris soit dans une torpeur voisine de la mort. Ce sont là des conditions possibles, mais exceptionnelles chez l'homme.

Par contre, si l'on s'adresse à des cobayes dont la résistance organique est légèrement diminuée par une infection antérieure cependant guérie, par une intoxication microbienne qui n'a plus laissé de trace apparente, par l'injection ancienne de sérum hépatotoxique, par une violente fatigue, par une fracture de cuisse déterminée deux ou trois jours auparavant, etc., un certain nombre de ces animaux, soumis au refroidissement général succombent au tétanos à la suite d'injection de spores sans toxine. Les témoins de même nature mais non refroidis restent sains. Les deux causes réunies : hypothermie et diminution légère de la résistance organique, ont mis l'animal en état de réceptivité morbide. Mais ici encore, il est nécessaire, pour réussir, d'abaisser la température rectale à 28 degrés.

Si le refroidissement général n'a qu'une influence restreinte sur l'étiologie du tétanos, il n'en est pas de même du refroidissement périphérique *local*. Si on fixe pendant une ou deux heures sous un filet d'eau froide un membre postérieur d'un fort cobaye (le reste du corps étant maintenu chaud dans l'enveloppement ouaté), et qu'on injecte ensuite quelques spores sous la peau de ce membre, le tétanos éclate, avec une incubation très brève et emporte l'animal avec des symptômes parfois suraigus.

Le refroidissement périphérique local a donc une influence adjuvante puissante sur l'étiologie du tétanos, lorsque le membre refroidi est le siège d'une plaie minime ou d'une excoriation ayant livré passage au bacille de Nicolaïer. Ainsi s'explique l'apparition rapide du tétanos chez certains sujets refroidis qui réalisent la condition précédente.

Il peut paraître remarquable que le refroidissement général soit insuffisant à favoriser l'éclosion du tétanos alors que le refroidissement local est, par contre, si actif.

On sait que l'intervention des leucocytes polynucléaires et l'englobement presque immédiat des spores tétaniques exercent un rôle de la plus haute importance dans la protection de l'organisme contre le microbe du tétanos, qui n'est qu'un saprophyte accidentellement pathogène. Or le refroidissement général ne peut chez les animaux à sang chaud, réaliser un abaissement thermique suffisant pour arrêter l'activité leucocytaire sans faire périr en même temps ces animaux : les leucocytes ne perdent, en effet, leur faculté d'englober les spores qu'à 15 degrés seulement. Seul, le refroidissement local prolongé peut descendre à ce niveau sans entraîner la mort. A cette température les leucocytes immobilisés ne peuvent plus entraver la germination des spores tétaniques à son début, et la toxi-infection tétanique se déclare.

De l'emploi des sels arsenicaux en agriculture. — La communication faite dans la dernière séance par M. CAZENEUVE devait nécessairement devenir l'objet d'une discussion, La question vaut, en effet, qu'on l'examine attentivement. C'est ce qu'a fait M. RICHE, avec sa grande compétence. Il a communiqué un travail très documenté, très riche de faits observés en Algérie et dans le midi de la France, sur lequel nous reviendrons.

Traitement du cancer. — M. LE DENTU a analysé un travail de M. Vigouroux sur le traitement du cancer. En voici le résumé :

Le cancer est une maladie générale dont la tumeur n'est qu'un résultat. Cette maladie représente l'évolution de l'état morbide qui détermine la prédisposition. Elle se rattache à l'arthritisme.

Son traitement est général et local. Général à savoir : hygiène de l'arthritisme, opothérapie hépatique ou thyroïdienne, médicaments internes, franklinisation.

Local : radiothérapie. Pas d'intervention chirurgicale.

Dans l'état actuel, ces moyens, s'ils n'atteignent pas le but, sont les meilleurs qui soient à notre disposition.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les résultats obtenus jusqu'à maintenant avec le sérum anti-méningococcique chez les sujets atteints de méningite cérébro-spinale. (A. WASSERMANN. *Deuts. med. Woch.*, 26 sept. 1907, n° 39, p. 1585.) — On sait que Kolle et Wassermann ont proposé en 1906 un sérum anti-méningococcique. Ce sérum a été employé jusqu'à présent chez 102 malades. En réalité, chez 57 seulement les observations ont été bien prises, l'examen bactériologique fait, et ces cas seuls doivent être utilisés pour juger des résultats obtenus.

Le premier point qui ressort de ces observations, c'est que la mortalité est d'autant plus basse que le sérum a été employé plus tôt. Ainsi chez les malades traités pendant les deux premiers jours de la méningite, la mortalité a été de 21 p. 100;

du troisième au cinquième jour, la mortalité monte à 28 p. 100; elle atteint 75 p. 100 chez les sujets traités du sixième au septième jour, et 80 p. 100 chez les sujets traités les quatorzième et quinzième jours de la maladie. Ces résultats encouragent donc à poursuivre l'usage de la sérothérapie, et correspondent dans leur allure générale à ceux que l'on obtient avec les sérums thérapeutiques actuellement reconnus actifs; ainsi l'on sait que les succès obtenus avec le sérum antidiphtérique sont d'autant plus éclatants, qu'il est employé à une période plus précoce de la diphtérie.

Le sérum anti-méningococcique est absolument inoffensif, qu'on l'emploie en injections intra-veineuses, sous-cutanées ou intra-durales; tout au plus a-t-on constaté parfois des éruptions cutanées bénignes, comme avec tous les sérums. Et pourtant dans certains cas des doses considérables ont été injectées.

Un malade a reçu sous la peau 130 centimètres cubes en sept jours; plusieurs observateurs ont injecté à des enfants de un à deux ans, 10 centimètres cubes de sérum sous la peau pendant trois jours de suite. Enfin on a obtenu de très bons résultats en l'injectant directement dans les espaces sous-arachnoïdiens, chez des sujets gravement atteints.

Les bons effets du sérum ne se traduisent pas par une chute brusque de la température, mais surtout par une amélioration de l'état général, une diminution de la raideur de la nuque, une sédation, de la céphalalgie et de l'agitation. Souvent cette amélioration ne dure qu'un jour après l'injection, et l'état s'aggrave de nouveau pour s'améliorer avec une nouvelle injection.

Wassermann conclut par les conseils suivants : Il faut employer le sérum anti-méningococcique d'une façon aussi précoce que possible; l'injection doit être renouvelée journellement, suivant l'évolution de la maladie. Dans les cas graves il y a intérêt à injecter directement le sérum dans l'espace sous-arachnoïdien, après avoir retiré une quantité de liquide céphalo-rachidien supérieure à la quantité de sérum qu'on se propose d'injecter. Chez les enfants d'un à deux ans la dose quotidienne de sérum ne doit pas être au-dessous de 5 centimètres cubes; au-dessus de cet âge, elle ne doit pas rester au-dessous de 10 centimètres cubes. Au besoin ces doses peuvent être répétées deux ou trois fois dans la même journée.

Enfin les injections de sérum, même en cas d'amélioration persistante doivent être continuées encore quelques jours, à cause de la tendance de la méningite cérébro-spinale aux rechutes.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Tétanie parathyréoprive. (Eugène H. Pool. *Ann. of surg.*, vol. XLVI, n° 4, oct. 1907, p. 507-540.) — La longue étude de Pool, pleine de digressions anatomiques et embryologiques n'apporte rien de bien neuf. La seule chose intéressante est le cas qui sert de point de départ. Une Suissesse de trente ans fut opérée en 1903 à Berne, où on lui enleva le lobe gauche du corps thyroïde. En 1906, l'ablation d'une masse thyroïdienne développée aux dépens de l'isthme devint nécessaire. Le lobe droit normal fut laissé en place. Néanmoins, la tétanie se développa au quatrième jour et dura treize mois. Elle s'améliora après implantation de cinq parathyroïdes humaines, trois sous la peau de l'abdomen et une dans chaque lobule de l'oreille, et l'administration par voie hypodermique de fortes doses d'une nucléoprotéide parathyroïdienne préparée par Beebe.

Il est probable que dans ce cas les parathyroïdes gauches avaient été enlevées au cours de la première opération; comme le lobe droit fut laissé en place et qu'on ne trouva pas de parathyroïde dans le tissu thyroïdien enlevé lors de la seconde opération, il est probable que l'irrigation de la parathyroïde inférieure fut interrompue par la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure. Quant à décider si les parathyroïdes implantées n'ont pas régressé et si elles fonctionnent, cela n'est guère possible. L'implantation sous-cutanée est sans danger, celle dans la rate, théoriquement meilleure, entraîne un peu plus de risques. Le sérum de Beebe semble bien avoir été le seul agent actif.

F. GARDNER.

THERAPEUTIQUE

L'emploi de la digalène (digitoxine soluble) en thérapeutique infantile. (Ausset. *Pediatrie pratique*, 15 nov. 1907.) — Depuis l'inconstance des résultats obtenus par les composés digitaliques en thérapeutique infantile, l'auteur, après la publication de la très intéressante thèse du docteur Bech, faite au laboratoire de thérapeutique de la Faculté de Lyon, a expérimenté la digalène (digitoxine soluble de Cloetta) chez plusieurs petits cardiaques.

Ce qui a surtout frappé M. Ausset, c'est la rapidité d'action du médicament ingéré. Déjà en moins de vingt-quatre heures, la diurèse se manifeste, le pouls se relève, les œdèmes diminuent et la dyspnée s'atténue. Quand on compare cette rapidité à la lenteur d'action des autres préparations digitaliques, on comprend combien est précieux un tel médicament qui permet d'agir au plus pressé. Et cependant l'auteur ne l'a administré que par la voie gastrique, il est permis de supposer que l'action aurait été encore plus prompte s'il avait utilisé la voie intra-musculaire ou la voie endo-veineuse : comme il le reconnaît lui-même c'est là encore une des qualités indiscutables de ce dérivé digitalique.

Ces observations très nettes de M. Ausset, complétées par plusieurs autres cas d'asthénie cardiaque chez des typhiques, des broncho-pneumoniques et des pleurétiques, montrent, d'une façon particulièrement remarquable, la parfaite innocuité de ce produit qui a la même action que la digitale, mais qui possède en outre plusieurs propriétés infiniment précieuses en thérapeutique.

Il en ressort que la digalène agit vite et elle agit bien; elle s'élimine avec la même rapidité qu'elle s'absorbe et, par suite, il n'y a plus à craindre avec elle d'accidents accumulatifs, de phénomènes d'intoxication, enfin, dans les cas d'urgence, elle peut être administrée par voie musculaire ou endo-veineuse, mais, comme M. Ausset l'a constaté, elle est très bien acceptée par les enfants, dans une tisane ou dans du lait.

D'une façon générale, il faut donner aux enfants, 1 à 2 centimètres cubes par jour de la solution de digalène et ne prolonger son emploi que pendant trois ou quatre jours : ainsi on obtient son maximum d'action; mais, dans les cas graves, on peut augmenter la dose ou prolonger plus longtemps son emploi et c'est ainsi que, dans un cas, M. Ausset, chez un petit pleurétique de onze ans, a pu donner 3 centimètres cubes de digalène pendant six jours, sans constater le moindre signe d'intolérance. Qui oserait donner une pareille dose de digitaline? fait remarquer l'auteur, avec juste raison.

L. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

UNE MÉDICATION A PRÉCONISER POUR LA PNEUMONIE ET LA BRONCHOPNEUMONIE

Par M. A. CARTOUX.

Beaucoup de médecins pensent qu'il n'existe pas de traitement curatif pour la pneumonie et la broncho-pneumonie, et les divers remèdes qu'ils utilisent sont purement symptomatiques. La révulsion, les vomitifs, les toniques, les sédatifs de la toux et de la fièvre ne servent qu'à soutenir ou soulager les malades, mais n'empêchent pas l'évolution morbide.

Il existe cependant, dans l'état actuel de la thérapeutique, un moyen d'action plus énergique, s'adressant aux lésions pulmonaires et paraissant exercer sur les germes pathogènes des effets empêchants efficaces.

C'est ainsi que les comprimés de thiocol « Roche » et le sirop Roche, utilisés *le plus près possible du début* de l'affection permettent, en raison de leur innocuité, d'introduire dans l'économie une dose de principe actif (gaïacol) suffisante pour imprégner les éléments broncho-pulmonaires et stimuler leur résistance, tout en affaiblissant la toxicité locale. De même, l'infection générale est modifiée, et l'amélioration qui en résulte correspond à ce double effet thérapeutique. Nous ne voulons pas prétendre qu'il faille, en présence des résultats obtenus, substituer ce remède à toute autre médication; mais nous croyons être dans la vérité scientifique — nos observations en font foi — en estimant que l'utilisation des comprimés de thiocol Roche et du sirop Roche dans la pneumonie et la bronchopneumonie en même temps que certains agents de la médication symptomatique exigés par les circonstances, permet d'obtenir des résultats beaucoup plus favorables et surtout plus rapides.

Dans la pneumonie lobaire aiguë traitée par cette méthode nous observons que la défervescence est plus prompte. Après l'absorption de 6 à 8 comprimés par vingt-quatre heures, la fièvre tombe en deux ou trois jours, en lysis, la toux se calme, l'expectoration diminue et perd sa coloration rouillée, l'état général reste bon. Le souffle tubaire disparaît et l'on ne perçoit plus que des râles fins qui s'éloignent progressivement en quelques jours.

Un fait qu'il est intéressant de signaler, c'est que l'on observe la résorption plus complète de l'hépatisation pulmonaire, et, quand, au bout d'*une semaine*, le malade est convalescent, l'absorption continue de 6 comprimés par vingt-quatre heures amène en huit à dix jours la disparition presque absolue des phénomènes congestifs.

Cette amélioration rapide, suivie de la disparition des séquelles inflammatoires origine de troubles pulmonaires à venir, s'observe encore dans la bronchopneumonie de l'adulte et de l'enfant soumis à cette médication. Une dose égale de comprimés ou bien l'absorption de quatre à six cuillerées à café de sirop Roche (une cuillerée à café par année d'âge) fait tomber la fièvre, diminuer la toux et l'humidité bronchique, éloigne les menaces d'asphyxies, et dans une certaine mesure tempère la gravité habituelle de cette affection.

C'est ainsi que le bruit de tempête signalé par Récamier fait place à de simples râles sibilants, ce qui prouve la disparition réelle de la congestion du parenchyme. Mais lorsqu'il s'agit d'enfants très affaiblis par une infection générale l'action du remède est parfois insuffisante, parce que la bronchopneumonie prend rapidement une allure adynamique malgré l'utilisation des grands bains sinapisés. Aussi nous conseillons dans tous les cas de rougeole, de coqueluche et même dans les bronchites aiguës de l'enfance, d'utiliser à titre préventif le sirop Roche au thiocol.

Depuis que nous suivons cette méthode nous avons empêché le plus souvent l'apparition de cette redoutable complication.

En résumé, et d'une façon générale, bénignité de l'affection, résorption facile des séquelles inflammatoires, tels sont les caractères cliniques des pneumonies et bronchopneumonies soumises à cette médication, et nous pensons qu'il serait utile de la préconiser à côté et même à la place des traitements symptomatiques qui soulagent mais ne guérissent pas.

LIVRES NOUVEAUX

Technique oto-rhino-laryngologique (1), par E. Escat.

Ce livre est destiné à la fois à l'étudiant en médecine, au médecin praticien et au spécialiste. C'est un précis très condensé de toute la partie pratique de l'oto-rhino-laryngologie. Il comprend deux parties : la sémiotique et la thérapeutique.

Plus largement conçue qu'elle ne l'est d'habitude, la sémiotique ne se borne pas seulement à la description de la rhinoscopie, de la laryngoscopie, de l'otoscopie ainsi que des procédés modernes d'exploration (trachéo-bronchoscopie, œsophagoscopie, diaphanoscopie, salpingoscopie, antroscopie), elle embrasse aussi toutes les méthodes d'investigation clinique empruntées à la sémiologie médicale et chirurgicale générales. Une part considérable a été consacrée à la description et à l'analyse des signes et des syndromes dont la connaissance met immédiatement le débutant en état de procéder à l'examen clinique d'un malade.

La thérapeutique médicale spéciale, en particulier la thérapeutique locale, a été traitée avec soin; la technique de chaque procédé d'application médicamenteuse, exposée d'une façon sommaire mais suffisante pour guider l'élève et le praticien, est suivie de formules nombreuses et simples répondant aux indications les plus courantes de la pratique journalière.

La thérapeutique chirurgicale spéciale, qui joue aujourd'hui un si grand rôle en oto-rhino-laryngologie, fait l'objet d'une étude complète. La chirurgie endo-cavitaire et la chirurgie à ciel ouvert sont l'objet d'un égal développement.

Le manuel opératoire est presque toujours bref et concis; n'insistant sur les détails techniques que lorsqu'ils sont très spéciaux ou ont une importance capitale, l'auteur laisse de côté tous ceux qui se rattachent à la technique chirurgicale générale avec laquelle tout oto-rhino-larygologiste doit être préalablement familiarisé.

Sans s'attarder dans la description de méthodes et des instruments d'exploration qui n'ont plus qu'un intérêt historique, l'auteur a de parti pris strictement réduit l'exposition de la technique aux seuls procédés pratiques. S'affranchissant d'autre part du snobisme ridicule qui inspire trop souvent les oto-laryngologistes français à l'égard des écoles étrangères, il a donné dans la description, aux procédés opératoires et à l'instrumentation française, le rang qu'ils méritaient.

Plus de 300 figures simples, claires et instructives, dessinées par l'auteur lui-même, et plutôt destinées à éclaircir la description qu'à illustrer l'édition, contribuent à donner à l'ouvrage la forme méthodique, didactique et pratique aussi appréciée par le praticien que par l'étudiant, et qui imprime à l'ouvrage une allure essentiellement classique et conforme à l'esprit français.

L. GAYARD.

(1) In-8°, avec 322 fig. — Prix : 8 francs — Paris, 1908; A. Maloine, édit.

NOTES POUR L'INTERNAT

HYDRONÉPHROSES

HISTORIQUE. — Les hydro ou uro-néphroses ont été étudiées par Royer-Simon, Neumann, Le Dentu, au point de vue clinique; puis par Terrier, Baudoin, Albarran, Bazy, au point de vue chirurgical, enfin plus récemment Duval et Grégoire ont cherché à expliquer l'hydronéphrose du rein mobile.

CAUSES. — L'obstacle au cours de l'urine peut tenir à des causes nombreuses, aussi en ce qui concerne l'*étiologie* on doit distinguer :

A. L'*uronéphrose congénitale :* sous la dépendance d'une malformation de l'uretère, d'une absence de ce conduit; chez d'autres sujets il se fait un abouchement anormal, une coudure : ou l'obstacle siège dans l'intérieur de l'uretère, c'est une valvule, un rétrécissement, une imperforation. Plus rarement on aurait affaire à une compression de l'uretère par une artère normale; à signaler l'hydronéphrose accompagnant l'exstrophie vésicale.

B. L'*uronéphrose est acquise :* elle tient :

1° A une compression extérieure de l'uretère; dans ce groupe rentrent les déviations utérines : la *grossesse*, la compression se faisant au niveau du détroit supérieur. Pour Bazy on doit invoquer les adhérences pelviennes, résultant de périmétrites, de périsalpingites; ce sont encore les hydronéphroses consécutives aux prolapsus génitaux, au cancer et aux fibromes utérins. Plus rarement chez l'homme l'uronéphrose complique la carcinose prostatique, l'épithélioma vésical, la péricystite lipomateuse;

2° Le calibre de l'uretère est diminué par lésion de la paroi, que ce soit l'urétérite tuberculeuse ou la compression du conduit par un épanchement sanguin, celui-ci ayant pour point de départ la zone rénale. Chez d'autres sujets, c'est un véritable rétrécissement cicatriciel;

3° La diminution du calibre tient à un corps étranger : c'est le type de l'hydronéphrose calculeuse, due à l'obstacle que les calculs du bassinet et de l'uretère déterminent au cours de l'urine. Pour M. Legueu, cette forme est très rare, tandis que pour le professeur Albarran cette complication peut se rencontrer, mais suivant les cas il y aura obstruction plus ou moins complète de coudure par le calcul. Au-dessous du point où siège le calcul, on trouve un rétrécissement plus ou moins marqué du conduit; parfois même les parois de l'uretère sont adossées, ce qui explique la persistance de l'hydronéphrose, même après l'ablation du calcul. Léon Bernard a en outre décrit les hydronéphroses de la première enfance dues à des accumulations de sable urique;

4° L'hydronéphrose tient à un *vice de position* : c'est le type de l'hydronéphrose par *rein mobile*. Pour Albarran l'hydronéphrose se produit lorsque l'uretère se trouve relativement fixe, pendant que le rein se déplace. Ultérieurement le vice de position devient fixe et l'hydronéphrose est définitive. Pour Bazy, Duval, Grégoire, les uronéphroses se développent dans des reins congénitalement mobiles : mobilité rénale et distension réno-pyélique seraient dues à des malformations congénitales. Pour ces auteurs la notion de malformation congénitale doit dominer toute l'étiologie de l'hydronéphrose acquise.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On distingue :

1° L'*uronéphrose fermée* : il y a dilatation du bassinet, puis bientôt après congestion du rein; dès le début, on trouve des ecchymoses au niveau du bassinet: il se fait des hémorragies interstitielles, des pyramides du rein s'effacent, il n'y a plus de démarcation entre bassinet et rein. L'uretère se dilate, s'allonge, le rein plus lourd s'abaisse, sans compter que les lésions de périurétérite évoluent. Histologiquement les lésions ont évolué parallèlement, il y a eu dilatation des canalicules du rein : le paquet vasculaire du glomérule a été refoulé contre la capsule de Bowmann; l'épithélium urinifère aplati a pris la forme cubique, le liquide a transsudé à travers la paroi. Ultérieurement, le tissu conjonctif s'épaissit, il y a eu endartérite, les glomérules de Malpighi disparaissent; les tubes sont épaissis, rétractés, un processus évolue vers l'atrophie;

2° L'*uronéphrose est ouverte :* la poche est plus volumineuse que dans le cas précédent, car elle se développe lentement; l'atrophie du tissu rénal est plus lente. Macroscopiquement le rein augmente de volume dans le sens vertical, plus tard les deux extrémités s'incurvent du côté du hile, l'organe est globuleux; le bassinet et les calices se dilatent. La poche a le volume d'une tête d'adulte : en se développant, elle prend contact avec la paroi antéro-latérale de l'abdomen; *à droite, le côlon est refoulé en bas et en dedans; à gauche, le côlon forme une anse qui circonscrit la tumeur.* Naturellement l'hydronéphrose peut adhérer aux gros vaisseaux; cette poche augmente de volume, les cloisons s'atrophient. La rupture pourra se produire. Mais surtout l'*uretère ne s'insère pas au point déclive*, il y a formation d'une valvule au point d'abouchement du conduit. Plus bas l'uretère peut être flexueux, rétréci, sa contractilité faradique persiste. Le rein opposé subit une hypertrophie compensatrice.

SYMPTOMES. — Dans une forme commune les symptômes généraux peuvent à peu près passer inaperçus : sans doute il y a des tiraillements, des pesanteurs de la région lombaire n'attirant guère l'attention du sujet; celui-ci commence à s'inquiéter quand le ventre prend un développement exagéré. L'*inspection*, bien que la tumeur commence toujours par être lombaire, c'est la saillie abdominale plus ou moins rapprochée de l'ombilic qui sera observée. La *palpation* révèle des bosselures, des irrégularités, des changements de consistance; le *ballottement rénal* indiqué par tous les classiques fait défaut si la tumeur s'est éloignée de la région lombaire; le volume de la tumeur est trop considérable si l'uronéphrose renferme peu de liquide (uronéphrose flasque). La *percussion* donne de la *matité* et à droite permet de déceler une bande sonore représentée par le côlon. Evidemment l'examen sera complété par le phonendoscope, le cystoscope, le cathétérisme de l'uretère et l'analyse de l'urine. Le rein malade sécrète une *quantité d'urée* qui varie peu d'un jour à l'autre et représente le tiers de l'urée totale, de même pour les phosphates, les chlorures : en ce qui concerne l'élimination du bleu de méthylène, cette substance passe plus tardivement dans l'urine sécrétée par le rein malade que dans l'urine du côté sain.

FORMES CLINIQUES. — *a.* La *forme douloureuse*, qui pour le professeur Albarran tient dans la majorité des cas à la distension exagérée du bassinet et du rein par l'urine, parfois même les crises s'accompagnent d'état syncopal, de refroidissement des extrémités, de douleurs très aiguës, rappelant d'autant mieux la crise de colique néphrétique que le malade a des nausées, des vomissements;

b. La *forme hématurique* pour Israël serait assez fréquente, elle n'est reconnue que lors d'une intervention. La poche renferme un liquide sanglant ou bien les malades ont, après une crise, rendu des urines brunes ou rougeâtres;

c. La *forme intermittente* est assurément la plus intéressante : elle est caractérisée par une crise douloureuse d'apparition brusque, une augmentation de volume de la poche, la crise se déterminant par une débâcle polyurique. Le volume du rein est dû en grande partie à la congestion de l'organe, puisque en opérant le rein augmente de volume pour ne contenir que très peu d'urine dans le bassinet. La polyurie serait explicable par une action nerveuse analogue à celle que l'on voit après la colique néphrétique; quant à la cause de la forme intermittente, elle tient dans la majorité des cas à un rein mobile, mais elle peut se rattacher à des rétrécissements de l'uretère, et surtout à des calculs.

ÉVOLUTION. — L'uronéphrose peut évoluer avec une marche aiguë; dans ce cas les symptômes sont tellement graves qu'on a pu croire à une occlusion intestinale, à une perforation d'ulcère du duodénum, ou bien l'hydronéphrose évoluant lentement pourra se rompre. Mais la grande complication reste l'infection : dès lors l'uronéphrose est devenue *uropyonéphrose*, la douleur est plus vive, il y a sensibilité de la région rénale; l'état général s'altère, le malade maigrit; la fièvre présente des exacerbations vespérales, les phénomènes digestifs s'accusent, le malade meurt cachectique. Les urines sont purulentes.

DIAGNOSTIC. — La première chose à reconnaître est la nature de la tumeur abdominale : on devra éliminer les kystes hydatiques du foie à développement lombo-abdominal, mais outre le frémissement hydatique, on ne trouve pas la bande de sonorité antérieure, comme dans l'hydronéphrose le kyste

de la rate se complique rapidement de symptômes digestifs très rares en cas d hydronéphrose; le kyste du mésentère est médian, mobilisable, sus-pubien, séparé de la symphyse par une bande sonore. Quant au kyste de l'ovaire, son évolution ascendante, sa matité en dôme, ses rapports avec l'appareil génital le font assez aisément diagnostiquer. On se trouve donc en présence d'une lésion rénale. Peut-être le kyste du rein prêterait à confusion, mais dans cette affection, il n'existe pas de crises douloureuses, les urines sont à peu près normales; d'autres fois cancer et tuberculose rénale s'accompagnent d'hématuries, de troubles urinaires évidents. Mais on doit retenir que l'hydronéphrose peut répondre à une tuberculose rénale. La pyélonéphrite aura pour elle les symptômes infectieux. Dans toutes ces alternatives il faut étudier l'*urine* au point de vue histologique, chimique.

TRAITEMENT. — Autrefois on pratiquait la ponction, procédé « aveugle et trop peu suffisant ». Actuellement qu'il suffise de rappeler que deux techniques sont proposées : la néphrectomie et surtout la néphrotomie après opération autoplastique de l'uretère.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le criminel aux points de vue anthropologique, psychologique et social, par le docteur Emile LAURENT, avec préface de M. le professeur LACASSAGNE. In-8° écu. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Analytique de l'esprit humain (bio-animisme), du docteur J.-A. MOLINIÉ, ancien interne de l'hôpital international. In-12, avec 2 fig. schémas. — Prix : 2 francs. — Paris, Vigot frères.

Calcul des voies biliaires et pancréatites, par le docteur René GAULTIER, chef du laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. In-18 de 100 p., avec 16 fig. (Actualités médicales), cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 19. — SAMEDI 15 FÉVRIER 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 15 FÉVRIER 1908. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 12 février : MM. Fabre, 11 ; Aine, 9; Pellot et Lorin, 10; Jullien, 9; Feil, 7.

Prochaine séance samedi 15 février, à cinq heures et demie, à Beaujon.

PATHOLOGIE. — Séance du 12 février : M. Philbert, 8; Mlle Peltier, 6; MM. Velter, 10; Bachy, 9; Fontorbe, 5; Séguinot, 9; Fassou, 3; Jacquet, 4.

Prochaine séance samedi 15 février, à quatre heures et demie, à la Charité.

— CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — — Le jury est provisoirement composé de MM. Méry, Achard, Triboulet, Debove, Déjerine, Dieulafoy, F. Bezançon, Richardière, Lacombe, qui ont accepté, et Jeanselme, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Ribemont-Dessaignes, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur de clinique obstétricale à ladite Faculté (chaire nouvelle).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 11 février 1908, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après, et ont reçu les affectations suivantes :

Médecins principaux de première classe. — MM. Robert, nommé directeur du service de santé à la division d'occupation de Tunisie; Altemaire, médecin-chef de l'hôp. milit. d'Amélie-les-Bains.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Laffille, nommé directeur du service de santé de la division de Constantine; Vignol, secrétaire du comité technique de santé et chef de la section technique de santé; Perrin, passe à l'hôpit. milit. de Versailles; Toussaint, nommé médecin-chef de l'Ecole militaire spéciale de Saint-Cyr; Brousse, passe à l'hôpit. milit. de Lille.

Médecins-majors de première classe. — MM. Prieur, nommé médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte d'Orléans; Simon, passe aux hôpit. de la division de Constantine; Alvernhe, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Rouen; Tersen, aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Amiens; Courtet, au 55e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Baumevieille, passe au 26e d'art.; Martin, au 85e d'inf.; Cordillot, au 68e d'inf.; Descorps, au 77e d'inf.; Bénard, au 156e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Bordereau, passe au 108e d'inf.; Couturier, au 32e d'art., batterie de la 7e division de cavalerie (Fontainebleau); Long, au 94e d'inf.; Macaire, au 18e d'inf.; Baget, au 95e d'inf.; Coissard, au 76e d'inf.; Lemoine, au 35e d'inf.; Vigneau, à l'Ecole milit. d'inf. de Saint-Maixent; Chambelland, au 8e d'inf.; Reynaud, au 153e d'inf.; Pineau, à l'Ecole d'application de cavalerie de Saumur.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la sixième semaine, 1093 décès, au lieu de 1189 pendant la semaine précédente et de 1084, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal. La variole, sans être fréquente, présente beaucoup plus de cas que pendant les semaines précédentes. La rougeole et la scarlatine continuent à être répandues.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 7).

La variole a causé 1 décès (chiffre identique à la moyenne).

La rougeole a causé 14 décès, au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 12). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 419 au lieu de 381 précédemment et au lieu de 217, moyenne des quatre dernières années.

La scarlatine a causé 11 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 241 (moyenne 92).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 231 décès, au lieu de 248 la semaine précédente, et au lieu de 219, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 215 décès (moyenne 221).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Joret, directeur de l'Hôtel-Dieu.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES CRISES GASTRIQUES DES TABÉTIQUES (2)

Par MM. Paul SAINTON,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine,
et Camille TRONC,
Externe des hôpitaux de Paris.

VI

Diagnostic. — Lorsque l'on se trouve en présence d'un syndrome rappelant les crises gastriques du tabes, l'aspect de la crise peut être tellement classique que le diagnostic s'impose; dans les cas les plus typiques cependant le diagnostic n'est point fait, parce que l'on n'y pense point. Appelé près d'un malade pour des troubles de l'appareil gastro-intestinal, l'attention n'est point toujours attirée par un phénomène nerveux concomitant qui est le trait de lumière qui guide vers le diagnostic; on songe à une affection abdominale. L'erreur est d'autant plus excusable que, malgré les recherches les plus minutieuses, aucun signe évident du tabes ne peut être révélé.

D'autres fois le syndrome n'existe pas au complet, il est fruste et l'absence du tableau dramatique ordinaire donne une physionomie spéciale, qu'il est plus difficile de reconnaître. Il en est ainsi dans les formes où un symptôme prédomine au dépens des autres et où le syndrome s'est modifié par suite de sa coexistence avec des affections concomitantes (gastrique chronique ou subaiguë, morphinomanie).

1° Diagnostic des formes complètes. — La *colique hépatique* ressemble d'autant plus à la crise gastrique que les vomissements bilieux peuvent se rencontrer dans les deux affections; le siège précis de la douleur au niveau du point cystique, ses irradiations dans la région scapulaire sont des éléments du diagnostic différentiel. L'aspect des urines rares, présentant les réactions de Gmelin et de Pettenkoaffer, la teinte légèrement subictérique des conjonctives, l'augmentation de volume de la vésicule biliaire, son endolorissement à la palpation permettent, en général, de trancher la question.

La *colique néphrétique* peut être confondue avec la crise gastrique; mais le siège de la douleur n'est pas le même, les modifications des urines sont beaucoup plus marquées, les vomissements sont plus rares. La confusion peut être plus facile avec *les crises néphrétiques du tabes*, que Maurice Raynaud a bien décrites; mais il s'agit là d'un phénomène beaucoup plus rare que la crise gastrique; le foyer principal est dans la région lombaire, la rétraction du testicule et l'anurie ou l'oligurie avec urine albumineuse sont des phénomènes qui sont exceptionnels dans la crise gastrique.

Au cours de la *néphroptose* associée à des ptoses gastro-intestinales Mathieu a décrit des paroxysmes douloureux consécutifs à des fatigues: ces crises gastriques sont faciles à reconnaître à l'examen de l'abdomen, qui montre un endolorissement de tous les viscères abdominaux.

Dans l'*urémie gastro-intestinale*, les douleurs ne sont pas très violentes, les vomissements se font sans beaucoup d'efforts; ils sont, le plus souvent, associés à d'autres phénomènes : douleurs de tête, myosis, troubles visuels qui attirent l'attention. Les urines sont albumineuses. Il ne faut pas, cependant, perdre de vue que certains tabétiques adonnés à la morphine peuvent avoir des traces d'albumine dans l'urine, ce qui peut rendre l'interprétation des symptômes singulièrement difficile.

L'étranglement interne, l'occlusion intestinale, la péritonite par perforation peuvent, pendant quelques instants, être pris pour des crises gastriques; l'erreur ne peut subsister longtemps et résister à un examen minutieux de l'abdomen; le ballonnement, le siège de la douleur, les modifications profondes de l'état général, les commémoratifs fournissent des éléments suffisants de diagnostic.

Dans l'*appendicite*, il y a bien des douleurs et des vomissements; mais le siège de la douleur n'est pas le même et la recherche du point de Mac Burney suffit pour dissiper l'erreur. Si nous mentionnons ce diagnostic, c'est que l'erreur a été commise; mais elle ne saurait être de longue durée.

Dans la *colique de plomb*, les vomissements sont exceptionnels; la constipation absolue, la rétraction de l'abdomen, l'hyperesthésie à la pression superficielle, l'anesthésie à la pression profonde mettent sur la voie du diagnostic : la présence du liséré gingival est un symptôme différentiel de premier ordre dans les cas où l'intoxication saturnine peut être méconnue.

La *fièvre pernicieuse* dans les pays à malaria avec ses vomissements, son collapsus et son algidité a pu être confondue avec les crises du tabes; mais il s'agit là d'un cas tout à fait exceptionnel rapporté par Charcot. Il suffit d'être prévenu de la possibilité d'accidents tabétiques chez le sujet pour que toute erreur soit évitée, la preuve de la quinine serait, d'ailleurs, tout à fait démonstrative.

La *forme intermittente* de la maladie de Reichmann, forme intermittente de la sécrétion protopathique de Bouveret et Devic, ressemble beaucoup à une crise gastrique tabétique, mais elle débute moins brusquement, l'intolérance gastrique est moins absolue; on peut sonder les malades et on constate qu'il y a dans l'estomac une certaine quantité de suc gastrique cide. Après la cessation des accidents, le malade répare ses forces, il souffre de crampes ou n'a aucun malaise; après repas d'épreuve, on constate de l'hyperchlorhydrie manifeste. Ces crises, faisant partie du tableau de la gastrosuchorrée chronique sont le plus souvent sous la dépendance d'un ulcère latent de la région pylorique, comme l'ont pensé Hayem et Soupault.

Le *gastroxynsis* de Rossbach (*gastroxie* de Lépine, le *vomitus hyperacidus* de Rosenthal) se distingue facilement des crises gastriques tabétiques. C'est

(1) Reproduction interdite.
(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 16, p. 183.

une migraine survenant chez les jeunes garçons soumis au surmenage intellectuel et s'accompagnant du rejet d'un liquide riche en acide chlorhydrique. L'accès débute brusquement quelquefois à jeun, le plus souvent après le repas; la céphalée est intense, il y a sensation de brûlure à l'estomac, avec éructations gazeuses et vomissements. Il y a en même temps des sueurs froides, des vertiges, de la pâleur de la face et du refroidissement des extrémités. Après des vomissements acides abondants, le malade est soulagé, il dort d'un bon sommeil et est guéri le lendemain. Fait caractéristique, ces crises ne surviennent que quand l'écolier est au travail et disparaissent pendant les périodes de vacances.

Les *crises gastriques des hystériques* sont en général moins violentes que celles des ataxiques, elles coïncident à l'expulsion de gaz par la bouche et l'anus, le ventre est en général ballonné; les vomissements peuvent faire partie de la crise. Ces troubles gastriques hystériques s'accompagnent souvent de la sensation de constriction épigastrique et de la sensation de boule. Ils surviennent à la suite d'émotion chez des sujets qui présentent des stigmates d'hystérie.

Les crises hystériques peuvent alterner avec les crises gastriques du tabes; suivant la loi émise par Vires dans l'hystérotabes, chaque maladie évolue pour son compte; il ne faut donc point être surpris que le tabétique hystérique imite sa crise organique.

Les *crises gastriques des neurasthéniques* surviennent à la suite de fatigue, d'excès de travail, de chagrins prolongés; elles évoluent presque toujours avec de la céphalée et disparaissent rapidement après des évacuations bilieuses ou alimentaires.

Les *crises gastriques qui surviennent au cours de la paralysie générale*, de la *sclérose en plaques*, de la *pachyméningite cervicale hypertrophique*, voire même de la *syringomyélie* ont la même symptomatologie que celles du tabes et reconnaissent vraisemblablement la même pathogénie. Pour les différencier, les symptômes concomitants doivent être recherchés avec soin; il est impossible d'en rappeler ici les principaux, ce serait passer en revue toute la pathologie de la moelle.

Sous le nom de *crises gastriques essentielles* (Debove), de *vomissement périodique* (Leyden) on a décrit des cas où le malade présentait le tableau habituel des crises gastriques du tabes, où il n'existait aucun trouble dans l'intervalle des crises; mais il était impossible de trouver aucun signe de tabes. A diverses reprises le professeur Debove est revenu sur cette question, se demandant si ces crises ne sont pas simplement des manifestations viscérales précoces d'un tabes monosymptomatique. Dans une leçon clinique récente, il insiste sur la valeur de la présence de la lymphocytose rachidienne pour trancher la question.

1° Diagnostic des formes frustes. — *A*. Forme flatulente. — La forme flatulente décrite par Fournier n'est probablement qu'une variété de l'*aérophagie* de Mathieu, si fréquente chez les nerveux; la constatation des phénomènes de la déglutition de l'air par le malade, qui constitue un véritable tic, suffira à la reconnaître. Néanmoins cette variété d'aérophagie doit être rapportée à sa véritable origine.

B. Forme vomitive. — Elle peut être confondue avec les *vomissements incoercibles de la grossesse*, le cas le plus typique à ce point de vue est celui de Leyden; il s'agissait d'une tabétique, chez laquelle on pratiqua l'avortement pour faire cesser les vomissements; ceux-ci ne cessèrent pas après l'intervention, parce qu'ils reconnaissaient comme cause l'affection nerveuse.

Elle peut également en imposer pour des vomissements liés à une *sténose pylorique*. Mais dans ce dernier syndrome les douleurs sont moins vives, les vomissements sont abondants, ils soulagent les malades, ils sont répétés et continuent pendant longtemps; le sondage de l'estomac à jeun révèle la présence d'une certaine quantité de liquide. Mme Wayncop rapporte dans sa thèse l'observation d'un malade qui présenta des crises gastriques avec diminution des réflexes rotuliens, de l'incoordination des membres inférieurs, du signe d'Argyll unilatéral et à l'autopsie duquel il y avait une sténose pylorique incomplète; la moelle fut examinée par Alquier qui n'y décela aucune altération.

Il faut en outre distinguer cette forme vomitive des *vomissements des tumeurs cérébrales*; l'erreur a d'ailleurs été commise. Cependant les vomissements cérébraux sont en général indolores, ils ont lieu à l'occasion du moindre changement de position; ils s'accompagnent en général de céphalalgie et de phénomènes de compression ou d'irritation divers, paralysie des nerfs de la base du crâne, épilepsie à type Bravais-Jackson.

C. Forme gastralgique. — Elle peut être confondue avec les *douleurs dues à une compression de la moelle*, à la *compression du pneumogastrique par un anévrisme de l'aorte*, à certaines *formes douloureuses du cancer du pancréas*. La *gastrite chronique alcoolique* a des symptômes propres, les douleurs sont en rapport avec l'ingestion des aliments et des boissons. Les stigmates de l'alcoolisme peuvent exister au grand complet; l'intoxication peut même se manifester par des signes de pseudotabes avec steppage, abolition des réflexes qui peuvent en imposer momentanément pour un tabes vrai.

D. Forme avec hématémèse. — Elle présente de grandes analogies avec l'*ulcère de l'estomac*; mais dans l'ulcus les douleurs persistent plus longtemps, elles ont une relation avec l'ingestion des aliments. D'ailleurs l'hématémèse est un phénomène exceptionnel au cours du tabes.

E. Formes associées de la morphinomanie. — Elles peuvent être confondues avec les *gastrites chroniques*, mais comme l'ont montré Mathieu et Roux, il y a dans ces cas association de tabes et de gastrite; il suffit d'un examen des réflexes pour se convaincre du diagnostic, les formes associées à la morphinomanie n'existant que chez des tabétiques avérés.

VII

Pathogénie. — Lorsque l'on pratique l'autopsie d'un tabétique qui a eu des crises gastriques, on ne trouve, en général, aucune lésion. Il y a cependant des cas exceptionnels, où un processus gastrique a accompagné les crises; tel est le fait de Crouzon qui, chez un tabétique présentant, depuis une quinzaine d'années, des crises gastriques avec de légères hématémèses et du mélæna, constata une petitesse singulière des viscères et surtout de l'estomac. Le calibre de celui-ci était diminué, la paroi était épaissie; il n'y avait pas d'exulcération, mais à l'examen histologique, il y avait une infiltration leucocytaire de la sous-muqueuse témoignant d'une gastrite subaiguë.

Dans un cas où il y avait hématémèse, Mathieu n'a d'ailleurs trouvé aucune érosion de l'estomac.

Il y a d'autres cas où il peut y avoir coexistence d'ulcération de l'estomac avec des crises gastriques et qui sont encore mal étudiés.

Mais, en général, l'absence d'altérations anatomiques est la règle, aussi n'est-ce point dans une lésion de l'estomac que l'on a recherché la cause des crises.

Des deux théories émises, l'une met en cause le système nerveux, l'autre un trouble fonctionnel de l'estomac; enfin, il y a des théories mixtes où l'on fait jouer un rôle à l'état de la muqueuse stomacale et aux lésions nerveuses.

1° *Théories nerveuses*. — Pour Hayem (cité dans la thèse de Babon) la crise gastrique tabétique est une gastronévrose, c'est-à-dire « une manifestation gastrique sous la dépendance d'un état anormal du système nerveux que l'affection soit primitive ou secondaire avec ou sans lésion ». C'est l'opinion généralement admise.

Bouveret (de Lyon) considère la crise gastrique comme une gastralgie, comme un trouble de la sensibilité de l'estomac, mais sans préciser quelles en sont les causes.

D'autres auteurs ont essayé d'aller plus avant dans l'interprétation des symptômes et ont mis en cause l'un des deux nerfs qui se rendent à l'estomac : pneumogastrique ou grand sympathique.

A. Théorie du pneumogastrique. — Elle a été émise, pour la première fois, par Buzzard en 1880; il attribuait les phénomènes à une sclérose du pneumogastrique.

Cette théorie a été étayée par les expériences physiologiques et les résultats anatomo-pathologiques de Rosenthal partant de cette idée que le pneumogastrique tient sous sa dépendance la sensibilité de l'estomac, assez obtuse à l'état normal, et la motricité. L'irritation de la dixième paire augmente donc les mouvements de l'estomac, sa destruction les diminue. Rosenthal a obtenu des vomissements par excitation du bout central.

Ces données sont vérifiées par l'anatomie pathologique comme en témoignent les cas de Pierret, Oppenheim (atrophie du noyau bulbaire du pneumogastrique).

Demangé, au cours d'une autopsie avec crises gastriques et laryngées, a trouvé au niveau du bulbe une sclérose des noyaux postérieurs occupait tout le plancher du quatrième ventricule. La plupart de ces noyaux étaient enserrés dans une gangue scléreuse, les noyaux sensitifs des nerfs mixtes, le noyau des corps restiformes, la tête de la corne postérieure et la racine ascendante du trijumeau étaient atteints d'une sclérose dans les autopsies consécutives de Kahler, Landouzy et Dejerine. Dans le cas clinique publié par Saintin et Labbé l'ensemble des phénomènes présentés affirmait leur origine bulbaire, en raison de la concomitance de troubles laryngés, cardiaques et dans le domaine du trijumeau. Aussi ces auteurs se sont-ils basés sur la simultanéité et la succession des phénomènes pour considérer ce cas comme constituant une forme de *tabes à type bulbaire inférieur*.

Si la plupart des auteurs placent l'origine des crises gastriques dans les noyaux bulbaires, certains avec Leyden considèrent qu'une lésion du nerf lui-même ou d'un ganglion suffit pour expliquer les phénomènes constatés. Cette conception s'accorde avec la théorie tabétique du protoneurone centripète de de Massary.

Dans une thèse récente Cache a été plus loin et n'a pas hésité à admettre une origine périphérique de la crise gastrique ; il émet cette hypothèse discutable puisqu'elle est en désaccord avec les faits et s'appliquerait seulement aux tabes d'origine traumatique, qu'il se produit à la suite de la rupture ou de la mortification des extrémités nerveuses de la muqueuse stomacale une dégénérescence rétrograde latente au point de vue symptomatique mais s'étendant progressivement à tout le protoneurone pneumogastrique.

B. Théorie sympathique. — Roux qui a étudié les altérations du sympathique dans le tabes considère comme carrctéristique la disparition des petits fibres à myéline qui viennent des racines postérieures. Il rapproche les troubles de la sensibilité viscérale de cette altération, il conclut qu'un rapprochement entre les deux ordres de faits s'impose et qu'il y a destruction plus ou moins complète des fibres sensitives qui conduisent à la moelle par les racines postérieures. Il donne une théorie du rôle possible du sympathique dans la production des crises. On pourrait soutenir, dit-il, « que cet accident est directement sous la dépendance de la lésion du système du grand sympathique et des troubles de la sensibilité de l'estomac qui en résultent. L'estomac, relativement insensible, laisse les irritations arriver à un degré qu'elles n'atteignent pas à l'état normal où les douleurs gastriques et les vomissements arrêtent le malade dans ses excès alimentaires ou médicamenteux. Le tabétique, en effet, ne rapporte pas à l'estomac les douleurs qu'il ressent dans les côtés et qui reviennent régulièrement après les repas; la douleur épigastrique, qui coïncide parfois, n'a en comparaison aucune importance. Il croit qu'il s'agit d'accidents analogues aux douleurs fulgurantes qui viennent et s'en vont sans raison apparente et il se

soumet passivement. Le plus souvent même, ces malades résistent lorsqu'on veut les soumettre à un régime alimentaire sévère. La douleur gastrique qui constitue chez les dyspeptiques une défense de l'organisme est ici mal interprétée et la sommation des irritations arrive à créer un état douloureux de l'estomac tel qu'on n'en voit guère aussi intense que dans l'ulcère.

... Dans cette hypothèse, les crises gastriques d'origine dyspeptique représenteraient les paroxymes douloureux d'une dyspepsie presque latente où les accidents quotidiens sont atténués ou modifiés. »

2° *Théories chimiques.* — Sahli avait fait jouer à l'hyperacidité un rôle capital dans l'apparition des crises tabétiques ; il s'appuyait sur l'absence d'acide chlorhydrique dans les autres vomissements nerveux pour en tirer cette conclusion. Rosenthal et Simonin partageaient cette opinion. Malheureusement son désaccord avec les faits est indiscutable ; les nombreuses thèses parues sur ce sujet ont mis en lumière la variabilité du chimisme gastrique suivant les malades et suivant les moments, chez un même malade. A l'heure actuelle on peut dire qu'à la suite des recherches d'Hayem et Babon, Mathieu et Roux, Soupault, la théorie chimique a vécu.

Des constatations faites, il résulte que chaque malade fait « sa crise suivant l'état organopathique de son estomac ». Un dyspeptique a-t-il plus volontiers des crises qu'un tabétique non dyspeptique? Aucune statistique n'est démonstrative à ce sujet. Le seul fait qui paraît certain est le peu de durée des périodes intercalaires chez les dyspeptiques.

Les gastrorragies peuvent être sous la dépendance d'ecchymoses de la muqueuse gastrique, peut-être aussi d'ulcère de l'estomac. Gilles de la Tourette n'a-t-il pas insisté sur les rapports qui peuvent exister entre les deux affections. Il est permis d'ailleurs aussi de se demander s'il ne peut exister chez les tabétiques de véritables maux perforants gastriques dans lesquels l'ulcération aurait une origine exclusivement trophique. Dans quelques observations on trouve signalé chez les tabétiques, à l'autopsie ou au cours d'une opération, l'épaississement de la muqueuse pylorique, sans que la cause en soit expliquée.

VIII

Pronostic. — Les crises gastriques du tabes sont d'un pronostic grave pour le malade. Apparaissant à la période préataxique elles indiquent un tabes bulbaire, mais elles ne paraissent avoir aucune influence sur l'évolution ultérieure de la maladie.

Apparaissant au cours de l'ataxie, elles démontrent la marche ascendante de la sclérose qui atteint le bulbe.

Considérées en elles-mêmes, c'est une complication fâcheuse ; l'intensité des douleurs, la fréquence des vomissements fatiguent énormément le malade et leur répétition amène son émaciation rapide. Il sort de sa crise anémié, sans forces, morphinomane le plus souvent. Il est incapable de travailler et passe sa vie de service en service, devenu un vrai « pilier d'hôpital », s'il est indigent.

Ces crises, enfin, peuvent entraîner la mort par collapsus.

IX

Traitement. — Le traitement comporte deux indications, la première est de calmer la crise, la seconde est d'empêcher le retour des crises.

A. *Pendant la crise.* — Lorsque les douleurs atteignent leur paroxysme, que les vomissements se reproduisent avec abondance, la première indication est de supprimer au malade toute alimentation. La diète hydrique est parfois nécessaire ; l'eau albumineuse, le lait pris glacé pourront être tolérés en petite quantité. Lorsque les médicaments peuvent être ingérés, ils apportent quelque soulagement. C'est ainsi que le protoxalate de cérium déjà utilisé contre les vomissements incoercibles de la grossesse, a été préconisé par Ostankoff qui le donne à la dose de 10 à 15 centigrammes quatre fois par jour ; l'extrait de cannabis indica (10 à 15 centigrammes par jour), l'extrait de belladone ont été conseillés. Les bromures, l'eau chloroformée diminuent les souffrances. Parmi les alcaloïdes, la cocaïne, la stovaïne, les dérivés de l'opium tels que la codéine, la dionine, la morphine à l'intérieur sont ceux qui exercent une action sédative sur les crises.

Les médicaments agissant sur l'état gastrique n'ont pas donné de bons résultats ; les alcalins à haute dose, conseillés par Lyon, ne sont pas toujours bien tolérés. Leur emploi ne reconnaît d'ailleurs une indication nette que quand les crises gastriques s'accompagnent d'hyperchlorhydrie ; dans l'hypopepsie ils sont contre-indiqués.

Les applications externes de glace, de liniments calmants, les pulvérisations d'éther, de chlorure de méthyle sur la région de l'estomac sont des moyens adjuvants utiles. L'emploi de courants continus de 12 à 16 milliampères, le pôle positif étant appliqué au niveau du cou et le pôle négatif au niveau de la région épigastrique, peut amener un soulagement. Il en est de même des applications de rayons X, sans que leur mode d'action puisse être précisé.

Les lavages répétés de l'estomac à la sonde sont également capables dans certains cas d'atténuer l'intensité de la crise, surtout chez les dyspeptiques.

Enfin la ponction lombaire simple, pratiquée par Debove, a dans deux cas calmé les crises gastriques ; Babinski a obtenu des résultats analogues. Pal recommande les inhalations de nitrite d'amyle.

Souvent tous les moyens sont malheureusement insuffisants et les malades réclament avec insistance des injections de morphine ; celles-ci amènent souvent de suite la sédation des symptômes, mais elles doivent être employées avec parcimonie, car la conséquence de leur usage est la morphinomanie presque inévitable pour le tabétique en proie à des douleurs de toute sorte, tenté d'essayer à tout propos un remède si efficace contre toute manifestation pénible.

Des interventions chirurgicales ont été tentées contre les crises gastriques. Vallas et Cotte (de Lyon) ont dans un cas pratiqué l'élongation du plexus solaire et obtenu un soulagement immédiat. Dubar et

Leroy ont eu recours chez deux malades à la gastro-entérostomie avec succès : il est permis de rester sceptique sur le résultat à longue échéance de ces interventions sur l'estomac, qui ne sont vraiment indiquées que dans lea cas où les crises gastriques auraient pour point de départ une sténose pylorique.

B. *Dans l'intervalle des crises*, il est nécessaire de traiter les malades et d'essayer d'en prévenir ou tout au moins d'en retarder le retour. Comme l'ont montré Hayem, Babon, Roux, nombre de sujets ont des troubles de l'estomac qui reconnaissent pour cause l'ingestion répétée et abondante de médicaments; ils sont atteints d'une véritable gastrite médicamenteuse. D'autres se sont livrés à des exèès alcooliques. Il importe donc chez tous les tabétiques de cette catéhorie de supprimer l'absorption des médicaments par le tube digestif ou de n'avoir pas recours à la médication par l'estomac. Le vin, les liqueurs leur seront interdits. Achard, Roux ont insisté sur les bienfaits du régime lacté ou du régime ovolacté chez les sujets atteints de crises gastriques, reconnaissant une origine dyspeptique.

Le traitement de la maladie influe nécessairement sur l'apparition des paroxysmes douloureux; il faut signaler l'importance des injections de nitrite de soude employées par Raymond à doses progressives.

La cure thermale de La Malou, d'après Cauvy, aurait également une action sédative sur les crises.

Mais si tous les traitements généraux du tabes s'appliquent aux malades qui ont des erises gastriques, il en est un sur lequel les auteurs sont loin d'être d'accord, c'est le traitement par les injections mercurielles. La plupart, cependant, avec Lemoine emploient le traitement intensif. Si l'on admet que celui-ci a une influence sur l'évolution du tabes, il est incontestable qu'il est indiqué et doit être continué chez les malades, dont l'intensité et la fréquence des crises indiquent un tabes en évolution rapide.

BIBLIOGRAPHIE

BABINSKI. Crises gastriques du tabes. Traitement, *Journ. de méd. int.*, 1902. — BABON. *L'état gastrique des ataxiques*, Th. de Paris, 1896. — BARATON. *Crises de la néphroptose*, Th. de Paris, 1894. — BARON. *Tabes supérieur et ses formes cliniques*, Th. de Paris, 1905. — BAÜER et DOBROVITCH. Les crises gastriques prolongées des tabétiques morphinomanes, *Revue neurol.*, 1903, n° 23. — BERBEZ. Crises laryngées; fausses angines de poitrine, *France méd.*, Paris 1885. — BOUCHARD. *Troubles viscéraux de l'ataxie locomotrice.* — BOURCY. Les crises gastriques du tabes, *Indépendance méd.*, Paris 1897. — BOURGUIGNON. *Les crises gastriques dans le tabes*, Th. de Paris, 1895. — BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*, Paris 1893. — BOAS. *Deuts. med. Woch.*, 1899. — BUZZARD. *Clin. lectures of the diseases of the nervous system*, 1882.

CACHE. *Tabes, syndrome, crises gastriques*, Th. de Paris, 1897. — CATHELINEAU. Crises gastriques du tabes. Urologie et chimisme stomacal, *Arch. gén. de méd.*, 1894. — CHARCOT. Leçons de la Salpêtrière, in *Monde méd.*, 1872; — *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, années 1887 à 1890; — Des crises gastriques avec vomissements noirs, *Gaz. méd. de Paris*, sept. 1899. — CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. *Traité de méd.*, art. TABES. — CHARCOT et SOUQUES. Arthropathies tabétiques, in *Iconogr. de la Salpêtrière*, 1894. — COTTE et VALLAS. Crises gastriques. Elongation du plexus solaire, *Lyon méd.*, 1906. — CROUZON. Crises gastriques tabétiques avec lésions de l'estomac, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu* (conférences du mercredi), 1906. — CUZIN. *De l'influence des intoxications intermittentes sur l'apparition des crises douloureuses des tabétiques*, Th. de Lyon, 1897.

DEBÈVE. *Des crises gastriques du tabes avec hématémèse*, Th. de Lyon, 1898. — DEBOVE. Des crises gastriques non tabétiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1889; — Influence des ponctions lombaires sur les crises gastriques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1901; — Crise gastrique tabétique, *Journ. des prat.*, 1907. — DEBOVE et REMOND. *Maladies de l'estomac.* — DELAMARRE. *Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1866. — DEMANGE. Lésions du bulbe dans les crises gastriques du tabes, *Revue de méd.*, 1882. — DEVÉ. Vomissements périodiques et tabes fruste, *Normandie méd.*, Rouen 1905. — DIEULAFOY. *Manuel de pathol. int.*, t. III, 15e édit., 1908. — DUBAR et LEROY. La gastro-entérostomie contre les crises gastriques du tabes, *Echo méd. du Nord*, Lille, 1907. — DUBOIS. *Etude de quelques points de l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1868. — DUFOUR. A propos de la médication chlorurée; réapparition des réflexes chez les tabétiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, juin 1903. — DUPRÉ et CAMUS. Tabes avec conservation des réflexes rotuliens et cutanés, *Revue neurol.*, 1904. — DURANTE. *Dégénérescences secondaires du système nerveux*, Th. de Paris, 1895.

EICHORST. *Deuts. med. Woch.*, 9 juin 1898.

FAUSER. Ein Fall von Tabes dorsalis mit alternirenden Erscheimugen, etc., *Livre d'or du 26e anniv. de la Soc. méd. de Stuttgard*, 1897. — FÉLIX. *Les troubles gastriques dans l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1880. — FOURNIER. Des crises gastriques dans le tabes, *Gaz. des hôpit.*, 1894. — *Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique*, Paris 1885. — FRENKEL. Les signes précoces qui permettent de diagnostiquer ou tout au moins de soupçonner l'ataxie locomotrice au début, *Arch. de méd. et de chir. spéciales*, 1901.

GAUCH. *De quelques symptômes insolites de l'ataxie locomotrice*, Th. de Montpellier, 1884. — GERMAIX. Période initiale du tabes, *Revue méd. de l'Afrique du Nord*, Alger 1900. — GERMAN. Crises gastriques dans le tabès, *Prakt. med.*, Saint-Pétersbourg, 1898. — GIRAUDEAU. Tabes bulbaire, *Presse méd.*, 1894. — GIRODE. Tabes dorsalis à troubles digestifs complexes, *France méd.*, 1889. — GRAINGER-STEWARD. Note on a peculiar form of gastric crisis in locomotor ataxia, *Med. times and Gaz.*, IIe vol., 1876. — GRÜBE. Crises gastriques dans le diabète sucré, *Munch. med. Woch.*, 1895.

HABERSHORN. *Med. times and Gaz.*, nov. 1859. — HAREL. *Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1892. — HAYEM. La gastrite hyperpeptique, *Bull. méd.*, 1894; — De la valeur clinique du chimisme stomacal, *Revue des sc. méd.*, 1895. — HELGEMBERG. Tabes à évolution insolite, *Belgique méd.*, 1897. — HERRICK. Report of a cases of locomotor ataxy with laryngeal and gastric crises, *Chicago clin. Rev.*, 1893. — HOFFMANN. Zur Œtiotogie, etc., des Tabes, *Arch. f. Psychol.*, Berlin 1888. — HUCHARD et BOVET. Soc. de thérap., 13 fév. 1896. — Comment traiter les crises gastriques du tabes, *Journ. des prat.*, 1901. — HEITZ (J.). Du danger des anesthésies cutanées chez les tabétiques dans leurs relations avec les crises gastriques et intestinales, Soc. de biol., 1903. — HEITZ et LORTAT-JACOB. Des intermittences des anesthésies radiculaires dans leurs relations avec les crises gastriques du tabes, *Revue neurol.*, 1902.

INGELRANS. *Les formes anormales du tabes*, Th. de Paris, 1897.

JACQUINOT. *Etude sur les symptômes viscéraux de l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1878. — JOLY. *Crises hépatiques et tabes*, Th. de Paris, 1906.

KIDD. A fatal cases of tabes gastric crises, *Lancet*, London

1904. — A. KNAPP. Contribution au diagnostic différentiel entre les crises gastriques et la gastroxynsis périodique, *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 1904.

LABBÉ et SAINTON. Tabes à type bulbaire inférieur, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1901. — LAFFITTE. Des crises gastriques, *Gaz. des hôpit.*, 1894. — LECLEZIO. *Des crises gastriques*, Th. de Paris, 1892. — LENOIR. *Arch. gén. de méd.*, 1894. — LÉPINE. Sur une forme particulière de crises gastriques non gastralgiques, *Lyon méd.*, 1883. — LEYDEN. Ueber periodische Erbrechen Gastriche Buten, *Beit. f. klin. Med.*, Berlin 1882, t. IV. — LEMBUSCH. *Deuts. med. Wochens.*, 1802. — LINOSSIER. Influence des troubles gastro-intestinaux sur l'apparition des douleurs fulgurantes du tabes, *Arch. gén. de thérap.*, 1900. — LIOUVILLE. Soc. de biol., 1870. — LONGUET. La gastroxie nerveuse de Rossbach, *Union méd.*, Paris 1885. — LYON. *Analyse du suc gastrique*, Th. de Paris, 1890.

MAC DONNEL. Clinical lectures of a case of tabes dorsalis with gastric symptom, *New-York med. Journ.*, 1892. — DE MANOUSSI. Tabes à début et à forme gastrique prolongée, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1899. — MANTOUX. Intermittences du signe d'Argyll dans le tabes. Crises gastriques concomitantes, *Presse méd.*, 1901, n° 104. — P. MARIE. Maladies de la mœlle. — DE MASSARY. *Tabes dorsalis et dégénérescence du protoneurone centripète*, Th. de Paris, 1897. — MATHIEU. Des crises gastriques tabétiques, *Revue de thérap., de méd. et de chir.*, 1900; — La gastrite et les crises gastriques d'origine dyspeptique dans le tabes, *Semaine méd.*, 1900; — *Thérapeutique des maladies de l'estomac.* — MERKLEN. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1902. — MILIAN. Le diagnostic au début du tabes, *Revue des hôpit. de France et de l'étranger*, Paris 1904.

VON NOORDEN. Zur Pathologie der Tabes dorsalis (Gastrocrises), *Charite Annalen*, Berlin 1890.

OSTANKOFF. Des vomissements périodiques des tabétiques, crises gastriques, *Revue russe de psychiat.*, 1897. — OSER. Ueber Neurosen des Magens und deren Behandlung, *Wien. med. Bl.*, 1885.

PEL. *Munch. med. Wochens.*, 5 déc. 1903. — PETITJEAN. *Crises gastriques de l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1874. — PHILIPPE. *Anatomie pathologique du tabes*, Th. de Paris, 1897. — PIERRET. *Symptômes céphaliques du tabes dorsal*, Th. de Paris, 1875. — PINELS. Crises gastriques tabétiques, *Club méd. viennois*, 19 oct. 1898. — PITRES. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1884; — Tabes (discussion), *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1900; — Anesthésies viscérales chez les tabétiques, Congr. de Montpellier, 1898; — De l'analgésie épigastrique profonde chez les tabétiques, *Journ. de neurol.*, Bruxelles, 20 oct. 1897.

RAYMOND. Art. TABES DORSALIS du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, Paris 1884; — *Des dyspepsies*, Th. d'agr., Paris 1878; — Tabes au début, *Journ. de méd. int.*, Paris 1904; — Crises tabétiques en ceinture, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1904; — Les formes cliniques du tabes, tabes céphalique, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1905; — Crises gastriques du tabes, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1902; — Formes frustes du tabes, *Bulletin méd.*, 1906; — Quelques formes du tabes, *Journ. de méd. int.*, 1906. — RAYNAUD (Maurice). Crises néphrétiques dans l'ataxie locomotrice, *Arch. gén. de méd.*, 1876. — REICHE (Hugo). *Ein Fall von « Crise » gastrique mi Vorzugweiter Bethulungen der Darmsbei Tabes dorsalis*, Wurzbourg 1886, 39 p. — RÉMOND (de Metz). Crises gastriques essentielles, *Arch. gén. de méd.*, 1889. — RENDU. *Cliniques*; — Des crises gastriques douloureuses, *Gaz. des hôpit.*, 1891. — A. ROBIN. Des formes aiguës de l'hypersthénie gastrique, *Bulletin méd.*, 1893. — ROSENTHAL. Uber nervose gastroxie, *Wien. med. Presse*, 1886. — ROUX (J.-Ch.). *Les ésions du grand sympathique dans le tabes et leurs rapports ᷊ ec les troubles de la sensibilité viscérale*, Th. əp Paris, 1900; — Crises gastriques tabétiques aggravées par la morphine, *La Clinique*, 1905, n° 5.

H. SAHLI. Crises gastriques dans le tabes, *Correspond. Blatt. f. Schweit. Ærtze*, 1885. — SAUNDRY. On gastric crises in locomotor ataxy, *Edinburgh Hosp. Rep.*, 1893. — SCHŒFFER. *Deuts. med. Wochens.*, 1893. — SCHLAYER. Ein Beitrag zur Lehre der Crises gastriques und periodische..., *Ærtze Prakt.*, Hambourg 1892. — SCHULTZE. Ueber Krampforschemungen bei Tabes dorsalis, *Deuts. med. Wochens.*, 1894. — SEYMOUR BASCH. Crises gastriques du tabes, *Arch. f. nerv. Krank.*, 1899. — SIMONIN. *Etude sur la nature et la proportion des acides du suc gastrique dans quelques états pathologiques de l'estomac*, Th. de Lyon, 1886. — SIMONIN et LEMOINE. Sur un cas de dyspepsie à chimisme variable, *Revue de méd.*, 1893. — SOUPAULT. Hypersécrétion gastrique intermittente chez un ataxique, *Revue de méd.*, 1892. — SMITHWICK. A study of gastric contents in twenty one cases of tabes in three cases during gastric crises, *Boston med. and surg. Journ.*, 1905. — SPALIKOWSKI. De l'influence du sommeil hypnotique sur la gastralgie du tabes, *C.-r. de l'Acad. des sc.*, Paris 1879. — STRAUSS. Des ecchymoses tabétiques à la suite de crises de douleurs fulgurantes, *Arch. de neurol.*, 1881.

TALAMAS. Des lésions du système nerveux central d'origine périphérique, *Revue de méd.*, 1879. — TOPINARD. *De l'ataxie lcoomotrice progressive*, Paris, 1864. — TOUCHE. Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises tabétiques du tabes, *Presse méd.*, 1899; — Deux formes anormales de crises gastriques du tabes, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1900. — TROUSSEAU. *Cliniques*, 1887.

VAGEDES. *Ueber paroxysmales Ehrbuchen*, Berlin, 1891. — VEILLAN. *Crises viscérales de l'ataxie*, Th. de Paris, 1885. — VIRES. Die Syndrome crises gastriques, in *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital général de Montpellier*, 1900. — VULPIAN. Tabes dorsal et crises gastriques, *Revue de méd.*, 1885.

WAYNCOP (Nina). *Crises gastriques dans le tabes et au début du tabes*, Th. de Paris, 1905. — WILLIAMSON. Le diagnostic précoce du tabes, *Med. Chronicle*, août 1902.

YOUNG. Diagnostic of tabes in the preataxic stage, *New-York med. Journ.*, 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1908)

Moyen de conserver l'asepsie des bocaux de compresses. — M. FÉLIZET donne lecture d'une note sur un moyen de conserver l'asepsie des bocaux d'ouate ou de compresses qui ont été ouverts. Ce moyen consiste à mettre dans un renflement creux du couvercle une éponge imbibée de formaldéhyde. D'expériences nombreuses qui ont été faites dans le laboratoire de M. Letulle, à l'hôpital Boucicaut, il résulte que ce simple dispositif suffirait pour assurer la parfaite asepsie des matières contenues dans ces bocaux.

Des abcès du poumon d'origine dysentérique. — M. TUFFIER rapporte trois cas d'abcès du poumon qu'il a rencontrés chez des dysentériques coloniaux. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quarante ans, ayant séjourné longtemps à Madagascar, ayant été atteint de trois abcès consécutifs du foie qui ont été ouverts et, arrivé à Paris, présentant des symptômes thoraciques. M. Tuffier fit une résection costale, ouvrit la plèvre à la partie antérieure, y trouva un épanchement purulent, l'ouvrit à la partie postérieure, y trouva un épanchement séreux. A l'autopsie on trouva un abcès du poumon, indépendant, qui avait été méconnu.

Le second malade était un soldat de l'infanterie coloniale, ayant été atteint d'abcès du foie qui avait été ouvert et présentait des symptômes thoraciques. On fit des ponctions qui n'amenèrent rien. Le malade succomba à la cachexie. A l'autopsie on trouva un énorme abcès du foie et un abcès du lobe inférieur du poumon droit indépendant de l'abcès du foie.

Dans le troisième cas, il n'y avait pas de signes de côté du poumon; il y avait un abcès du foie. Une pleurotomie postérieure donna issue à un épanchement séreux. Le bas du poumon droit a pu être détaché des adhérences qu'il avait contractées avec le diaphragme. Il y avait là un abcès gros comme les deux poings.

M. Loison a eu l'occasion d'observer plusieurs faits de ce genre et il émet quelques réflexions sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement de ces abcès du poumon.

La pathogénie est variable; dans deux cas, il y avait des abcès du poumon et infection secondaire aux abcès du foie. Dans la troisième observation, le foie ne contenait pas d'abcès et l'ensemencement du poumon s'était fait par la voie sanguine.

Le diagnostic de l'existence et du siège de ces abcès du poumon est souvent très difficile. Les ponctions exploratrices du poumon peuvent présenter un certain danger au point de vue des hémoptysies. Il faut recourir à la radioscopie et ponctionner ou inciser, aidé de la radioscopie.

De l'hémostase dans les résections du foie. — M. Walther, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Faure, fait connaître un procédé auquel il a eu recours. Ayant dû réséquer un lobe hépatique de 15 centimètres de long sur 8 de large, M. Walther fit une suture et à l'aide de fils en U imbriqués, il obtint une parfaite hémostase en serrant lentement, modérément ces fils. C'est là un procédé très simple et très sûr. La suture la plus simple est toujours la meilleure.

M Ricard partage cette opinion que les sutures les plus simples sont toujours les meilleures. Chez un malade, auquel il enlevait une masse cancéreuse pylorique très adhérente au foie, il dut réséquer, en même temps que cette masse pylorique, une certaine étendue de tissu hépatique. Cela saignait de toutes parts. M. Ricard essaya d'assurer l'hémostase par des points de suture en U. Cela déchirait le tissu hépatique. Il fit alors une suture à points séparés à l'aide de gros catguts et serra doucement. Cela lui donna une hémostase parfaite.

M. Mauclaire insiste, à propos de faits analogues, sur la gravité du pronostic de l'épithélioma de la vésicule biliaire très rapidement envahissante.

M. Legueu communique l'observation d'un malade qui etait atteint d'une grosse tumeur abdominale qu'il avait prise pour un kyste de l'ovaire. Une fois en présence de la tumeur rouge foncé, vasculaire, fluctuante, M. Legueu ponctionna et donna issue à un liquide dans lequel se trouvaient des calculs biliaires. Il en conclut naturellement que la tumeur était d'origine biliaire; c'était en effet une tumeur de la vésicule biliaire, très adhérente au foie et aux parties environnantes, ainsi que le montra l'autopsie. L'examen histologique, fait par M. Latteux, montra qu'il s'agissait d'un lymphadénome de la vésicule biliaire.

Quant au moyen d'assurer l'hémostase dans les cas de résection partielle du foie, M. Legueu a eu recours deux fois, avec succès, au procédé suivant : Dans un cas, il eut à réséquer 20 à 22 centimètres de tissu hépatique. Au bord droit, au bord gauche et sur la partie médiane, il applique des points en U, puis à l'aide de fils transversalement placés, il attira l'une contre l'autre ces trois parties ainsi suturées, de façon à enserrer les tissus intermédiaires aux trois parties suturées. Il obtint ainsi une bonne hémostase.

M. Tuffier fait observer que, dans ces cas d'hémostase, il s'agit surtout d'obtenir une bonne striction, assez serrée pour assurer l'hémostase, pas assez serrée pour couper les tissus. Comme M. Ricard, il emploie des points séparés, très modérément serrés.

Exclusion du gros intestin pour entéro-colite grave. — M. Guinard fait un rapport sur une intéressante observation présentée par M. Ombrédanne.

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans qui souffrait, depuis l'âge de dix-huit ans, d'entéro-colite muco-membraneuse, avec des alternatives de diarrhée, de douleurs et de constipation. Cette femme subit successivement les lavages intestinaux, la dilatation utérine et le curetage, l'hystérectomie supravaginale pour petit fibrome, une saison à Châtel-Guyon, l'ablation de l'utérus et des annexes, une saison à Plombières, l'électrisation, et après chacune de ces tentatives, les douleurs semblaient s'exagérer encore, si bien que la malade tomba dans un état nerveux des plus graves. M. Ombrédanne ayant remarqué que le maximum de la douleur existait surtout du côté droit le long du côlon ascendant et sur le côlon transverse, conclut qu'il devait s'agir d'une grave lésion du gros intestin. Il fit une laparotomie sus-ombilicale, trouva le cæcum relié à la paroi par des adhérences, dégagea l'intestin, posa une ligature sur le cæcum à son origine, et pratiqua une anastomose iléo-sigmoïdienne, excluant ainsi les côlons ascendant et transverse. Les douleurs auraient cessé.

M. Guinard fait suivre l'exposé de cette observation d'un historique complet de la question. Il résulte des recherches et des statistiques qu'il fait connaître, que dans les cas très graves d'entéro-colite muco-membraneuse, le traitement chirurgical donnerait des chances de succès très appréciables.

Une courte discussion s'engage sur la communication de M. Guinard entre MM. Monod, Nélaton et Richelot.

La malade de M. Ombrédanne serait, paraît-il, reprise de douleurs.

Un complément d'informations s'impose.

Kyste hydatique du foie. — M. Walther rapporte l'observation d'un malade qui portait une énorme tumeur du foie, kyste hydatique du foie pour M. Chauffard, sarcome du foie pour M. Dalché. Ce malade fut envoyé dans le service de M. Walther qui repoussa le diagnostic de sarcome et soumit le malade au traitement antisyphilitique, iodure et frictions mercurielles. La tumeur diminua considérablement dans les premiers temps, puis on ne constata plus aucun effet de traitement spécifique. M. Walther intervint et trouva un énorme kyste hydatique du foie qu'il traita par l'excision et la suture. Guérison.

Obstruction intestinale par calcul. — M. Potherat présente un calcul intestinal qui avait déterminé une obstruction. Entérotomie, ablation du calcul.

Grossesse tubo-interstitielle externe. — M. Tuffier présente une jeune femme de vingt-trois ans auprès de laquelle il fut appelé d'urgence et qu'il trouva en pleine syncope, avec des signes d'inondation péritonéale. Laparotomie d'urgence, rupture d'une grossesse tubo-interstitielle externe. Guérison.

Cancer du gros intestin. — M. Michaux présente un cas de résection de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant pour cancer, anastomose termino-latérale. Guérison.

Radiographie. — M. Rochard montre une radiographie qui semble représenter très exactement un calcul uretéral.

M. Luys a fait le cathétérisme de cet uretère et il s'est aperçu qu'il n'y avait rien. Il s'agissait d'un athérome de l'artère iliaque.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LES MÉDECINS

Au cours de la discussion qui a lieu à la Chambre au sujet de l'impôt sur le revenu, l'honorable M. Ribot vient de prononcer un discours dont les médecins liront avec intérêt le passage suivant :

« M. Ribot. On n'est pas riche à Paris, quand on a 15 000 ou 20 000 francs de traitement. Nous l'avons montré nous-mêmes en donnant une sorte de mesure de ce qu'est le nécessaire à Paris.

Vous frappez les professions libérales beaucoup plus durement qu'elles ne le sont.

Permettez-moi de vous dire qu'un médecin qui gagne 20 000 francs par an, à Paris, n'est pas un homme riche. C'est un homme qui a fait des études considérables, qui a dépensé, souvent, le capital accumulé par sa famille, qui a passé des années à attendre la clientèle, qui n'a devant lui que quelques années d'une profession activement exercée, qui est obligé de reconstituer un capital de prévoyance pour sa femme et ses enfants, au moyen d'une assurance. Cet homme-là, c'est un ouvrier, dans le sens élevé du mot; c'est un homme qui n'a pas de capital. Vous le traitez plus durement — je vous le montrerai plus tard — que le propriétaire exploitant. Vous avez des faveurs pour celui-ci; vous n'en avez pas pour la profession libérale.

Sans vouloir insister davantage, j'ai fait le compte — que M. le directeur général a vérifié — de ce que paiera, à Paris, un médecin qui gagne, bon an, mal an, 20 000 francs dans la période la plus active de sa carrière. Il paiera sur les bénéfices de sa profession; il paiera l'impôt complémentaire, et tout cela fera une somme supérieure à 1 000 francs — 1 000 francs de principal — qui sera doublée et peut-être plus que doublée par les centimes locaux.

Cela ne vous paraît-il pas excessif? C'est la justice, dites-vous ! Mais qu'est-ce que la justice ? Est-ce qu'elle ne s'inspire pas de considérations très diverses? Est-ce que vous pouvez aggraver, du jour au lendemain, toutes ces situations sans soulever contre vous des résistances légitimes ? Ces médecins, les avocats, les avoués, les notaires, tous ceux qui exercent ces professions libérales, ont une clientèle considérable dans ce pays, si considérable, monsieur le président du Conseil, que, lorsque vous avez proposé de supprimer la vénalité des charges, vous vous êtes heurté à de singulières résistances.

M. le président du Conseil. Des intéressés. C'était toute la basoche parlementaire!

M. Ribot. Toute la basoche, mais aussi tout le monde parlementaire. En effet, ce médecin, cet avocat, cet avoué a derrière lui une clientèle électorale considérable. Ce qui explique ce paradoxe que la République, depuis trente-cinq ans, n'a pas osé toucher à la vénalité des charges, qui est une institution bourgeoise...

M. Varenne. Et indéfendable!

M. Ribot... c'est qu'on remue par des incidences réelles tout une partie du corps électoral. Il n'est pas nécessaire, dans l'intérêt de la République, de mécontenter tous ces contribuables. Une imposition de 1 000 francs pour un revenu de 20 000 francs, c'est 5 p. 100 du revenu. En Alsace, que paient les professions libérales? Elles paient 1 fr. 90. En Angleterre, elles payaient 5 francs, mais on a trouvé que c'était excessif et, l'année dernière, on a réduit ce taux à 3 fr. 75. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 29 FÉVRIER 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 février, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Nicolas, Potocki et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Retterer, Proust et Couvelaire; — (3e série) : MM. Lepage, Branca et Lecène; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Gosset et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Brissaud, Sicard et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 25 février, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Pozzi, Demelin et Morestin; — (2e série) : MM. Albarran, Launois et Brindeau; — (3e série) : MM. Bar, Ricard et Cunéo; — (4e série) : MM. Quénu, Maygrier et Hartmann ; — (5e série) : MM. Retterer, Auvray et Jeannin; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 26 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Gosset et Ombrédanne.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Potocki et Mulon ; — (2e série) : MM. Delens, Branca et Couvelaire ; — (3e série) : MM. Lepage, Macaigne et Proust; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 27 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Cunéo et Lenormant.

3e (2e partie) : *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Maillard et Brumpt.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Demelin et Morestin; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Jeannin; — (3e série) : MM. Maygrier, Launois et Marion; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 28 février, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Nicolas et Lepage; — (2e partie) : MM. Blanchard, Brissaud et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Mccaigne; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Gosset et Lecène; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 29 février, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Maygrier et Cunéo ; — (2e série) : MM. Quénu, Marion et Brindeau.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Jeanselme; — (2e série) : MM. A. Robin, Fernand Bezançon et Castaigne ; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Jeannin; — M. Langlois, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 17 février 1908.

L'an dernier, en étudiant la situation que fera au médecin le projet d'impôt sur le revenu de M. Caillaux, nous avons montré les lourdes charges et les mesures vexatoires qui atteindraient notre profession si le projet était voté (1).

Le beau discours de M. Ribot vient de montrer à quel point notre appréciation était juste et combien nos évaluations étaient exactes.

« Le médecin, a-t-il dit très justement (2), est un ouvrier dans le sens élevé du mot, c'est un homme qui n'a pas de capital et il est traité plus durement que le propriétaire exploitant. »

La question est ainsi bien posée, et c'est sur ce terrain que doivent combattre tous les syndicats médicaux, toutes les sociétés qui ont entrepris la défense de nos intérêts.

En présence de l'*impôt d'exception* qui menace notre profession, ils ne devront pas hésiter à faire valoir que « le médecin a derrière lui une clientèle électorale considérable », souvent mise au service de la majorité parlementaire actuelle.

Aux yeux de députés pour lesquels l'intérêt électoral prime toute autre question, il y a là un argument dont le poids peut être considérable.

(1) « L'inquisition fiscale et les médecins, » *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 25, p. 295 et 296.

(2) « L'impôt sur le revenu et les médecins, » *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 19, p. 226.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 15 février : MM. Bloch (André), 10; Maillet, 11; Tanzi, 7; Fouchet, 12; Pironneau, 11; Chauvet, 9.

PATHOLOGIE. — Séance du 15 février : MM. Gougelet, 6; Séjournet et Gendron, 8; Besnard (Jean), 6; Ausset, 11; Barthélemy, 5; Phélip, 10; Flandin, 11; Malet (Charles), 4; Weill, 10.

— CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — — Le jury est définitivement composé de MM. Méry, Achard, Triboulet, Debove, Déjerine, Dieulafoy, F. Bezançon, Richardière, Lacombe et Jeanselme.

CONGRÈS DES PRATICIENS. — COMMISSION PLÉNIÈRE DE L'ENSEIGNEMENT. — *Séance du 18 janvier.* — Dans une discussion assez confuse, dit le procès-verbal, sont étudiées des questions relatives à l'organisation du Congrès de Lille (cotisations, mode de votation).

— SOUS-COMMISSION DE L'ENSEIGNEMENT. — M. Delthil (de Briare) donne lecture de sa communication sur les cercles d'études entre praticiens. La Commission approuve ces cercles dont plusieurs existent déjà notamment à Briare, à Gannat, à Saint-Etienne et se propose de les faire connaître. La Commission se fait mettre au courant par M. Reymond des travaux des différentes commissions officielles.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 26 janvier 1908, ont été promus :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe François, Fauré, Vouters, Ducellier, Dreneau, Benjamin, Sibenaler, Blain, Armstrong, Jambon, Huet, Beinet, Bouchaud, Casabianca, Besse, Gaillaud, Bouissière, Gaubil, Cheynel, Espinasse, Roton, Lefebvre, Challier, Sauvet, Duliscouët, Audhuy, Récamier, Millon, Laporte, Marque, Vidal, Popp, Villeneuve, Duhourcau, Dufresne, Guennoc, Pochoy, de Schaken, Gui-

zelin, Salonne, Chamontin, Pichon, Cunaud, Renault et Griscelli.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Bilhaut (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Pierre Barbier, Lucien Dreyfus, Ernous, Fouineau et Tollemer (de Paris).

— Le ministre de l'Intérieur décerne des médailles honorifiques aux médecins dont les noms suivent pour leur participation active et dévouée aux travaux des commissions d'hygiène des arrondissements de Paris.

Médaille d'or. — M. le docteur Bertholle.

Médaille de vermeil. — M. le docteur Moret.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Delaunay, Gougelet, Véron.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Morin, Gillet.

— Arrondissements de Saint-Denis et Sceaux :

Médaille de vermeil. — M. le docteur Gueneau.

Médaille d'argent. — M. le docteur Thouvenet.

Médailles d'or. — MM. les docteurs Levraud et Riban, membres du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

— Le Conseil général de la Seine accorde des médailles d'honneur en bronze aux médecins du service des Enfants assistés dont les noms suivent : MM. Gernez (de Mont-Saint-Eloi), Poulaines (d'Avallon), Jardon (d'Huriel), Vaisson (de Contres), Tournissont (de Culan), Faure (de Châtel-de-Neuvre).

L'A. G. ET L'IMPOT SUR LE REVENU. — On sait que l'Association générale des médecins de France a son capital constitué en rentes sur l'Etat ou déposé à la Caisse des dépôts et consignations. Dans l'un et l'autre cas, elle n'a rien à payer au fisc. Or, que le projet Caillaux soit voté et son revenu sera frappé d'un impôt de 8 p. 100. D'abord l'impôt de 4 p. 100 qui frappe les revenus des capitaux mobiliers (art. 3, § 3; art. 6 et 9), et 2° l'impôt complémentaire de 4 p. 100 (art. 60) sur l'ensemble des revenus.

Une société de secours mutuels, dont le revenu serait aujourd'hui de 100 000 francs, aurait donc 8 000 francs d'impôts à payer. Elle serait donc obligée de réduire le nombre ou le chiffre de ses pensions. C'est dire que nous devons nous tenir sur nos gardes, prêts à mettre en jeu tous nos moyens d'action, et ils sont nombreux! (*Bull. méd.*)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE ET BANQUET ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE L'ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association se tiendra au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, le vendredi 21 février, à 6 heures très précises du soir. Elle sera suivie d'un banquet, auquel assisteront MM. les ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de l'Agriculture, ou leurs délégués; M. le doyen de la Faculté de médecine, MM. les présidents des Associations de presse et autres notables personnalités. (Prix du banquet : 12 francs. Tenue de soirée.)

Nos collègues voudront bien assister en plus grand nombre possible à ce banquet, destiné à commémorer le premier anniversaire de la fondation de notre Société, qui compte, à l'heure actuelle, 130 membres actifs. Prière d'envoyer, au plus tôt, son adhésion au secrétaire général, 9, rue de Poissy, Paris-V^e^.

Ordre du jour de l'Assemblée générale : 1° lecture du procès-verbal de la précédente Assemblée et de la correspondance; 2° compte rendu moral, par le secrétaire général; 3° compte rendu financier, par le trésorier; 4° candidatures nouvelles; 5° allocution du président sortant; 6° renouvellement du bureau; 7° questions diverses.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCE D'EXTERNAT. — MM. Barbier, Olivier, Pottel, Stern, internes des hôpitaux de Paris, commenceront le jeudi 20 février prochain à quatre heures, au siège de l'Association, une conférence d'externat spécialement réservée aux membres de l'Association.

Cette conférence continuera les jeudis suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 10 francs par mois.

Prière de s'inscrire au secrétariat de l'A. C., 21, rue Hautefeuille.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE. — La séance annuelle aura lieu le 20 février à trois heures, dans la grande salle du musée de l'Ecole d'application au Val-de-Grâce, sous la présidence d'honneur de M. le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre.

Après la séance solennelle, l'Assemblée élira son bureau pour 1908.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 1, 4 janv. 1908.) KRÜGER : Nouvelles recherches cliniques sur la théolactine. — (N° 2, 11 janv.) KLOTZ : Sur le yoghurt.

Medizinische Blætter. — (N° 1, 4 janv. 1908.) WITTE : Sur la possibilité d'influencer le climat. — (N° 2, 11 janv.) WITTE : Sur la possibilité d'influencer le climat. — (N° 3, 18 janv.) WITTE : Sur la possibilité d'influencer le climat.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 52, 26 déc. 1907.) KORITSCHAU : Sur l'importance de la sédimentation du contenu gastrique pour la fixation de l'acidité après le repas d'épreuve. — RACYNSKI : Expériences thérapeutiques dans le traitement de la méningite cérébro-spinale au moyen du sérum de Jochmann. — SCHEINPFUG : Guérison de la péritonite tuberculeuse par la lumière solaire. — BLOCH : Contribution à la théorie sexuelle des névroses de Freud. — DEUK : Résection intestinale étendue avec guérison. — (N° 1, 2 janv. 1908.) FINGER : Les dernières acquisitions dans le domaine de la syphilidologie. — JOANNONICZ : Les données des recherches expérimentales sur le cancer. — KRAUS et DŒRR : Toxines et antitoxines méningococciques. — HENTZLER : Sur les cuti-réactions tuberculeuses chez l'adulte. — MANSFELD : Considérations sur l'utilité et la qualité de l'anesthésie par la scopolamine-morphine en obstétrique. — (N° 2, 9 janv.) CHVOSTEK : Myasthénie grave et corps épithéliaux. — HALASZ : La levulosurie alimentaire dans les maladies du foie. — CLAIRMONT : Ostéoplastique après une opération d'empyème du sinus frontal. — TERTSCH : Quelques cas d'affections vaccinales de l'œil. — WEIL et BRAUN : Influence des extraits alcooliques d'organes sur les anticorps. — (N° 3, 16 janv.) STEIN : Traitement de la blennorragie et recherche du gonocoque. — ZACK : Glycosurie dans les irritations du duodénum. — MORELLI : Sur les réactions cutanée et conjonctivale de la tuberculine. — KHANTZ : Sur les indurations musculaires angiomateuses. — MAYRHOFER : Une nouvelle table d'opération pour la chirurgie dentaire.

A PROPOS DE LA CAMPTODACTYLIE

Ou inflexion permanente du petit doigt, et parfois des doigts voisins d'origine tuberculeuse.

Par René HORAND,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.

A la séance du 10 janvier dernier à la Société médicale des hôpitaux, MM. Milian et Crépin ont communiqué des recherches fort intéressantes sur la *Camptodactylie, tuberculose scléreuse des tendons*. Ils ont montré que cette déformation unie ou pluri-digitale, signalée, pour la première fois, par M. le professeur Landouzy, et attribuée par lui à l'*arthritisme*, ou, pour être plus exact, au *neuro-arthritisme*, était loin de reconnaître une telle pathogénie et qu'elle devait être attribuée, au contraire, à la *tuberculose*.

Ces auteurs arrivent, au point de vue de cette dernière pathogénie, à une étiologie presque invraisemblable, car sur 100 camptodactyliques, pris au hasard, ils ne trouvent pas moins de 94 cas, nettement imputables à la tuberculose ; dans les 6 autres cas, « ces six derniers malades (pour nous servir de leur propre expression) étaient cliniquement indemnes. Pourtant, certains d'entre eux présentaient des antécédents familiaux nettement tuberculeux. La plupart présentaient de petites lésions telles que l'acrocyanose qui est une véritable tuberculide. »

Ces chiffres sont d'une trop grande éloquence pour ne nous avoir point frappé. Ils viennent, et au delà, à l'appui des idées que nous avons défendues, sous l'inspiration de M. le professeur Poncet, dans un mémoire paru il y a tantôt un an (*Lyon médical*, 10 mars 1907 : *Camptodactylie ou inflexion permanente du petit doigt, et parfois des doigts voisins, d'origine tuberculeuse*). Nous nous félicitons, tout d'abord grandement, de l'appui apporté par MM. Milian et Crépin à la doctrine que nous avons soutenue, à savoir : l'inflexion permanente du petit doigt et parfois des doigts voisins, inflexion *stigmate de tuberculose*, comme le disent, du reste, MM. Milian et Crépin et non pas *stigmate d'arthritisme*, comme le veut et l'enseigne M. le professeur Landouzy.

La conclusion générale de MM. Milian et Crépin : qu'il faut attribuer la camptodactylie à l'infection tuberculeuse, est absolument celle que nous avons formulée dans notre mémoire (loc. cit.).

Sur certains points, cependant, nous différons quelque peu, ou tout ou, moins, nos deux études se complètent l'une l'autre.

M. Milian, en effet, a recueilli 100 observations de camptodactylie, et 100 fois, ou à peu près, il rend une telle malformation, fonction de la tuberculose. Dans notre étude, au contraire, nous plaçant à un autre point de vue, nous avons examiné 100 tuberculeux avérés, et chez 40 nous avions trouvé de l'inflexion permanente, soit du petit doigt seul, soit du petit doigt et des doigts voisins, d'où notre conclusion : que, dans plus d'un tiers des cas, la camptodactylie était imputable à la tuberculose : cela en dehors de toute autre cause appréciable.

D'autre part, sans s'expliquer nettement sur le *modus faciendi* de la rétraction des phalanges, M. Milian donne à entendre qu'elle est le fait de la rétraction des tendons fléchisseurs, comparable « à la rétraction du tendon d'Achille, dans les ulcères tuberculeux de la jambe », ulcères de jambe dont il a mis au jour, dans ces derniers temps, la nature bacillaire. Cette opinion est, en quelque sorte, une vue de l'esprit, car il n'est pas fait mention d'opérations sur le vivant, ou de dissections sur le cadavre, justifiant cette interprétation de l'inflexion des doigts.

Dans notre travail sur la camptodactylie nous avons pu avoir recours, ainsi que l'avaient fait M. Landouzy et Mme Déjerine, à ce dernier mode d'investigation. Nous rappellerons, à ce propos, que nous avions, comme ces derniers auteurs l'avaient indiqué, rencontré des scléroses des tissus fibreux péri-articulaires, des brides appartenant à l'aponévrose palmaire et parfois aussi un certain degré de sérosite sèche, avec épaississement de la gaine des tendons. Ajoutons à ces lésions fibreuses, rétractiles, parfois un peu d'arthrite sèche, avec légère déformation des extrémités articulaires, déformation primitive ou secondaire, en vertu de laquelle, tous les tissus périarticulaires sectionnés, la déformation n'en existe pas moins. En un mot, il s'agit d'un processus scléreux, complètement assimilable à celui de la rétraction de l'aponévrose palmaire classique, ou maladie de Dupuytren, processus identique à celui de nombre d'arthropathies sèches, et tel qu'il a été décrit, maintes fois, par M. le professeur Poncet et ses élèves, depuis leurs travaux sur le rhumatisme tuberculeux articulaire et la tuberculose inflammatoire, à forme scléreuse.

Au point de vue de la pathologie générale, nous y voyons, une fois de plus, la confirmation de cette notion : étant donnée l'existence de la tuberculose inflammatoire, que tous les tissus, tous les appareils, tous les organes peuvent être le siège de cette variété de tuberculose, et, en particulier, de la modalité sclérosante, qui devient, chaque jour, de plus en plus commune, à mesure que l'on sait mieux la rechercher.

Existe-t-il dans la camptodactylie de la rétraction tendineuse, ou mieux, comme le pense M. Milian, cette rétraction est-elle la cause de l'inflexion permanente du petit doigt, et parfois, d'autres doigts ? A cette double question nous répondrons : que dans nos dissections, nous n'avons pas constaté d'altération des tendons ; que les lésions vont surtout de la peau, qui est parfois prise, comme dans la maladie de Dupuytren, aux tissus sous-jacents, et que, siégeant primitivement du côté des tissus fibreux périarticulaires, elles s'étendent, comme nous l'avons vu, parfois jusqu'à la gaine des tendons.

Il est donc très admissible que les tendons soient, à leur tour, envahis, mais alors secondairement. Du reste, nous admettons parfaitement que le tissu tendineux, tissu fibreux, par excellence, puisse être

atteint primitivement, mais nous n'avons jamais constaté le fait *de visu*. Aussi croyons-nous que, dans la grande majorité des cas, lorsque le tendon est pris, il l'est consécutivement.

Quant à la rétraction des tendons dans les observations de M. Milian et dans la plupart des nôtres, elle doit être attribuée, avant tout, à leur raccourcissement physiologique succédant, dans la circonstance, à la flexion des phalanges.

La même interprétation nous semble tout à fait acceptable pour la rétraction du tendon d'Achille dans les ulcères tuberculeux de la jambe décrits par M. Milian et alors que le pied tombant, par suite d'une position vicieuse, présente un degré plus ou moins grand d'équinisme. C'est là, du moins, ce que l'on voit journellement en chirurgie, où déformation articulaire et rétraction tendineuse reconnaissent ce simple mécanisme.

ÉPINGLES EXTRAITES DES JAMBES

D'UN LÉGIONNAIRE BLESSÉ EN MARAUDE

Par le médecin-major BONNETTE.

Pour effrayer et chasser les maraudeurs, on fait généralement usage d'une poignée de gros sel de cuisine, introduite dans le canon du fusil au-dessus de la charge de poudre. « Si le fusil, écrit le docteur Ménière, est chargé depuis quelques instants et qu'il soit tiré à distance convenable, le but peut être atteint sans grands inconvénients; mais si on laisse au sel le temps de se concréter et que l'on tire d'assez près, la charge peut faire balle et causer de graves accidents. Notre confrère a vu, dans un cas semblable, un gros chien tué tout raide. »

On emploie aussi dans le même but des grains de blé, des lentilles, des pois, du gravier, du sable fin, de la terre, etc. L'action dymanique et vulnérante de ces divers projectiles croît en proportion de leur volume, de leur poids, de la force de projection et de la distance du but.

Ménière prétend même qu'on se sert parfois d'une chandelle de suif, qui introduite dans le fusil est violemment projetée et provoque des plaies contuses assez profondes, « pourvu que le coup soit tiré à une petite distance. »

Personnellement nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital militaire d'Oran, avec notre bon camarade le médecin-major Bonnery, le cas d'un légionnaire qui reçut en maraude d'un indigène de garde, un coup de feu contenant du sel et des épingles.

Sur l'instant la douleur est vive, la peau devient rouge, chaude, mordicante, comme s'il avait été flagellé *avec des orties*, selon son expression. Léger suintement sanguin.

Le surlendemain, il se présente à la visite, et est admis à l'infirmerie où il reste dix jours au repos complet. Sous l'influence des pansements humides, les phénomènes inflammatoires se calment, les douleurs disparaissent et à sa sortie le blessé n'éprouve plus qu'une gêne légère à la déambulation.

Après quelques jours de service, il est repris de douleurs assez vives dans tout le membre inférieur gauche et le soir il se plaint de légers mouvements fébriles.

Admis à l'hôpital, nous constatons avec notre camarade Bonnery de petits nodules sous-dermiques, de la grosseur d'un œuf de pigeon, au niveau du mollet gauche, du creux poplité et du tiers inférieur de la cuisse. La peau est légèrement rouge mais nous ne constatons pas de fluctuation. La fièvre est de moyenne intensité, léger embarras gastrique.

Le membre tout entier est recouvert d'un pansement humide chaud, qui est renouvelé deux fois par jour.

Le troisième jour, nous percevons sur deux de ces nodules une fluctuation assez nette. Incision immédiate sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle et à notre grand étonnement nous retirons de chacune de ces poches purulentes une épingle mouillée baignant dans du pus.

Onze épingles furent successivement enlevées et un mois après notre blessé était complètement guéri.

Ce légionnaire nous avoua alors qu'il avait été blessé à environ trois ou quatre pas par un indigène de garde, au moment où escaladant le mur d'une propriété il se trouvait encore à cheval sur ce mnr, ce qui expliquait la localisation de ces nodules dans le membre inférieur gauche seul atteint.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES PHÉNOMÈNES CONGESTIFS ET DOULOUREUX DES HÉMORROIDES

Contre les phénomènes congestifs et douloureux une fois qu'ils sont apparus, on aura recours aux lavements quotidiens d'eau à 45 ou 50 degrés et aux applications, sur les paquets variqueux, de compresses de tarlatane imbibées d'eau à la même température.

Au lieu de ces compresses chaudes, on pourra aussi appliquer une vessie de glace avec interposition de flanelle.

En plus — et c'est là un point essentiel du traitement local — on prescrira des onctions calmantes avec une pommade à la stovaïne.

On pourra formuler comme suit :

Stovaïne...................	25 centigrammes.
Adrénaline au millième....	xx gouttes.
Lanoline.............. } *áā*	10 grammes.
Vaseline.............. }	

Ou :

Stovaïne...................	1 gramme.
Extrait de ratanhia........	2 —
Onguent populeum.........	30 —

En cas d'hémorroïdes internes, on se servira de suppositoires stovaïnés :

Stovaïne..................	2 centigrammes.
Extrait de belladone......	3 —
Beurre de cacao..........	Q. s.

pour un suppositoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1908)

Nouveau traitement du chloasma et des pigmentations de toute nature. — Le docteur italien Adelfo MASOTTI a fait à la Société une communication sur un nouveau traitement du chloasma et des pigmentations de toute nature qu'il a inauguré avec succès dans le service et sous le contrôle du professeur Balzer.

Ce traitement consiste essentiellement dans l'emploi successif des scarifications et de l'eau oxygénée.

Les résultats sont très encourageants : la décoloration des tissus s'opère en effet, très rapidement, presque sans douleur et sans aucune de ces vives réactions cutanées qui rendent les autres traitements si effrayants pour les femmes délicates et coquettes.

Réactions hémolytiques comparées (sérum et liquide rachidien) chez les paralytiques généraux. — MM. A. MARIE, LEVADITI et YAMANOUCHI ont repris l'étude des réactions de la méthode de Wasserman en comparant les réactions parallèles et en série du sérum sanguin et du liquide céphalo-rachidien. Le sérum donne une réaction beaucoup moins fréquente (59 au lieu de 93 p. 100). Dans certains cas elle s'accentue dans le liquide spinal tandis qu'elle va s'atténuant chez le même sujet en ce qui concerne le sang. Dans les accidents syphilitiques secondaires c'est le contraire, le sérum donne la réaction la plus nette.

Les cas témoins non paralytiques ni syphilitiques n'ont pas donné de réactions analogues, sauf en un cas complexe de tuberculose avec confusion mentale sans que les antécédents spécifiques aient pu être relevés (l'évolution des cas pourrait aboutir à une paralysie générale ultérieure).

Cholécystite suppurée. — MM. ROGER et DEMANCHE rapportent l'histoire d'une malade de vingt-cinq ans entrant à l'hôpital pour des crises gastralgiques semblables à des crises d'hyperchlorhydrie. Peu à peu le tableau clinique changea, la température devint très élevée, puis l'état général devint très grave en même temps que le foie augmentait de volume. L'intervention chirurgicale fut refusée, la malade d'ailleurs guérit spontanément peu de temps après.

Les recherches faites sur le sang démontrèrent l'existence en culture pure d'un petit bacille moins mobile que celui de la fièvre typhoïde. Ce bacille put être identifié au bacille paratyphoïde B. Etait-ce la cause des accidents? Pour le savoir les auteurs eurent recours à la méthode de l'agglutinement et le résultat fut des plus nettement positifs. Par comparaison les auteurs essayèrent l'agglutinement avec d'autres bacilles et n'obtinrent aucun résultat. Les cultures du microbe trouvé chez le malade, inoculées chez le lapin, démontrèrent qu'il y avait à l'autopsie de l'animal une cholécystite suppurée très nette.

Un cas de fièvre typhoïde prolongée avec otéo-périostites suppurées. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et S. ISRAËLS DE JONG apportent l'observation clinique d'une femme de cinquante ans, atteinte de fièvre typhoïde grave à rechutes, qui eut pendant sa convalescence sept abcès périostiques successifs à la face interne du tibia gauche, en un point symétrique du tibia droit, au niveau du tiers supérieur du cubitus gauche, à la face interne du fémur droit, à la partie supéro-externe de la jambe droite, au tiers supérieur de la face antéro-interne du fémur gauche, au niveau des côtes inférieures gauches. Ces complications ostéo-périostiques ont retenu le malade neuf mois au lit et se sont caractérisées bactériologiquement par la présence d'entérocoques dans le pus des premiers abcès et par la stérilité du pus des derniers.

Classique par plusieurs côtés (localisations symétriques des abcès tibiaux, apparition dans la convalescence, siège le long des épiphyses des os longs), cette observation présente néanmoins quelques particularités : sa longue durée, l'âge avancé de la malade, la présence d'abord de l'entérocoque dans le pus puis la stérilité de celui-ci, la terminaison heureuse de la complication, enfin sa relative fréquence en 1907, indiquant une tendance aux « séries » et aux localisations similaires des agents microbiens au cours d'une même épidémie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Au dernier Congrès des praticiens, le vœu suivant fut adopté sur la proposition de M. Louis Régis :

« Le Congrès proteste contre le racolage des blessés du travail par les cliniques des accidents du travail au moyen de versements en espèces et regrette que de pareilles mœurs s'introduisent dans le corps médical (1). »

Ce vœu n'était pas inutile si l'on en croit l'article suivant, que publie *le Temps* et que nous reproduisons et qui se passe de commentaires *in extenso!*

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL
SIMULATEURS ET MÉDECINS MARRONS

Pour avoir des preuves précises et certaines des agissements des médecins marrons, qu'il soupçonnait de faire racoler les ouvriers blessés pour exploiter leurs patrons, M. Villemin, président de la chambre syndicale de la maçonnerie, a employé le moyen suivant, dont il nous a exposé les résultats.

M. Villemin a choisi deux de ses ouvriers les plus intelligents, jouissant d'une santé parfaite.

Il les a fait visiter par un chirurgien des hôpitaux de Paris, le docteur Lapointe, qui, après un examen attentif, leur a délivré deux certificats conçus à peu près identiquement dans les termes suivants :

« Je soussigné, André Lapointe, chirurgien des hôpitaux, déclare avoir examiné le sieur X... aujourd'hui.

Cet homme ne présente en aucune région du corps la moindre trace d'un traumatisme récent. »

Puis il leur a remis à chacun une déclaration d'accident et leur a dit d'aller, munis de ces déclarations, chez tel ou tel docteur, et là, de raconter qu'ils ont été victimes de tel outel accident.

Ces deux ouvriers ont visité ainsi plusieurs médecins et les détails de ces démarches, qui, chaque fois, étaient consignés, immédiatement à leur retour, d'après leur récit, sont des plus instructifs.

Le premier ouvrier, A..., se rend tout d'abord chez le docteur X..., à qui il raconte qu'il souffre d'un effort. Voici le récit de cette première visite :

« Le docteur X... est un homme de vingt-six à vingt-huit ans, l'air peu sérieux. Il me serre la main, me tape sur le ventre. Après avoir expliqué mon soi-disant accident, il me dit de rentrer chez moi. « Tu vas payer un verre à ton concierge et lui dire de répondre, si on vient te demander, que tu es malade au lit, que ton médecin vient te soigner tous les jours chez toi. Si on veut monter, tu diras que ce n'est la peine, que tu n'ouvriras pas. Tu comprends? Je suis censé te soigner chez toi tous les jours depuis hier au soir. Pas de

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 44, p. 525.

pharmacien. Je te donnerai ce dont tu auras besoin. Dans quinze jours tu reviendras ici, je te ferai visiter par le médecin de l'assurance. »

Il me demande ensuite si nous avons des copains dans les chantiers. Sur ma réponse affirmative, il me dit : « Tu vas tâcher de les voir, tu leur expliqueras la façon de tomber. (Il nous montre comment s'y prendre, en glissant sur le parquet et en se relevant sur le côté.) Tu leur diras de prendre une voiture, de se faire reconduire chez eux et de n'avoir d'autre médecin que moi. Chaque fois, me dit-il, que tu m'amèneras un client, il y aura une pièce comme celle-là pour toi. »

Et il sort de sa poche une pièce de 5 francs.

Il ne veut même pas me visiter. Il me dit que ce qu'il veut, c'est d'avoir beaucoup de clients qui n'ont rien; il les reconnaît malades pendant cinq ou six semaines, ne leur donne pas de médicaments; comme cela, il n'a pas d'ennuis avec les assurances. »

Et le docteur X... remet à A... le certificat suivant :

« Je soussigné, docteur X..., délivre le présent certificat pour être annexé à la déclaration d'accident de travail survenu le..., à M. A..., au service de M. Villemin, accident survenu à cinq heures et demie (effort en soulevant une dynamo de 300 kilos à plusieurs, ayant déterminé une violente contusion de la région lombaire, surtout du côté gauche, et de la région de l'aine et de la cuisse gauche); ce qui occasionne une incapacité de travail de cinq à six semaines, probablement sans suites consécutives. »

Quelques jours plus tard, l'ouvrier A... retourne accompagné de son camarade l'ouvrier B..., chez le même docteur X... Voici le récit de l'entrevue :

« Le docteur nous reçoit tous deux dans son cabinet. Je lui dis que j'avais, suivant ses conseils, expliqué à mon camarade comment faire pour simuler un accident du travail, la façon de tomber, dire où il souffre, etc., etc.

Il dit à mon camarade de venir le lendemain, qu'il lui posera un bandage, et qu'il lui expliquera très exactement ce qu'il doit éprouver et dire au médecin qui pourrait lui faire passer une contre-visite.

Il nous donna à chacun un verre de rhum, et en me quittant il me donna 3 francs pour prix de mon racolage (il m'en avait promis 5).

Il dit en terminant à mon camarade qu'il avait l'air d'un malin, et que s'il voulait ils pourraient gagner tous deux de la bonne galette, qu'il se faisait fort de faire durer cette affaire deux mois... »

Et le docteur X... remet à l'ouvrier B... le certificat suivant :

« Je, soussigné, docteur X..., délivre... etc., accident occasionné par un glissement avec chute sur le côté droit du corps de 1 mètre de haut, en posant une machine sur un bâtis, ayant déterminé : 1° une *fracture* de côtes droites sous le sein, avec contusion du plan costal droit; 2° une contusion du genou droit; et 3° une entorse du cou-de-pied droit; ce qui entraîne une incapacité de travail de six à huit semaines, probablement sans suites consécutives. »

Le lendemain, B... retourne chez le docteur X...

« Le docteur X... me fit jouer une comédie qui dura près d'une heure, m'indiquant la manière de simuler la douleur. Il me conseilla de dire que j'avais craché le sang pendant plusieurs jours, mais en me recommandant bien de dire que les crachements de sang ne se produisaient qu'après avoir toussé. C'est, me dit-il, une chose essentielle pour que l'on ne s'aperçoive pas de la supercherie.

Suivant ses instructions, je dois rester huit jours à mon domicile, dans la crainte d'une visite du médecin-inspecteur. »

Quelques jours plus tard, c'est l'ouvrier A... qui retourne chez le docteur X...

« Le docteur me reçoit très bien. Il me demande si un médecin de l'assurance est venu me voir. Sur ma réponse négative, il me dit que tout est pour le mieux.

Je lui dis que je me suis présenté au siège de l'assurance pour demander un acompte. En apprenant cela, X... se met en colère, me dit que nous sommes tous les mêmes, que nous avons peur de ne pas être payés, qu'il m'avait pourtant bien défendu de faire cela, que si j'avais besoin d'argent il fallait passer chez lui et le lui dire : il insinue qu'il m'en aurait donné.

Il me dit que par mon imbécillité je lui faisais perdre plusieurs visites à domicile. Il est bien contrarié et me traite de tous les noms. »

Voilà pour le docteur X... Passons à un autre médecin marron, le docteur Y...

L'ouvrier A..., que le docteur Lapointe visite de nouveau le jour même et trouve toujours en parfait état de santé, se rend chez le docteur Y...

« J'ai expliqué au docteur que j'étais tombé en travaillant au Grand-Palais, et quoique ne ressentant aucune douleur, je me présentais à lui dans l'espérance qu'il me reconnaisse comme étant blessé, et j'ai ajouté que je n'avais pas l'intention de ménager mes patrons, qui allaient sans doute me débaucher dans quelques jours, faute de travail.

Le docteur Y... me visite, et après avoir reconnu que je n'avais rien, consentit à me reconnaître une entorse du genou droit avec contusion du côté droit et fit un certificat dans ce sens.

Il m'a recommandé de rester deux jours chez moi, de ne pas consentir hors de sa présence à me laisser examiner par un médecin de l'assurance, et de faire dire, dans le cas où le médecin de l'assurance se présenterait pendant mon absence, que j'étais chez mon médecin. »

Et le docteur Y... remet à A... le certificat suivant :

« Je soussigné, docteur en médecine de la faculté de Paris, certifie donner mes soins à M. A... à la suite d'un traumatisme survenu le.... ayant déterminé des contusions de la cuisse droite et une entorse du genou droit entraînant une incapacité temporaire d'une vingtaine de jours environ. »

A la même époque, chez un troisième médecin, le docteur Z..., l'ouvrier B..., toujours en florissante santé, reçoit un certificat constatant « une contusion des reins. La douleur revêt la forme et la marche du lumbago traumatique. Il en résultera une incapacité de travail d'un mois environ sous réserve des complications ». Le docteur Z... n'avait d'ailleurs même pas visité l'ouvrier B...

Dans une quatrième officine, c'est encore mieux. On fait aux ouvriers des blessures apparentes pour mieux tromper les médecins d'assurances.

C'est l'ouvrier A... qui est allé dans cette clinique, où il s'est plaint de contusion à l'épaule.

« Mon tour vient. Le docteur me fait déshabiller, me regarde à la hâte et me fait poser deux ventouses scarifiées à l'épaule gauche.

Je saigne beaucoup et le docteur me dit un moment qu'il a craint de m'avoir coupé une veine, car l'hémorragie est abondante et j'ai des étourdissements.

Il me fait un pansement et le reste est fait par un ouvrier en traitement dont la propreté laisse fort à désirer.

Je touche une indemnité de transport, soit 60 centimes, et un certificat sous enveloppe m'est remis. Conseil m'est donné de revenir le lendemain matin pour me faire soigner. »

Cette fois, sans doute pour le récompenser de s'être laissé poser des ventouses scarifiées, l'ouvrier A... reçoit un certificat portant une incapacité de travail « d'environ trois à quatre mois ».

Quatre jours après on lui pose, d'ailleurs, de nouvelles ventouses.

« Le docteur me dit qu'il va me poser des ventouses sèches, et sur mon refus il me dit :

— Ne t'occupe donc pas de ça. Il faut t'en poser pour que le médecin de l'assurance qui te visitera voie que tu as des marques ; sans quoi tu ne toucheras pas ton salaire.

Je suis donc obligé de me faire poser de nouveau six ventouses à tort et à travers. »

Ces documents, on le voit, sont concluants et ils ne sont malheureusement pas le fait de quelques médecins isolés, car M. Villemin nous met encore sous les yeux toute une série d'autres certificats qui prouvent avec quelle facilité les ouvriers malintentionnés peuvent se faire octroyer par des médecins complices des semaines et même des mois de chômage.

Est-il nécessaire, après cela, de chercher d'autres preuves de la complicité des simulateurs et des médecins marrons ?

Sans qu'il soit besoin de s'y appesantir, l'enquête si adroitement menée par M. Villemin montre toute la gravité de la situation. Il est évident que ces actes, qui lèsent les intérêts du corps médical, imposent aux industriels une charge qui devient chaque jour de plus en plus lourde.

Dans l'intérêt de la loi sur les accidents du travail, dans l'intérêt des ouvriers eux-mêmes, il faut trouver les moyens de faire cesser ces agissements des médecins marrons, et il appartient au législateur de les mettre dans l'impossibilité d'exercer leur industrie malfaisante et de compromettre une loi de solidarité sociale par la démoralisation constante d'un nombre chaque jour plus grand de médecins et de travailleurs.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur le traitement des porteurs de bacilles typhiques. (DEHLER. *Munch. med. Wochens.*, 22 oct. 1907, n° 43, p. 2134.) — Dehler rappelle un premier cas rapporté par lui et dans lequel une intervention sur la vésicule biliaire fit disparaître les bacilles d'Eberth des matières fécales d'une porteuse de bacilles (voir *Gazette des hôpitaux*, 6 juin 1907, n° 64, p. 762).

Il rapporte une nouvelle observation identique. Il s'agit d'une aliénée, âgée de quarante-cinq ans, internée à l'asile de Frankenthal. Cette femme semblait avoir eu à l'âge de dix-neuf ans une fièvre typhoïde larvée. En juillet 1904 la réaction de Widal se montra positive avec le sérum de cette femme et en janvier 1905 on trouva pour la première fois des colonies de bacilles typhiques dans les matières fécales. Depuis ce moment jusqu'en avril 1907, 30 fois l'examen des selles permit d'isoler le bacille typhique sur 46 examens pratiqués.

Malgré l'absence de manifestations du côté des voies biliaires, Dehler pratiqua la cholécystostomie le 10 avril 1907. La bile se montra transparente et l'examen bactériologique y décela la présence de bacilles typhiques et de colibacilles. La vésicule contenait plusieurs calculs ; le drainage des voies biliaires fut maintenu pendant quelque temps.

Depuis l'opération jusqu'à maintenant 30 examens de selles ont été pratiqués. Deux fois seulement de très rares colonies de bacilles typhiques ont pu être décelées. La réaction de Widal était encore positive à 1/100 le 31 juillet 1907 ; elle s'est montrée négative le 16 août.

Dehler se montre partisan résolu de l'intervention sur les voies biliaires chez les sujets qui continuent à rendre avec leurs selles du bacille d'Eberth pendant des mois après une fièvre typhoïde. A. LEMIERRE.

Le bacterium coli commune comme agent de septicémie dans deux cas d'affections abdominales. (E. KRENCKER. *Munch. med. Wochens.*, 15 oct. 1907, n° 42, p. 2095.) — Krencker, après avoir rappelé quelques-unes des observations où le rôle du colibacille, comme agent de septicémie, a pu être démontré grâce à l'ensemencement du sang pendant la vie, rapporte les deux cas suivants :

Le premier malade fut pris brusquement de frisson et de douleurs très vives dans la moitié gauche de l'abdomen et la région lombaire gauche. En même temps existait une constipation absolue et un arrêt complet des gaz. A l'entrée à l'hôpital la température atteignait 40°5. L'urine contenait beaucoup d'albumine et de leucocytes. Le deuxième jour un lavement amena l'expulsion de matières et les douleurs s'atténuèrent. La température se maintint pendant sept jours entre 39 degrés et 40°5, puis tomba brusquement et la guérison survint. Le sang ensemencé le quatrième jour donna du colibacille en culture pure ; de même l'urine recueillie aseptiquement. Le sérum du malade agglutinait à 1 p. 1000 le colibacille isolé du sang. Agglutination négative pour l'Eberth et les paratyphiques.

La deuxième observation concerne un homme alcoolique et atteint de cirrhose hépatique qui fut pris brusquement de douleurs dans l'hypocondre droit et de fièvre intense avec frisson ; il était dans le coma quand on l'amena à l'hôpital. A ce moment il était ictérique. La température se maintint entre 38 et 41 degrés, et le sujet succomba le septième jour de la maladie. L'ensemencement du sang pratiqué le troisième et le sixième jour de la maladie donna du colibacille en culture pure. Agglutination à 1/200 avec le colibacille isolé ; négative avec l'Eberth et les paratyphiques. A l'autopsie cirrhose atrophique du foie, pas de suppuration des voies biliaires ; hypertrophie considérable de la rate ; liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale ; au niveau de la première moitié du côlon ascendant, hyperémie et ulcérations de la muqueuse intestinale. A. LEMIERRE.

Recherches comparatives sur l'importance des organes respiratoires et du tractus digestif pour l'infection tuberculeuse (d'après des recherches sur le cobaye). (R. PFEIFFER et E. FRIEDBERGER. *Deuts. med. Wochens.*, 26 sept. 1907, n° 39, p. 1577.) — Pfeiffer et Friedberger ont fait avec des cultures de bacilles tuberculeux âgées de quatre semaines des émulsions contenant une quantité exactement dosée de microbes. Ils ont employé un bacille tuberculeux humain et deux bacilles d'origine bovine.

Ils ont exposé un premier lot de 29 cobayes à des pulvérisations faites avec ces émulsions : devant chaque animal, à une distance variant de 8 à 20 centimètres a été pulvérisée une quantité d'émulsion contenant 3 à 4000 bacilles. Naturellement les animaux ne pouvaient inhaler qu'une très faible quantité des bacilles contenus dans les gouttelettes de liquide vaporisé.

A un deuxième lot de cobayes ils ont fait ingérer par la sonde gastrique une quantité d'émulsion telle que chaque animal recevait dans l'estomac trois millions de bacilles tuberculeux.

Tous ces animaux furent sacrifiés cinquante jours après l'infection. Sur les 29 cobayes du premier lot 22 présentèrent des lésions de tuberculose pulmonaire accentuées. Chez 15 de ces animaux existaient de plus des lésions de généralisation aux ganglions bronchiques, à la rate et au foie. Les ganglions mésentériques et l'intestin ont toujours été trouvés intacts.

Les lésions pulmonaires étaient manifestement plus anciennes que les lésions de généralisation. Les lésions pulmonaires ont donc été le point de départ de l'infection générale.

Sur les 28 cobayes du deuxième lot, 4 seulement ont présenté des lésions tuberculeuses du poumon. Sur ces quatre animaux, deux présentaient des lésions bronchiques et pulmonaires manifestement plus anciennes que les lésions de généralisation : il est probable qu'ils avaient inhalé des bacilles tuberculeux au moment où la sonde gastrique avait été retirée. Chez les deux autres cobayes il existait de fortes lésions des ganglions mésentériques et des lésions récentes du poumon : l'infection avait certainement un point de départ intestinal. Les 24 autres cobayes ne présentaient aucune lésion pulmonaire : chez trois d'entre eux, les ganglions mésentériques étaient tuberculeux.

Pfeiffer et Friedberger concluent de leurs expériences que, comme le soutient Flügge, la tuberculose par inhalation est la plus fréquente et peut être réalisée par une quantité très minime de bacilles. La tuberculose par ingestion, contrairement à ce que pense Behring, est beaucoup plus difficile à réaliser, même en employant des quantités énormes de bacilles tuberculeux. A. LEMIERRE.

La sensation de fluctuation et d'ondulation dans les épanchements libres intra-péritonéaux et dans les collections kystiques. (De Vivo. *Il Tommasi*, 1907, nos 27-28.) — Nous extrayons les conclusions ci-dessous d'une très importante étude clinique due au docteur De Vivo.

Pour percevoir le phénomène de l'ondulation il est nécessaire que la paroi abdominale ou une paroi kystique entrent en vibration et qu'il existe du liquide libre ou enkysté lequel transmet et renforce ces vibrations. On ne le perçoit pas seulement au point diamétralement opposé à l'endroit percuté, mais sur toute l'étendue de l'abdomen, contrairement à ce qu'on répète généralement; il est plus ou moins intense suivant les points examinés. Au niveau des points les plus rapprochés et les plus distants de ceux où l'on présente, quand le liquide est rare ou fait défaut, le phénomène de l'ondulation se manifeste surtout par une sensation de vibrations ou de frémissement, quand le liquide est abondant par une sensation de choc. Si l'on applique la main dans les régions où le liquide est abondant, la sensation de choc est surtout sensible à la paume de la main ; si on l'applique au-dessus du niveau supérieur du liquide, la sensation de choc et celle de frémissement se perçoivent nettement vers l'extrémité des doigts. Cela prouve que dans le premier cas la sensation de choc est propagée à la paroi directement par le liquide, tandis que dans le second le phénomène est dû à la seule vibration de la paroi qui lui est communiquée à distance par le liquide.

Le frémissement hydatique n'est pas autre chose que celui de l'ondulation parfaitement identique à celui qui se manifeste dans l'ascite et les kystes de l'ovaire.

Le phénomène de la fluctuation est absolument différent de l'ondulation, ce dernier terme devant être réservé à l'oscillation de la colonne liquide. L'exemple le plus classique de cette oscillation est le pouls artériel. La palpation avec secousses brusques et rapides sur la paroi abdominale, quoique déplaçant une colonne de liquide, ne donne aucune sensation de frémissement ni de choc, par suite elle ne produit pas le phénomène de l'ondulation. La percussion par chiquenaudes au contraire, même légère, donne lieu au phénomène de l'ondulation, sans doute parce qu'elle fait vibrer la paroi abdominale.

La sensation de choc, de coup sec, est due à la vibration intense de la paroi, propagée à travers une grande masse de liquide. Il s'ensuit qu'elle est plus accentuée quand la paroi est très tendue, ce qui la rend plus apte à vibrer, et que le liquide est abondant. La tension positive du liquide rend le phénomène plus évident.

Il devient au contraire moins manifeste, ou cesse complètement lorsque la paroi est très épaisse ou œdématiée, lorsqu'elle est peu tendue, quand il y a peu de liquide, lorsqu'il existe des tumeurs abdominales; des adhérences péritonéales, etc.

La propagation des vibrations aux points de la paroi où le liquide n'arrive pas, où se trouvent au contraire les anses intestinales déplacées, ne peut se faire à travers ces dernières à cause de la diversité des milieux que ces vibrations auraient à traverser, liquide, paroi intestinale, gaz, etc. Il est donc logique d'admettre que l'unique voie de transmission des vibrations est la paroi elle-même ébranlée par le liquide, non pas directement mais en des points éloignés où elle est en contact avec le liquide. A. GAULLIEUR L'HARDY.

MEDECINE INFANTILE

De la dyspepsie du nourrisson. Son traitement rationnel par l'examen des fèces. (Gardette et Narbel. *Médecine mod.*, 25 déc. 1907.) — Les auteurs exposent dans cet article les vues originales du professeur Combe (de Lausanne) sur la dyspepsie du nourrisson et son traitement.

La dyspepsie, qu'il ne faut pas confondre avec l'enterite ou le catarrhe, résulte d'une disproportion entre les aliments ingérés et l'activité des glandes digestives.

Elle peut être *alimentaire quantitative* (alimentation normale mais trop abondante), *alimentaire qualitative* (alimentation non appropriée à l'activité sécrétoire normale), *ou organique* (altération fonctionnelle congénitale ou acquise des glandes intestinales).

D'autre part l'alimentation normale du nourrisson se réduit à trois ordres de substances :

Les albuminoïdes (caséine du lait), les graisses (crème du lait), les hydrocarbures (sucre de lait et farineux que l'on est souvent amené à introduire dans cette alimentation).

Chaque fois qu'un enfant présentera des troubles intestinaux habituels et que l'accroissement du poids s'écartera de la courbe normale, il faudra examiner les selles à l'œil nu et au microscope pour y déceler les aliments non digérés.

Macroscopiquement, dans la dyspepsie de caséine, elles sont sèches, blanchâtres, s'émiettent facilement, leur réaction est alcaline et leur odeur fétide ; dans la dyspepsie des graisses, elles sont peu consistantes, à cassure brillante, de réaction acide et à odeur de beurre rance ; dans la dyspepsie des hydrocarbures, elles ont un aspect spongieux, mousseux, sont de réaction très acide et à odeur d'acide acétique.

L'examen microscopique doit suivre ces premières constatations; la graisse s'y voit sous forme de gouttelettes très réfringentes caractéristiques; la caséine n'ayant jusqu'à présent aucun réactif connu, sa présence est d'un diagnostic plus difficile, il faut une certaine habitude pour ne pas la confondre avec le mucus intestinal ; quant aux hydrocarbures, leur présence en excès se révèle par le réactif de Lugol (solution iodo-iodurée) produisant en leur présence une coloration violette très accentuée.

On arrive ainsi à établir par tâtonnements une formule diététique, exactement superposable à l'activité digestive de chaque enfant, en diminuant ou supprimant même ceux des

aliments qui passent indigérés dans les fèces. Des examens répétés s'imposent afin que les variations de l'activité digestive des glandes se décèlent dans la cavité alimentaire.

L'avantage de cette méthode est de donner mathématiquement à chaque enfant la quantité exacte de chacune des trois catégories d'aliments que ses voies digestives sont en état de digérer et d'assimiler, et les résultats pratiques affirment les auteurs, en sont remarquables, ils ont vu revenir à la santé, et présenter une courbe d'accroissement régulière et presque normale, des enfants arrivés à un état de dénutrition tel qu'un pronostic fatal avait souvent été porté. L. GAVARD.

PRATIQUE MÉDICALE

UN HÉMO-FERRUGINEUX : « LE SANGUINAL »

Comment le fer agit-il dans l'organisme? Il est impossible encore à l'heure actuelle de répondre à cette question de façon satisfaisante, et cependant ce ne sont ni les recherches expérimentales ni les études cliniques qui ont manqué.

Mais si elles n'ont pu résoudre le problème au point de vue théorique, elles ont du moins confirmé un fait dès longtemps démontré par l'empirisme, à savoir l'action bienfaisante du fer. D'ailleurs les formes sous lesquelles ce métal a été employé en thérapeutique, ont singulièrement varié avec le temps, et entre la vulgaire « eau ferrée » chère à nos grands-parents et les produits utilisés par la pharmacopée actuelle, il y a un monde.

Parmi ces derniers, il en est un qui paraît avoir rempli tous les desiderata, et auquel le corps médical accorde chaque jour davantage sa faveur : c'est le *sanguinal*.

Le *sanguinal* est un hémo-ferrugineux, c'est-à-dire qu'il a pour base le fer du sang, l'hémoglobine. Mais, pour puissante que soit cette dernière, elle n'est pas seule à agir dans le produit qui nous occupe, et si nous nous reportons à sa composition chimique nous voyons qu'il contient, à côté de 10 p. 100 d'hémoglobine cristallisée chimiquement pure, 46 p. 100 de sels naturels du sang, 44 p. 100 d'albumine musculaire peptonisée facilement préparée et des traces de manganèse. Or, parmi ces divers composants, les sels sanguins tout particulièrement jouent dans l'hématopoïèse un rôle considérable, rôle que les travaux de nombreux auteurs ont bien mis en lumière dans ces dernières années.

En tout cas l'idée directrice de la préparation du sanguinal fut de créer une combinaison ferrugineuse physiologique dont la constitution naturelle ne serait modifiée par aucun procédé chimique. Et si l'on veut bien comparer la composition de ce corps et celle du sang, on verra que le produit artificiel se rapproche du produit vivant autant qu'il est possible d'y parvenir en l'état actuel de la science.

Un autre avantage précieux du sanguinal est d'introduire le fer dans l'organisme sous une forme telle qu'il puisse se dissoudre, c'est-à-dire être digéré par les sucs intestinaux; il en résulte une assimilation et une résorption rapides et complètes.

Nous ne croyons pas qu'il soit utile de reprendre ici successivement l'étude de chacun des corps qui entrent dans la constitution du sanguinal, en tout cas nous ne nous arrêterons pas aux discussions théoriques. Il serait facile en effet de parler longuement des recherches récentes faites sur les pigments sanguins et qui ont démontré les relations étroites qui unissent l'hémoglobine et l'hématine. Ce que nous devons en retenir c'est que la résorption des préparations à base d'hémoglobine s'effectue de telle façon qu'elles sont d'abord décomposées par les ferments digestifs jusqu'à production d'hématine. Une partie de cette dernière est chassée ultérieurement avec les excréments, tandis qu'une autre partie est réduite à l'état d'hémochromogine et résorbée sous cette forme. C'est cette résorption qu'il faut faciliter en évitant que la préparation d'hémoglobine ne s'agglomère dans l'intestin grêle en une masse visqueuse. Or, dans le sanguinal la présence des autres parties constitutives du produit s'oppose à cette agglomération.

En dehors de l'albumine peptonisée, qui est un agent thérapeutique précieux, les traces de manganèse que contient le sanguinal secondent très efficacement l'action de l'hémoglobine. On connaît bien en effet la supériorité du manganèse comme véhicule de l'ozone et son influence sur les globules rouges. Enfin, l'adjonction de 46 p. 100 de sels naturels de sang a une importance capitale qu'il est inutile de souligner.

Si, quittant ces considérations d'ordre théorique, nous passons à la pratique, c'est-à-dire au mode d'emploi du sanguinal nous voyons que celui-ci s'administre de préférence en pilules.

Naturellement le sanguinal, sous peine d'être un produit imparfait, se prête merveilleusement à de multiples associations médicamenteuses.

Nous n'en citerons ici que quelques-unes parmi les plus importantes.

Par lui-même le sanguinal ne constipe pas, mais dans beaucoup de cas de chlorose, l'atonie de l'intestin est telle qu'il est bon de stimuler l'organe, et l'on y parviendra aisément en lui associant l'extrait de rhubarbe.

Nombreux sont les états où en même temps qu'il est nécessaire de provoquer d'hématopoïèse il faut aussi influencer les échanges cellulaires des tissus et agir sur des lésions locales. Rien ne sera plus simple en associant au sanguinal ce modificateur merveilleux qui s'appelle l'iode.

De même en unissant le sanguinal et l'arsenic sous forme d'acide arsénieux, on pourra combattre la neurasthénie, les névralgies, le diabète, certaines dermatoses comme l'eczéma chronique, et modifier heureusement des états comme la leucémie.

L'action tonique si puissante et si fidèle de la quinine pourra être utilisée également et en réunissant dans les mêmes pilules le chlorhydrate de quinine et le sanguinal, on pourra combattre tous les cas d'affaiblissement par hémorragies ou surmenage, et activer la reconstitution des forces chez les convalescents.

Nous ne pouvons naturellement donner ici que des indications générales, et nous ne saurions prétendre à énumérer toutes les affections justiciables du sanguinal soit isolé, soit à l'état d'association pharmaceutique. Nous rappellerons seulement aux praticiens qu'ils ont là à leur disposition un agent médicamenteux aussi sûr dans son action que parfaite dans sa forme.

La dose ordinaire est de neuf pilules chaque jour par trois pilules à la fois, à intervalles égaux.

Il serait indigne du sanguinal de le représenter comme une panacée, mais bien employé dans les multiples cas où il est indiqué il ne donnera que bien exceptionnellement des mécomptes.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement de la syphilis (1), par MM. JACQUET et FERRAND.

Dans ce petit volume se trouve exposé d'une façon très concise tout ce qu'il est nécessaire de savoir, non seulement pour traiter tel accident syphilitique déterminé, mais pour traiter un syphilitique.

(1) Petit in-8 (Encyclop. des Aide-mémoire). — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

C'est ainsi que les auteurs étudient successivement le mercure et son action sur l'organisme, le spirochète, et les manifestations de la syphilis, puis les accidents causés par la médication mercurielle. Dans d'autres chapitres ils passent en revue les différents modes d'administration du mercure par la voie buccale, rectale, cutanée, respiratoire, hypodermique, et donnent pour chacune de ces méthodes de traitement la formule pratique et la plus utile. Dans un chapitre spécial ils envisagent le rôle de l'iodure dans le traitement spécifique et terminent par une série de renseignements utiles sur la direction générale du traitement spécifique, sur les médications auxiliaires sur le traitement de la syphilis pendant la grossesse, sur la prophylaxie et le traitement de la syphilis héréditaire, et enfin sur le traitement local des lésions spécifiques.

Ce livre est la mise au point d'un problème qui se pose à chaque instant dans la pratique médicale et permettra au lecteur de faire un choix judicieux et raisonné parmi les nombreux médicaments proposés dans ces dernières années.

P. RAVAUT.

Ophtalmologie (1), par M. F. Terrien.

Tous ceux qui s'intéressent aux études ophtalmologiques liront avec grand profit l'excellent livre du docteur Terrien. Sous des dehors modestes, c'est un véritable petit traité d'ophtalmologie où l'auteur se gardant bien de faire abus de sa vaste érudition a classé avec infiniment d'ordre de méthode et de clarté les affections oculaires.

Le plan de l'ouvrage se prête mal à l'analyse, il faut lire les chapitres que l'auteur consacre aux éléments d'optique, aux vices de réfraction, aux affections externes de l'œil, à l'étude des conjonctivites; chemin faisant nous retrouvons des notions d'anatomie, de physiologie et de thérapeutique qu'on ne doit point oublier.

D'excellentes pages sont réservées à l'étude des affections du tractus uvéal; Terrien, avec juste raison, conseille l'anesthésie générale pour l'iridectomie antiglaucomateuse; puis c'est le tour des affections du cristallin, des paupières, des muscles de l'œil, où nous trouvons une très bonne étude de la diplopie et du nystagmus.

Il nous faut aussi citer les accidents du travail, l'aptitude visuelle au service militaire, etc.

Parmi les nombreux dessins et photographies, nous trouvons avec grand plaisir les excellentes figures du traité de médecine opératoire du même auteur.

On ne négligera pas les lignes en petit texte et les notes où l'on trouvera souvent les indications les plus précieuses, les aperçus les plus ingénieux ou les plus originaux.

MONTHUS.

Le travail intellectuel et les fonctions de l'organisme (2), par MM. Mairet et Florence.

Les auteurs ont recherché quelles modifications biologiques le travail intellectuel apporte dans la nutrition du cerveau et dans celle de celle de l'organisme tout entier.

La première partie de ce travail est consacrée à l'exposé historique et critique des résultats antérieurement acquis sur la question. Le premier chapitre concerne l'influence du travail intellectuel sur la circulation; il se termine par cette conclusion que le travail psychique active la circulation cérébrale et diminue l'apport du sang dans les autres organes de l'économie. Le second sur la thermogénèse montre que l'activité cérébrale s'accompagne d'une élévation thermique locale. Le troisième traite des modifications apportées aux échanges azotés et phosphorés. Les résultats en étaient jusqu'ici contradictoires.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, MM. Mairet et Florence relatent leurs recherches personnelles.

Ils montrent comment leurs conditions d'expérimentation et leurs procédés d'analyses des ingesta et des excréta les mettent à l'abri d'erreurs importantes. Ils étudient successivement l'influence du travail psychique sur l'absorption, sur la nutrition générale et sur la nutrition cérébrale. Dans des tableaux analytiques détaillés, ils rapportent les résultats obtenus, d'où ils tirent les conclusions suivantes :

Le travail intellectuel diminue l'absorption, particulièrement de l'azote et du phosphore; il diminue l'activité des échanges, c'est-à-dire ralentit la nutrition du cerveau. Pendant la période de repos qui suit celle du travail intellectuel, il se produit, par un phénomème de compensation, une suractivité de la nutrition générale et une moindre activité de celle du cerveau.

P. CAMUS.

(1) In-8 de 600 pages, 271 figures (Biblioth. Gilbert et Fournier). — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 124 pages. — Montpellier, 1907; Coulet, édit.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 AU 29 FÉVRIER 1908

THÈSES

Mercredi 26 février 1908, à une heure. — M. Descomps. Anatomie de l'espace maxillo-amygdalien. Région sous-angulo-maxillaire. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Lecène.) — M. Louys. La hernie devant la loi du 9 avril 1898. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Lecène.) — M. Opois. Étude du traitement opératoire de la luxation sous-acromale de la clavicule. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Lecène.)

Jeudi 27 février 1908, à une heure. — M. Burgard. Les symptômes céphaliques de la syphilis héréditaire fruste. (MM. Hutinel, président; Bar, Brindeau et Nobécourt.) — M. Leriget. Etude sur les hémorragies ombilicales de causes mécano-physiologiques. (MM. Bar, président; Hutinel, Brindeau et Nobécourt.) — M. Durand. Valeur séméiologique des battements épigastriques de l'aorte. (MM. Chantemesse, président; Gilbert Ballet, Fernand Bezançon et Claude.) — M. Jacquemart. De la myotomie acquise. (MM. Gilbert Ballet, président; Chantemesse, Fernand Bezançon et Claude.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Diéthylène — Diamine
$AzH < \begin{matrix} CH^2 - CH^2 \\ CH^2 - CH^2 \end{matrix} > AzH$

N. B. *Alcalin organique*
DÉLIQUESCENT
Ne pouvant se prescrire en cachets

GOUTTE — RHUMATISMES

GRANULÉE
EFFERVESCENTE

PIPÉRAZINE MIDY

GRAVELLE — COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

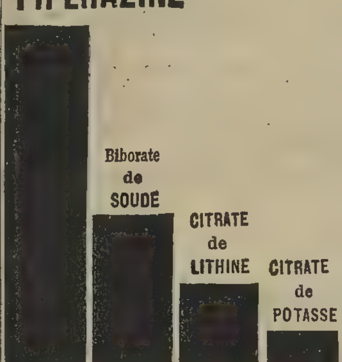
ARTHRITISME

DANS TOUTES SES MANIFESTATIONS

LE PLUS GRAND DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE

« L'Urate de Pipérazine formé par la combinaison de l'Acide urique et de la Pipérazine, est soluble dans 47 fois son poids d'eau, alors qu'il en faut au moins 368 parties pour dissoudre les autres urates alcalins. »

Solubilités comparées de l'Acide Urique dans :



92 %	40 %	20 %	8 %

Un calcul d'acide urique en contact pendant 71 heures à 37° dans des solutions à 1 % des produits ci-dessous, perd :

92 % de son poids dans la PIPÉRAZINE.
40 % — — le Bi-Borate de Soude.
20 % — — le Citrate de Lithine et le Bi-Carbo. de Soude.
8 % — — le Citrate de Potasse.

INNOCUITÉ ABSOLUE

SANS ACTION SUR

LE CŒUR,
LES REINS,
LES VAISSEAUX

Bien toléré. N'agit pas sur l'estomac

La vente des Produits Midy *est réglementée et assure aux Pharmaciens un bénéfice normal.*

DEMANDE DE LITTÉRATURE ET D'ÉCHANTILLONS
9, rue du Commandant-Rivière, PARIS

PHARMACIE MIDY
140, Faubourg St-Honoré, 140
PARIS

MODE D'EMPLOI :

Pendant les CRISES :
3 à 6 mesures par jour.

Comme PRÉVENTIF :
1 à 3 mesures par jour,
10 jours par mois.

Chaque mesure contient 20 centigrammes de **Pipérazine** chimiquement pure et doit être prescrite à jeun ou à distance des repas, dissoute dans un verre d'eau.

et toutes Pharmacies de France et de l'Étranger

N° 21. — JEUDI 20 FÉVRIER 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 20 FÉVRIER 1908. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 17 février : MM. Prigent, 3; Zislin, 11; Mlle Lévy, 8; MM. Girou, 9; Gastinel, 12; Jacquemin, 6; Fineske, 12; Verdoux, 11; Leveuf, 2.

PATHOLOGIE. — Séance du 17 février : MM. de Vaugiraud, 8; Sourdel, 9; Heuyer, 6; Dequidt, 7; Bienvenue, 9; Thiel, 6; Mlle Dechaux, 11; MM. d'Halluin, 8; Fortin, 4; Monnier (Paul), 5.

HOPITAL CIVIL D'ORAN. — Deux concours pour l'emploi de chirurgien-adjoint et de médecin suppléant à l'hôpital civil d'Oran auront lieu en juin prochain à Alger.

Pour tous renseignements, s'adresser à la préfecture d'Oran (cabinet) ou à la direction de l'hôpital civil d'Oran.

GUERRE. — M. le médecin-inspecteur général Robert, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, est placé, depuis le 17 février 1908, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs généraux.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Muraz, du 4e d'infanterie coloniale, à Toulon, a été désigné pour servir au Congo « Oubanghi-Chari-Tchad », par permutation avec M. le médecin aide-major de deuxième classe Ringenbach, qui a été réaffecté au 22e d'infanterie coloniale à Hyères.

MARINE. — Ont été promus :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Cognes.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Arène.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Brochet.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Varenne.

— M. le médecin de première classe Abeille de la Colle est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôpital principal de Toulon.

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LES MÉDECINS. — On nous signale le vœu suivant :

« Le syndicat d'Arras et de la région émet le vœu que, dans le projet de l'impôt sur le revenu, on veuille bien tenir compte, pour le médecin, de ses charges, des services qu'il rend chaque jour à la collectivité, et, qu'en cas de contestation, il ne lui soit pas imposé de montrer ses livres et de violer ainsi le secret professionnel. »

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Le bureau est ainsi constitué : président, M. Descoust; vice-présidents, MM. Birabeau et Dalché; secrétaire général, M. de Pradel; trésorier, M. de Spéville; secrétaires, MM. Berruyer et Régis; rédacteur du Bulletin, M. Léon Archambault.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort, à l'âge de quatre-vingt-sept ans, du docteur Louis-Auguste Segond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et père du professeur Paul Segond. Notre regretté confrère avait été nommé agrégé en 1852, en même temps que Verneuil, dans la section d'anatomie et de physiologie.

Nous adressons à son fils nos plus sympathiques condoléances;

Et celles de MM. les docteurs Chabbert (de Toulouse), Faure (de Louhens), Sename (de Quesnoy-sur-Deule).

ERRATUM. — *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 20, p. 233, 2e col., ligne 20, rétablir ainsi le texte : « Ce vœu n'était pas inutile si l'on en croit l'article suivant, que publie *le Temps* et que nous reproduisons *in extenso* et sans commentaires. »

THÉRAPEUTIQUE

AUTO-INTOXICATION INTESTINALE ET FIXINE

La *Fixine* est un lactate d'alumine présenté sous forme de granulé. Chaque grain est enrobé de façon à ne se dissoudre que dans l'intestin : là, le sel se dédouble au contact des sucs alcalins intestinaux, en donnant de l'alumine gélatineuse et de l'acide lactique naissant.

Metchnikoff, Cohendy, Combe, etc., ont démontré l'importance de l'acide lactique comme agent antiseptique dans la putréfaction intestinale. Cet acide s'oppose à la pullulation des microbes, diminue leur virulence, restreint la formation des produits de la putréfaction azotée; aussi est-il entré depuis longtemps dans la thérapeutique des affections intestinales, et le régime (féculents, sucres) des entérites vise-t-il à la production aussi grande que possible d'acide lactique dans l'intestin.

L'alumine est précipitée à l'état gélatineux. Insoluble dans l'intestin, non toxique et d'ailleurs non absorbable, cette gelée chemine le long du tube digestif, détergeant la muqueuse à la façon d'une véritable éponge, s'imbibant des poisons (entérotoxines, produits de putréfaction...), les retenant et les entraînant avec elle dans les selles. Cette affinité remarquable dérive de la propriété générale bien connue de l'alumine gélatineuse vis-à-vis des matières organiques. Deux séries d'expériences, entreprises dans nos laboratoires, nous ont servi de contrôle : *in vitro*, les substances essayées, parmi lesquelles les alcaloïdes, ptomaïnes et toxines, ont été retenues par l'alumine dans la proportion de 90 p. 100; *in vivo*, où les contacts sont subordonnés aux hasards des contractions intestinales, les substances prises pour index ont été retenues dans une proportion variant de 50 à 66 p. 100.

Sous l'influence de la Fixine la production de l'indican et des sulfo-conjugués diminue dans la proportion de 66 p. 100.

Antimicrobienne par l'acide lactique naissant, antitoxique par l'alumine gélatineuse, la *Fixine* s'adresse d'une façon en quelque sorte spécifique, à un complexus morbide bien défini : l'auto-intoxication intestinale.

AUTO-INTOXICATION INTESTINALE. — L'organisme est le siège d'une intoxication continue, produite par des substances élaborées dans l'intestin au cours de la digestion. La nature a, il est vrai, accumulé les moyens de défense (rôle de l'épithélium intestinal, du foie et des autres glandes antitoxiques) contre cet empoisonnement, de telle sorte que les effets nuisibles en sont au fur et à mesure annihilés chez l'individu sain.

D'où viennent ces poisons? Les microbes qui peuplent l'intestin en sont les artisans pour une large part; l'action des anaérobies sur les substances des albuminoïdes en est une des principales sources. Le tube digestif devient ainsi, même à l'état normal, un réceptacle et une fabrique constante de poisons (Marfan). On trouve, dans l'intestin, des corps de la série aromatique, phénol, crésol, paracrésol, indol, scatol, et de la série grasse, ptomaïnes et autres, qui sont tous toxiques à des degrés divers. Mais il existe d'autres poisons plus dangereux encore et dont la quantité est maxima au niveau du duodénum (travaux du professeur Roger et de ses élèves); ces poisons sont représentés par des matières qui proviennent de l'intestin lui-même, car les parois du tube intestinal renferment également des substances toxiques. Si la dissociation exacte de ces poisons n'a pu être encore achevée, leur existence n'en reste pas moins un fait indéniablement acquis. Il y aurait lieu de tenir compte aussi des toxines microbiennes, si bien qu'en présence de toutes ces causes d'empoisonnement on est en droit de se demander, avec Marfan, comment la santé peut maintenir son équilibre.

Elle le maintient cependant. Mais que la quantité des poisons vienne à augmenter notablement, que ceux-ci se trouvent insuffisamment détruits ou éliminés, alors rapidement les troubles apparaissent. Ce que les moyens de défense naturels ne sont plus capables de faire, nous allons le demander à la *Fixine*.

Qu'il s'agisse de simples troubles fonctionnels ou de lésions organiques, tous les accidents cliniquement observés ont un lien commun dans l'auto-intoxication intestinale.

INDICATIONS DE LA FIXINE. — Les affections du tube digestif sont souvent en jeu. Sans parler des dyspepsies, nous signalerons tout d'abord, comme justiciables de la *Fixine*, toutes les stases intestinales qui ont pour effet d'exagérer les phénomènes de fermentation dont le tube digestif est le siège, et nous insisterons particulièrement sur la *constipation*, parce que les troubles qu'elle engendre (céphalalgie, vertiges, etc.) doivent être rapportés à une véritable auto-intoxication par résorption des produits nocifs nés dans l'intestin (stercorémie).

Les *entérites* doivent être traitées par la *Fixine*. Les entérites chroniques surtout, entérites glaireuses et muco-membraneuses, les appendicites à marche chronique seront rapidement améliorées. En effet, il y a toujours dans ces affections diminution des aérobies qui exercent une action empêchante sur la putréfaction des albuminoïdes et pullation des anaérobies protéolytes.

Le *rachitisme* a une origine gastro-intestinale depuis longtemps démontrée, et nous conseillons de recourir à la *Fixine* chez les enfants qui en sont atteints.

Dans l'*artério-sclérose*, l'emploi prolongé de la *Fixine* est susceptible des plus favorables résultats. Cette affection n'est-elle pas, en effet, fonction de toxicité (Huchard)? « Je suis convaincu, écrit M. Huchard, que les excès et surtout les erreurs d'alimentation, en jetant dans l'organisme un grand nombre de substances toxiques, telles que les ptomaïnes, sont une cause fréquente d'artério-sclérose. » L'action le plus souvent vaso-constrictive des toxines intestinales produit dans tout le système artériel un état de spasme qui engendre rapidement l'hypertension (stade de présclérose). C'est aussi l'opinion du professeur Roger : « L'artério-sclérose est très fréquemment sous la dépendance de troubles digestifs, et je ne saurais trop insister sur cette relation qui rend compte de bien des cas dont l'étiologie, au premier abord, semble incompréhensible. »

Un grand nombre de troubles du système nerveux, causés ou entretenus par l'auto-intoxication intestinale, sont susceptibles de céder à la *Fixine*. Nous citerons, chez l'enfant, les terreurs nocturnes; chez l'adulte, les migraines (la céphalalgie est le symptôme auto-toxique par excellence), et surtout la *neurasthénie*. « Nous vivons, écrit M. Huchard, dans un siècle de neurasthénie. On en cherche toujours la cause, et toujours sur ce point se renouvellent les mêmes incertitudes. Or, en m'appuyant sur une expérience de vingt années, je suis en mesure d'affirmer que le grand coupable est l'abus du régime carné, si riche en toxines vaso-constrictives et musculaires. »

Certaines dermatoses, dont la pathogénie est imputable à l'accumulation de produits toxiques dans l'économie ou à leur élimination cutanée, seront traitée par la *Fixine*. Ainsi en est-il du strophulus des enfants; de l'*urticaire*, dont l'origine intestinale et auto-toxique n'est plus contestée; des *eczémas*; de l'*acné*; de la furonculose.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI. — 1 à 2 cuillerées à café après les repas du matin, de midi et du soir.

Chaque cuillerée arasée (5 grammes) contient 1 gramme d'alumine lactique.

Avaler les grains avec une gorgée d'eau sans les croquer, ou dans du pain azyme.

Contre-indications : Diarrhées acides.

G. GRÉMY.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL BEAUJON

LÉSIONS SYPHILITIQUES MULTIPLES

TABES, PARALYSIE GÉNÉRALE & INSUFFISANCE AORTIQUE

Par le professeur DEBOVE (1).

Vous avez certainement remarqué, Messieurs, que presque chaque jour au lit du malade j'attire votre attention sur les immenses dangers que la syphilis fait courir à l'individu, à la famille et à la société. Vous me croyez peut-être obsédé par une idée fixe ou bien devenu, sur le tard, moraliste et ennemi de plaisirs qu'un grand nombre trouvent naturels à la jeunesse.

Je vous assure qu'il n'en est rien et que je me place seulement sur le terrain de la médecine, mais sur ce seul terrain, combien est terrifiante et angoissante la question que j'aborde et comme elle a changé de face depuis l'époque où je commençais mes études médicales! On considérait alors la syphilis comme un simple accident sans conséquence à tel point que plusieurs affirmaient même qu'elle était moins grave que la blennorragie. Il semblait que celui qui en était atteint devait seulement s'abstenir quelque temps de tout rapport sexuel, et suivre un traitement dont la durée ne dépassait pas quelques années. Grâce à ces précautions, le syphilitique redevenait un homme comme un autre, n'était exposé à aucun accident grave, pouvait convoler en légitimes noces et devenir un heureux père de famille, libéré pour toujours des fautes de la jeunesse, et pouvait s'imaginer qu'il ne s'était jamais éloigné de l'étroit sentier de la vertu.

Que nous sommes loin de cet optimisme! Nous savons aujourd'hui que le syphilitique demeure syphilitique toute sa vie, que si sa maladie est, à la vérité, peu transmissible, passé un certain délai, il reste néanmoins sous le coup d'accidents tardifs qui peuvent gravement compromettre sa santé. Rien ne sera plus démonstratif, à cet égard, que l'histoire du malade dont je veux vous entretenir, il est paralytique général, tabétique avec une arthropathie; il a, en outre, une insuffisance aortique et tous ces accidents ne reconnaissent qu'une seule et même cause : une syphilis contractée il y a vingt ans.

G... est un maçon âgé de quarante ans, il a fait son service militaire et, pendant sa durée, il eut un chancre qui fut constaté par les médecins militaires, fut déclaré spécifique et nécessita son admission à l'hôpital où il suivit un traitement approprié.

Depuis cette époque, il n'aurait pas eu d'accident et n'aurait pas consulté de médecin. Ici se posent deux questions : la première est de savoir si un traitement longtemps suivi eût prévenu les accidents actuels, la seconde est de savoir si les syphilis bénignes d'apparence, c'est-à-dire qui n'ont été suivies d'accidents secondaires que peu marqués, n'exposent pas à des accidents tardifs particulièrement graves.

Il est certain qu'il est regrettable que le malade n'ait pas suivi, pendant de longues années, un traitement continu, d'abord, puis discontinu. Mais ceci dit, rien ne prouve que des soins réguliers auraient pu le préserver des accidents actuels. Je connais des malades hantés par la crainte des manifestations de la syphilis qui n'ont pas cessé d'être surveillés par des spécialistes éminents, qui n'ont jamais été soustraits à leur tutelle, ont régulièrement suivi leurs prescriptions, les ont même exagérées souvent et qui, cependant, n'ont pas échappé à des complications aussi graves que celles dont je vous entretiens aujourd'hui.

D'un autre côté, on a soutenu que les malades qui ont une syphilis en apparence bénigne au début, sans troubles secondaires, étaient particulièrement exposés à de graves manifestations tardives. Ceci tient peut-être à ce que ces malades n'étant avertis par aucun trouble, se soignent moins régulièrement que d'autres; mais je crains bien que toutes ces distinctions soient un peu fictives. Une fois le tréponème pâle introduit dans le corps, il y reste probablement toute la vie et nous ignorons pourquoi, après avoir été longtemps sans révéler sa présence, il se localise sur certains tissus et donne lieu à des accidents dont la gravité contraste avec la bénignité de ceux du début.

Quoi qu'il en soit, notre malade ne suivit aucun traitement régulier, se crut bien portant. Il se maria, sa femme mourut et il perdit deux enfants en bas âge. Nous n'avons aucun renseignement sur la cause de la mort, ni de sa femme, ni des enfants.

S'il eût consulté un médecin avant de se marier, il est probable qu'on l'y eût autorisé, car il n'avait aucun accident depuis de longues années. En effet, à cette période tertiaire, la syphilis ne se transmet guère à la femme et on a souvent la grande chance de ne pas la transmettre aux enfants. C'est le peu de danger de contagion d'une syphilis ancienne, soit dit en passant, qui fait la sécurité relative — bien relative, hélas! — des maisons de prostitution où l'on n'admet que les filles majeures. Elles ont fréquemment contracté la syphilis dès leur début dans la carrière où elles sont entrées jeunes. Lorsque leur âge permet leur admission dans ces maisons spéciales, elles sont déjà parvenues à la période où leur mal est le moins contagieux. Je dis ceci en passant, mais je serais désolé que mes paroles inspirassent une fausse sécurité, et pussent faire croire que le danger n'existe absolument pas dans les conditions que je viens d'indiquer.

Ainsi donc à une certaine période de la syphilis les dangers de la contagion sont minimes et vous pouvez autoriser le sujet à se marier, mais en supposant que ni la conjointe, ni les enfants ne courent aucun risque, votre malade n'en est pas moins exposé à une série d'accidents personnels qui compromettent matériellement sa situation sociale et moralement sa famille.

Que deviendra ce ménage dont le mari est ordinairement le gagne-pain s'il devient hémiplégique, ataxique, cardiaque, etc., etc.?

Et cependant ce sont tous ces accidents qui le menacent.

(1) Leçon recueillie par M. Ferrand, chef de clinique.

Je connais à cet égard de bien lugubres histoires. J'ai connu des syphilitiques autorisés par leur médecin à se marier, ils ont eu des enfants sains, n'ont point contaminé leur femme, mais sont devenus paralytiques généraux, ont ruiné les leurs dans des spéculations financières ou industrielles entreprises sous le coup de leur maladie, souvent par mégalomanie, ont commis des actions réputées infâmes et sont morts laissant leur famille dans une situation qui compromettait leurs intérêts matériels et moraux.

Alors, me direz-vous, il faut interdire le mariage aux syphilitiques? Hélas non! Ils sont trop nombreux, et d'ailleurs l'expérience nous apprend que ce serait les condamner simplement à l'union illégitime, et, au fond, si légalement et moralement la situation serait différente et peut-être pire, médicalement elle serait la même.

Quoi qu'il en soit, notre malade après vingt ans d'accalmie. pendant lesquels la syphilis ne se traduisait par aucun signe extérieur, se trouve aujourd'hui paralytique général, tabétique avec arthropathie, et cardiaque.

Nous ignorons le début de ces accidents, car on n'interroge pas facilement un malade atteint de trouble mental comme celui-ci. Outre qu'il s'est mal observé, il ne se rappelle guère ce qui s'est passé. La mémoire lui manque et il s'exprime difficilement.

Quoi qu'il en soit, au mois de septembre dernier, notre homme travaillait encore de son état de maçon.

Aujourd'hui il a des accidents multiples que je vous décrirai simplement pour montrer que notre diagnostic est indiscutable, car chacun d'eux pourrait faire l'objet d'une ou de plusieurs leçons.

Voyons d'abord les signes de la paralysie générale.

Il vit dans une sorte d'abrutissement, ne comprenant que très mal ce qu'on lui demande, ne se rappelant les choses qu'incomplètement. Il rit et pleure sans motif, dans l'espace de quelques minutes, et au milieu d'accidents terribles, il garde un optimisme et une satisfaction souriante qui pourraient faire envie aux plus enragés des stoïciens.

La parole est hésitante, ânonnante, nombre de mots sont mal prononcés, et il n'est même pas nécessaire pour mettre ce symptôme en évidence de recourir à des subterfuges, à ces phrases classiques dont la difficulté d'articulation pour ces malades est devenue proverbiale : « Je suis artilleur d'artillerie, etc... »

La langue tirée hors de la bouche tremble, elle est en outre animée de mouvements de propulsion et de rétropulsion, presque rythmiques. En même temps on peut constater le tremblement des lèvres.

Les pupilles sont peu sensibles à l'action de la lumière et le réflexe d'accommodation est diminué. Remarquons que ces troubles oculaires peuvent être aussi bien attribués à la paralysie générale, qu'à l'ataxie dont nous parlerons plus loin.

Les membres supérieurs placés dans l'extension forcée sont le siège d'un tremblement à grandes oscillations, interrompu quelquefois par des mouvements involontaires et désordonnés. De plus la force y est très diminuée.

La contraction des mains est bien moins énergique que chez un sujet normal.

Les troubles des membres inférieurs sont considérables, mais ceux de la paralysie générale se confondent ici avec ceux du tabes.

Permettez-moi de m'arrêter ici, je n'ai pas l'intention d'analyser avec vous les symptômes de la paralysie générale, j'ai l'intention de vous montrer seulement que le diagnostic ne saurait être l'objet d'aucune contestation.

Il me semble que ce but est atteint sans qu'il soit nécessaire de pousser plus loin l'analyse.

Notre malade est ataxique, nous allons passer en revue les signes qui permettent d'affirmer ce diagnostic.

La marche est nettement incoordonnée. Elle est absolument caractéristique.

La station debout est impossible non seulement lorsque les yeux sont fermés (signe de Romberg), mais les yeux grands ouverts. Les réflexes patellaires sont supprimés. L'hypotonie musculaire est si accentuée, qu'on peut mettre les cuisses en flexion forcée le long de l'abdomen ou du thorax ou dans le prolongement l'une de l'autre dans la position du « grand écart ».

Il faut toutefois noter qu'il n'y a pas de douleurs fulgurantes, qu'il n'y en a jamais eu, que les troubles de sensibilité objective manquent complètement et qu'il n'existe non plus aucun affaiblissement visuel ni d'atrophie optique. Ce tabes est donc exclusivement moteur, présentant ainsi une physionomie clinique bien spéciale et pouvant s'opposer au tabes sensitif dont les signes sont absents.

Il n'en est pas moins vrai que cette simple énumération devra vous suffire à affirmer le diagnostic d'ataxie locomotrice. Mais il y a plus encore.

Le genou gauche est le siège d'une arthropathie tabétique. Il s'agit d'une arthrite sèche, c'est-à-dire sans épanchement. Elle est survenue sans douleur. Elle est caractérisée par une subluxation de l'articulation du genou avec une tuméfaction énorme des extrémités osseuses du tibia, du péroné et du fémur. C'est une arthrite hypertrophique.

Je n'insisterai pas davantage ici sur des signes que j'analyserai avec soin, dans d'autres circonstances, mais qui dans le cas particulier, ne pourraient en rien modifier notre diagnostic.

Quant à l'insuffisance aortique, elle se caractérise par le double souffle aortique, souffle systolique d'aortite et souffle diastolique d'insuffisance, violents, en jet de vapeur dont le maximum est au niveau de la deuxième articulation sterno-chondrale droite et se propage le long du sternum. La matité est un peu augmentée à droite du sternum ; le cœur est volumineux. Sa pointe se sent à plusieurs travers de doigt au-dessous du mamelon et toute la région est le siège d'un frémissement violent. Il y a du reste peu de signes artériels périphériques (pas de pouls capillaire, ni de S. de Frédéric Muller, etc.).

On peut toutetois conclure qu'il s'agit d'une insuffisance aortique d'origine artérielle.

Ce qui est prouvé, c'est l'altération de l'aorte; elle a en effet subi une élongation et une dilatation. Elle

est allongée car vous pouvez en sentir les battements en appuyant le doigt au-dessus de la fourchette sternale.

Elle est dilatée comme l'a démontré l'examen radioscopique fait dans notre service par un médecin d'une compétence indiscutable, le docteur Desternes. Au lieu d'être cachée derrière le sternum, elle fait une saillie dépassant la partie droite, comme la percussion le laissait prévoir. Ce n'est pas un anévrisme à proprement parler, mais bien plutôt une dilatation. Du reste, entre ces deux états, il s'agit d'un simple degré d'une même affection, dont la syphilis est presque toujours la cause.

On a divisé les insuffisances aortiques en endocardiques et artérielles.

Les premières me semblent presque constamment avoir une origine rhumatismale et les secondes une origine syphilitique. J'emploie les expressions : *presque constamment*, pour ne pas éliminer certains faits exceptionnels, mais dans la pratique nous pouvons dire *toujours*.

J'ai terminé, Messieurs, non pas mon observation, mais l'énumération des signes qui permettent d'affermir le diagnostic de ce malade.

Quant à la cause de tout le mal, c'est évidemment la syphilis, une syphilis qui date de vingt ans, mal soignée ou pas soignée du tout. Mais qui peut affirmer que, par un traitement approprié, les accidents actuels auraient été conjurés? Mais cependant, il est profondément regrettable qu'il n'ait pas été suivi, les risques eussent été diminués.

Le pronostic est déplorable, car ce pauvre malheureux est destiné à être notre hôte, jusqu'au jour de la mort libératrice qui, pour de multiples raisons, surviendra bientôt plus ou moins brutalement.

Le traitement que nous avons à notre disposition ne saurait être efficace. Car si le traitement mercuriel et iodurê paraît agir avantageusement sur les premiers accidents de la syphilis et sur certaines manifestations tardives telles que les gommes, son action sur la paralysie générale, le tabes, l'insuffisance aortique spécifique, n'est pas démontrée, bien au contraire.

Mais si nous n'avons aucun moyen d'action immédiat, n'y a-t-il aucun moyen prophylactique que nous puissions conseiller aux sujets sains qui s'exposent à la contagion? Il est inutile de faire ressortir le succès qu'auraient de tels moyens si leur efficacité était reconnue.

On a conseillé l'emploi de certaines membranes de caoutchouc, qui isoleraient la muqueuse saine de la contaminée. Il est certain que bien des malheureux auraient pu, par ce moyen, éviter la contagion. Mais il ne faut pas donner, par ces sortes de conseils, une fausse sécurité. En parlant ainsi, je ne me place pas au point de vue de la morale, je ne suis pas ici chargé de l'enseigner, mais il faut que vous sachiez que cette protection est parfois insuffisante, et qu'elle est, suivant l'expression prêtée à une femme célèbre, une toile d'araignée contre le danger.

A la suite d'un coït suspect, on a récemment conseillé une friction énergique avec une pommade contenant un tiers de calomel et deux tiers de lanoline; il y a, en hiver, avantage à ajouter un dixième de vaseline. L'action de cette pommade a été établie par MM. Roux et Metchnikoff. Ils ont fait des expériences sur le singe et aussi sur un médecin qui consentit à ce qu'après l'inoculation du virus on pût vérifier sur lui-même la valeur du procédé. La pommade au calomel ne protégeant que dans les quelques heures qui suivent le contact infectieux, en supposant que son action soit infaillible, il faudrait s'en servir après chaque contact, c'est là un inconvénient qui empêchera assurément cette méthode de diminuer, autant que nous l'aurions souhaité, le nombre des syphilitiques.

L'atoxyl, dont vous avez, sans doute, entendu parler, agit à une période où la pommade mercurielle serait déjà devenue sans effet. Des expériences de MM. Roux et Salmon faites sur le singe montrent que l'atoxyl peut arrêter la syphilis à la période d'incubation. Des macaques ont été préservés par des injections faites quinze jours après l'inoculation; réinfectés par la suite, ils ont eu un chancre, ce qui prouve que la première inoculation n'avait pas conféré l'immunité. Nous ne savons pas exactement pendant combien de temps l'atoxyl a une influence préservatrice, elle est limitée à un certain nombre de jours. De plus cette substance administrée par voie buccale ne donne que des résultats imparfaits. Il semble résulter de ces expériences qu'il est indiqué de traiter préventivement par l'atoxyl les personnes qui ont eu des contacts suspects et qui n'ont pas employé la pommade au calomel en temps opportun. On pourra, dans ces conditions, pratiquer deux injections de 50 centigrammes à deux jours d'intervalle (50 centigrammes dans 5 grammes d'eau).

Tout en appréciant le haut intérêt de ces recherches, nous ne pouvons nous empêcher de penser que leur application sera fort limitée dans la pratique. Si un homme suppose une femme syphilitique, il s'abstiendra de tout rapport avec elle et s'il n'est averti de l'état de santé de celle qui a été sa compagne que par l'apparition du chancre, il est alors trop tard pour avoir recours à l'atoxyl. Il ne reste donc qu'un moyen, c'est d'appliquer le traitement après tout coït suspect; mais ils le sont presque tous, quand il s'agit d'une professionnelle, et alors il faudra avoir souvent recours à l'atoxyl, ce qui ne pourra se faire impunément, sous peine d'accidents toxiques graves comme on en a déjà signalé.

L'atoxyl rend cependant de grands services et je ne suis pas étonné de voir son action sur la syphilis. En effet, le professeur Koch en a obtenu d'excellents résultats dans le traitement de la maladie du sommeil au cœur même de l'Afrique. Si l'on réfléchit à la parenté qui unit les trypanosomes, cause de la maladie du sommeil et le tréponème pâle, origine de la syphilis, il n'est pas surprenant de voir que sur ces deux organismes l'atoxyl agit également. D'autre part, cela est heureux et consolant car les travaux du professeur Koch ont montré que cette trypanosomiase à évolution lente comme la syphilis, se

communiquait entre humains par les contacts vénériens. Serait-ce une nouvelle vérole qui menace l'univers au moment où les travaux conduits à l'Institut Pasteur faisaient espérer la guérison de la première?

De tout ceci, l'action de l'atoxyl est à retenir sans y accorder cependant une confiance absolue. Vous me direz que je fais des objections à toutes les médications prophylactiques connues et vous me demanderez de conclure.

Je conseille la sagesse. Je ne dis pas qu'elle soit facile à pratiquer, mais beaucoup cependant se résoudraient à l'observer, s'ils étaient convaincus des immenses dangers auxquels ils sont exposés et s'ils avaient présent à l'esprit cet avis donné dans un livre qu'on ne lit plus guère : « Quiconque s'expose au danger, y périra. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1908)

Multiplication « in vitro » du treponema pallidum Schaudinn. — M. LEBAILLY. L'auteur rapporte une observation qui montre que le treponema pallidum peut se multiplier en dehors de l'organisme vivant, et, que dans des conditions favorables, sa vitalité peut être conservée pendant plusieurs jours.

On pourra utiliser cette propriété des spirochètes de se multiplier *in vitro* dans le foie et la rate, et probablement dans d'autres organes, pour tenter de les acclimater sur d'autres milieux dont on sera plus maître de régler la composition. Il serait aussi intéressant de rechercher si les tréponèmes peuvent se multiplier *in vitro* dans le sang des malades atteints de syphilis en pleine évolution et n'ayant pas encore suivi de traitement.

Constitution chimique et propriétés biologiques du protoplasma du bacille de Koch. — MM. Jules AUCLAIR et Louis PARIS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1908)

Désinfection des livres fermés. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une très intéressante communication sur ce sujet.

La désinfection des livres est une œuvre difficile. Cependant avec des procédés modernes on a réussi à la faire. Mais il est impossible de la réaliser en déposant simplement les livres fermés dans une étuve, sans prendre des précautions spéciales et sans chances d'altérer le volume, de modifier son aspect et de menacer sa conservation et surtout celle de la reliure.

M. Berlioz (de Grenoble), inventeur d'une étuve où l'évaporation d'un liquide spécial assure le dégagement d'aldéhydes a pu, en plaçant les livres sans précautions, sans dispositif spécial, dans une étuve au-dessous de 95 degrés et sans pression, réaliser la désinfection absolue des livres fermés les plus volumineux et cela sans altération, ni de la couverture, ni du papier, ni de la reliure.

La seule précaution particulière pour les reliures délicates a consisté à envelopper le livre d'une simple feuille de papier.

Des nombreuses expériences qu'a faites M. Berlioz, il résulte qu'on peut obtenir une désinfection très suffisante, même des plus gros livres.

M. Lucas-Championnière a provoqué de nouvelles expériences faites par M. Berlioz. Dans un volume de 1 300 pages, du pus et des matières fécales ont imprégné une page du livre jusqu'à sa marge profonde. La stérilisation absolue a été obtenue par un séjour de deux heures dans l'étuve la température n'ayant pas dépassé 90 degrés.

Il a en outre fait séjourner dans l'étuve, pendant deux heures, des volumes très délicats sans qu'on ait pu constater aucune altération de leur reliure.

En somme, on peut dire que par ce procédé, en déposant dans l'étuve les livres fermés, sans dispositif spécial, sans précautions délicates, en exécutant une manœuvre banale de stérilisation, le premier venu peut obtenir la désinfection absolue des livres contaminés.

C'est un fait de la plus haute importance car les livres peuvent être les agents de la transmission de bien des maladies.

Cette méthode peut non seulement stériliser les livres de toute bibliothèque suspecte, mais peut encore devenir un procédé excellent pour la conservation des livres. Ceux-ci ont aussi leurs maladies microbiennes qui les détruisent.

De l'emploi des arsenicaux en agriculture. — Dans la dernière séance M. RICHE, dans une communication très documentée, avait conclu au maintien de l'emploi des arsenicaux en agriculture avec une réglementation spéciale. M. Armand GAUTIER vient, à son tour, combattre les conclusions trop rigoureuses de M. Cazeneuve. Il rappelle que l'emploi des arsenicaux en agriculture se fait depuis longtemps aux Etats-Unis, en Angleterre, au Canada. Il ne voit pas pourquoi cet emploi serait défendu en France, puisqu'on n'a pas relevé d'accidents bien nets. Toutefois M. Gautier est d'avis qu'on interdise l'emploi de l'arseniate de plomb.

M. CAZENEUVE maintient sa proposition d'interdiction absolue de l'emploi des sels arsenicaux, en se basant sur ce fait que la réglementation proposée par M. Riche est matériellement impossible. En matière d'hygiène industrielle, cette réglementation peut être observée avec quelque rigueur à Paris. Mais on sait bien qu'elle est d'une application très difficile pour ne pas dire impossible en province. Dans ces conditions M. Cazeneuve estime que l'emploi des arsenicaux en agriculture constitue un véritable danger social.

M. RICHE répond à M. Cazeneuve que son argumentation est purement théorique et ne repose sur aucun fait. Depuis soixante-dix ans, on n'a pas eu à enregistrer de faits positifs en faveur de l'opinion défendue par M. Cazeneuve. M. Riche fait ressortir toute l'importance de la question au point de vue de la production des fruits si importante en France. Il maintient donc ses premières conclusions en faveur de la conservation de l'emploi des sels arsenicaux en agriculture avec réglementation. La question est renvoyée à l'étude d'une commission composée de MM. Riche, Gautier, Cazeneuve, Yvon et Moureu.

De la réduction des liquides dans le traitement des maladies cardiaques. — M. WIDAL, à propos de la communication faite dans la dernière séance par MM. Huchard et Fiessinger, insiste sur l'importance de cette question du régime des liquides dans le traitement des maladies cardiaques, cardio-rénales ou vasculaires. La quantité de boissons à prescrire, qu'il s'agisse du régime lacté, du régime lacto-végétarien ou du régime de déchloruration, doit varier selon le mode de fonctionnement du rein et c'est à bien régler ce régime des boissons que doit surtout s'appliquer le médecin, selon l'état du cœur, des vaisseaux ou du rein.

Gastrectomie totale. — M. DELAGENIÈRE semble préférer la gastrectomie totale à la subtotale quand il s'agit de cancer de l'estomac. Il l'a pratiquée 10 fois avec 6 guérisons opéra-

toires et 4 décès. Il insiste sur ce fait que l'existence est parfaitement compatible avec la suppression totale de l'estomac. Les perfectionnements techniques de l'opération et son application précoce permettront d'en améliorer encore les résultats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1908)

Sur une forme de dyschondroplasie avec arthropathies et micromélie (pseudo-achondroplasie rhumatismale). — MM. F. RAYMOND et H. CLAUDE présentent une malade qui a été absolument normale jusqu'à l'âge de sept ans. A la suite d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, elle conserve une raideur des jointures des membres qui progresse et aboutit à l'ankylose complète de certaines d'entre elles. En même temps les os ont cessé de se développer en longueur, de sorte qu'aujourd'hui cette jeune fille âgée de vingt ans a une tête de volume normal, ronde, un thorax et un bassin assez bien proportionnés, mais ses membres supérieurs et inférieurs très peu développés répondent à ceux d'un enfant de huit ans. Les bras n'atteignent, la main étendue, que le niveau du grand trochanter. Les mains sont petites, courtes, les doigts de même taille, un peu écartés à l'extrémité; la radiographie montre des épaississements et des déformations des épiphyses en même temps que la soudure de certaines articulations. Les diaphyses des os sont légèrement incurvées, la tête du péroné arrive au même niveau que le plateau tibial.

La ligne d'ossification forme une bande noire, la prolifération du tissu osseux au niveau des épiphyses est très irrégulière. Il s'agit donc d'une micromélie présentant quelques-uns des caractères de l'achondroplasie. Mais la dystrophie n'est pas congénitale, ce qui la distingue de l'achondroplasie. Elle est sous la dépendance de l'inflammation articulaire qui a gagné l'épiphyse et altéré très vraisemblablement le cartilage jugal. Celui-ci étant troublé dans son évolution, l'os a cessé de s'accroître en longueur. La slcérose du cartilage de conjugaison constituant la lésion caractéristique de l'achondroplasie, on voit qu'il y a des analogies entre cette maladie et ce cas au point de vue clinique et anatomique.

Les lipoïdes des globules rouges du sang. Préparation. Propriétés physiques. — M. ISCOVESCO a extrait des globules rouges du sang, par des solvants appropriés de lipoïdes. Le premier est un puissant anti-hémolytique. Le troisième est fait semblable à la lécithine.

Troubles de l'élimination urinaire devant la crise d'hémoglobinurie paroxystique. — MM. WIDAL et ROSTAINE ont chez cinq malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique, étudié comparativement et à plusieurs reprises pour chacun d'eux les courbes d'élimination des chlorures et de l'urée pendant la crise. Au moment de la crise, les urines s'apauvrissent rapidement en chlorures et leur point cryoscopique s'élève (Courmont).

L'urée au contraire, augmentait en général en même temps que la teinte hémoglobinique de l'urine pour revenir autour de son chiffre primitif à la fin de la crise. Dans la très grande majorité des cas, les oscillations de l'élimination de l'urée se font donc pendant l'attaque en sens inverse de celle que subit l'élimination des chlorures.

L'élimination de l'azote total suit dans son augmentation et sa diminution une marche parallèle à celle de l'urée.

Le rapport azoturique ne subit que de très faibles oscillations; il fléchit légèrement au moment où la coloration de l'urine atteint son maximum d'intensité.

Au cours des grandes attaques, si l'on a soin de recueillir par fractions avec la sonde les urines émises pendant la crise, on voit que l'albumine précède l'apparition et persiste parfois quelques heures après la disparition de la matière colorante dans l'urine. De même avant la teinte hémoglobinique, apparaissent de légers flocons qui tombent au fond du tube, en même temps que se précipitent souvent des cristaux d'urates mêlés à une poussière organique, à des ombres globulaires et à des cylindres colorés. Ces formations peuvent persister quelqnes heures et même parfois quelques jours après l'accès. Les cristaux uratiques qui manquent au cours de certaines crises s'observent parfois en très grande abondance.

En trempant dans l'eau froide les mains d'un hémoglobinurique, on peut graduer l'intensité de la crise suivant le degré de température de l'eau et la durée de l'immersion. On peut ainsi arriver chez certains sujets à déterminer une crise si légère qu'elle se traduit par une poussée d'albuminurie sans hémoglobinurie apparente.

On confère une immunité passive momentanée aux hémoglobinuriques en leur injectant du sérum de chevaux préparés par l'inoculation de sérums humains. Chez des malades n'ayant plus été inoculés depuis un certain temps déjà et dont la résistance à l'hémoglobinhémie commence à fléchir, on obtient facilement des crises frustes réduites à la simple albuminurie. On peut même sous l'influence du froid, ne produire chez un tel sujet, qu'un dépôt floconneux avec décharge de cristaux uratiques sans aucune trace d'albumine. L'examen de l'urine recueillie par fractions, montre ici encore, entre la courbe d'élimination des chlorures et la courbe d'élimination de l'urée, la dissociation signalée plus haut.

Dans un tel cas, pour expliquer les troubles de l'élimination urinaire pendant la crise, on ne pouvait incriminer ni l'encombrement des tubes ni l'action de la fièvre, la température de la malade étant restée identique avant, pendant et après la crise.

Activité amylolytique du contenu intestinal. — MM. L. AMBARD et E. BRUIT. Au cours de la digestion, l'activité amylolytique du contenu intestinal reste sensiblement constante, quelle que soit l'heure à laquelle on examine la digestion et quel que soit l'aliment ingéré, viande, lait, riz ou amidon.

Autres communications :

Sur l'excitation chimique des terminaisons cutanées des nerfs sensitifs. II. Action des métaux alcalino-terreux. — MM. DHÉRÉ et PRIGENT.

Technique très sensible pour rechercher l'urobiline applicable à tout liquide, même au sérum. — MM. MOREL et MONOD (de Lyon).

Mécanisme des effets respiratoires de la fumée de tabac. — MM. FLEIG et DE VISME.

Les conditions du développement en milieu artificiel de l'œuf de quelques hématodes parasites. — MM. JAMMES et MARTIN (de Toulouse).

Influence du liquide céphalo-rachidien sur le pouvoir hémolytique du venin de cobra en présence de lécithines. — MM. BRETON, MASSOL et PETIT.

Sur le dosage des rayons X en physiologie expérimentale (deuxième note). — M. GUILLEMINOT.

Contribution à l'étude biologique. Bacillus anthracis de Davaine. — MM. NONOTTE et SARTORY.

Ablation des capsules surrénales et diabète pancréatique. — M. FROUIN. — Même sujet. M. A. MEYER.

Glande interstitielle de l'ovaire et rut chez le lapin. — MM. REGAUD et DUBREUIL.

Sur divers modes d'obtention de soufres insolubles et colloïdaux injectables sous la peau et dans les veines. — M. FLEIG.

Moindre résistance des lapins thyroïdectomisés à l'intoxication par l'arséniate de soude. — MM. JEANDELIZE et PERRIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1908)

Sur le traitement mercuriel du tabes. (*Suite de la discussion.*) — M. Jean HEITZ communique l'observation d'un malade âgé de quarante-deux ans, tabétique depuis cinq ans, traité par 2 centigrammes de biiodure, journellement et pendant trente-quatre jours, alternant avec des périodes égales de repos. Chez ce malade qui présentait des troubles oculaires, on a vu les lésions rétrocéder dans un œil et s'améliorer dans l'autre.

M. LAUSSEDAT croit comme M. Faure que les vieux ataxiques seront de plus en plus rares; mais tout en agissant plus tôt et mieux qu'autrefois, il ne reste pas moins beaucoup de tabétiques chez lesquels il est difficile d'enrayer certains troubles paralytiques. Il demande à M. Leredde s'il lui a été donné fréquemment de distinguer entre l'action du traitement mercuriel et les actions des deux traitements si souvent concomitants de la cure de bains carbo-gazeux, comme ceux de Lamalou et de Royat, et de la rééducation motrice. L'auteur observe à Royat depuis quinze ans une dizaine de tabes environ par an, et il a constaté tout à fait au début de son exercice, avant tout traitement mercuriel, de rapides améliorations par les bains frais ou tièdes très gazeux, non seulement des troubles moteurs de la marche, mais aussi très souvent des troubles vésicaux qui sont habituellement si tenaces.

M. LEREDDE a observé un cas où il existait des troubles vésicaux et où le traitement mercuriel a eu une influence heureuse, mais il ne peut préciser ce qui revient au traitement mercuriel ou au traitement par les bains.

M. Maurice FAURE estime que les troubles vésicaux sont les plus tenaces et les plus sérieux. Les troubles vésicaux ne sont pas toujours dus à la vessie, on urine avec son périnée et avec sa paroi abdominale. Les troubles d'érection et les troubles du coït sont améliorés par l'action des eaux qui agissent vraisemblablement sur les centres nerveux qui les commandent.

Traitement des brûlures par la chaleur et la lumière électrique. — Le docteur DUPUY DE FRENELLE présente une jeune fille chez qui il a obtenu en un mois la cicatrisation d'une brûlure rebelle à tout traitement depuis un an. Le résultat a été obtenu en exposant tous les deux jours, pendant quarante-cinq minutes, la plaie aux rayons d'une lampe électrique de cinquante bougies, munie d'un verre dépoli et d'un réflecteur. Sous l'influence du traitement, la peau, primitivement blanche, sclérosée, cicatricielle, s'est assouplie et est redevenue rose. Ce cas est le plus typique parmi ceux que le docteur Dupuy a traités depuis deux ans qu'il étudie cette méthode.

M. DUREY demande si l'on a relevé la température développée ainsi au niveau de la plaie, le résultat obtenu lui rappelant trait pour trait certains cas observés à Beaujon au cours des recherches qu'il y poursuit dans le service du docteur Tuffier sur l'application des agents physiques et traités par la seule application d'air sec surchauffé. Tandis que les plaies traitées par héliothérapie, où au contraire l'action des rayons chimiques est plus considérable, n'évoluent pas de la même façon.

M. Louis RÉGIS a fait remarquer que, dans l'Engadine, on traite les plaies atones par la simple expression de la lumière solaire et que la guérison est obtenue rapidement. Certaines plaies d'origine tuberculeuse qui duraient depuis des mois ont guéri en quelques semaines.

MM. LEREDDE et CHATIN pensent que dans le cas relaté il s'agit plutôt de thermothérapie que de photothérapie.

M. LEFUR fait une communication sur **l'autonomie des facultés et écoles de médecine.**

Hérédo-syphilitiques et traitement spécifique. — M. AUDISTÈRE. En présence de l'importance reconnue de plus en plus prolongée de la syphilis sur l'évolution et les maladies des descendants, quelle conduite thérapeutique doit-on tenir en présence des cas de syphilis héréditaires frustes ou latentes, mais certaines, en présence des cas d'enfants ayant des stigmates de syphilis héréditaire, en présence des femmes hérédo-syphilitiques enceintes? M. Audistère discute les faits où la conduite à tenir est indécise et délicate, en citant des exemples typiques. (La discussion est renvoyée à la prochaine séance.)

Un cas d'épididymite rhumatismale avec léger épanchement vaginal. — M. OZENNE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1908)

La tuberculose et les pensions et gratifications de réforme. — MM. DEBRIE et VILLEDARY malgré quelques restrictions concluent à la responsabilité de l'Etat vis-à-vis des tuberculoses qui se déclarent dans le cours du service militaire. — M. SACQUÉPÉE reconnaît que le service militaire réalise des conditions susceptibles d'exercer une action aggravante sur les tuberculoses latentes et que par suite il est juste de soigner d'abord et guérir si possible les premières manifestations de ces tuberculoses et d'indemniser les malades qui quittent le service sans être suffisamment rétablis pour reprendre leurs occupations antérieures; une indemnité renouvelable suffit car il ne semble pas logique d'attribuer une pension définitive pour des infirmités qui peuvent rétrocéder. — M. BARTHÉLEMY est convaincu que la responsabilité de l'Etat est engagée dans toutes les manifestations tuberculeuses qui s'observent chez le soldat. Il pense que les trois conditions qui influent le plus sur la santé de l'homme sont le logement, l'alimentation, le chargement, et qu'il est urgent de les améliorer en raison de leur influence manifeste sur l'évolution générale de la tuberculose dans l'armée. — MM. VIGUIER et SALMON proposent la création de corps spéciaux où les malingres et les suspects de tuberculose seront l'objet d'un entraînement physique susceptible d'augmenter leur résistance organique.

M. TOUSSAINT communique une observation de **hanche à ressort par exostose de croissance.**

PRATIQUE MÉDICALE

SUR L'IMPORTANCE PROPHYLACTIQUE DE LA DÉSINFECTION BUCCO-PHARYNGÉE

Par M. R. GABIN.

L'antisepsie bucco-pharyngée doit être l'une des préoccupations du médecin. S'agit-il d'une maladie infectieuse aiguë : rougeole, grippe, typhoïde, etc., il importe d'assurer autant que possible la désinfection de la bouche, du nez et des oreilles. Ces organes, en effet, sont le siège d'une flore microbienne importante, et le streptocoque comme le pneumocoque y vivent aisément. Que de complications pulmonaires mortelles ont trouvé leur origine dans l'inobservance de cette règle absolue : désinfection bucco-pharygo-nasale, dans toute maladie générale fébrile !

Il semble, à priori, que rien ne soit plus facile que de réaliser ce précepte. Mais il faut songer que l'antiseptique à choisir doit être énergique sans toxicité, sans odeur, et qu'il ne doit pas laisser un goût désagréable. Ainsi envisagée la question revêt un certain intérêt pratique.

Deux substances paraissent aujourd'hui remplacer pour cet usage les anciens antiseptiques. L'eau oxygénée et le trioxy-

chlorométhyle de vanadium. L'eau oxygénée s'emploie à raison d'une cuillerée à soupe par verre d'eau bouillie, et l'anios à 2 p. 100, solution qui possède un pouvoir germicide absolu.

Il semble cependant que, dans ces derniers temps, il existe parmi les médecins une certaine tendance à recourir à l'anios, On en trouve la raison dans ce fait que ce sel vanadique produit au contact des germes de l'oxygène naissant d'une façon continue. L'action de l'eau oxygénée serait plus fugitive, et l'on admet aussi qu'elle laisse sur la muqueuse linguale une teinte noirâtre désagréable pour le malade et pour le médecin qui ne peut suivre aussi facilement les caractères pathologiques laissés par la pyrexie. Sans qu'on puisse bien s'en rendre compte, et probablement grâce à l'absence de tout acide dans sa constitution, la solution d'anios n'a pas cet inconvénient et, sans toxicité, sans causticité, elle augmenterait par la continuité de sa production d'oxygène les propriétés germicides de cette substance.

Notre expérience de cet antiseptique, employé dans ces conditions, n'est pas encore suffisante pour que nous puissions formuler à son sujet des conclusions précises. Il nous a rendu, il est vrai, de réels services chez plusieurs enfants rougeoleux qui guérirent aisément sans aucune complication et chez lesquels l'énanthème bucco-pharyngé nous a semblé disparaître plus vite qu'à l'ordinaire.

Dans la grippe également cette antisepsie régulièrement faite nous a paru éviter les complications broncho-pulmonaires et, dans une certaine mesure, diminuer l'infection. Il nous a paru que les grippés procédant régulièrement avec l'anios à une désinfection soigneuse de ces cavités naturelles, guérissent plus vite.

Quel que soit d'ailleurs l'antiseptique choisi, il faut que le praticien considère la désinfection bucco-pharyngo-nasale comme une impérieuse nécessité dont les résultats prophylactiques sont manifestes quand elle est suffisamment énergique.

ACTUALITÉS

L'ENTENTE CORDIALE MÉDICALE

Le premier acte solennel de l'entente entre les Universités de Londres et de Paris vient d'avoir lieu à la Faculté de Paris. Cet acte est le couronnement de l'heureux mouvement créé en France par un groupe de médecins parmi lesquels il faut citer MM. Lucas-Championnière, Triboulet et Klefstad Sillonville, les initiateurs des visites échangées entre médecins anglais et français pendant ces dernières années.

Mardi soir, sir Dyce Duckworth, professeur de clinique médicale à Saint-Bartholomew's Hospital, membre du Collège royal des médecins de Londres, président du Comité anglais de l'entente cordiale médicale depuis la mort de sir William Broadbent, faisait, en français, une leçon sur « les diathèses, le facteur personnel des maladies ».

A cinq heures, précédé du massier de la Faculté, et escorté par le doyen et les professeurs en robe, le maître de la clinique anglaise faisait son entrée dans le grand amphithéâtre, comble comme aux plus grands jours.

Après avoir été salué dans les termes les plus heureux par M. le doyen Landouzy, sir Dyce Duckworth a pris la parole dans un français très pur, et pendant une heure a tenu son auditoire sous le charme. De sa leçon pleine de bon sens et d'esprit nous devons citer en particulier la conclusion qui valut à son auteur une ovation enthousiaste :

« Je crains fort, a-t-il dit, que nous souffrions ces jours-ci, d'un esprit très répandu d'incrédulité, de timidité et de désespoir dans le royaume entier de la thérapeutique. Nous dépensons beaucoup de temps dans la culture du diagnostic élaboré; et ceci est parfaitement juste, mais nous négligeons gravement notre principal devoir de guérir et de soulager les malades.

Nos connaissances de la *materia medica* ont décliné en dehors de toute proportion avec les connaissances acquises par le progrès de la bactériologie qui prétend se substituer au plus ancien art thérapeutique. Elle ne s'y substituera jamais, car il n'existe, comme sir William Jenner l'a dit, que deux grandes questions à résoudre auprès du lit d'un malade : Qu'a-t-il? et : Qu'est-ce qui lui fera du bien?

Ne sommes-nous pas trop disposés, aujourd'hui, à oublier la seconde question, à expérimenter avec des nouveautés synthétiques et à négliger les vieux remèdes éprouvés depuis si longtemps? En un mot, ne nous laissons-nous pas entraîner graduellement, nous autres médecins, à la position de scientistes abstraits, perdant graduellement nos relations propres avec le malade, en tant qu'artistes médicaux habiles?

Que dirait le plus grand des cliniciens modernes votre glorieux Trousseau, s'il apparaissait dans cet amphithéâtre dont les échos, suivant la fière devise de votre Faculté, portaient *urbi et orbi*? »

D'autres leçons auront lieu prochainement dans diverses universités de France. D'autre part des professeurs ou médecins des hôpitaux français iront faire des conférences *en anglais*, chez nos voisins. L'une des premières conférences sera faite à Londres par le professeur R. Blanchard.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SIMULATION D'ACCIDENT

La *Province médicale* rapporte les faits suivants :

« Aimé V..., homme de peine à Roubaix, avait reçu une caisse sur le pied droit : contusion légère qui devait guérir en quelques jours; on ne pouvait prévoir plus de quinze jours. Or, quatre mois après le blessé était encore en traitement et n'allait pas mieux. Le pied, la jambe étaient gros, tuméfiés; les chairs étaient gonflées et violettes; il y avait un œdème généralisé, d'autant plus inexplicable qu'aucune complication ne s'était jamais produite. Les médecins y perdaient... leur latin. On appela en consultation le docteur G... (de Lille), dont la compétence en pareille matière est bien connue. Il avoua ne point se rendre compte des causes de la maladie. Il refit toutefois, avec ses confrères, une seconde visite, celle-là inopinée. On arriva chez V... à brûle-pourpoint; il était couché. En l'examinant, on constata que cet homme se serrait fortement la cuisse avec des bandes caoutchoutées, ce qui amenait le gonflement et la lividité des chairs. Pris à l'improviste, il n'avait pas eu le temps de les enlever. Le docteur les arracha; un peu après, le membre avait repris son état normal : il n'y avait plus de gonflement.

Le plus raide est que V... recommença. Malgré cette supercherie évidente, il eut l'audace de réclamer en justice des demi-salaires. C'était au mois de décembre. Le juge de paix chargea le docteur D... de visiter le blessé; le médecin constata l'enflure... et découvrit des bandes de toile serrant fortement la cuisse.

En présence de ces faits, le tribunal condamne Aimé V... à trois mois de prison avec sursis; il le condamne, en outre, à rembourser à la société d'assurances une somme de 460 fr. 25 perçue par lui indûment comme indemnité d'accident. »

NOTES POUR L'INTERNAT

PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

La pleurésie interlobaire est une pleurésie purulente enkystée dans la scissure où s'enfonce le feuillet viscéral de la plèvre entre deux lobes du poumon.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On sait que le poumon gauche est partagé en deux lobes par une scissure tandis que le poumon droit a trois lobes et deux scissures. Que des adhérences viennent à souder les lèvres d'une scissure, la plèvre interlobaire ne communique plus avec la grande cavité pleurale et l'épanchement s'enkyste. Le siège de la pleurésie interlobaire est très variable; habituellement il est en arrière, mais parfois dans l'aisselle; la scissure interlobaire gauche commence en arrière au niveau de la troisième côte, se dirige obliquement en dehors et en bas sous l'omoplate, et vient aboutir au voisinage de l'extrémité antérieure de la sixième côte osseuse. A droite, la scissure principale suit à peu près un trajet analogue; la scissure horizontale, détachée de la précédente dans la ligne axillaire à la hauteur du quatrième espace, se dirige presque horizontalement ou un peu obliquement en haut et en avant pour aboutir à l'extrémité antérieure du troisième espace.

Mais ces rapports des scissures interlobaire à l'état normal sont très modifiés en cas d'épanchement enkysté; la topographie pathologique ne correspond pas toujours à la topographie anatomique.

L'épanchement peut occuper tout un espace interlobaire, être alors abondant, la quantité atteignant un litre et même plus. Parfois des adhérences cloisonnent la cavité interlobaire; le liquide purulent enkysté dans cet espace ne dépasse pas 200 grammes; on peut même ne trouver que plusieurs petits abcès interlobaires ne contenant chacun qu'une cuillerée de pus.

Le liquide est purulent, plus ou moins épais, souvent d'odeur gangréneuse et fétide. La plèvre injectée, vascularisée, est recouverte de fausses membranes; il se forme fréquemment une fistule pleuro-bronchique, et alors le malade a une vomique.

ÉTIOLOGIE. — La pleurésie interlobaire est habituellement une pleurésie à pneumocoques; on peut toutefois y trouver les autres microbes des pleurésies purulentes; elle n'est presque jamais tuberculeuse. Elle succède généralement à une pneumonie; la plèvre est infectée après le poumon, soit au cours de la pneumonie, soit plus tardivement. Quelquefois la pleurésie interlobaire à pneumocoque est primitive, non précédée d'une pneumonie; Dieulafoy admet même que l'infection primitive de la séreuse pleurale par le pneumocoque est le cas le plus fréquent.

SYMPTOMES. — Lorsque la pleurésie interlobaire est consécutive à une pneumonie, il existe une première période pendant laquelle on constate les symptômes et signes physiques de cette affection.

Plus habituellement la pleurésie interlobaire est cliniquement primitive. Le *début* est celui d'une affection thoracique aiguë : point de côté, toux, élévation de la température; mais pendant les premiers jours, la symptomatologie est mal caractérisée; les *symptômes fonctionnels* sont le point de côté, la toux, la dyspnée assez intense, l'expectoration est nulle ou insignifiante. Les *signes physiques* sont difficiles à interpréter; les lobes pulmonaires voisins du foyer infectieux sont congestionnés ce qui donne, à l'examen du poumon, un foyer de submatité avec respiration soufflante, râles muqueux fins; parfois l'atteinte de la plèvre se traduit par quelques frottements. Ce ne sont donc ni les signes d'une pneumonie franche, ni ceux d'une pleurésie; c'est une pleuro-congestion (Dieulafoy).

A une phase plus avancée, la quantité de liquide accumulée dans la scissure interlobaire devient assez grande pour que les signes physiques se précisent. Vers la partie moyenne de la région postérieure du thorax ou dans l'aisselle, on trouve à la percussion une zone de *matité* qui est comme *suspendue* entre des régions plus sonores. Il ne faut s'attendre à trouver ni la matité absolue, ni les signes classiques des épanchements pleuraux (diminution des vibrations, souffle pleural, égophonie), car l'épanchement pleurétique profondément caché dans un espace interlobaire est séparé de la paroi thoracique par une lame plus ou moins épaisse de poumon. La pleurésie interlobaire droite n'abaisse pas le foie; quand l'épanchement est à gauche, le cœur peut être dévié à droite, quoique l'espace de Traube ait conservé sa sonorité normale.

Les symptômes fonctionnels sont les mêmes que pendant la première période; des *hémoptysies* peuvent survenir, quelquefois abondantes; tantôt le crachement de sang survient après la vomique, tantôt avant ou pendant cette vomique. L'hémoptysie a pour cause l'ulcération d'un vaisseau par le processus ulcéreux qui s'attaque aux parois de la cavité interlobaire (Dieulafoy).

Un symptôme presque constant est la *vomique*; elle apparaît à une époque qui varie entre deux et plusieurs semaines. On peut souvent prédire la vomique vingt-quatre heures à l'avance grâce à un signe : la fétidité de l'haleine; la fistule pleuro-bronchique est en voie de formation et à travers une fissure s'échappent déjà des émanations fétides de la cavité. Quand le liquide fait irruption dans les bronches, le malade a une vomique abondante ou, plus souvent, de petites vomiques fragmentées qui rappellent la bronchorrhée de la dilatation des bronches.

Si la vomique a été abondante, on trouve à l'auscultation des signes cavitaires : souffle et gargouillement. Quelquefois la vomique peut provoquer la guérison spontanée de la pleurésie interlobaire et la cavité se cicatrise. Mais souvent aussi la fièvre persiste, des symptômes de gangrène surviennent. Dans d'autres cas, le malade continue à tousser et à cracher parce que la cavité sécrète et ne se comble pas; le malade est sans appétit, maigrit, s'infecte et s'intoxique à petites doses; il a les doigts hippocratiques, et, bien qu'il ne soit pas tuberculeux, il en a les apparences (Dieulafoy).

DIAGNOSTIC. — Au début, les symptômes fonctionnels peuvent faire penser à une pneumonie, une pleurésie. Cependant la pleurésie interlobaire se distingue de la *pneumonie*, parce qu'on ne constate ni crachats rouillés, ni souffle tubaire, ni râles crépitants, de la *pleurésie* parce qu'on ne trouve ni les frottements de la pleurésie sèche ni les signes physiques de l'épanchement pleural.

Quand, quelques jours plus tard, il existe une zone de matité suspendue, le diagnostic est moins indécis. On peut alors faire une *ponction exploratrice* mais avec une aiguille de moyen calibre et assez longue, car le foyer purulent est profond et le pus souvent épais; il faut pratiquer plusieurs ponctions et quelquefois on ne rencontre pas le foyer purulent. Les ponctions exploratrices ne donnent donc pas, pour la pleurésie interlobaire, la même certitude que dans les cas de pleurésie de la grande cavité pleurale.

Le diagnostic peut encore être facilité par l'examen aux rayons X. La *radioscopie* révèle la collection par la présence d'une zone opaque, correspondant à la région interlobaire et comprise entre deux zones claires.

Enfin, au moment de la vomique, on éliminera les diverses causes de vomique, en particulier, si le malade vient d'avoir une pneumonie, la vomique d'un *abcès pulmonaire*; celle-ci est moins abondante que la vomique de la pleurésie interlobaire; elle est plus précoce.

TRAITEMENT. — La pleurésie interlobaire, véritable abcès de la plèvre, doit être traitée chirurgicalement par l'ouverture du foyer interlobaire. Sans doute, la vomique peut être suivie d'une guérison spontanée, mais il ne faut pas trop compter sur cette heureuse terminaison. Il est même préférable de ne pas attendre la vomique et d'opérer dès que le diagnostic est posé. L'intervention chirurgicale est presque toujours suivie de succès, tandis que l'affection, abandonnée à elle-même, entraîne presque fatalement la mort.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



Affections pulmonaires
Tuberculose
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Éviter les contrefaçons
Échantillon et Littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
PARIS
Sirop Roche au Thiocol
Préparé par Ch. Weiss
30 Boulevard Magenta
1 Cuillerée à café contient 0.33 Thiocol 0.20 Gaïacol cristallisé
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 Rue St Claude PARIS
Prix 4 fr
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

N° 22. — SAMEDI 22 FÉVRIER 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 22 FÉVRIER 1908. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 19 février : MM. Doucet, 8 ; Girode, 11 ; Mondor, 10 ; Dumont, 9 ; Netter, 7 ; Binet duJassonneix, 8 ; Cottenot, 11.

La prochaine séance aura lieu le samedi 22 février, à cinq heures, à Beaujon.

PATHOLOGIE. — Séance du 19 février : MM. Montet et Chichmanian, 5 ; Ollé, 6 ; Morellet, 8 ; Lévy (Pierre), 9 ; Rafinesque, 11 ; Samson, 5 ; Loubeyre, 9 ; Brémond, 7 ; Miégeville, 6 ; Bruslé, 8.

La prochaine séance aura lieu le samedi 22 février, à quatre heures et demie, à la Charité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE. — SÉANCE SOLENNELLE. — Jeudi a eu lieu au Val-de-Grâce la séance annuelle de la Société de médecine militaire française sous la présidence effective de M. le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre.

Dans l'assistance extrêmement nombreuse, on remarquait MM. les professeurs Chatin, membre de l'Institut, Chantemesse, M. Chauffard, président de la Société médicale des hôpitaux, M. Nélaton, président de la Société de chirurgie.

M. le médecin-inspecteur général Delorme, président de la Société, après avoir salué le sous-secrétaire d'Etat et les représentants des ministres de la Marine et des Colonies, rappela dans un discours très heureux les origines et le but de la Société. Il montra le développement rapide qu'elle a pris depuis sa naissance et qui est dû, ce qu'il ne nous dit pas, à son inlassable activité et à son dévouement.

Puis M. le médecin principal Wissemans, secrétaire général, lut des lettres d'excuses de M. Etienne, ancien ministre de la Guerre, de M. le professeur Bouchard et de M. le doyen Landouzy, et fit un magistral exposé des travaux de la Société.

Après un compte rendu financier lu par M. Lafeuille, trésorier, qui montre l'état florissant de la Société, M. le sous-secrétaire d'Etat prit la parole pour féliciter la Société de sa prospérité et pour dire une fois de plus tout le bien qu'il pense des médecins militaires.

L'élection du bureau pour 1908 a eu lieu ensuite. Par acclamations, M. Delorme est réélu président, MM. le médecin-inspecteur Groll, des troupes coloniales, et le médecin en chef Couteaud, de la marine, sont élus vice-présidents, et M. Wissemans, secrétaire général.

GUERRE. — M. le médecin-inspecteur Delorme, directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire, membre du comité technique de santé, est promu au grade de médecin-inspecteur général en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Robert, placé dans la section de réserve.

M. le médecin principal de première classe Février, directeur du service de santé au ministère de la Guerre, est nommé au grade de médecin-inspecteur.

M. le médecin-inspecteur Vaillard, directeur de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, est nommé directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Delorme.

M. le médecin-major de première classe Vincent, professeur à l'Ecole d'application du service de santé militaire, a été inscrit d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin principal de deuxième classe.

MARINE. — M. le médecin principal Pungier, professeur de médecine opératoire à l'École d'application de Toulon est désigné pour remplacer comme professeurde clinique chirurgicale M. le médecin principal Girard, en congé.

MM. les médecins de deuxième classe Dupin et Baril sont désignés pour embarquer sur le transport *La Gironde* en station au Maroc.

M. le médecin de deuxième classe Valleteau de Mouillac est désigné pour la canonnière *Zélée* (Pacifique).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille des épidémies en argent a été décernée à M. le docteur Niclot, médecin en chef de l'hôpital d'Oran.

UN INSTITUT DE PUÉRICULTURE. — M. Variot a inauguré lundi dernier aux Enfants-Assistés ses leçons comme membre de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux.

Il a débuté par une conférence sur la nécessité de créer dans cet hôpital un Institut de puériculture.

Cet Institut devra comprendre une « Goutte de lait » avec distribution quotidienne de lait stérilisé. Aux mères qui allaitent au sein, le même service pourra donner, lorsqu'il sera nécessaire, des secours en argent, « car il y a des cas où la mère doit pouvoir être la nourrice payée de son propre enfant. » Viendront ensuite un service de consultation avec les salles nécessaires, et une crèche de douze à quinze lits, qui permettra de faire toutes les opérations chirurgicales utiles.

Une semblable création demandera qu'un certain nombre de nourrices y soient attachées à l'état permanent, mais on pourra les prendre parmi les douze de l'hospice et les vingt-quatre qui sont à son annexe de grande banlieue. Le lait cru, dont on aura besoin du reste en petite quantité, on pourra le faire venir de la vacherie annexée à la pouponnière que l'hospice possède à Châtillon.

Telle serait, avec la distribution de brochures aux mères

sur les soins à donner à leurs enfants, l'idée générale de ce dispensaire, qui pourrait être établi dans un des pavillons de l'hospice, le pavillon Pasteur, complété de quelques constructions légères pour abriter les laboratoires.

Cet Institut de puériculture constituerait en outre, pour les médecins, un terrain d'études et d'observations pour tout ce qui concerne les affections de la petite enfance.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER. — PRIX ALPHONSE JAUMES. — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier informe le public qu'un prix d'une valeur égale au montant de deux années d'arrérages d'une somme de 30000 francs placée en rente sur l'Etat sera décerné, au commencement de l'année 1910, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet (au gré de l'auteur) de pathologie et de thérapeutique générales, sous le nom de prix Alphonse Jaumes.

Un autre prix de même valeur sera distribué au commencement de l'année 1911 à l'auteur du meilleur travail sur un sujet (au gré de l'auteur) de médecine légale : ce prix portera également le nom de prix Alphonse Jaumes.

Les travaux présentés pourront être imprimés ou manuscrits ; mais ils ne pourront concourir qu'autant qu'ils n'auront pas plus de quatre ans de date.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — La Société de thérapeutique met au concours pour l'année 1909 la question suivante : « Les stimulants et les sédatifs de l'activité hépatique ; leur mode d'emploi dans les diverses maladies du foie. » Un prix de 500 francs et deux mentions honorables, s'il y a lieu, seront attribués aux trois meilleurs mémoires. Ceux-ci devront être remis au plus tard le 30 juin 1909 au secrétaire général, M. le docteur G. Bardet, 21, rue du Cherche-Midi. Chaque mémoire devra être mis sous pli cacheté, avec une devise qui sera répétée, avec mention du nom et de l'adresse de l'auteur, dans une enveloppe cachetée remise en même temps que le manuscrit. Le prix sera décerné à la séance de fin décembre 1909.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la septième semaine, 1087 décès, au lieu de 1093 pendant la semaine précédente et de 1084, moyenne ordinaire de la saison. La mortalité continue à être normale. La rougeole et la scarlatine continuent à être très répandues, mais ne causent que très peu de décès.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 7).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 227 décès, au lieu de 231 la semaine précédente, et au lieu de 219, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 212 décès (moyenne 221).

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — De mars à juin auront lieu, au laboratoire des travaux pratiques gratuits de psychologie, sous la direction de M. Henri Piéron, maître de conférences, assisté de M. J.-M. Lahy, préparateur. Ces travaux comprendront les objets suivants :

1° Psychologie physiologique (méthode graphique, étude des phénomènes respiratoires, circulatoires, moteurs, etc., dans leurs rapports avec les fonctions mentales) ;

2° Psychologie expérimentale (technique de la mesure des sensations, de la mémoire, de l'attention, etc.);

3° Psychologie pathologique (interrogatoire et examen de sujets atteints d'affections mentales).

En outre, quelques séances seront consacrées aux études préparatoires suivantes :

1° Anatomie et histologie comparée des organes des sens et du système nerveux central (examen de cerveaux de vertébrés et de préparations histologiques, normales et pathologiques) ;

2° Physiologie cérébrale (méthodes de localisations ; influence des processus cérébraux sur la pression sanguine);

3° Psycho-physiologie comparée (étude des phénomènes sensoriels et du comportement de quelques animaux de différents ordres).

Ces travaux, précédés d'une conférence explicative succincte, auront lieu au laboratoire de psychologie expérimentale, à l'asile de Villejuif, les lundis, de deux heures et demie à cinq heures et demie.

Le nombre des places étant strictement limité, on est prié de se faire inscrire, soit au laboratoire, à l'asile de Villejuif, soit au laboratoire d'évolution de la Sorbonne (3, rue d'Ulm), soit chez M. Piéron (96, rue de Rennes). Les personnes inscrites seront avisées de leur admission avant le 1er mars.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 53, 31 déc. 1907.) WIENS : Sur la réaction des antiferments du sang et ses rapports avec la force opsonique dans les maladies infectieuses aiguës. — CRAMER : Rétention chlorurée dans l'hydropisie de la grossesse. — FISCHER et HOPPE : Sur le pancréas. — VORNER : Présence alternante de purpura rhumatoïde et d'érythème exsudatif multiforme de Hebra. — BRASSERT : Lésion tardive du cubital. — FISCHER : Contribution à la question du pronostic dans la déglutition de corps étrangers à surface défavorable. — KNAUER : Infection extra-génitale. — GÜNZBURGER : Le prurit dans le tabes. — GLŒCKNER : Contribution à l'étude des nouveautés dans le domaine de l'enseignement de l'obstétrique avec le mannequin. — LENNHOFF : Sur le tamponnement du nez et du naso-pharynx. — RATH : Narcose avec le chloroforme chauffé. — (N° 1, 7 janv.) FŒRSTER : Sur le rapport de la typhoïde et des paratyphoïdes avec les voies biliaires. — FEER : L'épreuve cutanée de la tuberculine chez l'enfant. — DIEKLEN : Observations orthodiagraphiques sur la situation du cœur dans les circonstances pathologiques. — JEHLE : Nouvelle contribution à l'étiologie de l'albuminurie orthostatique chez l'enfant. — V. DUNGERN et COCA : Sur l'hémolyse spécifique par les solutions salines isotoniques. — LOREY : Sur un cas de cholécystite paratyphique. — GRIVUNE : Sur les porteurs de bacilles typhiques dans les asiles d'aliénés. — MANDELBAUM : La question de la typhoïde à Munich. — RUNGE : Nouvelles méthodes de traitement en gynécologie. — FELDMANN : Sur le traitement des intoxications par le lysol. — KLAUSSNER : Courte contribution au chapitre : Corps étrangers du nez. — (N° 2, 14 janv.) PRYM : L'évacuation de l'estomac ; la séparation des parties solides et liquides ; l'étude des graisses. — BLUM et SCHLIPPE : Sur la valeur de l'ophtalmo-réaction pour le diagnostic de la tuberculose. — SHRŒDER et KAUFMANN : Sur la valeur de l'ophtalmo-réaction chez les tuberculeux comme procédé de diagnostic. — WOLFF-EISNER : Sur l'ophtalmo-réaction. — TRENPEL : Courte remarque sur l'ophtalmo-réaction de la tuberculose. — SCHMIDT : Recherches sur l'ophtalmo-réaction de la tuberculose. — PLANT, HENCK et ROSSI : Y a-t-il une réaction précipitante spécifique dans la syphilis et la tuberculose. — KRONE : La tension sanguine dans l'effort musculaire. — GEISSLER : Influence des excitations électriques sur la distribution du sang dans le corps humain. — SCHMINCKE : Influence des bains de boue sur les organes de la circulation. — GROTH : Le médecin et la mortalité des nourrissons. — DŒRFLER : Rapport sur la première année de fonctionnement de l'assistance aux nourrissons à Wissembourg. — NETER : Sur la pathogénie de la leucorrhée.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 52, 29 déc. 1907.) SZILI : Méthodes opératoires gynécologiques et asepsie dans la clinique des femmes n° 2. — (N° 1, 5 janv.) POZSONY : Gravidité et appendicite. — REMETE : Cas rares de la pratique urologique. — (N° 2, 12 janv.) POZSONYI : Gravidité et appendicite. — (N° 3, 19 janv.) FISCHER : Le diagnostic radioscopique de l'estomac.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES MÉTHODES PHYSICO-CHIMIQUES
D'EXPLORATION DU SANG

Par F. SARVONAT,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Nous envisagerons sous ce titre un certain nombre de méthodes qui ont été récemment introduites dans les laboratoires de clinique et qui semblent déjà avoir donné des résultats appréciables soit pour la clinique, soit pour la physiologie pathologique. C'est principalement au professeur Koranyi qu'a été due cette impulsion, et à côté de lui nous citerons ses élèves qui ont avancé dans la voie qu'il avait ouverte : Kovesi, Kovácz, J. Bence.

Nous passerons en revue la cryoscopie, la résistance électrique, la réfractométrie et la viscosimétrie de sang.

I

Les progrès que la physico-chimie a fait faire à l'étude des solutions se résument dans les données de Van't Hoff, qui permirent de codifier un certain nombre de données expérimentales. On savait que les solutions salines ont des points de congélation variables. Raoult fixa expérimentalement les lois qui relient la concentration des solutions à leur point de congélation. Van't Hoff réunit tous les faits en montrant que le point de congélation peut servir à mesurer la pression osmotique, et que celle-ci est la même que celle qu'exercerait le corps dissous s'il occupait à l'état gazeux le volume de la dissolution dans les mêmes conditions de température. Cette loi souffre cependant des exceptions dues à ce que certaines molécules salines en solution suffisamment diluée se dédoublent en deux, trois, quatre ou cinq particules plus simples, ou ions, dont chacune se comporte au point de vue osmotique comme une molécule indépendante.

Dreser appliqua à la physiologie les données de Vant Hoff et en 1891 il rêvait de la voir envahir tout le domaine de la pathologie. Mais ce fut Koranyi qui en 1896 réalisa cette prévision. Il constata à cette époque que le point de congélation du sang était au-dessus de 0,56 dans les anémies et dans les pyrexies qui n'entravent pas la respiration ; au-dessous de 0,56 dans les affections qui s'accompagnent d'insuffisance rénale ou pulmonaire.

L'impulsion était donnée et les travaux allaient se multiplier.

La cryoscopie du sang s'effectue rapidement avec l'appareil de Beckmann. L'appareil se compose d'un vase renfermant le mélange réfrigérant (sel et glace pilée), d'une éprouvette de verre renfermant un liquide isolant (alcool, éther, glycérine), d'une deuxième éprouvette, placée dans la première, renfermant le liquide à examiner, le thermomètre de Beckmann et un agitateur. Le sang est recueilli à l'aide d'une petite saignée ou à l'aide de ventouses : 10 centimètres cubes sont largement suffisants. Les ventouses ont l'inconvénient de donner un sang plus riche en acide carbonique et dont le point de congélation est par suite plus bas.

Lindeman (1) donne les chiffres suivants :

Sang des ventouses.	Sang de la saignée.
0,62	0,54
0,58	0,54

ce qu'il attribue au mélange de lymphe dans le premier cas.

Hamburger (2) avait déjà constaté que l'acide carbonique abaisse le δ du sang. Lœwy (3) montre que l'oxygène et les gaz inertes font disparaître cet abaissement.

La saignée ou la ponction veineuse semblent donc les procédés les plus recommandables.

Il faut avoir soin de choisir un mélange réfrigérant très voisin de la température à obtenir d'opérer très lentement et d'agiter constamment et régulièrement le sang pour en empêcher la solidification. On ne peut répéter la détermination que deux ou trois fois avec chaque échantillon de sang, car le laquage modifie rapidement les résultats.

Cohn (4), Roëder (5) ont construit des cryoscopes qui permettent d'opérer sur 2-5 centimètres cubes de liquide.

Le point de congélation du sang sain oscille, d'après la plupart des auteurs, autour de 0,56 [Korany-Kummel (6)]. Cette constance, que l'on ne saurait mieux comparer qu'à celle de la température, serait due, selon Koranyi, à deux ordres de facteurs inverses. D'une part, les combustions organiques transforment la molécule d'albumine en molécnles plus petites, plus nombreuses, susceptibles d'exercer sur la pression osmotique une action plus grande ; d'autre part, l'activité constante des reins tend à abaisser la concentration du sang.

Toute élévation au-dessus de 0,57 peut en général être regardée comme pathologique.

D'après Kœppe (7), le δ du sang présente des variations journalières commandées par les repas. Par contre, Viola (8), Koranyi (9) n'observèrent aucune modification attribuable au jeûne ou au repas. La soif semble accroître le δ [Mayer (10), Steyrer (11)].

Koranyi a longuement étudié quels sont les divers facteurs susceptibles d'influer sur le δ du sang et par quel mécanisme ils arrivent à s'équilibrer pour n'imposer au milieu intérieur que des oscillations presque négligeables.

(1) LINDEMAN. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 380, 1900.
(2) HAMBURGER. *Osmotischer Druch.*
(3) LŒWY. *Berl. klin. Wochens.*, 1903.
(4) COHN. *Deuts. med. Wochens.*, 1900, XXVI.
(5) ROËDER. *Berl. klin. Wochens.*, 1903.
(6) KORANYI-KUMMEL. *Arch. f. klin. Chir.*, 1904.
(7) KŒPPE, *Zeits. f. phys. Chem.*, 1895.
(8) VIOLA. *Revist. venet. Med.*, 1901.
(9) KORANYI. *Zeits. f. klin. Med.*, 1897.
(10) MAYER. Th. de Paris, 1900.
(11) STEYRER. *Beit. z. chem. Physiol.*, 1902.

La sécrétion sudorale hypotonique [Ardin-Delteil (1), Strauss (2)] exerce une action réelle, mais minime. L'alimentation apporte à l'organisme des molécules solides, mais ni Viola, ni Lœper ne peuvent en montrer l'influence ; il faut des circonstancss exceptionnelles (jeûne, boissons abondantes, etc.) pour que l'alimentation puisse modifier la concentration du sang. Le sang de la veine-porte en subit seul les conséquences [Fano et Bottazzi (3)]; peut-être le foie intervient-il pour en pallier les effets. Constamment le fonctionnement des muscles [Lœb (4)], du foie (Fano et Bottazzi) contribuent à augmenter le point de congélation du sang.

Fano et Bottazzi (5) ont étudié les diverses influences qui peuvent modifier le point de congélation du sang. L'ablation de la rate, l'injection de peptone, la section du bulbe sont sans influence; la saignée est à peu près inefficace; l'asphyxie, le jeûne, l'injection dans les vaisseaux d'huile phosphorée augmentent la concentration.

Les eaux minérales hyper ou hypotoniques seraient susceptibles de modifier la concentration du sang pour Grube (6), Wessely (7), Dünschmann (8), non pour Grossmann (9) et Strauss (10). Les injections intra-veineuses ne produisent qu'un effet très passager [Lœper (11), Engelmann (12)].

La présence d'acide carbonique exerce sur le δ du sang une influence énorme, comme l'ont montré Koranyi, J. Bence et Kovàcs. Le sang veineux se congèle normalement à 0,01 au-dessous du sang artériel. Expérimentalement, en saturant successivement le sang de CO^2 ou d'O^2 on fait varier considérablement son point de congélation. Il s'ensuit que toute entrave à la fonction pulmonaire retentira sur la concentration du sang. Senator, Bousquet, Fano et Bottazzi ont vérifié le fait soit sur l'animal, soit sur le malade.

L'insuffisance de la dépuration rénale se traduit par l'accumulation dans le sang de déchets azotés. Or une molécule d'albumine donne naissance approximativement à 86 molécules d'urée; il y a là une source constante d'hypertonie contre laquelle le rein aura à lutter.

Expérimentalement, l'ablation des reins entraîne une hypertonie progressive jusqu'à la mort. L'ascension est du reste sous la dépendance de l'alimentation. Elle atteint, en six heures, chez un animal nourri avec de l'avoine 0,60-0,62, et chez un animal nourri à la viande 0,65-0,75.

Le fonctionnement des muscles semble du reste avoir une influence sur cette hypertonie; le curare la prévient, en effet, dans une certaine mesure [Koranyi (1)].

Chez la femme enceinte la concentration du sang diminue. Farkas et Scipiacles (2), Mathes (3) donnent le chiffre de 0,54; Füth (4), des chiffres voisins de 0,52. Toute élévation doit éveiller l'idée d'une dépuration rénale insuffisante. Après l'accouchement, la concentration revient progressivement à la normale. Le sang fœtal présente également un point de congélation en général abaissé, mais sans qu'il soit égal à celui de la mère [d'Erchia (5)].

En clinique, on peut ramener à trois les causes qui modifient la concentration moléculaire du sang : l'insuffisance de la dépuration urinaire, la surcharge d'acide carbonique, les troubles généraux de la nutrition.

La rétention rénale se traduit par l'accumulation de déchets azotés. Expérimentalement, la néphrectomie bilatérale augmente rapidement la concentration du sang jusqu'à 0,75, par exemple chez le lapin, sans que la quantité d'eau qu'il renferme diminue. L'adjonction d'oxygène est sans effet sur cette hypertonie; elle n'est donc pas due à l'acide carbonique (Koranyi). La conductibilité électrique n'augmente pas; il n'y a donc pas rétention saline (Bickel).

Richter et Roth (6) après lui constatèrent que la néphrectomie double augmente la concentration moléculaire du sang. La néphrectomie unilatérale est compensée par l'autre rein. Les néphrites expérimentales provoquées avec la cantharidine, l'aloine, l'acide chromique, l'oxalate de potasse, s'accompagnent d'une rétention moléculaire marquée. Cette hypertonie est donc le résultat des déchets albuminoïdes. Expérimentalement, on a pu mettre en évidence l'influence des diverses alimentations. Tandis que, chez des animaux néphrectomisés, nourris d'avoine ou de graisses, le δ du sang s'élevait à peine, il augmentait considérablement avec une alimentation carnée.

En clinique, Ziesché, rassemblant 114 cas de néphrite, en trouvait 88 dont le δ était plus grand que normalement; 16 où il était normal ou diminué. Peut-être cette dernière éventualité se verrait-elle surtout dans les néphrites parenchymateuses [L. Bernard (7), Strauss (8)].

Kovesi et Suranyi (9) ont perfectionné la méthode en prenant en considération la densité et la teneur en molécules du sang. Les valeurs $\frac{\delta}{D}$ et $\frac{\delta}{NaCl}$ sont à peu près constantes. Leur élévation simultanée indique une rétention d'eau, de sel et d'azote. L'élévation de $\frac{\delta}{D}$ et la diminution de $\frac{\delta}{NaCl}$ indique la

(1) Ardin Delteil. Acad. des sc., 1900.
(2) Strauss. *Der Nierentzündemgen*, 1902.
(3) Fano et Bottazzi. *Arch. ital. de biol.*, 1896.
(4) Loeb. *Pflüg. Arch.*, 1898, LXXI.
(5) Fano et Bottazzi. *Arch. itat. de biol.*, 1894.
(6) Grube. *Zeits. f. phys. Chir.*, 1902.
(7) Wessely. *Prog. med. Wochens.*, 1904.
(8) Dünschmann. *Zeits. f. klin. Med.*, 1902.
(9) Grossmann. *Deuts. med. Wochens.*, 1903.
(10) Strauss. *Arch. f. phys. Chir.*, 1904.
(11) Lœper. Th. de Paris, 1903.
(12) Engelmann. *Mitth. a. d. Grenzy*, 1903.

(1) Koranyi. *Berl. klin. Wochens.*, 1899.
(2) Farkas et Scipiacles. *Pflüg. Arch.*, 1903.
(3) Mathes. Soc. de biol., 1901.
(4) Füth. *Zeits. f. Gebs.*, 1904.
(5) Erchia. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1904.
(6) Richter et Roth. *Berl. klin. Wochens.*, 1899, p. 657.
(7) L. Bernard. *Presse méd.*, 1900.
(8) Strauss. *Die chronischen Nierenentzeindungen*, 1902.
(9) Kovesi et Suranyi. Loc. cit.

rétention d'eau et de sel, l'augmentation de $\frac{\delta}{D}$ avec valeur normale de $\frac{\delta}{NaCl}$; l'imperméabilité du rein aux molécules azotées.

Léon Bernard, à la suite de Dreser, Vaquez, Bousquet, compare le point de congélation du sang à celui de l'urine; le quotient $\frac{\Delta u}{\Delta s}$ permettrait d'apprécier l'état fonctionnel du rein. Normalement, ce rapport varie entre 2,30 et 3,90. Pour avoir une idée exacte des fonctions rénales, il faut multiplier ce chiffre par le volume de l'urine : $R = r \times v$ représente alors l'élimination moléculaire et varie normalement entre 3000 et 3500. Cette méthode a les avantages de fournir des données numériques, de s'appliquer à l'ensemble des substances urinaires, sans distinction arbitraire; de permettre la comparaison du sang et de l'urine. L. Bernard (1) résume les données qu'il a recueillies dans les schèmes suivants :

1° Diminution de perméabilité rénale et de l'élimination moléculaire. R et *r* sont abaissés;

2° Imperméabilité rénale; polyurie compensatrice; élémination moléculaire suffisante; *r* est abaissé; R est augmenté;

3° Perméabilité rénale normale ou augmentée; élimination moléculaire normale ou augmentée; r peu augmenté; R très augmenté;

4° Perméabilité suffisante; diurèse et élimination insuffisante; *r* normal; R diminué.

Les chirurgiens ont essayé de mettre ces données à profit pour poser les indications opératoires, surtout en présence d'une lésion supposée unilatérale. La néphrotomie demande du reste les mêmes précautions que la néphrectomie, car Koranyi (2) a pu examiner le liquide qui s'écoulait de cinq fistules de néphrotomie; c'était un simple transsudat sans valeur fonctionnelle.

Jusqu'à quelles limites peut-on admettre l'intégrité ou au moins la suffisance du rein? Tel est le problème qu'il faut d'abord résoudre.

Kummel, s'appuyant sur une statistique très étendue, regarde le δ normal comme variant de 0,56 à 0,57; dans ces cas, l'opération est bien supportée. Si δ est de 0,58, la sécrétion urinaire est troublée dans les quelques jours qui suivent l'opération. A partir de 0,59, la plus grande prudence est de rigueur, et à partir de 0,60 la néphrectomie est absolument contre-indiquée.

Israël (3) a attaqué les conclusions de Kummel. D'une part, le δ du sang pourrait s'élever notablement sans trouble rénal; d'autre part, les cancers viscéraux pourraient avoir le même résultat, peut-être sous l'influence de la destruction des albuminoïdes (Engelmann). Rovsing (4) se montre également sceptique sur la valeur pronostique de la cryoscopie. Son élève Koch arrive à des conclusions

(1) L. BERNARD. *Méthodes d'exploration des fonctions rénales.*
(2) KORANYI. *Monats. u. d. Gesamtl. a. d. Geb. d. Harnhr.*, 1897.
(3) ISRAËL. *Metsch. a. d. Grenzy. d. Med. u. Chir.*, 1903.
(4) ROVSING. *Arch. f. klin. Med.*, 1905.

analogues; tout au plus peut-on admettre la possibilité d'une lésion bilatérale si δ dépasse 0°60.

Kovesi et Suranyi (1) ont proposé de compléter cette donnée par celle de la densité du sang. Le rapport $\frac{\delta}{D}$ indiquerait le poids moléculaire moyen du sang; plus il s'abaisse, et plus le sang renferme de petites molécules que le rein a retenues.

Dans quelques cas, le δ du sang peut être élevé sans contre-indiquer la néphrectomie : c'est quand une tumeur rénale volumineuse gêne le fonctionnement du thorax, celui du cœur et par suite la circulation; le sang se charge alors d'acide carbonique et son point de congélation s'abaisse (cas de Wiebrecht, cas de Koranyi, où l'opération a eu pour résultat de ramener le sang à l'état normal).

L'*urémie* trouve-t-elle dans la cryoscopie une explication satisfaisante? Lindemann (2) avait cru que l'augmentation de tension osmotique était la seule cause des phénomènes urémiques, qu'une injection saline hypertonique suffisait à reproduire. Zikel, Schonbron, Rumpel, etc., publièrent des observations qui confirmaient cette notion. Par contre, Bickel (3), Nagelschmidt (4) purent amener artificiellement le point de congélation du sang jusqu'à 0,80 et 0,82, sans amener de symptômes urémiques.

La conception de Koranyi semble plus satisfaisante. Pour lui, l'urémie serait provoquée par la rétention des molécules albumineuses incapables de modifier le point de congélation; l'hypertonie, quand elle existe, ne serait qu'un symptôme associé, traduction physique d'une rétention urinaire élective.

En appliquant à l'urémie les données de Kovesi et Suranyi, on constate que les valeurs $\frac{\delta}{D}$ et $\frac{\delta}{NaCl}$ augmentent progressivement avant l'apparition des accidents urémiques.

Dans l'éclampsie puerpérale, la concentration du sang est en général augmentée [Bousquet (5), Szyly (6), Schröder (7)].

Dans les *cardiopathies mal compensées*, l'examen cryoscopique révèle un abaissement du point de congélation, et on note en même temps une diminution de la teneur du sang en chlorure de sodium.

Kovácz (8) explique cet abaissemen de δ par l'accumulation de l'acide carbonique, et il est facile de montrer expérimentalement le lien de ces deux faits. Dans les cas où la présence de CO^2 ne semble pas responsable de l'abaissement de δ et où l'inhalation d'oxygène est impuissante à le faire disparaître, on peut invoquer l'insuffisance rénale secondaire.

Les *maladies générales* ont donné lieu à des recherches moins nombreuses et moins concluantes.

(1) KOVESI et SURANYI. *Centralbl. f. Krank. d. Harnorgane*, 1901.
(2) LINDEMANN. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1900.
(3) BICKEL. *Journ. f. klin. Med.*, 1902.
(4) NAGELSCHMIDT. *Journ. f. klin. Med.*, 1901.
(5) BOUSQUET. Th. de Paris, 1899.
(6) SZYLY. *Berl. klin. Wochens.*, 1900.
(7) SCHRÖDER. *Centralbl. f. Gynak.*, 1901.
(8) KOVACZ. *Orvosi Hetilap.*, 1896; — *Berl. klin. Wochens.*, 1902.

Dans les pneumonies [Kovácz (1)] δ est augmenté et la teneur en NaCl diminuée, peut-être par suite de la surcharge en acide carbonique.

Dans la fièvre typhoïde, Waldvogel (2) avait trouvé des valeurs très élevées allant jusqu'à — 1°68. Malheureusement, sa technique était pleine de causes d'erreur. Kovácz, Rumpel trouvèrent des chiffres presque normaux.

Kovácz, chez des anémiques de diverses natures, trouve en général δ abaissé.

Dans les maladies du foie, Ogston (3) espérait trouver dans l'hypertonie du sang un indice d'insuffisance hépatique.

Petrie (4) objecta que les fonctions hépatiques sont trop mal connues pour permettre une pareille conclusion, et les observations ultérieures sont venues lui donner raison.

Dans le diabète, le point de congélation du sang est en général abaissé et oscille entre 0,57 et 0,612 (Bousquet, Senator), ce que l'on peut attribuer à un certain degré d'insuffisance rénale, à la faiblesse cardiaque, à l'acétonémie (Koranyi), à la présence d'acide oxybutyrique (Waldvogel).

II

La *réfractométrie* du sérum sanguin a été introduite dans la pratique par Strübell (5).

Reiss (6), sous la direction de Naunyn, perfectionna la technique et essaya d'en tirer quelques résultats cliniques. Il opérait avec le réfractomètre de Zeiss, simple modification de celui de Abbe, en ayant soin de maintenir le liquide à une température constante. Si le liquide à examiner est en grande quantité, de l'urine, par exemple, on immerge directement l'appareil dans le liquide; sinon, avec du sang, par exemple, on recourt au dispositif d'Abbe et on place une goutte de liquide entre les deux prismes de l'appareil. Un perfectionnement apporté par Zeiss permettait de faire toute la détermination dans un courant d'eau à température constante. Pour recueillir le sérum, Riess pique la pulpe du doigt, aspire une goutte de sang dans un tube capillaire qu'on scelle à la lampe. Quand la coagulation est opérée, on recueille la goutte de sérum qui s'est séparée; avec le contenu de chaque tube, on fait au moins cinq mensurations et on prend la moyenne.

Strübell espérait que sa méthode permettrait de déterminer la concentration moléculaire du sérum, et par suite l'état des fonctions rénales. Malheureusement, la densité, le point de congélation, l'indice de réfraction ne varient pas parallèlement, pas plus dans l'urine que dans le sérum sanguin.

L'expérience a montré que l'indice de réfraction d'une solution dépend :

1° De la nature des éléments qu'elle renferme et de leur indice propre qui n'a rien à voir avec leur poids atomique ;

(1) Kovacz. *Orvosi Hetilap.*, 1896.
(2) Waldnagel. *Deuts. med. Wochens.*, 1900.
(3) Ogston. *Lancet*, 1901.
(4) Petrie. *Lancet*, 1901.
(5) Strübell. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1901.
(6) Reiss. Th. de Strasbourg, 1902.

2° De la concentration de la solution ;

3° De la structure moléculaire du corps dans le cas de composés organiques ;

4° De la température.

Le point de congélation dépend au contraire du nombre des molécules dissoutes et de leur degré d'ionisation. L'indice de réfraction répond donc à une propriété spéciale des solutions et n'est en rien comparable au point cryoscopique.

Dans le sérum sanguin, la plus grande partie des substances solides [près des 5/6 (Hammarsten)] est représentée par des matières albuminoïdes sur lesquelles la cryoscopie ne nous renseigne à peu près pas (Koranyi, Sabanjoff et Alexandrou).

Par contre, les albumines modifient considérablement l'indice de réfraction. C'est ce qui résulte des données de Strübell et surtout des expériences de Reiss; la présence des sels ne modifie pas les propriétés optiques des solutions albumineuses; leur indice, toujours très petit, s'ajoute simplement au premier.

Pathologiqnement, les variations de l'indice du sérum dépassent de beaucoup celles qui résulteraient de la suppression de toutes les matières non albuminoïdes du sérum. On est donc fondé à les rattacher aux variations de l'albumine.

En opérant ainsi, Reiss a trouvé que l'indice du sérum normal variait entre 1,34901 et 1,35152. Chez les malades, la fièvre abaisse, en général, l'indice. L'hydrémie qui accompagne la néphrite chronique, la perte d'albumine que provoque la tuberculose, amènent le même résultat.

Koranyi et J. Bence (1) ont fait une étude spéciale de l'action de l'acide carbonique sur l'indice de réfraction, et ils l'ont vu augmenter quand ce gaz s'accumule dans le sang. Cette augmentation n'est pas due uniquement à l'absorption de l'eau du sérum par les hématies, mais aussi à ce que les globules abandonnent au sérum certaines substances.

J. Bence (2) a appliqué la réfractométrie à la mesure du volume total des hématies dans une petite quantité de sang. Soit S une quantité de sérum, R son indice de réfraction, K une quantité d'eau salée à 9 p. 100 dont l'indice à 18 degrés est 1,3342 (celui de l'eau étant 1,3328). En mélangeant S et K, on a un mélange d'indice R_x, tel que :

$$S\,(R - 1{,}3328) + K\,(1{,}3342 - 1{,}3328) = S + K\,(R_x - 1{,}3328),$$

d'où l'on tire :

$$S = \frac{K(R_x - 1{,}3342)}{R - R_x}$$

On peut aussi déterminer S contenu dans une quantité donnée de sang. Cette méthode a sur celle de Bleibtreu l'avantage de n'exiger que peu de sang et peu de temps.

III

La viscosité d'un liquide constitue sa résistance à l'écoulement.

(1) Koranyi et J. Bence. *Arch. f. d. gesam. Phys.*, 1905, CX.
(2) J. Bence. *Centralbl. f. Physiol.*, 1905.

On sait que l'écoulement d'un liquide à travers un tube capillaire est régi par la formule suivante :

$$Q = K \frac{PD^4}{L}$$

Où Q représente la quantité de liquide écoulé, de temps, P sa densité, D le diamètre et L la longueur du tube, K étant une constante qui caractérise chaque liquide. En faisant la même opération avec de l'eau distillée et avec le liquide à examiner, et en déterminant la durée de l'écoulement T et T' de quantités égales des deux liquides, on peut calculer la viscosité relative du liquide $N = \frac{TP}{T'P'}$ (dans le cas du sang, on fait $P' = 1050$, par exemple).

Pour comparer la viscosité relative des deux liquides, dans le cas présent celle du sang et celle de l'eau prise pour unité, il suffit de faire écouler les deux liquides dans des conditions identiques et de calculer le rapport des temps nécessaires.

Pour réaliser ce problème, diverses méthodes ont été proposées.

Hürthle (1) fut le premier à mesurer la viscosité du sang vivant non défibriné. Sa méthode consistait à mesurer la quantité de sang qui s'écoulait à travers un tube capillaire dans des conditions de pression, de température et de temps données. Nous n'entrerons pas dans la description détaillée de sa technique, très complexe du reste. Il conclut de ses recherches que la viscosité varie suivant les espèces, suivant les individus, suivant le régime.

Burton Opitz poursuivit ces recherches et constata que l'anesthésie ne modifie pas la viscosité ; la saignée la diminue passagèrement, le jeûne, les hydrates de carbone l'augmentent, sans modifier parallèlement celle du sérum.

La viscosité diminue à mesure que la température s'élève ; le sérum isolé présente des variations irrégulières.

L'appareil de Hirsch et Beck comprend un tube capillaire que traverse le liquide, avec des traits de repère qui permettent de délimiter une quantité donnée de liquide.

Le tube est placé dans une cuve à eau à température constante, et l'écoulement est activé par la pression d'un tube manométrique rempli de benzine. Avec tubes employés par les auteurs, l'écoulement se fait en vingt à quarante secondes, temps bien suffisant pour permettre la mesure du temps.

Pour prévenir la coagulation du sang, on a préconisé l'emploi d'hirudine ; ce produit ne modifie pas sensiblement la viscosité du liquide [J. Bence (2)], mais en pratique on peut s'en passer et l'on a largement le temps de faire trois ou quatre déterminations sur une même prise de sang avant que la coagulation soit faite.

Mayer (3) a simplifié le dispositif et l'a réduit à un tube à deux branches terminé par des ampoules, l'une située à un niveau inférieur à l'autre; on mesure le temps que met le liquide à quitter la première ampoule.

(1) Hürthle. *Arch. f. ges. Physiol.*, t. LXXXII.
(2) J. Bence. *Zeits. f. klin. Med.*, 1905.
(3) Mayer. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1901, p. 1139 ; 1902.

Enfin Dupré Deming et Watson (1) ont construit un viscomètre simplifié.

La viscosité dépend d'un certain nombre de facteurs soit normaux, soit pathologiques; le jeûne diminue la viscosité chez le chien (Hürthle), l'alimentation carnée l'augmente. L'insuffisance de l'alimentation en sels de chaux l'abaisse, et inversement [Spadaro (2)].

Heubner (3) conclut que les globules contribuent pour les 2/3 à la viscosité totale du sang. La coagulation diminue la viscosité d'une quantité de 1/7 à 1/3.

Le nombre des globules modifie la viscosité (Jacoby), probablement en augmentant le frottement. Burdon Opitz (4) en ajoutant progressivement des globules à du sérum de bœuf obtient les résultats suivants :

Sérum.	Poids spécifique.	Globules.	Viscosité par rapport à l'eau
30 c.c.	10248		1,9
30 c.c.	10382	4000000	3,2
30 c.c.	10467	4700000	4,6
30 c.c.	10524	5500000	5,6

Cependant l'intoxication par la phénylhydrazine qui produit une hématolyse intense augmente la viscosité du sang.

Dupré Deming et Watson (5) en 1906 retrouvèrent le même parallélisme entre le nombre des globules et la viscosité, surtout si le diamètre du tube capillaire est très étroit.

La température influe inversement sur la viscosité (Dupré Deming); les albuminoïdes du plasma sont sans influence (Mayer). L'injection de gélatine dans les veines l'augmente [Burdon Opitz (6)]. Pour Zappelli, au contraire, elle abaisse la viscosité, et cela grâce à une réaction vaso-motrice rapide et surtout à une réaction cardio-inhibitrice plus durable.

L'âge (Trommsdorf), le moment (Heubner) sont autant de facteurs modificateurs. L'injection de la solution physiologique de NaCl abaisse la viscosité. L'injection d'eau et surtout d'alcool l'augmente (Burdon Opitz).

L'espèce animale a une influence et Mayer donne les résultats suivants : porc, 1,69 — mouton, 1,70 — bœuf, 1,77 — cheval, 1,72 — chien, 1,56 — lapin, 1,43 — homme, 1,56.

A l'état pathologique on sait que les injections veineuses augmentent la viscosité (Burdon Opitz), quoique le sang s'appauvrisse en principes solides.

D'autre part, Mayer (7) a constaté que la viscosité s'oppose aux échanges osmotiques et peut, dans quelques cas, compenser et prévenir les effets nocifs de l'hypertonie du sérum.

Haro, Ewald constatèrent que l'acide carbonique

(1) Dupré Deming et Watson. *Lancet*, 1906.
(2) Spadaro. *Gaz. degli Osped.*, 1906.
(3) Heubner. *Arch. f. Hygien.*, 1905.
(4) Burdon Opitz. *Proc. of the Soc. f. esq. Med.*, 19 déc. 1906.
(5) Dupré Deming et Watson. *Proc. of the royal Soc.*, 1906.
(6) Burdon Opitz. Loc. cit., 19 déc. 1906.
(7) Mayer. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1901, p. 1138.

élève la viscosité du sang au moins in vitro. Ewald n'observa pas d'effet analogue in vivo, peut-être parce qu'il pratiquait la défibrination sans précautions suffisantes.

Koranyi revint sur ce point et constata que l'acide carbonique augmente à la fois la concentration moléculaire et la viscosité, tandis que l'oxygène les modifie en sens inverse. Chez les malades cyanosés la concentration moléculaire était augmentée et il suffisait (Kovácz) de quelques inhalations d'oxygène pour les ramener à la normale.

J. Bence, sur divers malades cyanosés, vit la viscosité spécifique tomber, par exemple, de 7,7 à 6,05 (anévrisme de l'aorte), de 8,1 à 6,48 (insuffisance mitrale), de 20,9 à 17,3 (cyanose et polyglobulie), etc. Il suffisait de quelques inhalations d'oxygène pour ramener la viscosité à la normale. Il y a là un point de physiologie pathologique important, puisque la cyanose contribue ainsi à accroître encore les obstacles à la circulation et la surcharge fonctionnelle du cœur. Il y a là un cercle vicieux qui ne peut aller qu'en s'aggravant de plus en plus. Cette augmentation de la viscosité semble marcher parallèlement avec l'accroissement des dimensions des globules rouges et on sait que ceux-ci s'accroissent à mesure que la teneur en acide carbonique augmente.

Il est juste d'ajouter que Heubner (1) fait remarquer que les lois de Poiseuille ne s'appliquent pas indifféremment à tous les liquides et qu'il serait imprudent de les appliquer sans réserve au sang et surtout au sang circulant.

IV

La mesure de la résistance électrique fournit un autre moyen d'apprécier la concentration moléculaire du sérum sanguin. La cryoscopie nous renseigne sur le nombre de molécules et d'ions renfermés dans la solution; mais l'étude de la conduction nous renseigne sur les électrolytes qu'elle renferme.

Le sérum peut être regardé comme une solution d'albumine, de NaCl et de CO^3Na^2. Si la quantité d'albumine est connue, on peut calculer par la résistance les deux autres [Wassmuth (2)].

Les physiciens distinguent, en effet, les corps en diélectriques (tels que l'huile, l'eau absolument pure) et conducteurs ou électrolytes, comprenant les molécules salines. Grothus admettait que la force électromotrice décompose les molécules et en opère la dissociation.

On admet aujourd'hui avec Vant Hoff que les électrolytes du simple fait d'être en solution diluée, se dissocient en leurs « ions » constituants (Arrhénius).

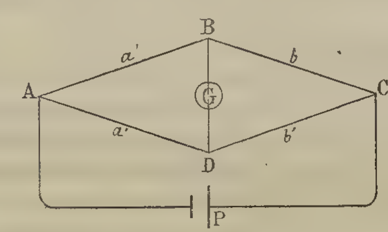
Ces ions sont de deux sortes, les cathions et les anions, chargés de charges électriques égales et de nom contraire. Le courant se borne à faire le triage entre les ions de diverse nature. La conductibilité de la solution dépend du nombre des ions qu'elle renferme. La mesure de la conductibilité nous renseigne donc sur le nombre des électrolytes.

(1) HEUBNER. *Archiv f. exp. Path.*, 1905, LIII, p. 280.

(2) Acad. de Vienne, 1905.

Les non-électrolytes (sucre, urée, surtout albumine, etc.) opposent au passage du courant un véritable obstacle. Dans le sang, les électrolytes sont représentés par les sels, surtout minéraux, et les non-électrolytes se résument presque dans l'albumine. On peut donc regarder la conductibilité électrique comme exprimant à peu près exactement la teneur du sang en molécules électrolytiques anorganiques. L'étude de la résistance électrique du sérum sanguin se fait à l'aide du pont de Wheatstone, connu en Allemagne sous le nom de méthode de Kobrausch.

On connaît le principe de cette méthode.



Soit un circuit électrique produit par la pile P, et bifurqué en A et C; entre B et C on intercale un galvanomètre G. Il ne passera aucun courant dans le segment BD quand les points B et D seront au même potentiel et que l'on aura entre les résistances le rapport $\frac{a}{a'} = \frac{b}{b'}$. Si l'on place en a le liquide à examiner et en a' une résistance connue variable, on pourra facilement calculer $a = a' \times \frac{b}{b'}$. Tel est le principe de la méthode. Son application est loin d'être aussi simple : on trouvera dans le livre d'Ostwald les détails de technique qui ne sauraient trouver place ici.

Il ne faut pas perdre de vue que les mesures ainsi faites s'expriment de façon différente. Tantôt on calcule la conductibilité spécifique, c'est-à-dire la conductibilité qui possède la solution envisagée sous une épaisseur de 1 centimètre et une surface de 1 centimètre cube. Tantôt on emploie la conductibilité équivalente, c'est-à-dire la conductibilité spécifique divisée par l'équivalent en grammes des substances dissoutes dans 1 centimètre cube de solution. Pratiquement, il suffit de multiplier la conductibilité spécifique par 1,063 pour avoir cette dernière valeur.

Il faut avoir soin dans toutes ces mesures d'opérer à une température rigoureusement constante, car une variation de 1 degré suffit à modifier de 2,21 p. 100 les résultats (Bugarsky et Tangl).

Bugarsky et Tangl (1) trouvèrent que la conductibilité des hématies est très faible comparativement à celle du sérum, et probablement due à la présence d'un peu de sérum qui resterait interposé entre elles malgré la centrifugation.

Roth arriva à des résultats analogues : les hématies auraient une conductibilité presque nulle, et le sérum défibriné une conductibilité d'autant plus petite qu'il renferme plus d'hématies. Le pouvoir conduc-

(1) BUGARSKY et TANGL. *Arch. f. Physiol.*, 1897.

teur du sang total L serait à celui L′ du sérum comme le volume du sérum V′ à celui du sang total V.

$$\frac{L}{L'} = \frac{V'}{V},$$

formule qui permettrait de calculer le volume du sérum V′ et celui des hématies $V_2 = V - V'$.

Stewart, Oker Blom (1) trouvèrent également pour le sérum une conductibilité bien plus grande que pour le sang défibriné.

D'une façon plus générale Oker Blom a même constaté que les corpuscules en suspension dans un liquide exercent une diminution de la conductibilité qui ne dépend ni de la grosseur de grains, ni de la conductibilité du liquide, mais de la quantité et de la disposition des grains.

Soit λ la conductibilité du liquide, λ' celle qu'il prend quand il renferme le corps réparti régulièrement, l le titre de la solution, n le pourcentage du corps en suspension, on a :

$$\lambda' = \lambda\left(\frac{1}{\sqrt{1 + 2n}} + k'\right).$$

Ces résultats sont applicables au sang.

Le sang défibriné est moins bon conducteur que le plasma (Tangl): La destruction de globules modifie la conductibilité, probablement par suite de l'hématolyse. On sait, en effet (Stewart), que 1 gramme d'hémoglobine ajouté à 99 centimètres cubes de sérum abaisse la conductibilité de 0,8 p. 100; 1 gramme d'albumine l'abaisse de 2,5 p. 100 (Bugarsky et Tangl). Abandonné à lui-même, le sérum devient plus conducteur (Oker Blom), soit par suite de la destruction de quelques globules restés en suspension, soit par transformation des substances non électrolytes.

Diverses conditions modifient la conductibilité du sang soit à l'état normal, soit chez les malades.

L'espèce animale, l'individu, le moment, la température modifient les résultats.

La présence des globules diminue la conductibilité : c'est un résultat à peu près universellement admis.

L'intérêt de ces études est double. Au point de vue théorique, il est intéressant de savoir si la résistance du sérum est constante et quelles lois président à ses variations. D'autre part, il y a intérêt à savoir si les variations de concentration moléculaire que révèle la cryoscopie sont dues à la présence d'électrolytes. C'est à résoudre ces problèmes que sont consacrés les travaux de Viola (2), Oker Blom, Roth (3), Bugarsky et Tangl (4), sans donner, il est vrai, des résultats bien concordants.

D'après Viola, la conductibilité du sérum varie entre 106,18 et 119,12 (en ohms réciproque): L'alimentation et les boissons sont sans effet sur elle.

La plupart des auteurs sont unanimes à ne trouver aucun parallélisme entre la conductibilité électrique et le point cryoscopique. Seul Roth a cru que ces deux éléments étaient aussi constants l'un que l'autre.

(1) Stewart, Oker Blom. *Arch. f. d. gen. Physiol.*, 1900.
(2) Viola. Cité par Hamburger.
(3) Oker Blom, Roth. *Virch. Arch.*, 1898.
(4) Bugarsky et Tangl. *Pfluger's Arch.*, XXXVIII.

Il semble plutôt [Schönborn (1)] que soit à l'état sain, soit chez les malades, en dehors de toute insuffisance rénale, il puisse y avoir des variations considérables de la teneur du sérum, en électrolytes commandées apparemment par un appareil régulateur différent de la rétention rénale.

Oker Blom dilue le sérum et le sang total pour provoquer l'ionisation de plus en plus complète et amener le laquage. Il mesure la conductibilité effective de ces solutions et calcule celle (conductibilité physiologique) qu'aurait le liquide initial si les molécules y avaient le même degré d'ionisation. Cette conductibilité physiologique croît avec la dilution. En fonction de la dilution, la conductibilité du sang du sérum et du NaCl à 7 p. 1000 ne varie pas de même. Il conclut de cette étude :

Dans le sang non dilué il y aurait 34-45 p. 100 de molécules ionisées : dans le sérum 65-76 p. 100; dans la solution de NaCl 88 p. 100. Pour de faibles dilutions, la courbe de conductibilité de sang et sérum s'élève plus vite que celle de NaCl; l'ionisation s'y fait donc plus vite;

La conductibilité du sang est toujours plus petite que celle du sérum, car la dissociation y est moins accusée et les globules s'opposent au déplacement des ions.

En clinique, la mesure de la résistance du sang a été appliquée à la détermination du volume d'hématies contenu dans un volume de sang. Nous avons déjà vu quelle formule donnait Roth. Stewart propose un autre mode de calcul, soit :

$\lambda^{(s)}$ la conductibilité du sang à 5 degrés,
$\lambda^{(S)'}$ — du sérum,
p le nombre de centimètres cubes de sérum contenu dans 100 centimètres cubes de sang.

On a :

$$p = \frac{\lambda^{(s)}}{\lambda^{(S)}} = 180 - \lambda^{(s)} - \sqrt{\lambda^{(S)}}$$

ou encore ;

$$p = \frac{174\lambda^{(s)} - \lambda^{(S)}}{\lambda^{(S)}}.$$

En pathologie, les variations de la conductibilité semblent peu marquées et ont été peu étudiées. Viola (2) trouve que λ varie normalement entre 106,18 et 119,12; Dongier et Lesage entre 100 et 103; Schönborn, chez les sujets sains, entre 92,45 et 124,67, chez les brightiques, entre 94,61 et 121; chez les urémiques entre 96,4 et 120,33. Pour Dongier et Lesage, les variations les plus considérables se verraient chez les urémiques et surtout chez les typhiques où λ atteindrait jusqu'à 120. Allaria (3) chez les enfants sains, donne le chiffre de 110,15; chez les néphrétiques, 114,73; chez les urémiques, 117,05; l'urémie serait donc due bien plus à la rétention des molécules azotées (Ascoli) qu'à celle des substances salines électrolytes.

(1) Schönborn. Wiesbaden, 1904.
(2) Viola. Cité par Hamburger.
(3) Allaria. *Jahrb. f. Kind.*, 1906, I, p. 74.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ANGINE DE POITRINE

(La médication réussit surtout dans les cas d'insuffisance cardiaque commençante.) — Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 à 5 jours de suite. Interrompre quelques jours et reprendre.

LIVRES NOUVEAUX

Comment former un esprit (1), par le docteur TOULOUSE.

« On apprend tout aujourd'hui à l'école, dit le docteur Toulouse dans sa préface, sauf à penser et à agir. Le plus intelligent, le plus docte en quelque matière ne sait pas diriger son esprit. » C'est cet art — qui n'a jamais été méthodiquement étudié — que l'auteur a exposé dans quelques courtes, lucides et substantielles leçons.

Ce livre, qui n'est pas un traité complet, ni savant, mais un ouvrage pratique, s'adresse à tous, « car tous, même mûris par l'âge, même instruits, ont besoin de règles de conduite intellectuelle et morale pour guider leur personnalité — qui observe, juge, sent, veut et entre sans cesse en conflit moral avec les autres — dans l'activité la plus favorable à son bonheur et à sa plus haute réussite morale. »

L'expérience du médecin, souvent interrogé par ses lecteurs sur tous les problèmes de conduite personnelle apparaît tout du long dans cet ouvrage où l'auteur a su indiquer pour tous, et sans pouvoir choquer personne, les principes d'une moralité sexuelle rationnelle.

Le docteur Toulouse a condensé, dans sa langue claire et robuste, l'essentiel de ses idées sur l'art de la vie où ses diverses compétences de médecin des asiles de la Seine, de directeur du laboratoire de psychologie à l'Ecole des Hautes-Etudes et de publiciste universellement suivi, lui apportent des éléments variés que son esprit original transforme en réflexions toujours attachantes et si fortement suggestives.

L. GAYARD.

L'artério-sclérose et son traitement (2), par M. GOUGET.

Le volume que vient de faire paraître M. Gouget est un volume d'actualité, car dans ces dernières années l'expérimentation est parvenue à en reproduire les principales lésions et si nous ne savons pas encore exactement comment se produit l'artério-sclérose, nous savons beaucoup mieux pourquoi elle se produit et par suite de quelle manière et dans quelle mesure nons pouvons l'éviter.

Après avoir étudié dans un chapitre d'anatomie pathologique les caractères macroscopiques et microscopiques des lésions, les rapports de l'athérome et de l'artério-sclérose, l'auteur étudie l'étiologie, puis la pathogénie de l'athérome. Il montre tout l'intérêt que présentent les expériences de Josué qui a déterminé des lésions artérielles par injections intra-veineuses et répétées d'adrénaline. Puis il passe en revue les divers symptômes de cette affection, en étudie le diagnostic et termine par un long chapitre de traitement. Cette dernière partie est particulièrement intéressante et pratique, car il est facile par un traitement bien dirigé, par la simple hygiène sévère, dans beaucoup de cas, de prévenir l'athérome.

Ce livre est la mise au point d'une question en pleine évolution; la pathogénie de cette affection s'est enrichie dernièrement de données précises qui en ont modifié et dirigé la thérapeutique, aussi était-il utile de réunir tous ces faits dans un volume qui par sa concision et sa netteté fait honneur à son auteur.

P. RAVAUT.

(1) In-16 broché. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-18 (Actualités méd.). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 2 AU 7 MARS 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 4 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Delens et Potocki ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Gaucher et André Jousset.

4e : MM. Pouchet, Macaigne et Lœper; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Tuffier, Gosset et Rieffel; — (2e série) : MM. Auguste Broca, Lecène et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Sicard; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 5 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Maillard et Brumpt.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Launois et Demelin; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Cunéo et Brindeau; — (3e série) : MM. Albarran, Jeannin et Mulon; — (4e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Rieffel et Lenormant; — (2e partie) : MM. Raymond, Gouget et Fernand Bezançon.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Langlois; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 6 mars, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Segond et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Reclus, Gosset et Lecène; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 7 mars, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Jeannin; — M. Brumpt, suppléant.

THÈSES

Mercredi 4 mars 1908, à une heure. — M. BEURIER. Contribution à l'étude du baume du Pérou en chirurgie et spécialement en petite chirurgie. (MM. Reclus, président; Roger, Segond et Marcel Labbé.) — M. PICHOT. Alimentation du paysan sous l'ancien régime. (MM. Roger, président; Reclus, Segond et Marcel Labbé.) — M. MAGRANGEAS. Contribution à l'étude des sulfo-éthers urinaires (état normal et pathologique). (MM. Roger, président ; Reclus, Roger et Marcel Labbé.) — M. GONTIER. Contribution à l'étude du pronostic dans les lésions traumatiques sinusiennes de la dure-mère. (MM. Segond, président; Reclus, Roger et Marcel Labbé.)

Jeudi 5 mars 1908, à une heure. — M. LANGLOIS. Les angines nécrotiques ulcéro-perforantes de la scarlatine. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Hutinel et Castaigne.) — M. MAZINGARBE. Contribution à l'étude de quelques variétés cliniques rares de la pneumonie. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Hutinel et Castaigne.) — M. AUBOYER. Contribution à l'étude de l'argent colloïdal électrique stabilisé et isotonique et de son emploi thérapeutique dans les diverses infections. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Hutinel et Castaigne.) — M. MAILLET. Le mal de mer. Essai de pathogénie et de traitement. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Hutinel et Castaigne.) — M. BERGER. De la pleurésie interlobaire d'origine tuberculeuse et particulièrement de la forme sèche. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Debove et Castaigne.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 23. — MARDI 25 FÉVRIER 1908. 81e ANNÉE. MARDI 25 FÉVRIER 1908. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 22 février : MM. Bertier, 12; Petit (Paul), 11; Ferté, 9; Lechevallier, 11; Sourdille, 8; Martingay, 12; Prélat, 11.

Séance du 23 février : MM. Boivin, 5; Bith, 12; Collin, 11; Caudrelier, 8; Lelongt, 5; Viel (Victor) et Dufourmentel, 8; Prost, 5.

PATHOLOGIE. — Séance du 22 février : MM. Stepowski, 5; Alexandre (Paul), 6; Renaud-Badet, 7; Fenard, 6; de Cumont, 7; Manne, 10; Gauchery, 9; Clarac, 10; Petit (Henri), 8; Buizard, 10.

— CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le concours s'est ouvert lundi à midi. Questions données : « Anatomie pathologique et bactériologie des endocardites ulcéreuses. — Symptômes et diagnostic des névrites périphériques. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours pour deux places de chirurgiens adjoints des hôpitaux de Lille, s'est terminé par les nominations de MM. Drucbert et Vanverts.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le concours annuel pour des emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Ducosté (Faculté de Paris), Euzière (Faculté de Montpellier), ex æquo, Delmas, Maillard (Faculté de Paris), Calmettes (Faculté de Bordeaux), Nouet, Mlle Pascal (Faculté de Paris), MM. Collet (Faculté de Lyon), Latreille (Faculté de Bordeaux).

— M. le docteur Ducos est nommé médecin-adjoint à l'asile de Château-Picon.

DISPENSAIRE GÉNÉRAL DE LYON. — M. le docteur Leclerc, médecin des hôpitaux, est nommé médecin consultant et administrateur du dispensaire général en remplacement de M. le docteur Clément, décédé.

La clinique des maladies nerveuses a été confiée à M. le docteur Bériel, médecin du dispensaire général.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — M. le docteur Raymondaud est nommé pour trois ans directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

— BESANÇON. — M. le docteur Prieur est nommé pour trois ans directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de la Guerre a décerné une médaille de bronze à M. Roques, interne des hôpitaux de Montpellier, interne des salles militaires.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX. — L'assemblée générale a eu lieu vendredi soir au restaurant Marguery sous la présidence du docteur Brochin.

Après l'expédition des affaires courantes, M. le secrétaire général Cabanès a donné lecture de son rapport sur la situation de la Société qui est des plus florissantes. Elle compte, en effet, 130 membres et a une situation financière des plus enviables.

On procède ensuite au renouvellement du bureau. M. le professeur Monprofit (d'Angers) est élu à l'unanimité président; MM. Maurice de Fleury et le professeur Régis (de Bordeaux) sont élus vice-présidents.

Après un discours très spirituel de notre ami M. Brochin, président sortant, a eu lieu un banquet fort brillant.

A la table d'honneur aux côtés de M. le président Monprofit, on remarquait M. Mirman, directeur de l'Assistance publique et de l'Hygiène au ministère de l'Intérieur, représentant le président du Conseil, les représentants des ministères de l'Instruction publique et de l'Agriculture; M. le doyen Landouzy, M. le professeur Pozzi, M. le sénateur Pédebidou, le secrétaire général de l'Association des journalistes parisiens, des délégués des associations de la presse médicale et scientifique.

Au champagne, des discours fort applaudis furent prononcés par MM. Monprofit, Mirman, Landouzy qui boit à la presse médicale, cette « université universelle », par le secrétaire général de l'Association des journalistes parisiens au nom de M. Mézières empêché, et par M. le sénateur Pédebidou. Enfin le représentant du ministre de l'Instruction publique remit à notre confrère M. Rodet, trésorier, la rosette d'officier de l'Instruction publique, et à M. Louis Régis, le sympathique secrétaire, les palmes d'officier d'Académie.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE (fondation Lagoguey) a eu lieu dimanche, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Descoust. Cette Société compte actuellement 665 membres. Elle a versé, depuis sa fondation, 620 330 francs pour indemnités de maladies. Son capital est, à ce jour, de 623 360 francs. Ce capital a été obtenu en vingt ans. La progression a donc toujours été croissante, aussi bien au point de vue du nombre des adhérents qu'au point de vue des sommes versées.

Rappelons que la cotisation est de 120 francs par an et,

qu'en cas de maladie, on touche 10 francs par jour, soit une rente de 3600 francs par an en cas de maladie chronique ou incurable.

Après une discussion assez vive, une commission a été nommée qui doit s'adjoindre au bureau pour étudier la question d'une allocation annuelle à verser aux membres âgés de plus de soixante ans et comptant vingt-cinq années de participation à la société.

IIe CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE (Lille, 25-28 juin 1908.) — Le Comité régional d'organisation nous communique la note suivante :

« Le premier Congrès des praticiens, tenu à Paris, en mai 1907, a été un très grand succès. Mais, pour faire aboutir les justes revendications des praticiens, et pour réformer les études médicales en les rendant plus pratiques et plus profitables et pour le médecin et pour le malade, il faut une action constante et persévérante. Aussi le Comité de vigilance nommé à la suite du premier Congrès a-t-il été unanimement d'avis de convoquer une nouvelle Assemblée des praticiens en juin 1908.

La ville de Lille a été choisie comme siège du second Congrès parce que c'est de là qu'était parti le mouvement de protestation dont est né le premier Congrès. Sa situation géographique lui permettra d'offrir aux congressistes, dans des conditions très avantageuses, une visite à Bruxelles et à Londres, avec réception par le corps médical de ces deux capitales.

Les questions qui seront discutées au Congrès sont de première importance. Nous donnerons plus tard la liste des rapports et le nom des rapporteurs, mais disons, dès aujourd'hui, que les deux questions principales soumises aux congressistes seront : La réforme des études médicales et le libre choix.

Nous croyons qu'aucun des médecins de France ne peut se désintéresser de ces importantes discussions et c'est pourquoi nous les engageons tous à envoyer leur adhésion au Congrès.

Nous publierons bientôt le règlement du Congrès, mais nous pouvons annoncer déjà que la cotisation des adhérents au Congrès est de 5 francs, donnant droit à tous les avantages ordinaires : rapports, comptes rendus, voyage à demi-tarif, etc. Les parents accompagnant les congressistes et ayant versé une cotisation de 5 francs jouiront des avantages matériels accordés aux congressistes.

Les groupements professionnels qui voteront une subvention pour le Congrès pourront se faire représenter par des délégués qui, eux, devront avoir adhéré au Congrès et payé la cotisation de 5 francs, mais qui auront droit, en cas de vote par bulletin, à autant de voix que le groupement qui les a délégués compte de membres. »

Adresser les adhésions et toutes les demandes de renseignements à M. le docteur Aubert, secrétaire général, 5, rue Thiers, à Lille, et les cotisations et subventions, à M. le docteur Deroy, trésorier, 222, rue Léon-Gambetta, Lille.

UNE CHAIRE D'HYDROLOGIE A PARIS. — Le président du Conseil a reçu une délégation composée de membres du Parlement, de médecins, des directeurs des Compagnies fermières de Vichy, Luchon, Contrexéville.

La délégation a sollicité la création à la Faculté de médecine de Paris d'une chaire d'hydrologie et de climatologie.

M. Clemenceau a approuvé l'idée de cette création et a promis de l'appuyer auprès de son collègue de l'Instruction publique.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro de la *Médecine scolaire*, bulletin mensuel de la Société des médecins-inspecteurs des écoles, publié chez Delagrave, sous la direction de MM. Méry, agrégé, médecin des Enfants-Malades et du collège Chaptal, et L. Butte, secrétaire général de la Société des médecins-inspecteurs des Ecoles.

Nos meilleurs vœux à notre nouveau confrère.

ERRATUM. — *Gaz. des hôpit.*, n° 17, p. 198, 1re col., ligne 32, au lieu de « *30 milligrammes* de chloroforme par 100 centimètres cubes », lire « *50 milligrammes* ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Banteignie (de Berlaimont), Thiéry (d'Orchies), Mantel (de Saint-Omer), Cornet (de Besançon), Dissaux (de Béthune).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (M. le professeur F. RAYMOND). — *Cours complémentaire et pratique (2e série) de neuropathologie*, par MM. Rose, chef de clinique de la Faculté; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux, chef du service ophtalmologique; Alquier, chef des travaux d'anatomie pathologique; Huet, chef du service d'électrothérapie ; Gellé, chef du service otologique.

Le deuxième cours commencera le 2 mars 1908 et durera un mois. Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à cinq heures de l'après-midi à la Salpêtrière, salle d'examen de la Clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Programme du cours. — Séméiologie générale du système nerveux. Manière d'examiner un malade. — Hémiplégie. Hémorragie et ramollissement cérébral. — Syndrome cérébelleux. Maladie de Friedreich. Hérédo-ataxie cérébelleuse. — Syndromes bulbo-protubérantiels. Paralysies bulbaires et pseudo-bulbaires. — Méningites, hémorragies méningées, ponction lombaire. — Tumeurs cérébrales. — Encéphalopathies infantiles (maladie de Little, hémiplégie infantile). — Aphasies. Apraxie. — Myélites aiguës. Paralysie infantile. Maladie de Landry. — Sclérose en plaques. — Sclérose latérale amyotrophique. Atrophies Aran Duchenne et Charcot-Marie. — Syringomyélie. — Compressions médullaires. Syndromes de Brown-Sequard et de la queue de cheval. — Tuberculose et tumeurs de la moelle. — Myopathies. — Polynévrites et névrites. — Paralysies des plexus. Névralgies. Atrophies musculaires en général. — Syphilis des centres nerveux. — Tabes. — Scléroses combinées. — Paralysie générale. — Maladie de Parkinson. Chorée. Tics. Tremblements. — Hystérie. — Epilepsie. — Neurasthénie. — Psychasthénie. — Examen électrique. — Electrothérapie. — Examen des oreilles. — Examen des yeux.

Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement. Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront. Trois séries de leçons du même genre sont faites tous les ans : la première en novembre ; la seconde en mars ; la troisième en mai-juin.

Le droit à verser est fixé à 80 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

HOPITAL BEAUJON. — Le docteur Calot (de Berck) fera le jeudi 27 février, à dix heures du matin, à l'hôpital Beaujon, service du professeur Robin, une leçon sur le traitement de la coxalgie, suivie d'une démonstration pratique.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LE TABÈS OSTÉO-ARTICULAIRE PRÉCOCE

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE MANIFESTATIONS OSTÉO-ARTICULAIRES PRÉTABÉTIQUES

Par Joseph STEFANI,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Les lésions trophiques ostéo-articulaires du tabes et les manifestations cliniques auxquelles elles donnent lieu sont de connaissance relativement récente.

Signalées d'abord par Weir Mitchell (1873) étudiées ensuite par Richet (1894), bien décrites par Charcot qui fit des complications ostéo-articulaires du tabes les magistrales études cliniques que l'on sait, elles ont donné lieu depuis à des observations nombreuses qui en ont fixé jusqu'à un certain point la symptomatologie aussi bien que l'anatomie pathologique. Il n'est pas aujourd'hui de médecin ni de chirurgien qui n'ait eu l'occasion d'en observer quelques exemples.

Notre but en écrivant ce travail n'est donc pas, disons-le de suite, de faire une étude complète des différentes manifestations ostéo-articulaires du tabes. Aussi bien, et même en tenant compte des innombrables travaux parus jusqu'à ce jour sur la question qui nous occupe, de nombreux éléments nous font encore défaut pour cette étude. Notre but est plus modeste, et nous désirons seulement, à la lumière de certains faits cliniques qu'il nous a été donné d'observer, attirer l'attention sur certaines particularités des complications ostéo-articulaires du tabes, particularités qui, outre qu'elles soulèvent les plus passionnants problèmes de pathogénie, comportent également un intérêt clinique de tout premier ordre.

Les complications ostéo-articulaires du tabes surviennent généralement à une période avancée de l'affection. Fréquentes surtout à la période d'incoordination, elles peuvent aussi apparaître, le fait est aujourd'hui bien connu, dès la période pré-ataxique. Tantôt c'est un malade qui s'est cru jusqu'alors en parfait état de santé et chez qui survient brusquement, à l'occasion d'un trauma minime, une fracture spontanée dont les allures cliniques anormales font soupçonner une origine nerveuse : l'examen fait découvrir quelques symptômes caractéristiques d'un tabes ignoré jusque-là : Westphall, Argyll Robertson, troubles sensitifs et urinaires. D'autres fois, c'est une arthropathie qui survient rapidement, sans cause appréciable, et c'est en en recherchant méthodiquement l'origine que le clinicien constate des signes non douteux de tabes au début. Néanmoins, et dans toutes les observations jusqu'ici relatées, on retrouve toujours quelques-uns au moins des symptômes tabétiques, grâce auxquels il a été possible de rattacher l'affection locale à sa cause générale véritable.

Certains faits cliniques qu'il nous a été donné d'observer dans ces derniers temps dans le service de notre maître M. Gangolphe, auquel revient l'idée première de ce travail, nous ont amené à penser qu'à côté de ces ostéo-arthropathies survenant à la période *pré-ataxique* du tabes, comme *manifestation révélatrice* de l'affection médullaire jusque-là méconnue, d'autres cas se présentaient où ces arthropathies surviennent, non plus comme signe révélateur, *mais bien comme tout premier signe de la maladie*, précédant parfois de longtemps tout autre symptôme pré-ataxique, avant même tout signe pupillaire ; en d'autres termes on pourrait observer *des fractures ou des arthropathies pré-tabétiques*, susceptibles d'être pendant une période plus ou moins longue la seule manifestation clinique de l'affection centrale. L'appareil osseux est ici le premier touché et le tableau clinique ne se complète qu'ultérieurement par l'apparition progressive des signes habituels de la maladie de Duchenne.

Voici l'observation typique d'une malade de ce genre qu'il nous a été donné de voir longuement, et à diverses reprises, dans le service de M. Gangolphe.

Mme L. A..., cinquante-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, service de M. Gangolphe, le 12 août 1907, pour une fracture de jambe.

Elle y a déjà fait, dans l'espace de ces deux dernières années, deux séjours pour une cause semblable.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Ses parents sont, dit-elle, morts très âgés.

Elle a un frère âgé de trente-six ans, bien portant.

Pas de maladie sérieuse, dont elle se souvienne, pendant sa jeunesse.

La première affection en date est une jaunisse, survenue en 1870, à la suite d'une frayeur.

Jamais il n'y eut de coliques hépatiques ni de douleurs quelconques. L'ictère persista un an environ, s'accompagnant de selles jaunâtres et d'amaigrissement.

Traité empiriquement (tisanes), il disparut spontanément et la malade ne s'en ressentit jamais par la suite.

Mariée à dix-huit ans, elle eut tout d'abord, et coup sur coup, trois fausses couches, la première à dix-neuf ans et demi, la deuxième, trois mois après, et la troisième, trois mois après la seconde. Il se serait agi chaque fois d'un avortement à trois mois. Chaque fois aussi la malade fut traitée par Daniel Mollière qui lui faisait faire pendant trois jours des frictions sur l'abdomen avec un liquide, et pratiquait, au bout de ces trois jours, une grande injection. Il semble donc que ce traitement visait l'avortement lui-même, et qu'il ne doive pas être considéré comme un traitement antisyphilitique. La malade prit encore à cette époque, dit-elle, un « dépuratif », dont elle se rappelle encore le nom : « Rob du docteur Saint-Gervais, » sans doute breuvage d'herboriste dont on ne doit pas tenir grand compte. Au reste, la recherche des anamnestiques syphilitiques (céphalée, chute des cheveux, maux de gorge, éruptions) est entièrement négative.

A vingt et un ans, nouvelle grossesse, terminée cette fois par un accouchement à terme et par la naissance d'un garçon vivant et bien portant.

Rien autre à signaler jusqu'à l'affection actuelle.

Affection actuelle. — *Première fracture.* — Cette affection a débuté il y a deux ans et demi environ, le 1er juin 1905, par une fracture de l'extrémité supérieure du tibia gauche. En marchant dans la rue, sans chute, sans effort, sans traumatisme, la malade tomba soudainement et ne put se relever, sans avoir pour cela ressenti aucune douleur. Ramenée chez

elle en voiture, elle fut traitée en ville pendant une vingtaine de jours.

Le genou était le siège d'un énorme gonflement. On y appliqua des compresses d'eau blanche, et le gonflement était en grande partie disparu au 1er juillet, jour de l'entrée à l'hôpital.

L'examen pratiqué à ce moment montra un genou déformé avec un épanchement manifeste. La palpation était indolore, la jambe paraissait un peu raccourcie et jouissait de mouvements latéraux très étendus, également indolores; la sensibilité était conservée dans toute l'étendue du membre; la plante du pied seule était douloureuse. Il s'agissait d'une fracture siégeant à la partie supérieure de la jambe, sur le tibia, immédiatement au-dessous de l'interligne articulaire. Mise en plâtre quelques jours après l'entrée, elle y resta cinquante jours environ. Au bout de ce temps, la consolidation était parfaite, mais le genou restait déformé par un cal exubérant, globuleux, irrégulier, le segment inférieur du membre paraissant dévié en dedans. Les mouvements de flexion restaient cependant possibles dans une amplitude de 30 degrés environ.

La malade sortit ainsi de l'hôpital, encore qu'elle ne pût marcher sans l'aide de béquilles, à cause des douleurs provoquées par la marche au niveau de la fracture. Elle resta ainsi chez elle une quinzaine dans cet état, et revint aussitôt reprendre sa place à l'hôpital pour une deuxième fracture, le 27 novembre 1905.

Celle-ci était survenue dans les conditions suivantes :

Deuxième fracture. — La malade allait se coucher lorsque ses béquilles ayant glissé, elle tomba à plat en avant, les mains étendues pour se protéger le visage. Mais, dit-elle, son pied s'accrocha à l'une des béquilles; elle ressentit cette fois une vive douleur et ne put se relever. De même, les jours suivants, les examens que l'on pratiqua la firent beaucoup souffrir. Elle entrait en effet le lendemain à l'hôpital où elle devait rester sept mois environ. Il s'agissait d'une fracture des deux os de la jambe dont les deux traits se trouvaient situés au même niveau, à 7 ou 8 centimètres au-dessus des malléoles. A l'examen, on est frappé de l'indolence de la fracture, les premiers jours passés. On fait un plâtre où elle reste cinquante jours, au bout desquels la consolidation est complète, avec un cal exubérant. Malgré cela la malade ne put se servir de sa jambe, et l'on institua un traitement par les bains et le massage.

L'observation, prise à ce moment, porte que c'est alors que frappé par la constatation d'arthropathies du pied droit, on songea à rattacher à des troubles trophiques de nature tabétique les deux fractures survenues dans d'aussi étranges conditions. C'est en effet au cours de son second séjour à l'hôpital que se seraient produites les déformations des deux pieds dont la malade est aujourd'hui porteuse, le droit d'abord, puis le gauche.

Ces déformations se seraient produites, à son dire, très rapidement, en huit jours à peine, sans gonflement considérable, et depuis elles seraient restées stationnaires.

A ce moment déjà, l'observation porte une déformation considérable du pied droit, diminué surtout en longueur, élargi, comme si le tarse avait été comprimé d'avant en arrière. De plus, la voûte plantaire était affaissée, le cuboïde saillant en dehors; le premier cunéiforme formait une autre saillie en dedans; les orteils, et en particulier le gros orteil, étaient déjetés en dehors, chassés en valgus.

La recherche des signes du tabes, effectuée à ce moment, semble avoir été plutôt négative : les réflexes rotuliens sont normaux; il n'y a pas de troubles sensitifs, subjectifs ni objectifs, périphériques ni viscéraux, pas de perte du tonus musculaire, pas de troubles oculo-pupillaires.

Le 1er mai 1906, la malade sort de l'hôpital. Elle dit n'avoir jamais pu marcher sans béquilles, pouvant à peine poser le pied à terre.

Troisième fracture. — Le 9 août 1907, la malade voulut essayer de sortir sans béquilles pour la première fois. En sortant de son allée, et n'ayant plus l'appui de la rampe, elle fléchit sur le genou gauche, tomba et ne put se relever. On l'y aida, et elle put, en s'aidant de la rampe, remonter elle-même jusqu'au premier étage, où elle se coucha. Le lendemain seulement, en voulant se lever, elle vit que sa jambe était enflée, et en essayant de la mettre à terre, la voyant s'incurver, elle comprit qu'elle était cassée. Elle entre à l'hôpital trois jours après, le 12 août 1907.

On constate une fracture de l'extrémité supérieure du tibia, à trois travers de doigt environ de l'interligne articulaire du genou. Le péroné est intact; il existe néanmoins une déformation angulaire très marquée, la jambe et le genou formant un angle obtus à sinus antérieur. Le genou est globuleux, déformé irrégulièrement par suite de l'ancienne fracture.

On met la malade en plâtre, sans faire aucune manœuvre de réduction.

Le 16 octobre la recherche des signes tabétiques est cette fois un peu plus fructueuse que précédemment; depuis plusieurs mois sont apparues, au niveau des jambes, des douleurs en tiraillements rapides : jamais néanmoins de véritables douleurs fulgurantes, sauf peut-être depuis un mois, dans la jambe gauche, c'est-à-dire la jambe malade, où elle accuse des élancements en éclairs irradiés depuis la fesse jusqu'au gros orteil, et survenant sans cause appréciable.

Depuis huit jours à la date d'aujourd'hui, seraient survenues des douleurs fulgurantes dans la jambe droite. Jamais de crises gastriques, ni viscérales d'aucune sorte.

Les réflexes patellaires sont nettement conservés : au bras, le réflexe tricipital est même nettement exagéré.

Comme signes oculaires, on remarque une inégalité pupillaire très nette, la pupille droite un peu plus dilatée que la gauche. Argyll-Robertson à peine ébauché, c'est-à-dire simple paresse de la réaction à la lumière. Pas de paralysie oculaire.

Il n'y a pas d'incoordination motrice dans les membres supérieurs, mais une légère diminution du tonus musculaire dans les mouvements.

Aux membres inférieurs, il est difficile de rechercher l'incoordination dans la marche, celle-ci étant impossible à cause de la fracture.

La sensibilité est partout normale, sauf cependant au niveau du membre atteint par les fractures, où le contact et la piqûre sont extrêmement douloureux, au point de faire pleurer la malade.

Comme on le voit la symptomatologie tabétique est plutôt fruste. Elle se réduit en somme à quelques douleurs de caractère imprécis et à l'inégalité pupillaire, l'Argyll-Robertson restant à peine ébauché.

Etat local de la jambe fracturée. — L'examen de cet état local offre les détails suivants : On sent très nettement, à 8 ou 10 centimètres au-dessus des malléoles, aussi bien sur le tibia que sur le péroné, une saillie correspondant à la deuxième fracture.

La première fracture a laissé le genou tout à fait déformé, la rotule fixée, comme confondue avec les os voisins eux-

mêmes, bosselés, tuméfiés, donnant au genou un aspect tout à fait irrégulier. La tête du péroné est surtout saillante en arrière et en dehors comme une forte apophyse.

La dernière fracture a laissé une déformation très marquée sous forme d'un angle rentrant obtus à sinus antérieur d'une ouverture de 140 degrés environ.

Le sommet de cet angle correspond au trait de fracture à 5 centimètres environ au-dessous du bec de la rotule. La jambe dans son ensemble forme ainsi une concavité très marquée en avant; elle est de plus en varus.

La mensuration du membre fracturé par rapport au côté sain montre une différence de 6 centimètres et demi.

Jambe gauche fracturée : 74 centimètres et demi.

Jambe droite : 81 centimètres.

Le genou est fixé dans une immobilité des plus complètes. Tout mouvement est aboli dans la jointure. L'articulation tibio-tarsienne elle-même est très enraidie et permet des mouvements très limités.

Pieds tabétiques. — Le pied gauche correspondant à la jambe fracturée semble raccourci dans sa totalité; de plus il a subi une notable déformation : la voûte plantaire paraît un peu affaissée, tout en ayant conservé quand même sa concavité; le dos du pied offre au contraire une saillie générale, une courbure très prononcée faisant directement suite à la concavité de la jambe. La saillie est surtout appréciable au niveau du scaphoïde et du premier cunéiforme. Sur le bord externe le cuboïde forme également une saillie, mais moins marquée. Les malléoles sont mal délimitables dans le sens antéro-postérieur, mais elles sont très augmentées de volume.

Les orteils sont un peu déjetés en dehors, recourbés sur eux-mêmes, le gros orteil raccourci par rapport au deuxième, le plus saillant.

Le pied dans sa totalité reste légèrement en situation d'équinisme.

Au pied droit, les déformations sont analogues, mais bien plus marquées. Il est beaucoup plus large que son congénère, d'un centimètre et demi environ, la voûte plantaire est ici complètement affaissée; le dos du pied est moins saillant que du côté opposé, [mais semble beaucoup plus court, donnant au pied l'aspect que pourrait avoir un pied sur lequel aurait été pratiquée une tarsectomie antérieure.

Les malléoles sont augmentées de volume, plus ou moins confondues avec les tissus voisins.

Sur le bord interne du pied, au niveau du scaphoïde et du premier cunéiforme, existe ici aussi une forte saillie à laquelle correspond en dehors une saillie calcanéo-cuboïdienne. Le pied dans son ensemble est de beaucoup plus aplati que celui du côté opposé aussi bien sur la face dorsale que sur la face plantaire.

Le premier métatarsien a sa tête formant une énorme saillie en dedans, considérablement augmentée de volume, déjetant le gros orteil en dehors suivant l'aspect habituel à l'hallux valgus.

Les autres orteils sont également déviés en dehors, le second chevauchant légèrement le gros qui est plus saillant en avant d'un centimètre et demi environ.

Les autres sont également recroquevillés sur eux-mêmes plus encore que du côté opposé. Enfin, disons pour terminer que la palpation donne la sensation d'une confusion plus ou moins complète des os entre eux au niveau du tarse et du métatarse.

Les mouvements du pied sur la jambe sont mieux conservés que du côté gauche.

La lecture attentive de l'observation précédente ne peut laisser à l'esprit aucun doute : il s'agit bien de fractures et d'arthropathies dont seules les allures cliniques ont pu faire soupçonner, mais soupçonner seulement, pendant longtemps, la nature nerveuse. Et il a fallu l'apparition récente de quelques troubles oculo-pupillaires et sensitifs pour fixer de façon définitive un diagnostic de nature tabétique que rien n'avait permis d'affirmer jusqu'alors.

La malade dont nous venons de relater l'histoire détaillée a fait partie d'un lot de malades plus ou moins analogues présentés le 22 février 1906 à la Société de chirurgie de Lyon par M. Gangolphe. C'est au cours de cette présentation que notre maître attira pour la première fois l'attention sur les faits dont il est ici question.

Voici brièvement résumée l'histoire de ces malades.

C'est tout d'abord un individu de quarante ans, boulanger de son état, alcoolique et syphilitique, envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de tumeur blanche du genou de début déjà ancien. Il se présentait avec une hydarthrose manifeste du genou dont l'origine semblait néanmoins obscure : pas trace d'antécédents tuberculeux, pas d'adénopathie inguinale, persistance indéfinie de l'épanchement. Aussi et ayant procédé à un examen des plus minutieux du sujet, M. Gangolphe pensa-t-il à une arthrite d'origine médullaire, et cela en raison d'un unique signe, à peine ébauché : une légère inégalité pupillaire. Et, tant en manière de traitement possible que pour vérifier la nature de l'arthrite, il fit une arthrotomie qui révéla l'existence d'un abondant épanchement hématique : l'examen d'un morceau de synoviale prélevé au cours de l'intervention ne montra aucune trace de tuberculose. Les suites opératoires furent simples, et le malade put bientôt être renvoyé chez lui avec un appareil orthopédique immobilisant le genou dans la rectitude; l'ayant revu quatre à cinq ans plus tard on constata à ce moment des déformations ostéo-articulaires considérables du genou, ainsi qu'une altération des deux articles tibio-tarsiens rappelant en tous points le tableau clinique de l'arthropathie tabétique avec son indolence absolue et son impotence fonctionnelle très marquée. Cependant, et à ce moment encore, la recherche la plus minutieuse des signes du tabes ne permit pas de noter autre chose que l'inégalité pupillaire déjà observée lors du premier séjour du malade à l'hôpital. Celui-ci mourut quelques années plus tard chez lui de tuberculose pulmonaire, terminaison fréquente, on le sait, de l'ataxie locomotrice.

Un autre malade, toucheur de bœufs de son état, âgé de quarante ans environ, alcoolique et syphilitique comme le précédent, présentait une arthropathie tabétique non douteuse, de par son allure clinique s'entend, de la tibio-tarsienne, et, malgré l'examen le plus minutieux, la recherche des signes caractéristiques de l'affection tabétique était entièrement négative. Il ne nous a malheureusement pas été possible de le retrouver après son départ du service avec un appareil orthopédique.

Très instructive également l'histoire du général X..., blessé à Sedan par une balle qui lui avait

traversé le pied droit, resté déformé par la cicatrice. Il se présenta un jour à M. Gangolphe se plaignant d'une gêne accentuée de la marche. L'examen du pied blessé montrait les déformations caractéristiques du pied tabétique, également nettes du reste sur l'autre pied. La recherche des signes du tabes était, ici encore, entièrement infructueuse; mais, revu plus tard, le général présentait un tabes confirmé, avec incoordination marquée.

Enfin, il nous faut rapprocher de ces différentes observations un autre cas très curieux et qui mérite d'être rapporté avec quelque détail, car il présente un intérêt spécial par certaines manifestations osseuses du tabes de nature tout à fait obscure.

Il s'agit ici d'un homme de trente-cinq ans, comptable, chez lequel la recherche des antécédents syphilitiques reste tout à fait négative.

Le début de l'affection pour laquelle il fut à diverses reprises soigné à l'hôpital remonte à douze années environ (1895). A cette époque il vit survenir au niveau du troisième orteil du pied droit une tuméfaction ayant toutes les apparences extérieures d'un spina ventosa, et pour laquelle M. Ollier lui amputa la phalangine.

Bien guéri de cette première atteinte, il se croyait complètement hors d'affaire lorsque, six mois plus tard, apparaissait progressivement une nouvelle tuméfaction, siégeant cette fois sur le premier métatarsien, et présentant également toutes les apparences d'un spina ventosa. Aussi M. Gangolphe qui le vit alors pencha-t-il le plus naturellement du monde vers ce diagnostic; n'ayant du reste jamais eu l'occasion d'observer à ce niveau une localisation de l'ostéo-myélite gommeuse, il décida d'intervenir et grande fut sa surprise de ne rien trouver à l'intérieur de l'os, qui ne présentait notamment aucune trace de lésions tuberculeuses.

Le malade sortit alors guéri de son intervention un mois après environ et put parfaitement reprendre ses occupations. Mais là ne devaient pas se borner ses souffrances. L'année suivante, en effet, au mois de mai, survint une nouvelle ostéite du deuxième orteil, accompagnée cette fois de suppuration, et pour laquelle on dut pratiquer l'amputation. A ce moment, et pour la première fois, il fut facile de constater la présence des signes du tabes : inégalité pupillaire, douleurs fulgurantes surtout anales que le malade calmait facilement avec des bains froids, enfin et surtout ataxie locomotrice manifeste, quoique peu accentuée. C'est dans l'intervalle compris entre la deuxième et la troisième intervention subies par lui que le malade avait vu apparaître ses douleurs et son incoordination. Jamais auparavant il n'avait rien ressenti de pareil, et on n'avait jamais pu noter, à son séjour antérieur, le moindre symptôme tabétique. Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment ses douleurs fulgurantes augmentèrent, et s'étendirent aux membres inférieurs jusque-là indemnes. Deux ans après nouveau phlegmon gangréneux du gros orteil, phlegmon qui nécessita l'amputation de la deuxième phalange, pratiquée à domicile. Puis encore, quatre à cinq mois plus tard, apparition sur la cicatrice de l'amputation précédente d'un mal perforant plantaire, à caractère gangréneux, lequel, après curetage et repos pendant près d'un an, finit par cicatriser. Enfin, et peu après, quatre à cinq ans environ après la première affection qui marqua le début de la maladie, apparition d'une arthropathie du cou-de-pied droit, arthropathie qui débuta brusquement, en une nuit, par un énorme gonflement suivi de déviation progressive du pied en dedans. On redressa le pied ainsi dévié et on ordonna au malade le port d'une chaussure orthopédique munie d'une forte tige en cuir étroitement lacée. Actuellement ce malade a vu récidiver son mal perforant plantaire au mois de juillet dernier, et présente une énorme déformation de son article tibio-tarsien droit, déformation qui est surtout due à une hypertrophie considérable des malléoles : le pied est déjeté en varus, la jambe dans son ensemble raccourcie de 2 à 3 centimètres, mais néanmoins la marche est assez facile, et sans douleur, grâce au port de la chaussure orthopédique, que le malade peut même quitter sans inconvénients à son domicile. Quant à l'incoordination, restée à peu près stationnaire, elle est encore très peu marquée.

De l'ensemble des observations que nous venons de rapporter, résulte donc bien ce fait indéniable : il existe une forme de tabes débutant réellement, et non pas apparemment, par des troubles trophiques du système osseux, troubles dont les manifestations cliniques diverses sont susceptibles de résumer à elles seules pendant longtemps tout le tableau symptomatique de la maladie.

On peut ranger, nous semble-t-il, en trois grandes classes ces manifestations, chacune créant une véritable forme clinique du tabes ostéo-articulaire :

La première forme est une forme purement osseuse. Elle donne lieu à deux ordres de manifestations, les unes fréquentes, les fractures spontanées, les autres plus rares et caractérisées par des signes d'ostéite localisée, surtout sur les petits os des extrémités.

Les *fractures spontanées prétabétiques* revêtent exactement la même physionomie clinique que les fractures survenant à une période plus ou moins avancée de l'affection tabétique déclarée. Fréquemment multiples, elles atteignent surtout le fémur, les os de la jambe, plus rarement ceux de l'avant-bras, et coïncident parfois avec des arthropathies, comme le montre bien l'observation détaillée relatée plus haut. Le trauma qui les cause est ordinairement minime, insignifiant même, au point qu'on a parfois grand'peine à s'expliquer la fracture. L'indolence de celle-ci est remarquable, le gonflement et la déformation sont considérables ; la consolidation s'effectue néanmoins le plus souvent de façon parfaite, mais avec des déformations persistantes, des déviations secondaires du membre, un cal exubérant et irrégulier parfois énorme. Sans nous étendre outre mesure sur les lésions de l'os qui les créent et sur leur pathogénie, rappelons que l'os fracturé est le plus souvent le siège d'une raréfaction osseuse que Richet a comparée aux lésions d'ostéite raréfiante des vieillards. Bruns, Voisin, Féré ont montré que la raréfaction osseuse était capable d'entraîner la résorption de portions considérables de l'os. Blanchard a également comparé ce processus à celui de l'ostéite raréfiante, et Regnard a démontré qu'il se caractérisait surtout par une réduction considérable des principes inorganiques de l'os au profit des principes organiques (24 p. 100 au lieu de 66 p. 100 pour les premiers, 76 p. 100 au lieu de 33 p. 100 pour les seconds).

L'ostéite raréfiante tabétique est en général interpretée par les auteurs comme un trouble d'origine trophique dû, soit aux altérations médullaires (Charcot), soit aux lésions névritiques de nerfs périphériques (Pitres et Vaillard). Cependant, et surtout en ce qui concerne les fractures précoces que nous envisageons plus spécialement ici, il faut peut-être faire quelques réserves sur cette explication trophonévrotique, et peut-être, ainsi que le fait remarquer Baum dans un travail récent, faut-il incriminer bien moins la fragilité trophique de l'os que la vulnérabilité particulière qui résulte pour les segments osseux de la suppression de la tonicité et du sens musculaire, phénomène tout initial dans le tabes, de l'analgésie périostique et osseuse précoce; les os seraient ainsi moins protégés, les réactions réflexes de défense moins promptes à se produire; les os ne seraient pas moins résistants, mais plus exposés à se briser, à se fracturer plus aisément sous des causes mécaniques que l'analgésie et les troubles sensitifs font passer d'ordinaire pour beaucoup moins importantes qu'elles ne le sont en réalité.

Cette explication mérite sans aucun doute d'être prise en sérieuse considération, au moins encore une fois en ce qui concerne les fractures précoces qui résument, répétons-le, pendant plus ou moins longtemps, tout le tableau clinique de la maladie.

Ajoutons encore, au sujet de ces fractures précoces du tabes, qu'au point de vue radiographique, ainsi qu'il résulte des observations de Destot, contrairement aux ostéo-arthropathies qui se rencontrent au cours du tabes confirmé, et qui ne donnent naissance à aucune production osseuse nouvelle, on trouve dans tous les cas de tabes à début osseux des ossifications anormales; en outre, le cal des fractures précoces du tabes est ordinairement transparent aux rayons X. M. Destot, ayant eu son attention attirée sur ces singularités, en conclut que lorsqu'il existe des ossifications anormales en même temps qu'une destruction du squelette primitif appréciable à la radiographie, il faut soupçonner le tabes et le rechercher avec soin.

A côté de cette forme principale du tabes osseux, nous devons faire une place, comme créant une variété de cette affection, à celle caractérisée cliniquement par ces phénomènes d'ostéite dont nous avons rapporté plus haut une observation. Il ne nous a pas été possible de retrouver dans les auteurs le récit de cas analogues. Mais comment expliquer autrement qu'en la rattachant à l'affection médullaire déclarée nettement plus tard, la production de cette forme spéciale d'altération osseuse qui nous a conduit à trépaner un métatarsien supposé atteint de lésions tuberculeuses, et dans lequel il ne fut possible d'en trouver aucune? Peut-être s'agit-il là d'une forme encore obscure d'altération osseuse d'origine tabétique, sur la nature de laquelle nous manquons encore, à vrai dire, de tout renseignement. Faisons remarquer seulement que cette altération de nature obscure avait ici encore précédé de très longtemps tout symptôme d'un tabes installé depuis avec tout son cortège symptomatique.

La DEUXIÈME FORME qu'il nous faut étudier rapidement ensuite est la FORME ARTICULAIRE. Le type nous en fourni par le boulanger dont il était question plus haut, arthrotomisé pour une lésion articulaire se présentant sous l'aspect clinique de l'hydarthrose sans que rien ait permis pendant longtemps de rattacher cette lésion à une affection centrale. Ici le tabes débute cliniquement, non plus par une fracture, mais par une arthrite. Le diagnostic en est particulièrement épineux, et il faut toujours procéder à un examen complet pour pouvoir porter un diagnostic qui restera néanmoins parfois en suspens pendant très longtemps.

La blennorragie sera facilement écartée chez un sujet indemne de tout écoulement.

Mais combien difficile parfois de distinguer cette arthropathie tabétique du début d'avec la tuberculose, l'hydarthrose de fatigue, l'arthrite hémophilique même, susceptibles de prêter à confusion! S'il n'existe que peu ou pas de symptômes de tabes, comme chez notre malade, la nature de l'affection sera presque sûrement méconnue.

Se rappeler néanmoins que l'arthropathie tabétique est de début brusque, sans phénomènes inflammatoires aigus, s'accompagnant seulement d'un œdème blanc, dur, spécial, des tissus périarticulaires, assez caractéristique: que, assez rapidement le plus souvent apparaissent des mouvements anormaux de la jointure, prélude de la dislocation définitive; attacher une grande importance lors d'arthrites persistantes à l'apparition tardive de l'impotence fonctionnelle, à la production de déformations péri-articulaires susceptibles de prendre des proportions énormes, enfin à la multiplicité fréquente sur un même sujet de ces arthropathies.

Dans tous les cas d'arthropathies tabétiques précoces relatés jusqu'ici, nous avons toujours retrouvé quelques-uns au moins des signes cardinaux de l'affection centrale. Et cependant chez la malade dont nous avons relaté plus haut l'histoire en détail, porteuse, en plus de ses fractures, de deux pieds tabétiques nettement caractérisés, ces arthropathies se sont déclarées bien avant l'apparition de tout signe de tabes.

Ces arthropathies nous paraissent de ce fait rentrer dans le cadre des manifestations cliniques ostéo-articulaires pré-tabétiques.

Enfin la TROISIÈME FORME, la plus fréquente, et dont le schéma est pour ainsi dire offert par la malade en question, est celle où les manifestations osseuses et articulaires coexistent avant l'apparition des signes du tabes.

C'est la FORME MIXTE OSTÉO-ARTICULAIRE, réunissant tous les caractères communs aux fractures spontanées et aux arthropathies tabétiques.

L'intérêt naît seulement de ce fait que ces manifestations ostéo-articulaires précèdent de longtemps tout signe appréciable de tabes.

Faisons remarquer enfin que, *parmi les tout premiers signes susceptibles d'éclairer le clinicien sur la nature de ces manifestations cliniques, les troubles*

oculo-pupillaires, l'inégalité pupillaire en premier lieu, l'Argyll-Robertson ensuite, nous semblent occuper le premier rang, le Westphal devant être considéré comme un signe plus tardif et moins constant, du tabes au début.

De l'ensemble des faits cliniques que nous venons d'étudier, il faut donc conclure qu'il existe une forme de tabes débutant réellement, et non pas apparemment, par des manifestations ostéo-articulaires affectant principalement le type de fractures spontanées et d'arthropathies.

Ces cas méritent d'être rangés sous l'appellation générique de *fractures ou d'arthropathies pré-tabétiques*, donnant l'expression la plus frappante de la *forme ostéo-articulaire, chirurgicale* pour ainsi dire, du tabes.

L'absence de tout signe cardinal du tabes ne doit pas faire rejeter a priori dans ces cas le diagnostic de nature tabétique au profit de telle ou telle autre origine, la tuberculose notamment.

Fréquentes ont dû être jusqu'ici les erreurs cliniques de ce genre, toute affection articulaire de nature obscure étant naturellement rattachée de préférence à la tuberculose, cause si commune de localisations articulaires. L'attention des cliniciens étant attirée désormais sur la possibilité de fractures et d'arthropathies précédant de longtemps les autres signes du tabes, nul doute que les faits de ce genre ne soient plus fréquemment observés à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE. Tabes traumatique. Début par huit fractures spontanées de la jambe et du pied, Soc. de méd. de Bordeaux, 14 fév. 1902, in *Gaz. hebd. de la Soc. des sc. méd. de Bordeaux*, 9 mars 1902.

BAUM (E. W.). Les fractures dans le tabes et leur mode étiologique, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1907. — BOUGLÉ. Th. de Paris, 1896. — BOYER. Ataxie locomotrice. Pied tabétique. Luxation coxo-fémorale. Arthropathies et lésions osseuses précoces atrophiques et hypertrophiques, *Revue de méd.*, 1884; — Pied tabétique étudié à l'aide des rayons X, *Arch. gén. de méd.*, 1906, p. 1012. — BRILL. *Etude sur l'arthropathie tabétique*, Th. de Bucarest, 1903.

CHARCOT. *Leçons du mardi*; — *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1877. — CHARCOT et Ch. FÉRÉ. Affections osseuses et articulations du pied chez les tabétiques (pied tabétique), *Arch. de neurol.*, 1883, t. VI, p. 307.

DE GRANDMAISON. Tabes ayant débuté par des arthropathies, *La Médecine moderne*, 1896, n° 79. — DESTOT. *Lyon méd.*, 1906, t. I, p. 911.

FÉRÉ (Ch.). Note sur un nouveau cas de pied tabétique, *Revue de méd.*, 1884, p. 472. — FOURNIER. *De l'ataxie locomotrice.*

GANGOLPHE. *Lyon méd.*, 1906, t. I, p. 911. — GUÉNAU. Th. de Lyon, 1900. — GUILLET. *Fracture spontanée dans le tabes*, Th. de Paris, 1902.

HENNEQUIN et LŒWY. *Fracture des os longs*, 1904.

INGELRANS. *Etude clinique sur les formes anormales du tabes*, Th. de Paris, 1897.

MICHEL. *Etude sur les arthropathies tabétiques*, Th. de Paris, 1877 (Charcot et Ball); — Diagnostic différentiel entre les arthropathies tabétiques et l'arthrite sèche, *Gaz. des hôpit.*, 1877.

PAVLIDÈS. *Des arthropathies tabétiques du pied*, Th. de Paris, 1888. — PAGE (W.), CHARCOT et FÉRÉ. *Progrès méd.*, 1883; — *Arch. de neurol.*, 1883.

RAYMOND. Arthropathies tabétiques, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 18 avril 1897. — RIGARD et DEMOULIN. In *Traité de chir.* de Duplay et Reclus. — RIEFFEL. In *Traité de chir.* Le Dentu et Delbet.

SCZUMLANSKI. *Un cas d'arthropathie tabétique précoce à forme hypertrophique chez un vieillard*, Th. de Paris, 1898.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1908)

Sur la fréquence des ulcérations intestinales dans le cours de la grippe. — M. Gabriel ARTHAUD montre que cette complication de la grippe est loin d'être rare. Il a pu, en la cherchant, la constater récemment dans 30 p. 100 des cas de grippe chez la femme, dans 10 p. 100 des cas chez l'homme. Il s'agit donc bien là d'une manifestation intimement liée à la grippe, qui, chose curieuse, a une prédominance marquée pour le sexe féminin. Il était intéressant de signaler ce fait, qui, mis en parallèle avec la fréquence des aphtes buccaux, confirme cette donnée que la grippe est avant tout une affection gastro-intestinale.

Mécanisme des variations de la taille et de quelques cyphoses. — M. R. ROBINSON présente une note et plusieurs pièces osseuses pour démontrer que l'allongement et le raccourcissement de la taille dans la même journée et la cyphose du mal de Pott comme celle des vieillards sont dus à l'insertion du ligament vertébral commun antérieur qui s'attache exclusivement aux bords supérieur et inférieur de la vertèbre et non pas sur le disque et le corps même ainsi que soutenait Poirier. L'action de la pesanteur, la marche ou la station debout prolongée produisent le raccourcissement de la taille de 5 centimètres environ, par une cyphose périodique dont voici le mécanisme. Les disques ou ménisques et les corps vertébraux étant immobilisés en arrière par le ligament vertébral commun postérieur qui s'attache intimement et presque uniformément, les disques, seules parties qui se prêtent à un changement de forme, forment hernie en avant par la chasse de la substance centrale gélatineuse. On voit alors que les vertèbres se sont rapprochées en avant tandis qu'elles semblent s'écarter en arrière. M. Robinson a mesuré sur le cadavre frais les variations ainsi produites et constaté qu'elles oscillaient en effet entre 3 et 5 centimètres. L'abbé de Fontenu avait donc raison lorsqu'il y a deux cents ans il formulait : La taille diminue pendant la veille, grandit dans le sommeil.

M. R. Robinson présente, en outre, une pièce du rachis de l'homme où l'on voit nettement un ligament ossifié, qui n'est autre que le ligament apical ou épi-épineux non signalé par les auteurs français. C'est un ligament indépendant des ligaments sus-épineux et inter-épineux et semble servir à relier les deux épines sus et sous-jacentes en créant une sorte d'articulation indépendante.

L'action purgative de la phénolphtaléine et de la disodoquinone phénolphtaléinique. — M. C. FLEIG.

Présentations. — L'Académie présente au choix du ministre : 1° pour la chaire de chimie minérale vacante au Collège de France, par suite de la démission de M. Le Chatelier : en première ligne M. C. Matignon, en seconde ligne M. Job; 2° pour la chaire de biologie récemment créée au Collège de France : en première ligne M. Gley, en seconde ligne M. Moussu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1908)

Exostoses multiples ayant suppuré, panaris de Morvan, et double tumeur testiculaire chez un hystérique tuberculeux. — M. Pierre KAHN (présenté par M. Hirtz). Le malade présente une quarantaine d'exostoses ayant suppuré, une disparition du péroné gauche sur une longueur de 4 cen-

timètres et l'amputation spontanée des phalangettes des deuxième et troisième doigts gauches.

Sa mère et deux de ses frères sont tuberculeux. A l'auscultation on trouve une infiltration tuberculeuse du poumon gauche.

En 1893 il a eu une attaque d'hémiplégie gauche, qui a vite disparu sans laisser de trace.

Il a une hémianesthésie complète, au tact, à la douleur et à la chaleur à gauche; rétrécissement du champ visuel, diminution du goût et de l'ouïe du même côté.

En outre, son testicule gauche a été amputé il y a un an. Son testicule droit est infiltré, du volume d'un œuf de dinde, douloureux, dur avec un point un peu ramolli, avec un peu d'hydrocèle, mais n'ayant le caractère clinique ni de la syphilis, ni de la tuberculose.

Le diagnostic est difficile, la réaction de Wasserman du liquide céphalo-rachidien est négative pour la syphilis, il ne ne peut s'agir de syringomyélie, puisqu'il n'y a pas de disesthésie, la lèpre doit être écartée, et l'on ne peut penser qu'à de la tuberculose, peut-être modifiée par une lésion de la substance grise médullaire.

Abcès chauds à bacilles de Koch. — MM. Marfan et Oppert. Dans le pus retiré d'un abcès ganglionnaire cervical à marche rapide chez un enfant de quinze mois on a trouvé des quantités tout à fait anormales de bacilles tuberculeux. La coloration au Ziehl ou le contrôle par la méthode de l'alcoolo-résistance, l'inoculation successive à deux cobayes ont permis d'affirmer qu'il s'agissait bien de bacilles de Koch et non de simples bacilles acido-résistants.

Après la mort les bacilles de Koch étaient aussi faciles à déceler que dans le pus retiré par ponction chirurgicale.

Ce cas est remarquable :

1° Par la rapidité et l'abondance de la suppuration des adénites tuberculeuses du cou. Il s'est agi d'abcès chaud tuberculeux.

2° Par le nombre très grand des bacilles de Koch que renfermait le pus de ces abcès et la facilité à les mettre en évidence.

Note sur un cas de grande dilatation de l'œsophage. — M. Mathieu. Le cas présenté par M. Mathieu est remarquable par le développement, au cours d'une grande dilatation de l'œsophage mesurant 625 centimètres cubes, révélée par la radioscopie, de vertiges, de neuro-rétinite, d'aortite, ces lésions étant très vraisemblablement dues à des infections développées au niveau du sac. Une gastrostomie a nettement amélioré le malade, sans cependant le guérir tout à fait. Ce fait vient à l'appui des observations publiées antérieurement en France par Lion et par Thiroloix et Bensaude.

M. Béclère fait remarquer que ces observations sont peut-être moins rares qu'on ne le croit. Il en a pour sa part observé une demi-douzaine. Dans ce nombre une observation est surtout intéressante. Il s'agit d'une femme qui pendant vingt ans présenta des troubles digestifs variés, vomissements surtout; qui consulta tous les médecins possibles et imaginables et chez laquelle on porta tous les diagnostics, depuis celui de neurasthénie simple jusqu'à celui de rétrécissement pylorique. On conseilla des interventions, on pratiqua l'examen du suc gastrique qui fit croire à une atrophie absolue des glandes de la muqueuse. On finit par découvrir qu'il s'agissait d'une dilatation protopathique simple de l'œsophage qui contenait jusqu'à un litre de liquide.

M. Lermoyez se demande aussi si ces cas ne sont pas assez fréquents, car, à l'heure actuelle, l'œsophage ne peut pas être considéré comme un simple conduit, mais comme une cavité qui doit comme les autres avoir sa pathologie spéciale.

M. Mathieu pense au contraire que ces faits sont rares et qu'il faut, en quelque sorte, les chercher pour les trouver. En Allemagne et en Amérique où l'on s'occupe de la question on en a réuni une dizaine d'observations. Ce qui est possible cependant, c'est de trouver un certain nombre de malades qui présentent, atténués, les signes de dilatation de l'œsophage, et qui guérissent parfois subitement, surtout quand il s'agit d'un spasme œsophagique simple.

Amaurose au cours d'une méningite saturnine. — MM. Mosny et Harvier présentent un malade qu'ils ont déjà présenté antérieurement, et qui est atteint d'amblyopie très prononcée survenue au cours d'une méningite saturnine. M. Rochon-Duvigneau qui a pratiqué l'examen des yeux a conclu à l'existence de troubles visuels organiques exagérés par l'état mental du malade.

M. Morax déclare que ce qui est important dans ce cas, c'est l'existence d'une hémianopsie qui indique que la lésion doit être localisée en arrière du chiasma. M. Morax ajoute que la relation entre les troubles visuels et le saturnisme est une question discutable et qui n'est pas encore jugée. Jusqu'à présent, il n'a pas trouvé de signes permettant de rattacher de façon certaine les lésions de la vue au saturnisme sans l'intermédiaire de lésions vasculaires ou de lésions rénales.

Nævus pigmentaire traité par des applications de radium. — M. Masotti, présenté par M. Brocq, montre un nævus pigmentaire traité par des applications de radium.

Le contraste entre les parties traitées et le reste du nævus est véritablement frappant. La partie traitée montre en effet une cicatrice souple et lisse, avec chute définitive des poils et décoloration très marquée.

Les résultats obtenus sont d'autant plus remarquables que les nævi pigmentaires ont toujours été rebelles à toute espèce de traitement, à la différence des nævi vasculaires, sur lesquels on ne discute plus guère l'action favorable du radium.

La méthode suivie a été celle des applications peu profondes mais répétées. M. Masotti a, du reste, donné tous les renseignements désirables sur la technique employée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 22 février 1908)

Résorption comparée des ferments peptique et pancréatique dans le tube digestif. — MM. Lœper et Ch. Esmonet font ingérer à des animaux, ou injectent directement dans l'intestin, avec ou sans ligature, des doses variées de pepsine et de pancréatine et mesurent leur degré de résorption par l'apparition dans le sang et dans l'urine de ces différents ferments. Ils constatent que la pepsine et la trypsine se résorbent dans leur presque totalité au niveau de l'intestin grêle, que la lipase pancréatique traverse également assez facilement cette muqueuse, mais que la résorption du ferment amylolytique est dévolue à toute l'étendue du tractus intestinal.

Transmission héréditaire de l'immunité contre la rage. — M. Remlinger. Des parents vaccinés contre la rage sont-ils capables de transmettre à leurs descendants un certain degré d'immunité? Les recherches ont porté surtout sur le lapin. Un père même très solidement immunisé ne transmet aucune immunité. Il n'en est pas de même de la mère. Celle-ci transmet un état réfractaire surtout appréciable lorsque la vaccination a été poursuivie de façon intensive pendant la gestation. L'immunité se transmet donc par la voie du placenta plutôt que par celle de l'ovule. Même si on se place dans les conditions optimum, la transmission de l'immunité n'est pas constante et il est facile de triompher de l'état réfractaire. L'immunité ne s'étend qu'à la portée qui suit immédiatement la vaccination.

Mécanisme de l'incubation dans la syphilis. — MM. C. Levaditi et T. Yamanouchi. Des recherches antérieures concernant l'évolution de la kératite syphilitique du lapin ont montré que l'incubation correspond à une multiplication lente et progressive du tréponème au point d'inoculation et que le parasite de la syphilis réussit à se multiplier abondamment dans la cornée et y provoquer des lésions microscopiques, longtemps après l'apparition des signes visibles de kératite. Des nouvelles expériences faites sur le chimpanzé ont confirmé ces données. Un chimpanzé inoculé à l'arcade sourcilière avec des fragments de cornée syphilitique succomba trente-huit jours après l'opération, sans montrer la moindre trace de syphilome primaire. Et cependant, l'étude histologique de la région où fut introduit le virus, révéla des lésions microscopiques spécifiques intéressant les vaisseaux et une multiplication intense des tréponèmes, dont la disposition en foyers est des plus nettes. Ces recherches prouvent qu'à un

moment où macroscopiquement le point d'inoculation paraît indemne, il existe déjà un syphilome microscopique riche en parasites.

La séro-réaction de la syphilis. — MM. C. Levaditi et T. Yamanouchi ont déjà démontré que l'extrait de foie dont on se sert pour faire le diagnostic de la syphilis et de la paralysie générale, doit ses propriétés particulières à la présence de lipoïdes solubles dans l'alcool et de sels biliaires. Les autres tissus et humeurs contiennent-ils des lipoïdes jouissant des mêmes qualités que ceux du foie ? En expérimentant avec des extraits alcooliques, ils ont constaté que le cerveau, les hématies des globules blancs et le sérum sanguin se comportent au point de vue de la séro-réaction de Wassermann comme le tissu hépatique, c'est-à-dire que leurs extraits alcooliques ou aqueux donnent une réaction positive avec le sérum des syphilitiques et le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, et sont inactifs en présence de sérums et de liquides témoins. Ces lipoïdes sont très probablement des complexes dans lesquels la lécithine entre pour une large part.

Lésions des reins après ligature de courte durée d'une artère ou d'une veine rénale. — Après ligature de courte durée de l'artère ou de la veine rénale, MM. H. Bierry et E. Feuillié ont trouvé des altérations rénales non seulement du côté de la ligature mais aussi du côté laissé libre.

Ces lésions consistent en nécrose de coagulation, vacuolisation du protoplasma des tubuli. C'est une veritable autolyse aseptique *in vivo*.

On remarque aussi dans les pyknoses des noyaux.

Les lipoïdes des globules rouges du sang. L'antihémolysine. — M. H. Iscovesco. Un des lipoïdes (EIA) extrait des globules rouges du cheval, protège *in vitro*, lorsqu'il est employé à des doses déterminées, les globules rouges de cheval contre les sérums hémolytiques. Mais il présente cette particularité curieuse de protéger encore mieux les globules du sang humain contre le même sérum hémolytique. Ce lipoïde protège en outre le globule humain contre un sérum hémolytique de lapin et aussi bien les globules de lapin contre le sérum humain. La protection peut aller, si la dose est suffisante, jusqu'à rendre absolument inoffensif un sérum hémolytique très puissant. Sur le sang humain, ce liquide a une double action, il supprime le pouvoir hémolytique de son sérum et protège en même temps son globule rouge.

Influence de la voie d'administration sur la dose minima mortelle de strophantine. — M. Maurel. Chez la *grenouille* la dose minima mortelle de strophantine par kilogramme serait de 0g02 par la voie buccale, et de 0g001 par la voie musculaire, soit, pour cette dernière, 20 fois moindre.

Chez le *pigeon*, par la voie gastrique, il faudrait arriver à la dose, 0g02, tandis que celle de 0g0003 serait toujours mortelle par la voie musculaire, soit 60 fois moindre.

Chez le *lapin* par la voie gastrique, il faut arriver à 0g04 pour tuer un kilogramme de cet animal. Au contraire, par la voie hypodermique, il suffit de 0g0005, et par la voie veineuse de 0g0003 seulement. La voie gastrique chez le lapin serait donc 80 fois moins active que l'hypodermique et celle-ci seulement 2 à 3 fois moins active que la veineuse.

A propos de la fonction des corps jaunes chez le cobaye. — Pour M. Mulon, chez le cobaye, l'évolution de la grossesse ne peut se faire sans la présence de l'ovaire, c'est-à-dire du corps jaune, seule partie de l'ovaire qui, chez cet animal, puisse prétendre au rôle de glande à sécrétion interne.

Election. — M. Prenant est nommé membre titulaire.

Autres communications (séance du 15 février 1908) :

Considérations anatomo-pathologiques sur l'athrepsie. — M. Lucien.

Cirrhose hypertrophique tuberculeuse avec formations adénomateuses kystiques chez le chat. — M. Harter.

Blastomycose généralisée. — M. Harter.

Sur les solutions de mercure colloïdal. — MM. Charpentier et Guilloz.

Deux types d'anévrismes expérimentaux de l'aorte. — MM. Etienne, Parisot et Lucien.

Apparition de symptômes urémiques, sous l'influence du chlorure de sodium, chez les animaux atteints de néphrites. — M. Parisot.

Sensibilisation à l'ophtalmo-réaction persistant longtemps après éradication des foyers tuberculeux. — M. Etienne.

Autres communications (séance du 22 février) :

Influence de la polypnée sur la glycosurie adrénalique. — MM. Gautrelet et Thuau.

Contribution à l'étude de l'action pharmacodynamique des composés organiques. — M. Brissemoret.

Coloration du sporotrichum Beurmanni dans les tissus. — MM. de Beurmann et Gougerot.

Contribution à l'étude de la mesure quantitative des rayons X. — M. Courtade.

Propriétés des colloïdes utilisés en thérapeutique. — M. Riquoir.

La botriomycose. Histogénèse. Nature parasitaire. — M. Letulle.

Lésions rénales déterminées chez la grenouille par l'ablation du foie. Rappel aux textes. — MM. Doyon, Cl. Gautier et Policart.

Technique de la destruction électrolytique de l'hypophyse chez le chien. — MM. Verger et Soulé.

Micro-cinématographe de mouvements browniens. — M. Fr. Franck.

Réaction très simple permettant de distinguer le lait cru du lait cuit. — M. L. Gaucher.

A propos de la transmission nerveuse de la rage. — MM. di Vestea et Zagari.

Note sur le diagnostic histologique de la rage.— M. Babès.

Développement de pustules vaccinales au niveau des points d'inoculation anciens à l'occasion d'une nouvelle vaccination. — M. Jacobson.

Sur la toxicité d'un type d'aspergillus fumigatus isolé du maïs avarié. — MM. Sion et Alexandrosac.

Sur la recherche des pigments biliaires. — M. Auché.

Sur un spectre caractéristique des pigments biliaires. — M. Auché.

Epithélioma mélanique de la paupière consécutif à une morsure chez un chat. — MM. Sabrazès, Muratet et Antoine.

Infiltration massive de mastzellen agglomérés en nodules dans la rate d'un chat porteur d'un épithélioma mélanique de la paupière. — MM. Sabrazès, Muratet et Antoine.

Nouveaux réactifs de l'indol. — M. Denigès.

Sur la recherche de l'indol par les réactions de Legal et d'Ehrlich. — M. Denigès.

Présence de produits actifs sur l'indol dans la benzine commerciale et son homologue. — M. Denigès.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du Carnaval.* — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 27 février 1908 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 mars, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue la conserveront.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Questions restées dans l'urne : « Signes, diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon; — Signes et diagnostic du rhumatisme blennorragique; — Lésions intestinales de la fièvre typhoïde; — Anatomie pathologique et pathogénie de l'athérome artériel. »

Le jury s'est divisé en deux sections :

Anatomie pathologique. — MM. Bezançon, Debove, Déjerine, Lacombe et Triboulet.

Symptomatologie. — MM. Achard, Dieulafoy, Jeanselme, Méry et Richardière.

Ordre de lecture. — 1. MM. Agasse-Lafont, Villaret, Lippmann, Courcoux, Paisseau, Beauvy, Schæfer, Bensaude, Babonneix, Lortat-Jacob,

11. Detot, Le Play, Laubry, Guillemot, Lévy (Fernand), Géraudel, Grenet, Génévrier, Verliac, Legroux,

21. Touchard, Simon, Vitry, Roussy, Ferrand (J.), Boidin, Sainton, Léri, Leven, Merklen,

31. Camus, Nattan-Larrier, Lemierre, Salomon, Froin, Faure-Beaulieu, Chiray, Flourens, Comte, Terrien,

41. Bergeron, Voisin, Dreyfus-Rose, Ribadeau-Dumas, Louste, Darré, Audistère, Deguy, Ribierre, Decloux,

51. Halbron, Trémolières, Rathery, Lejonne, Gaultier, Le Sourd (Louis), Pagniez, Aubertin, Jomier, Weill (P.-E.),

61. Balthazard, Weil (Benjamin), Rostaine, Crouzon, Léopold-Lévi, Thaon, Ramond, Herscher, Hauser, Delamare,

71. Armand-Delille, Paris, Lœderich, Lemaire.

Les lectures d'anatomie pathologique se feront de 1 à 74; les copies de symptomatologie se liront du n° 38 à 74, et du n° 1 à 37.

Le jury d'anatomie pathologique siégera à Beaujon les mardis, jeudis, samedis à cinq heures du soir.

Le jury de symptomatologie, à l'hôpital de la Charité, les mardis, jeudis, samedis, à cinq heures du soir.

LECTURE DES COPIES. — *Symptomatologie.* — Séance du 25 février : MM. Comte, Terrien et Ribierre, 10; Voisin, 9; Louste, 8; Audistère et Dreyfus-Rose, 7.

M. Ribadeau-Dumas, excusé, lira après le n° 37.

Prochaine séance jeudi 27, à cinq heures, dans la salle des concours de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères.

Anatomie pathologique. — Séance du 25 février : MM. Bensaude et Lortat-Jacob, 10; Babonneix, 9; Detot, Lippmann et Paisseau, 8; Courcoux et Villaret, 7.

Prochaine séance 27 février, à cinq heures, à Beaujon.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — ANATOMIE. — Séance du 24 février : MM. Molina, 5; Chibret, 8; Crétaux et Jean, 9; Wilhelm, 12; Verdun, 11; Vernes, 10; Nadal, 7; Baufle et Dreyfus, 8.

PATHOLOGIE. — Séance du 24 février : MM. Huyghues de Beaufont, 7; François (Paul), 10; Renault (Charles), 5; Potelet, 7; Lenormand, 5; Brocq, 8; Salin, 7; Luzoir, 10; May, 4; Lamouroux, 8; Le Grand, 10.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Dans la dernière séance du conseil de l'Université, M. Liard a présenté au conseil une « Coupe d'amour » (Loving Cup) que l'Université de Londres offre à l'Université de Paris en souvenir de l'hospitalité qu'elle a reçue d'elle l'été dernier. C'est une très belle pièce d'orfèvrerie, en vermeil repoussé et ciselé, d'une hauteur de 80 centimètres. Les artistes qui l'ont conçue et exécutée, Omar Ramsden et Alwyn Carr, ont voulu faire œuvre moderne, tout en s'inspirant du gothique anglais. Le couvercle est surmonté d'une figure allégorique, tenant d'une main le flambeau de la science, portant de l'autre une palme de victoire; il est entouré d'une couronne de roses anglaises. La coupe proprement dite porte gravés, en six compartiments, les armes de l'Université de Londres et celles de l'Université de Paris, deux écussons emblématiques de la République française et de la Grande-Bretagne, et trois figures symbolisant les sciences, les lettres et les arts.

Après l'expédition des affaires courantes, le conseil a autorisé à la Faculté de médecine les cours libres de MM. Dubron, Farez et Foveau de Cormelles.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Prix décernés pour 1907 :

Prix d'anatomie et d'histologie. — Prix : M. Mutel. — Mentions honorables *ex æquo* : MM. Houchard et Jacquot.

Prix de médecine. — Prix : M. Fritsch. — Mention honorable : M. Gaillardot.

Prix Bénit. — Prix : M. Richard. — Mention honorable : M. Sabotier.

Prix A. Heydenreich-V. Parisot — Prix *ex æquo* : MM. Richard et Sabotier.

Prix de thèse. — Prix : M. Parisot. — Mention très honorable : M. Collin. — Mentions honorables : MM. Aimé, Amselle, Driout, Joyeux, Lucien, Poirel, Raulin.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Gley, agrégé des Facultés de médecine, assistant de la chaire de physiologie générale du Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Académie de médecine, est nommé professeur de biologie générale au Collège de France.

M. Matignon, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie minérale à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, est nommé professeur de chimie minérale au Collège de France, en remplacement de M. Le Chatellier, dont la démission est acceptée.

SERVICE MÉDICAL DE COLONISATION DE L'ALGÉRIE. — Il est rappelé qu'un concours sera ouvert simultanément à Alger et à Paris, en mars prochain, pour le recrutement de dix médecins de colonisation en Algérie.

Les médecins de colonisation sont répartis en cinq classes, qui correspondent à des traitements variant entre 3000 et 5 000 francs.

Les avantages accordés aux médecins de colonisation, en dehors de leur clientèle payante et de leur traitement, se composent d'une indemnité de logement de 500 francs au minimum ou du logement en nature à la charge des communes de la circonscription, et, éventuellement, d'indemnités diverses, notamment d'indemnités relatives à la surveillance des enfants du premier âge établies par la loi du 23 septembre 1874; d'honoraires payés par les départements pour les enfants assistés malades; des rétributions du département pour les vaccinations réussies; de l'indemnité accordée pour la connaissance de la langue arabe.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'Intérieur du Gouvernement général (deuxième bureau).

Les demandes d'admission au concours devront parvenir au Gouvernement général avant le 1er mars.

MAISON D'ARRÊT ET DE CORRECTION DE SAINT-LAZARE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION A SIX EMPLOIS D'AIDE-INTERNE TITULAIRE ET SIX EMPLOIS D'AIDE-INTERNE PROVISOIRE COLLABORANT AU SERVICE MÉDICAL DE LA MAISON D'ARRÊT ET DE CORRECTION DE SAINT-LAZARE. — Le titre d'aide-interne titulaire sera remplacé, après six mois d'exercice, sur la proposition du chef de service, par celui d'interne titulaire; cette admission donnera lieu à la délivrance d'une carte d'identité au nom de l'intéressé.

Les candidats qui désireront prendre part au concours qui aura lieu le 6 avril 1908, se feront inscrire à la préfecture de police (service du personnel). Le registre d'inscription, ouvert dès à présent, sera clos définitivement le 14 mars, à quatre heures. Les candidats qui seront admis à concourir recevront en temps utile avis de la décision les concernant. Tout candidat devra : 1° justifier de la qualité de Français; 2° être âgé de moins de vingt-huit ans; 3° être pourvu d'au moins douze inscriptions en médecine, prises dans une faculté de l'Etat et justifiées par un certificat de scolarité de date récente; 4° n'être pas reçu docteur en médecine. Il devra joindre à sa demande, rédigée sur papier timbré, un extrait authentique sur timbre de son acte de naissance, les pièces établissant sa situation au point de vue militaire, l'indication de ses titres scientifiques ou hospitaliers et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

HOPITAL SADIKI (TUNIS). — Une place d'assistant interne est vacante à l'hôpital Sadiki. Cet hôpital qui comprend un gros mouvement de malades indigènes est le siège d'un service chirurgical très actif. Il contient des laboratoires, une bibliothèque, un amphithéâtre donnant toutes facilités d'études.

Avantages matériels. — Traitement annuel : 2400 francs logement, salle de garde, éclairage, chauffage. Voyage payé aller et retour en deuxième classe de Paris à Tunis.

Conditions. — Etre citoyen français, docteur en médecine, moins de trente-deux ans, engagement de séjour d'un an.

Adresser les demandes avec toutes pièces utiles à M. le docteur Brunswic-Le Bihan, médecin-chef de l'hôpital Sadiki (Tunis).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Les élèves de l'école du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du le 1er février 1908 et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après. Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'Ecole d'application du service de santé militaire :

MM. Audet, Augé, Badie, Barbier, Basque, Baverey, Benazet, Bergeret, Biau, Blanc, Bouchet, Bourguignon, Buffé, Chatinières, Claret, Colleye, Combe, Curet, Debombourg, Delacroix, Durban, Garnier, Gaud, Gillain, Gillouin, Graindorge, Guerrier, Izard, Junquet, Labastie, Lambert des Cilleuls, Laurens, Lheureux, Louis, Lubet, Mallet, Maupin, Meslin, Millet, Momy, Moner, Monloup, Morel, Nenon, Pierron, Plasson, Potier, Rault, Rigaux, Riss, Sarda, Scherrer, Servent, Sorlat, Thurel, Trabaud, Vanlande, de Vezeaux de Lavergne et Villemin.

LES CONFÉRENCIERS DE L'ENTENTE CORDIALE MÉDICALE. — Voici la liste des conférenciers de l'« Entente cordiale médicale anglo-française » qui se sont fait inscrire à ce jour :

Côté anglais. — MM. Ballance, Barker (University College), Barlow (sir Thomas), Beevor, Bidwell, Bradford (Rose), Cantlie, Dukworth (sir Dyce), Edwards (Swinfurd), Ferrier (David), Fowler (Kingston), Grant (Dundas), Herringham, Sées, Luff, Mackenzie (Hector), Mott, Poynton, Ramsay (sir William), Nisien-Russell, Robson (Mayo), Sharkey, Tirard, Waring, Wright (sir Almroth), Williams (Théodore).

Côté français. — MM. Blanchard (Raphaël), Bergé (A.), Bernard (Léon), Brissaud, Chassevant, Claude (H.), Castex, Faure (J.-L.), Gilbert, Gosset, Hartmann, Huchard, Landouzy, Lucas-Championnière, Mathieu, Marcel Labbé, Marie (Pierre), Martin (Louis), Pinard, Raymond, Reclus, Ricard, Rist, Robin, Sabouraud, Thiroloix, Tuffier, Vaquez, Widal.

Ajoutons que le nombre des adhérents de l'« Entente cordiale médicale », tant Anglais que Français, est d'environ 600.

Les comités des deux sections sont, actuellement, ainsi composés :

Section anglaise. — Président d'honneur : Sir Richard Douglas Powel.

Président effectif : Sir Dyce Duchworth.

Secrétaire : M. Bidwel.

Section française. — Présidents d'honneur : MM. Landouzy et Lucas-Championnière.

Président effectif : M. le professeur Raymond.

Secrétaire : M. K. Sillonville.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mignot (de Chantelle), associé national de l'Académie de médecine; Van den Corput, ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique; Von Esmarch (de Kiel), le chirurgien bien connu inventeur de la bande élastique qui porte son nom. Le professeur von Esmarch avait épousé une tante de l'impératrice d'Allemagne, la princesse Henriette de Schleswig-Holstein-Sonderburg-Augustenburg.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — Professeur : F. de Lapersonne. M. F. Terrien, ophtalmologiste des Enfants-Malades, ancien chef de clinique de la Faculté, commencera le mardi 10 mars 1908, à deux heures (Hôtel-Dieu, amphithéâtre Dupuytren), une série de douze conférences essentiellement pratiques sur les maladies des yeux et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ces conférences sont obligatoires pour les stagiaires inscrits à la clinique pendant le semestre d'été. Les étudiants pourvus de douze inscriptions peuvent se faire inscrire à la Faculté. L'inscription est gratuite.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hernies, par MM. JABOULAY, professeur, et PATEL, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Gr. in-8° de 427 p., avec 128 fig. — Prix : br., 8 francs; cart., 9 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Séméiologie de l'appareil respiratoire, par H. BARTH, médecin de l'hôpital Necker. Gr. in-8° de 200 p., avec 94 fig. — Prix : br., 4 francs; cart., 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CLINIQUE CHIRURGICALE

PARALYSIE FACIALE D'ORIGINE OTIQUE

Traitement palliatif de la lagophtalmie par la section du sympathique.

Par M. JABOULAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Le malade que je vais vous présenter vous paraîtra, sans doute, un cas assez banal à première vue. Je crois utile de revoir néanmoins devant vous, à ce propos, quelques symptômes de la paralysie faciale, et j'insisterai particulièrement ici sur un point un peu spécial de l'étiologie et sur un traitement palliatif nouveau de la lagophtalmie auquel je crois que l'on peut avoir recours en pareil cas.

Notre petit malade est âgé de seize ans et ne nous présente, dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels, rien d'intéressant à vous signaler. A l'âge de douze ans, sans cause connue, il remarqua, pour la première fois, qu'il devenait sourd de l'oreille droite; il percevait, en outre, des bourdonnements et des bruits de cloche du même côté.

Mais jamais il ne souffrit, à proprement parler, ni ne présenta d'écoulement auriculaire. Deux ans plus tard, il s'aperçut un jour qu'il riait de travers, puis, progressivement, que son œil droit ne se fermait plus complètement. Ainsi s'installa peu à peu la paralysie faciale qui nous l'amène après plus de deux ans passés sans traitement spécial.

Vous reconnaîtrez à première vue tous les signes de la paralysie totale de la septième paire. Du côté du *facial supérieur*, la lagophtalmie est le symptôme le plus disgracieux et le plus gênant à la fois. Notre malade ne peut plus fermer l'œil droit dont la paupière supérieure presque immobile ne s'abaisse pas sensiblement au-dessous du niveau qu'elle occupe normalement dans la direction du regard à l'horizon.

A côté de l'orbiculaire, le sourcilier et le muscle frontal, également paralysés, ne déterminent plus le froncement du sourcil non plus que le plissement du front du côté malade.

Passons au *facial inférieur*. Le symptôme le plus visible est ici la chute de la commissure labiale, par suite de la paralysie de tous les muscles élévateurs de la lèvre supérieure. Le malade ne peut plus tirer les traits du côté droit, il fume sa pipe quand il souffle par suite de la flaccidité de la joue, mais cependant il peut encore siffler un peu. Bref, tous les muscles peauciers de la face (inclus l'occipito-frontal et le peaucier du cou) sont paralysés du côté droit.

Sur tout ce territoire, la sensibilité persiste absolument normale : pas de douleurs subjectives ni à la pression, pas de troubles vaso-moteurs ni trophiques du côté des muqueuses nasales et buccales non plus que de la conjonctive. L'aspect de la peau est normal et la sudation, à première vue du moins, ne paraît pas modifiée.

Aussi bien, le diagnostic de paralysie faciale s'imposant ici, étudions-en surtout le diagnostic topographique et causal.

A quel niveau donc, le facial a-t-il pu être lésé?

1° Serait-ce tout d'abord une paralysie centrale? Eh bien il ne saurait s'agir d'une affection de l'écorce, il serait étrange qu'une lésion en ce point donnât naissance à une paralysie aussi systématisée et vous savez d'ailleurs que presque constamment le facial supérieur est respecté en pareil cas. Or, ici tout le facial et le facial seul est intéressé. Il ne s'agit pas même d'une lésion pédonculo-protubérantielle (méningite tuberculeuse, syphilis ou tumeur) qui n'aurait pas manqué de comprimer les autres nerfs du voisinage. Pour ce qui est de la syphilis, sa localisation la plus fréquente est sur le moteur oculaire commun : d'où ptosis, c'est-à-dire attitude inverse de celle que nous observons ici. Et quant aux tumeurs basilaires, elles sont toujours atrocement douloureuses.

2° Passons maintenant à la périphérie : ce n'est pas non plus après sa sortie de l'aqueduc de Fallope que le facial a pu être lésé. Nulle masse ganglionnaire, nulle tumeur parotidienne, nulle trace d'une incision malencontreuse sur le trajet de ses branches périphériques.

Tout nous invite donc à localiser dans le cours de son *trajet à travers le rocher*, la cause de cette paralysie du facial. Pouvons-nous préciser davantage? Il semble que ce soit au-dessous des deux nerfs pétreux et de la corde du tympan, car le voile du palais n'est pas dévié et la gustation n'est pas modifiée sur la moitié correspondante de la langue. Et quant au muscle de l'étrier, la surdité ne nous permet pas de vérifier l'état de son innervation.

Le diagnostic topographique ne va pas sans pénétrer un peu la cause même de la lésion. En ce point, en effet, après élimination de la fracture du rocher (puisqu'il n'y a pas eu traumatisme) on ne peut s'arrêter qu'à l'idée d'une otite. Et de fait, la surdité de l'oreille droite a précédé de deux ans l'apparition de la paralysie faciale. Mais, ce qu'il y a d'étrange, c'est que jamais cet enfant n'a souffert de l'oreille ni présenté d'écoulement purulent. Il ne s'agit donc pas d'une otite purulente aiguë, grippale ou autre, passée à la chronicité. La tuberculose est parfois en cause, vous le savez, dans ces vieilles otites rebelles, c'est bien elle que nous diagnostiquons ici, quoique les poumons et les autres viscères soient indemnes de bacilles, mais sous une forme anatomique un peu spéciale, une sorte de carie sèche, ne s'accompagnant pas de l'écoulement habituel.

Cette lésion, à évolution lente, paraît aujourd'hui à peu près éteinte. Nous n'avons pas à redouter son réveil ou son extension sous forme de séquestre du rocher, de mastoïdite ou de complications cérébrales. Tout l'intérêt se borne donc à la complication survenue du côté du facial.

Celle-ci malgré l'absence de tout traitement doit être considérée, à cause de son ancienneté, comme vraisemblablement définitive. Sans doute, en chirurgie nerveuse, plus qu'ailleurs, faut-il être réservé

dans ses pronostics et la régénérescence d'un nerf sectionné peut être observée même à longue échéance. Mais en pratique nous devons considérer une paralysie aussi ancienne et aussi complète comme définitive et tenter dès maintenant d'y remédier. Ce n'est pas que nous ayons à redouter des complications spéciales, de par cette lagophtalmie. Les ulcérations cornéennes dont on a tant discuté la pathogénie en cas de lésion du trijumeau ne s'observent pas ici. La cornée dont les nerfs trophiques ne sont pas atteints par une lésion de la septième paire résiste très bien, vous le voyez, à son exposition prolongée à l'air, depuis trois ans.

Mais, nous ne pouvons, s'il est un moyen d'y remédier, laisser persister une infirmité aussi disgracieuse et dont le malade vient se plaindre à nous. Que pouvons-nous donc pour lui ? Et d'abord l'heure du traitement médical est passée depuis longtemps. Au bout d'un si long délai, l'électrisation, par les courants continus ou galvaniques, serait impuissante et nous ne la tenterons même pas.

Nous ne pouvons songer qu'à une thérapeutique palliative car il est impossible d'entreprendre une opération locale consistant à libérer ou suturer le nerf au point du rocher où nous le supposons atteint. Une intervention locale ne serait indiquée que si la cause persistait encore sous forme de mastoïdite suppurée et ne consisterait que dans la trépanation simple qui pourrait avoir par contre-coup une action secondaire sur une paralysie récente. Les interventions palliatives pratiquées dans le cas qui nous occupe ne sont pas très nombreuses. On a anastomosé le bout périphérique du facial dans la branche externe du spinal (ou plus rarement dans l'hypoglosse). Mais c'est au prix d'une nouvelle infirmité substituant un tic à une déformation. En effet, si l'attitude des traits est plus correcte au repos, il s'établit en revanche une déplorable synergie musculaire entre l'ancien et le nouveau territoire du spinal. A chaque élévation de l'épaule par le trapèze correspond un tic grimaçant de la face.

Dans un tout autre ordre d'idées, j'ai songé à corriger du côté de l'œil la paralysie du facial par celle d'un autre nerf dont l'action est antagoniste à ce point de vue. Vous avez peut-être nommé le *grand sympathique*. Vous nous avez vu en effet couper ce nerf bien des fois pour des goitres exophtalmiques ou des névralgies faciales en particulier et vous connaissez le syndrome à peu près constant après cette section : *injection conjonctivale, myosis, rétrécissement de la fente palpébrale avec énophtalmie*. Ces deux derniers signes s'expliquent soit par la vaso-constriction rétro-oculaire, soit par la paralysie du muscle orbiculaire lisse de Müller qui est à la fois un protracteur de l'œil et un adjuvant du releveur.

Vous savez du reste l'innocuité de la sympathicotomie cerviale sur le manuel opératoire de laquelle je ne vous retiendrai pas. Je vous rappelle seulement les deux règles suivantes. Il faut d'abord ne pas blesser le spinal à son émergence derrière et dessous le sterno-cléido mastoïdien et pour ce faire ne pas descendre l'incision des plans sous-cutanés à plus de quatre travers de doigt au-dessous de la mastoïde, le relief de la jugulaire externe passe souvent en écharpe en ce point au-dessus du nerf spinal. Le ganglion sympathique repéré grâce à son siège, à sa forme en gigot, à sa couleur grisâtre, à ses branches multiples, il faut encore et surtout, avant de le sectionner, faire ce que j'appelle la revision du paquet vasculo-nerveux, il faut revoir et nommer la carotide interne, la jugulaire et dans leur angle le pneumogastrique, pour être sûr d'éviter toute méprise avec ce dernier nerf.

C'est cette intervention que l'on pourrait pratiquer en pareil cas, en la complétant au besoin par l'anastomose du sympathique sectionné au niveau du ganglion cervical supérieur avec le facial tout proche voisin. Il faudrait alors implanter le bout central c'est-à-dire inférieur du sympathique (puisqu'il naît de la moelle dorsale) dans le bout périphérique du facial. Si vous vous étonnez de cette anastomose d'un nerf blanc avec un nerf gris, je vous rappellerai les deux faits physiologiques suivants : du côté du ganglion cervical supérieur, les branches motrices nombreuses fournies aux muscles prévertébraux ; du côté du facial les nombreux filets sympathiques contenus dans la corde du tympan et les nerfs pétreux, le ganglion géniculé, etc., et qui ont fait donner jadis au nerf de la septième paire, le qualificatif de nerf petit sympathique. Il ne serait donc pas impossible que les filets moteurs du grand sympathique cervical puissent concourir à la régénération progressive des fibres dégénérées du facial.

LA LÉSION ANATOMIQUE
DE LA
CAMPTODACTYLIE

Par G. MILIAN,
Médecin des hôpitaux de Paris.

M. Landouzy (1) dans son travail initial sur la camptodactylie a résumé ainsi l'anatomie pathologique de cette affection : « une mince sclérose des surtouts fibreux juxtaarticulaires et périarticulaires des articulations intéressées... l'intégrité des têtes articulaires phalangiennes et phalanginiennes, l'intégrité des synoviales, certain épaississement appréciable mais léger des faisceaux fibreux sertissant les articulations digitales, une rétraction légère des tendons fléchisseurs des doigts camptodactyliques, toutes lésions n'intéressant en rien l'articulation phalango-métacarpienne. »

On ne peut pas indiquer d'une manière plus précise les lésions macroscopiques de la camptodactylie. Ce sont elles que M. Crépin (2) a reproduites dans la thèse que nous lui avons fait faire sur ce sujet. Nous sommes donc entièrement convaincu que les ten-

(1) Landouzy *Leçon de la clinique de la Charité*, 1885, résumé in *Journ. de méd. et de chir. prat.*, art. 13.063, p. 485, nov. 1885.
(2) Henri Crépin. *Etude sur la camptodactylie dans ses rapports avec la tuberculose*. Th. de Paris, 1908.

dons ne sont pas seuls intéressés dans cette affection. Cela est d'autant plus notre pensée que la rétraction du tendon d'Achille des ulcères de jambe scléro-tuberculeux décrite par nous comme comparable à la camptodactylie (1) est secondaire elle-même à l'inflammation chronique et scléreuse de la peau autour de l'ulcère, et des tissus adipeux, celluleux et fibreux sous-jacents à cet ulcère.

Il n'y a donc aucune discordance entre les vues de l'école lyonnaise (2) et le dernier travail que nous avons publié sur ce sujet (3). Le titre de camptodactylie, tuberculose scléreuse des tendons, prend la partie pour le tout, car il est difficile dans un titre de dire que peau, aponévroses, etc., sont intéressées, à moins qu'on ne veuille employer l'expression de *tuberculose scléreuse péritendineuse et tendineuse*, ce qui est encore long.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1908)

De l'influence du froid dans l'étiologie du tétanos. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Vincent, M. KELSCH revient sur cette question et, dans un travail très documenté, étudie l'action étiologique du froid sur certains états morbides. Il estime que dans l'étiologie des maladies infectieuses il faut tenir compte de terrain et des causes adjuvantes qui peuvent en déterminer l'éclosion.

Le traitement du goitre exophtalmique par le sulfate de quinine. — M. LANCEREAUX, en son nom et au nom de M. PAULESCO, fait une communication sur ce sujet. Depuis 1898 les auteurs emploient le sulfate de quinine dans le traitement de cette maladie.

Le désordre fondamental du goitre exophtalmique, celui autour duquel gravitent tous les autres, est la vaso-dilatation des vaisseaux du cou et de la tête. MM. Lancereaux et Paulesco ont pensé que le sulfate de quinine, agent vaso-constricteur par excellence, se trouvait par cela même tout indiqué pour combattre cette affection. Ils l'ont administré à plus de vingt malades atteints de cette affection et les résultats ont dépassé leurs espérances. Prescrit à la dose de 1 gramme à 1g50 par cachets de 50 centigrammes au moment du repas, ce médicament fut continué pendant des semaines et même pendant plusieurs mois, avec des intervalles de repos. Ces médecins sont parvenus à faire cesser ainsi les phénomènes de vaso-dilatation des vaisseaux de la tête et du cou, et avec eux l'énervement, les cauchemars, la tachycardie, l'exophtalmie, le goitre et à obtenir, en fin de compte, une guérison complète et définitive.

Traitement des sciatiques et des rhumatismes. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE communique les grandes lignes d'une étude du docteur Ménétrel sur un mode de traitement des sciatiques et des rhumatismes par les applications locales d'air surchaud.

Il ressort de ce travail que l'auteur utilise la haute chaleur dans les affections les plus diverses, et c'est le résultat de ses observations personnelles qu'il expose.

M. Lucas-Championnière fait en quelques mots l'historique de la thermothérapie employée depuis toujours d'une manière plus ou moins empirique, mais appliquée méthodiquement et scientifiquement depuis quelque temps, et il expose que le docteur Ménétrel utilise l'air surchaud porté par les brûleurs de becs à alcool à une température de 150-200 degrés dans un appareil spécial.

Les résultats ont été particulièrement brillants dans les sciatiques, dans le rhumatisme généralisé à l'état aigu, dans le rhumatisme blennorragique, dans les arthrites traumatiques aiguës.

Toujours l'élément douleur a disparu après quatre ou six séances, les œdèmes ont été résorbés non moins vite et dans quelques cas, vraiment étonnante fut la rapidité extraordinaire avec laquelle les malades ont repris leurs occupations.

Montaigne serait-il un hypocondriaque? — M. ARMENGAUD, membre correspondant à Bordeaux, a lu une notice très intéressante sur Montaigne. Il discute la question de savoir si Montaigne était, comme on l'a dit, un hypocondriaque. Il soutient, avec preuves à l'appui, que Montaigne fut, au contraire, le type de l'homme pondéré et un des cerveaux les mieux équilibrés qu'aient produits la France.

La lecture de M. Armengaud a été écoutée avec un vif intérêt.

L'artério-sclérose. — Très intéressante aussi la communication de M. TEISSIER (de Lyon) sur l'artério-sclérose. D'après les recherches et les expériences de M. Teissier, l'artério-sclérose n'est pas ce qu'on pense généralement, c'est-à-dire une maladie uniformément répandue dans le système vasculaire, c'est une maladie par intoxication qui peut d'abord n'envahir que le rein (présclérose), ou qui peut se porter, d'une façon plus intense, sur la partie supérieure, sur la partie moyenne, et sur la partie inférieure du corps. Quelques exemples feront mieux comprendre la pensée de M. Teissier. Depuis longtemps M. Teissier ne se contente pas de prendre la tension artérielle sur la radiale seule; il la prend également sur la temporale et la pédieuse.

Il résulte de ces recherches très intéressantes, que la tension varie selon le viscère ou l'organe primitivement infecté. Voici, par exemple, un médecin qui vient consulter M. Teissier pour des phénomènes d'artério-sclérose. La tension de la radiale est exagérée, mais la tension de la temporale et de la pédieuse est normale. Un an après, M. Teissier revoit ce malade qui présente depuis quelque temps des idées de luxe et de grandeur, qui commence, en un mot, une paralysie générale. Il mesure de nouveau la tension artérielle. Il constate que celle de la radiale s'est plutôt abaissée, que celle de la pédieuse est restée normale, mais que celle de la temporale est notablement augmentée.

M. Teissier cite plusieurs exemples analogues. Donc, la conclusion générale qui se dégage des recherches de M. Teissier est que l'artério-sclérose ne saurait plus être envisagée comme un phénomène général, mais qu'il y a des faits d'artério-sclérose partielle suivant le poison qui est entré en jeu, suivant qu'il s'agit d'une intoxication par le plomb, par l'alcool ou le tabac, suivant, en un mot, que le toxique attaquera l'aorte ou les coronaires, les artères cérébrales ou la vascularisation de l'aorte abdominale.

M. Teissier apporte plusieurs exemples à l'appui de cette hypothèse fort ingénieuse.

M. LANCEREAUX fait observer qu'il n'a jamais constaté d'hypertension artérielle chez les alcooliques, à moins qu'ils ne soient goutteux. Il avait déjà signalé cette particularité dans l'article REIN du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(1) MILIAN. L'ulcère de jambe scléro-tuberculeux, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 26 juillet 1907, p. 958.

(2) René HORAND. Camptodactylie ou inflexion permanente du petit doigt et parfois des doigts voisins d'origine tuberculeuse, *Lyon méd.*, 10 mars 1907; — A propos de la camptodactylie, *Gaz. des hôp.*, 18 fév. 1908, p. 231.

(3) MILIAN et CRÉPIN. La camptodactylie, tuberculose scléreuse des tendons, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 10 janv. 1908, p. 21.

M. Lancereaux ne comprend donc pas que M. Teissier ait cité l'alcool parmi les poisons capables de susciter l'hypertension artérielle.

M. Chantemesse, à l'appui de l'opinion soutenue par M. Teissier sur les artério-scléroses partielles, cite un fait très instructif : Un homme a le bras broyé dans un engrenage: à l'autopsie, on constate que les artères du membre broyé sont très scléreuses, tandis que celles du bras opposé ne présentent aucune sclérose.

L'appareil suspenseur du larynx. — M. Sébileau fait une communication sur ce sujet.

Le cricoïde et l'aryténoïde sont une portion différenciée de la membrane élastique du larynx. Tout autre se présente le cartilage thyroïde, véritable pièce de soutènement et de suspension du larynx, vestige de la prés ervation branchiale, laquelle, chez les animaux à respiration aquatique, est le support de l'appareil respiratoire.

C'est lui, en effet, qui, comme chez les animaux pérennibranches, d'une part accroche à la base du crâne et, d'autre part, entoure, enveloppe le larynx duquel naît l'épanouissement broncho-pulmonaire.

Les arcs branchiaux s'atrophient en effet, à mesure qu'apparaît et se perfectionne la respiration aérienne, ils ne deviennent plus que des organes rudimentaires, mais ils conservent la signification qu'ils avaient chez les pérennibranches à l'état d'organes rudimentaires.

Tel apparaît le corps de l'os hyoïde, vestige du deuxième arc branchial, tel encore le cartilage thyroïde, vestige du quatrième arc.

Ainsi l'appareil suspenseur du larynx est formé : 1° par l'os hyoïde et ses grandes cornes qui représentent le deuxième et le troisième arcs ; 2° par le cartilage thyroïde qui représente le quatrième arc.

Deuxième et troisième arc qu'il est, l'os hyoïde conserve en cette qualité : 1° ses attaches à la base du crâne ; 2° ses rapports avec le premier arc (arc mandibulaire); 3° ses rapports avec le quatrième.

Et c'est à l'ensemble des pièces qui assurent ces relations qu'on donne le nom d'appareil hyoïdien, lequel est, proprement, l'appareil supérieur de la tubulaire laryngo-trachéale.

M. Sébileau ne veut de tous ces rapports parler que de ceux qui mettent l'os hyoïde en relation avec le quatrième arc, c'est-à-dire avec le cartilage thyroïde, ainsi sera-t-il prouvé que ce cartilage thyroïde n'est point une pièce du larynx, ainsi qu'on a coutume de le dire, mais bien un morceau en apparence, mais seulement en apparence, détaché de l'appareil branchial.

Les rapports de l'hyoïde avec le thyroïde s'établissent : 1° par les grandes cornes; 2° par la copule.

Or, les cornes hyoïdiennes peuvent se fusionner complètement avec les cornes thyroïdiennes, entre le corps hyoïdien et le corps thyroïdien, image de la pièce synbranchiale des poissons, un os médian copulaire, sorte de sternum cervical qui se détache de l'os hyoïde, se porte en bas et latéralement, s'engage dans l'échancrure du bord supérieur du cartilage hyoïde et s'épuise sur le bord antérieur de celui-ci plus ou moins près de la trachée.

Ainsi se réalise chez l'homme l'ébauche d'une carapace cartilagineuse qui enveloppant la partie supérieure du tube respiratoire représente la formation branchiale à clairevoie qui, chez les animaux à respiration aquatique, sert de support aux houppes respiratoires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 19 février 1908)

Cancer de la vésicule biliaire, résection partielle du foie. — M. Picqué, à propos de la discussion précédente sur les résections partielles du foie dans les cas d'ablation du néoplasme des voies biliaires, rapporte le fait suivant : il s'agissait d'une tumeur de la vésicule biliaire qui nécessita la résection d'un lambeau du foie. Il obtint facilement une parfaite hémostase à l'aide de quelques points de suture en U traversant la surface de section du foie. L'examen histologique montre qu'il s'agissait, non d'un cancer, mais d'un simple épaississement inflammatoire.

M. Quénu n'a pas une grande expérience personnelle des cas de cholécystectomie avec hépatectomie partielle pour cancer de la vésicule biliaire. Dans les cas de ce genre qu'il a rencontrés, il a trouvé des lésions tellement étendues, qu'il s'est contenté de faire une laparotomie exploratrice. Mais la recherche des cas publiés lui a donné les résultats suivants. Dans une statistique publiée, en 1901, par Terrier et Auvray, M. Quénu relève 34 cas de cholécystectomie, dont 16 avec hépatectomie partielle pour cancer de la vésicule. La mortalité opératoire est de 33 p. 100. Chez tous les autres la survie n'a été que de quelques mois. Depuis le mémoire de Terrier et Auvray les résultats obtenus semblent avoir été plus favorables, 23 cas avec 4,5 p. 100 seulement de mortalité. Mais dans la plupart de ces cas la récidive a généralement été assez rapide. En résumé, sur 57 cholécystectomies pour cancer de la vésicule on compte 6 cas restés guéris, sans trace de récidive, après un temps variant de deux à cinq ans. En terminant, M. Quénu fait observer que les morts postopératoires sont toujours dues à d'autres causes que l'hémorragie. Quel que soit donc le procédé de suture employé, on peut dire qu'on peut toujours, dans ces cas, assurer l'hémostase.

Prothèse du crâne. — M. Morestin fait un rapport sur une observation adressée par M. Rouvillois (de l'armée).

Il s'agit d'un jeune officier qui s'était fait une blessure de la région temporale droite dans une chute de cheval. Bien qu'il n'y eut pas de symptômes de compression, M. Rouvillois crut devoir intervenir. Il constate une fracture avec un épanchement intra-cranien qu'il évacue. Guérison, mais avec persistance d'une hernie cranienne. Pour protéger le cerveau, M. Rouvillois libéra la cicatrice et appliqua une plaque d'or perforée qu'il recouvrit d'un lambeau de peau emprunté à la partie postérieure du crâne, guérison parfaite.

LIVRES NOUVEAUX

Expéditions lointaines ou d'outre-mer (1), par le général F. Canonge.

Le général F. Canonge, qui est des nôtres puisqu'il a été reçu docteur en médecine le 14 avril 1869, publie depuis son passage dans le cadre de réserve un ouvrage considérable intitulé *Histoire, Art militaire*, dont quatre volumes ont déjà paru.

Une publication d'un caractère aussi technique ne saurait être signalée ici si un tiers du dernier volume ne relevait au premier chef de la médecine; il est, en effet, consacré aux *Expéditions lointaines ou d'outre-mer*.

S'il est vrai que, comme l'a dit lord Derby en 1873, les expéditions coloniales proprement dites sont avant tout, du commencement à la fin, « des guerres d'ingénieurs et de médecins, » le général a mis, en retraçant l'histoire de la plus importante d'entre elles, de précieux renseignements à la disposition des médecins.

Qu'il s'agisse de la Chine (1860, 1900-1901), du Mexique (1861-1867), de l'Abyssinie (1868), des Achantis (1873-1874 et 1895-1896), du Tonkin (1881-1885), du Dahomey (1892-1894), de Madagascar (1895), enfin du Transvaal (1899-1900)

(1) *Histoire, Art militaire*, par le général F. Canonge. Gr. in-8°, t. IV. — Prix : 20 francs. — Paris, G. Fanchon.

il a procédé d'une façon uniforme, avec la préoccupation constante de faciliter les comparaisons et les conclusions : inductions médicales et militaires données au début; historique plus ou moins succinct; critiques ou observations et conclusions.

L'opposition des procédés anglais aux procédés français est des plus instructives, car le parallèle est poursuivi avec la plus grande impartialité, avec l'intention soutenue de dégager les enseignements pratiques. D'un côté, les expéditions d'Abyssinie, des Achantis; de l'autre, les expéditions de Chine, du Dahomey et de Madagascar.

Les pages intitulées *Renseignements spéciaux* sont relatives à la morbidité, au service de santé des corps expéditionnaires; elles contiennent donc, si on les rapproche des instructions données, des conclusions que soulignent encore les *Réflexions finales*.

La lecture de ce travail impartial et courageux de l'éminent historien qu'est le général Canonge ne peut donc qu'être très profitable aux médecins qui ont le devoir et l'honneur de conseiller le haut commandement et aux officiers qui l'exercent. L. LE SOURD.

Etude sur la coxalgie (1), par le docteur V. MÉNARD, chirurgien de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

La grande compétence de l'auteur, qui s'occupe depuis tant d'années de tuberculose osseuse dans son beau service de Berck, le désignait d'une façon toute spéciale pour écrire, en nous faisant profiter de son expérience, une monographie de la coxalgie.

La première partie de l'ouvrage comprend une étude approfondie de l'anatomie pathologique de la coxo-tuberculose; successivement sont étudiées les lésions destructives des surfaces articulaires, avec leur pathogénie et les conséquences pratiques qui en découlent, les luxations pathologiques, les abcès tuberculeux, les dystrophies osseuses de voisinage, la tuberculose juxta-coxale, enfin le bassin coxalgique.

Les symptômes groupés par périodes et l'étude clinique des abcès font l'objet d'une seconde partie.

M. Ménard insiste ensuite sur les formes différentes de la coxo-tuberculose : forme lente à marche bénigne avec conservation de la forme et des fonctions de la hanche, forme lente à marche aggravante, forme à marche rapide, et sur les circonstances pouvant modifier la marche de la coxalgie.

Puis vient l'étude très complète du diagnostic clinique et radiographique.

La troisième partie est consacrée uniquement au traitement. M. Ménard montre que la coxalgie dure des années, alors qu'habituellement elle est soignée comme si elle pouvait guérir en quelques semaines; aussi le malade marchant trop tôt se remet à boiter et il faut l'immobiliser de nouveau; le résultat est l'apparition d'une forme plus grave, avec déformation des surfaces articulaires et abcès.

Indépendamment du traitement général qui ne doit pas être négligé, il faut immobiliser et surveiller l'articulation pendant toute la durée de l'infection tuberculeuse, trois, quatre ans s'il est nécessaire.

Le traitement local de la coxalgie non suppurée sera surtout orthopédique, appareil plâtré avec vie couchée en plein air de préférence.

En cas de mauvaise attitude, il faudra au plus tôt en opérer le redressement.

M. Ménard envisage ensuite la thérapeutique de la suppuration dans la coxalgie, indiquant comment et quand on doit ponctionner les abcès, et les incidents ou difficultés en présence desquels on peut se trouver.

La résection de la hanche fait l'objet d'un important chapitre où sont traités successivement les indications de cette intervention, la technique, les suites éloignées de l'opération, enfin l'état du membre et la marche ultérieure des malades.

L'ouvrage se termine par une étude statistique des cas de coxalgie traités de 1895 à 1904 soignés à l'Hôpital maritime de Berck, où l'on peut juger de l'excellence des méthodes qui y sont employées.

De nombreuses figures et seize planches radiographiques illustrent cet important traité de la coxalgie.

ETIENNE LE SOURD.

(1) In-8. — Paris, Masson et Cie.

Les neurasthénies (1), par le docteur A. GODLEWSKI.

L'œuvre du docteur Godlewski est celle d'un praticien.

Il ne nous donne pas dans ce livre une théorie nouvelle de la neurasthénie, mais en décrit les symptômes comme sait le faire un observateur consciencieux et expérimenté ayant eu à soigner beaucoup de neurasthéniques. Ce supplice « des nerfs » comme l'appelait un médecin qui en était atteint s'attaque de préférence à des sujets de choix, intellectuels, travailleurs, plutôt que paresseux et que peu intelligents. La sensibilité des malades est exaltée à différents degrés, l'intensité des sensations tellement augmentée que beaucoup normales pour d'autres deviennent pour les neurasthéniques une véritable souffrance.

Près de la moitié de l'ouvrage est consacrée à la thérapeutique, celle-ci doit autant que possible éviter les drogues et consiste surtout en hygiène, régime et dans l'emploi judicieux des agents physiques que l'auteur étudie d'une manière tout à fait remarquable. Il faut surtout attirer l'attention des lecteurs sur l'étude de la prophylaxie individuelle, scolaire, sociale qui intéresse aussi bien les pères de famille et les pédagogues que les médecins, et qui est dans ce livre fort bien étudiée. L. ALQUIER.

(1) In-8 de 306 pages. — Paris, A. Maloine.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Lorsqu'on veut utiliser la seule influence médicamenteuse du brome, il faut avoir recours au *bromure de sodium* que l'on peut administrer à doses assez élevées (5 contre 4 de KBr) sous la forme du sirop de Henry Mure. Ce sel ne produit pas de dépression cardiaque comme le bromure de potassium et peut être utilisé à doses un peu plus fortes que ce dernier. Le *bromure de strontium* possède la même action que le bromure de sodium et s'emploie aux mêmes doses. Il est surtout intéressant par la provocation des doubles décompositions mobilisant et mettant en train l'action médicamenteuse, influence physico-mécanique à laquelle M. le professeur Pouchet attache une importance considérable dans la production de l'action pharmacodynamique. Le strontium, que l'on pourrait comme le sodium qualifier d'élément neutre au point de vue de l'influence médicamenteuse, n'intervient pas autrement que pour solliciter les échanges d'éléments électro-positifs et électro-négatifs qui sont le début nécessaire de toute action dynamique aboutissant à une modification moléculaire : utiliser ce bromure à l'état de pureté, condition essentielle, telle qu'on le trouve dans le sirop de Henry Mure.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA ROUGEOLE

Les symptômes de la rougeole évoluent en trois périodes : invasion ou éruption des muqueuses; éruption cutanée; desquamation et convalescence. Avant l'apparition des premiers symptômes, il existe une période d'*incubation* qui dure huit à dix jours; quelques auteurs ont observé des malaises, des élévations thermiques passagères pendant cette incubation; Meunier a constaté chez les enfants une chute de poids prémorbilleuse débutant vers le quatrième ou cinquième jour de l'incubation; et Combe a signalé une augmentation du chiffre des globules blancs (hyperleucocytose prérubéolique). Mais, en règle générale, le diagnostic ne se pose jamais aussi tôt.

PÉRIODE D'INVASION. — Elle est caractérisée par le catarrhe des muqueuses oculo-nasale et pharyngo-laryngée. Les yeux sont larmoyants, les conjonctives rouges et un peu gonflées; le malade a de la photophobie. Les éternuements, les épistaxis indiquent le catarrhe nasal; par le nez s'écoule une sécrétion séreuse, puis muco-purulente. L'enrouement, la toux sèche, férine, un peu rauque, sont les signes de la laryngite; à un degré de plus, on a le tableau de la laryngite striduleuse, qui marque parfois le début de la maladie.

A l'examen de la bouche et du pharnx, on voit souvent un piqueté rose, un érythème tacheté du voile du palais (Heim, d'Espine): la muqueuse des gencives, des lèvres et des joues apparaît gonflée, violacée, recouverte d'un dépôt pultacé; c'est la stomatite érythémato-pultacée décrite par Comby, mais qui paraît relever d'infections banales et ne pas appartenir en propre à la rougeole; le signe le plus important fourni par l'examen de la bouche est le signe de Koplik constitué par la présence, sur la face interne de la muqueuse des joues et des lèvres, de taches rouges dont le centre est occupé par un point blanc bleuâtre. Ce point central, élément fondamental du signe de Koplik, est très petit, mesure tout au plus un millimètre de diamètre. Le signe de Koplik apparaît le plus souvent la veille ou l'avant-veille de l'éruption.

Quelquefois, il existe une angine et les ganglions sous-maxillaires sont augmentés de volume (Dieulafoy).

Le catarrhe du larynx peut gagner les bronches; on entend alors à l'auscultation des râles sibilants. Enfin, si l'énanthème atteint aussi l'intestin, le malade a de la diarrhée séreuse ou glaireuse; Bolognini a décrit un froissement péritonéal, que l'on perçoit par la palpation de l'abdomen et qu'il attribue à un énanthème du péritoine; ce signe est rare, difficile à rechercher et peut se rencontrer dans toute diarrhée.

On a signalé des rash d'aspect variable avant l'éruption.

Cette période d'invasion dure en moyenne quatre jours; pendant ce temps le malade a de la fièvre; souvent la fièvre s'élève assez rapidement jusqu'à 38°5 ou 39 degrés; le deuxième ou troisième jour, on observe une rémission, puis la température remonte au moment de l'éruption.

PÉRIODE D'ÉRUPTION. — L'exanthème est constitué par des taches rose vif ou rouges, peu saillantes, irrégulières et à contours déchiquetés; isolées ou se réunissant par leurs bords en forme de placards, elles laissent toujours entre elles des intervalles de peau saine. L'éruption débute par la face; il faut la rechercher d'abord derrière les oreilles, à la racine des cheveux: puis elle gagne les joues, le menton, le cou; ensuite les membres supérieurs, le tronc, les membres inférieurs sont envahis. C'est généralement en deux jours que le développement de l'éruption est complet; l'intensité en est assez variable, quelquefois l'éruption est discrète; dans d'autres cas, les macules se réunissent en formant aux cuisses, dans le dos, de très larges plaques. Chaque tache dure trois à quatre jours, puis pâlit, passe ensuite à une teinte brune qui est assez caractéristique et persiste souvent pendant plusieurs jours.

Pendant cette période d'éruption, le catarrhe oculo-nasal et laryngé persiste; il existe toujours quelques signes de bronchite, toux, expectoration; râles sibilants et muqueux. L'appétit est nul, la soif vive. La diarrhée, déjà signalée pendant la période de début, persiste. Les symptômes nerveux sont quelquefois l'agitation nocturne, l'abattement pendant le jour. L'albuminurie est constatée dans quelques cas, mais peu abondante et passagère. La température est à 39 ou 40 degrés, atteignant son maximum quand l'éruption est à son plus grand développement; puis vers le troisième ou quatrième jour de l'éruption, par conséquent du sixième au huitième jour à partir du début de la maladie, la température s'abaisse en lysis ou brusquement. Le pouls est accéléré pendant la période fébrile, en rapport avec l'élévation thermique.

PÉRIODE DE DESQUAMATION ET CONVALESCENCE. — Vers le sixième ou septième jour de l'éruption, la desquamation commence; elle est formée de petites lamelles furfuracées, donnant à la peau un aspect farineux; la desquamation est habituellement limitée à la face, au cou, à la ceinture; souvent elle passe inaperçue ou peut même faire complètement defaut. En même temps, le catarrhe bronchique disparaît, la température est déjà redevenue normale et la convalescence est rapide, en cas de rougeole régulière sans complications.

Les symptômes de la rougeole ne se présentent pas toujours avec ce type classique. Ainsi l'invasion peut être anormalement prolongée, durer six ou huit jours (Trousseau); parfois l'invasion ne se manifeste par aucun symptôme appréciable et l'éruption apparaît d'emblée. L'éruption, telle qu'elle a été décrite, est discrète ou confluente; elle peut encore avoir d'autres aspects; dans la variété *boutonneuse*, les taches forment une saillie papuleuse au centre; quelquefois on voit sur une même tache plusieurs papules: la rougeole *ecchymotique* s'observe surtout chez les enfants cachectiques ou déjà atteints de coqueluche; la rougeole *hémorragique* est caractérisée par des hémorragies cutanées au niveau et en dehors des papules morbilleuses, ce qui la distingue de la rougeole ecchymotique.

Quelquefois, et même sans complications, les symptômes généraux ont un caractère de gravité extrême : langue sèche, prostration réalisant l'aspect typhoïde, délire, convulsions, température très élevée et sans rémission, accélération excessive du pouls et de la respiration caractérisent la forme nerveuse ou ataxo-adynamique. Dans une autre série de faits, les symptômes respiratoires prennent dès le début une intensité extrême; le malade a une dyspnée extrême, une toux fréquente; on entend à l'auscultation des râles fins disséminés dans les deux poumons; l'éruption se fait mal. Le malade se cyanose et meurt asphyxié; cette forme pulmonaire ou suffocante de la rougeole, avec bronchite capillaire dès le début, s'observe surtout dans les hôpitaux d'enfants ou les hôpitaux militaires.

Enfin le tableau clinique est encore modifié par l'apparition des complications, au premier rang desquelles il faut placer les complications atteignant l'appareil respiratoire.

DIAGNOSTIC. — A la période d'invasion, le catarrhe oculo-nasal de la rougeole peut être pris pour un simple *coryza*; les mêmes symptômes de catarrhe nasal et laryngé s'observent aussi dans la *grippe*. On devra donc toujours, dans ces cas, surtout auprès d'un enfant, songer à la rougeole et en rechercher les symptômes bucco-pharyngiens, en particulier le signe de Koplik.

Quand la laryngite du début de la rougeole a les caractères de la laryngite striduleuse, on a fait quelquefois le diagnostic de faux croup ou de *croup*. Mais le faux croup survient par accès; dans l'intervalle, on ne constate aucun symptôme; le catarrhe oculo-nasal fait défaut.

L'invasion de la rougeole ne ressemble à celle d'aucune autre fièvre éruptive ; cependant la *variole* avec rash morbilliforme pourrait être prise pour une rougeole, mais dans la variole le malade a une fièvre toujours très intense, une rachialgie assez caractéristique.

A la période d'éruption, on peut confondre la rougeole avec une autre fièvre éruptive ou avec divers érythèmes.

Rougeole boutonneuse et *variole* ont une certaine ressemblance pendant quelques heures; mais l'invasion n'a pas été le même, les papules de la variole prennent rapidement leur aspect caractéristique.

La *scarlatine* est, dans la plupart des cas, très facile à distinguer de la rougeole; elle a débuté par une angine; l'érythème scarlatineux apparaît sur le corps avant d'envahir le visage; il forme une rougeur diffuse sans intervalles de peau saine; cependant la variété dite scarlatina variegata ressemble parfois beaucoup à la rougeole. Toutefois en se basant sur le mode de début, en examinant la langue, et quelquefois en

attendant la desquamation, on arrivera à faire le diagnostic.

La *rubéole* a une éruption polymorphe, le plus souvent morbilliforme et scarlatiniforme; l'éruption est simultanée sur toutes les régions atteintes; la présence d'adénopathies cervicales, inguinales, axillaires est un bon caractère de la rubéole.

La *suette miliaire* a des prodromes plus courts que la rougeole, des sueurs abondantes, des accidents nerveux. L'éruption morbilleuse coexiste avec des taches scarlatiniformes.

Les *érythèmes médicamenteux* produits par l'antipyrine, le copahu, le chloral ne déterminent ni fièvre, ni catarrhe oculo-nasal, occupent seulement le tronc et les membres.

L'*érythème sérothérapique*, consécutif aux injections de sérum antidiphtérique, apparaît dix à quinze jours après l'injection.

Les *érythèmes toxi-infectieux* dans la fièvre typhoïde, la diphtérie, les infections gastro-intestinales de l'enfance, respectent la face.

La *roséole syphilitique* débute par les flancs et le thorax, ne s'accompagne pas de catarrhe.

Dans quelques cas, le diagnostic est réellement difficile; on tiendra compte au moins autant du début de la maladie, des symptômes de catarrhe que des caractères de l'éruption. On devra toujours faire un examen complet du malade pour rechercher s'il ne survient pas de complications, car l'apparition de celles-ci, surtout chez de très jeunes enfants et à l'hôpital, modifie complètement le pronostic de la rougeole qui devient alors très grave.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 229, 10 janv. 1908.) Paul HEYMANN : Action des rayons X sur le rein adulte. — Carlo LURASCHI : Le radio-intensimètre, nouvel appareil de mesure de l'intensité et de la quantité des rayons X émis par le tube de Crookes. — GALLOT : Des précautions à prendre dans la manipulation des ampoules de Röntgen. — (N° 230, 25 janv.) Wertheim SALOMONSON : Le mode d'action des courants de haute fréquence. — AUBINEAU et CHUITON : Lupus de la conjonctive et de la cornée guéri par la radiothérapie. — LAQUERRIÈRE : L'électromécanothérapie. — BELOT : Sur une nouvelle méthode de radiothérapie dentaire, appareils pour son application.

Blatter für Klinische Hydrotherapie. — (N° 1, janv. 1908.) STRASSER : Tabes et polynévrite.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVIII, n° 3, 16 janv. 1908.) W. T. PORTER : Des relations vaso-motrices. — Albert E. TAUSSIG et William H. RUSH : L'importance clinique de la distribution irrégulière de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal. — E. L. YOUNG : Les adéno-fibromes papillomateux intra-caliculaires de l'aine (avec deux coupes). — Francis Wayland ANTHONY : Le problème du témoignage des experts. — Théodore C. BEEBE et Léon S. MEDALIA : Les applications pratiques de la thérapeutique opsonique (avec 21 observations). — John C. BOSSIDY : L'« optometrist » peut-il donner des conseils et pratiquer la médecine? — (N° 4, 23 janv.) Ernest Boyen YOUNG et John T. WILLIAMS : La signification de l'acétonurie post-opératoire. — A. JACOBI : Extraits du Journal de voyage du docteur Alexander Hamilton (1744). — Richard F. O'NEIL : La chylurie due à la filariose. Description d'un cas (2 coupes). — E. W. CALDWELL : Le diagnostic des calculs urinaires par les rayons Röntgen (avec 4 fig.) — W. P. GRAVES : La trypsine dans le traitement des tumeurs malignes.

Bulletin médical. — (N° 5, 15 janv. 1908.) A. CALMETTE : L'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose et son rôle dans la lutte sociale anti-tuberculeuse. — (N° 6, 18 janv.) POTOCKI : Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant. — GALUP et STODEL : Des injections intra-musculaires de mercure colloïdal électrique dans la syphilis (syphilide tuberculo-ulcéreuse guérie par ces injections). — (N° 7, 22 janv.) CHANTEMESSE et BORAL : Les positions actuelles du choléra. — QUEYRAT : La valeur séméiologique de la diminution du murmure vésiculaire au sommet. — (N° 8, 25 janv.) VILLEMIN : Traitement de la coxalgie. — (N° 9, 29 janv.) A. BROCA : Mastoïdites aiguës et chroniques. — MARCHAND et NOUET : Paralysie générale infantile. — (N° 10, 1er fév.) PLICQUE : La dyspnée aux périodes avancées de la phtisie. — P. MICHAUX : De l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde.

Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. — (N° 1, janv. 1908.) AUCLAIR : Discussion sur l'acido-résistance du bacille tuberculeux. — VILLEMIN : Rapport sur le traitement de la coxalgie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 9 janv. 1908.) WINKEL : Conduite à tenir pendant la période qui suit l'accouchement. — SCHENCK : Sur l'importance diagnostique de la réaction conjonctivale dans la tuberculose. — STRASBURGER : Nouvelles recherches sur la mesure de la pression sanguine diastolique chez l'homme. — KROMAYER : Traitement du prurit cutané et particulièrement du prurit anal. — ALDOR : Le diagnostic fonctionnel de l'intestin et la thérapeutique diététique du catarrhe intestinal chronique. — GRAUL : Sur la coïncidence et le rapport des dermatoses vasomotrices et de l'achylie gastrique comme manifestations de l'asthénie congénitale. — (N° 3, 16 janv.) MARTIN : Sur le traitement du cancer utérin et particulièrement du cancer inopérable. — LÉVY : Sur la réaction conjonctivale à la tuberculine. — KLEBS : L'immunisation dans la tuberculose. — STRASBURGER : Nouvelles recherches sur la mesure de la pression sanguine diastolique chez l'homme (*suite*). — BARBERIO : Sur la valeur de la méthode de Léo pour la fixation de l'acidité des phosphates monométalliques dans le contenu gastrique. — NEUMANN : Sur le traitement des blessures du foie. — MEYER : Infection charbonneuse à porte d'entrée anormale. — KÜLLNER : Sur l'étiologie de la paralysie de l'abducens, surtout de la paralysie isolée. — HEYDENREICH : Sur le perborate de soude. — (N° 4, 23 janv.) LEYDEN : Sur l'hémisystolie. — BASSENGE : Une propriété bactériologique intéressante de la lécithine. — LEVY : Expériences avec le sérum anti-méningococcique de Kolle et Wassermann. — VULPIUS : Sur la technique et la valeur de la transplantation tendineuse dans le traitement de la paralysie spinale infantile. — NORDMANN : Rupture intra-péritonéale de la vessie. — FREUND : Sur le placenta prævia. — KÖLLNER : Sur l'étiologie de la paralysie de l'abducens et surtout de la paralysie isolée (*suite*). — (N° 5, 30 janv.) KOSSEL : La question de la tuberculose et les travaux de la commission anglaise de la tuberculose. — STADELMANN et Wolf EISSNER : Sur la réaction de la tuberculine cutanée et conjonctivale. — RUPPEL : La tuberculine nouvelle. — KÖHLER : Teleröntgenographie du cœur. — CITRON : Contribution technique et diagnostique à la recherche du sang dans les fèces. — ORTHMANN : Les grossesses tubaires doivent-elles être opérées pendant les premiers mois par voie vaginale ou abdominale? — KÖLLNER : Sur l'étiologie de la paralysie de l'abducens et surtout de la paralysie isolée (*suite*). — LEUVER : Recherches pour protéger la monture du laryngoscope. — YAKIMOFF : Sur la question de la décomposition de l'atoxyl. — PULAWSKI : Sur la question du traitement par le sérum antiscarlatineux.

Écho médical du Nord. — (N° 1, 5 janv. 1908.) Deléarde et Breton : Hémophilie et anémie pernicieuse progressive. — (N° 2, 12 janv.) Gérard et Oui : Sur la lactosurie dans la grossesse. — Descarpentries : Un cas d'acromégalie. — Gaehlinger et Desruelles : Au sujet d'un cas d'association du tabes à la paralysie générale. — (N° 3, 19 janv.) L. Dubar et M. Leroy : A propos d'un fibrome du cordon spermatique. — O. Lambret et M. Gérard : Neurofibromatose généralisée. Enorme tumeur royale. — (N° 4, 26 janv.) Raviart, Lorthiois, Gayet et Cannac : Des résultats tardifs et prolongés de l'ophtalmo-réaction, de l'intensité et des complications de cette dernière. — Drucbert : Kyste du mésentère. — Dupuis : Cancer du rectum. — E. Bernard : A propos d'œsophagoscopie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 1, 5 janv. 1908.) Lalesque : Phtisie traumatique. — Mongour : Note sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections d'eau de mer isotonique. — (N° 2, 12 janv.) Bégouin : Echecs de la conservation à outrance dans les écrasements des membres inférieurs. — (N° 3, 19 janv.) Abadie et Nogué : Le tabes sans douleurs fulgurantes. — (N° 4, 26 fév.) Vergely : « Sinistrose et aggravomanie. » — Roques : L'électro-diagnostic dans les otopathies.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 52, 28 déc. 1907.) Thilliez : Cécité binoculaire et définitive à la suite d'une épistaxis. — H. Gillot : Polype des cordes vocales. — (N° 1, 4 janv. 1908.) E. Camelot : Hernie crurale étranglée de l'appendice iléo-cæcal. — Boudailliez : Corps étranger du conduit auditif externe, toléré pendant dix ans. Expulsion. — (N° 2, 11 janv.) R. Bosquier : L'enseignement médical élémentaire théorique et pratique, ce qu'il est à la Faculté libre. A propos de réformes médicales. — Bruneau : Auto-observation résumée de « hanche à ressort ». — (N° 3, 18 janv.) Derville et Danel : Epithélioma plan cicatriciel de la peau. — Leplus : Hernie inguino-interstitielle. — (N° 4, 25 janv.) Redier : Kyste radiculaire d'une racine de première molaire supérieure. — Decreton : Epithélioma du rein chez un enfant de quatre ans.

Lyon médical. — (N° 1, 5 janv. 1908.) Cade et Bourret : Hémorragies occultes du tube digestif. — Gaston Cotte : Scoliose et tuberculose. — (N° 2, 12 janv.) Rafin : Gravité opératoire de la néphrectomie primitive pour tuberculose. — Barjon : Radiographie de l'estomac. — Cotte : Scoliose et tuberculose (*suite*). — (N° 3, 19 janv.) René Horand : Cœur droit de l'homme. — Chaussende : Sur un cas de fièvre à rechutes. — (N° 4, 26 janv.) Bonnet et Bérard : Ophtalmo-réaction de Calmette dans les maladies cutanées et vénériennes. — Chalier et Cordier : Tuberculose inflammatoire.

Montpellier médical. — (N° 1, 3 janv. 1908.) Gaussel : Un signe de paralysie organique du membre inférieur. Possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs. — (N° 2, 12 janv.) Jeanbrau : Cancer du rein. Néphrectomie après épreuve négative du bleu et de la glycosurie phloridzinique. Suites opératoires normales; mort d'embolie le vingt-quatrième jour. — A. Rodet : Vaccins et sérums. Vaccination et sérothérapie antityphiques. — (N° 3, 19 janv.) De Rouville : Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique d'un ovaire micro-kystique présentant des lésions hémolymphangiomateuses.

Presse médicale. — (N° 5, 15 janv. 1908.) Hartenberg : Le syndrome thalamique. — Milhit et Tanon : Gonocoque et méningocoque. — X. Gautier : Parasites des viandes transmissibles à l'homme. — (N° 6, 18 janv.) Hardouin : Le traitement d'urgence des plaies articulaires. — Léon Meunier : Etude de la sécrétion stomacale sans utiliser la sonde gastrique. — (N° 7, 22 janv.) Vivier : Traitement de la fracture sous-condylienne de l'humérus chez l'enfant. — (N° 8, 25 janv.) V. Bué : La défense de l'enfant. La puériculture à Lille. — Robert Leroux : L'inclusion de paraffine à 78 degrés en prothèse nasale. — (N° 9, 29 janv.) Courmont et Ch. Lesieur : Les bacilles dits « paratyphiques » et les maladies dites « paratyphoïdes ». — Fischer : Paratyphus et infections alimentaires. — Legrain : Alcoolisme et folie. — Guibé : La cause de la mort dans l'occlusion haute de l'intestin. — (N° 10, 1er fév.) Chaput : Technique de la rachistovaïnisation.

Province médicale. — (N° 1, 4 janv. 1907.) Haushalter (de Nancy) : Fièvre méditerranéenne chez un enfant de trois ans. — Et. Martin : La submersion. — Lucien Thévenot : Un cas de rage à longue incubation. — (N° 2, 11 janv.) J. Brault : Les aspergilloses cutanées dans les pays chauds, leur distribution géographique. — Cruchet : A propos des définitions de l'hystérie. — M. Lévy et Rives : Quatre cas de cancers cutanés de la face aggravés par la radiothérapie. — (N° 3, 18 janv.) Moussous : Anasarque chez une fillette de trois ans et demi. — Montagnon : Quelques cas anormaux d'ophtalmo-réaction. — Mouriquand et Roubier : Un cas de bégaiement hystérique débutant et récidivant à l'occasion d'une bronchite avec quelques réflexions sur sa pathogénie. — (N° 4, 25 janv.) A. Gaussel : Le « regard à la Cardan », symptôme d'ophtalmoplégie hystérique dans un cas de méningisme. — Paul Courmont : Anurie et polyurie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 52, 28 déc. 1907.) Marcel Rollet : De l'influence de l'œil sur l'oreille à l'état normal et pathologique (*fin*). — (N° 1, 4 janv. 1908.) Moure et Brindel : Sinusites maxillaires et ostéite. — Dechéquy : Sur quelques applications de l'électricité à l'oto-rhino-laryngologie. — Sargnon et Barlatier : Réflexions à propos de l'historique de la laryngostomie. — (N° 2, 11 janv.) Roméo Mongardi : Un appareil aéro-électrothermique. — Delacour : Essai de traitement local de la tuberculose du larynx par le gaïacol mono-iodé en solution huileuse. — A. Thooris : Observation d'un cas de mort consécutif à une cautérisation des cornets inférieurs. — (N° 3, 18 janv.) Goldstein : Abcès rétro-pharyngés. — P. Jacques : Exophtalmos pulsatile traumatique avec épistaxis graves guéri par la compression directe transphénoïdale du sinus caverneux. — (N° 4, 25 janv.) Dufays : La mastoïdite tuberculeuse primitive de l'enfant à propos d'une ostéite bacillaire du temporal simulant une mastoïdite aiguë.

Revue médicale de l'Est. — (N° 24, 15 déc. 1907.) Bernheim : Neurasthénies et psycho-névroses (*à suivre*). — P. Parisot : Nécessité d'introduire quelques notions de médecine légale dans l'enseignement donné aux ambulancières et aux infirmières.

Revue neurologique. — (N° 24, 30 déc. 1907.) Lucien : Absence des bandelettes, du chiasma et des nerfs optiques. Agenésie du corps calleux, du trigone, des commissures blanches antérieure et postérieure (1 fig.) — André Thomas : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la paralysie faciale périphérique et de l'hémispasme facial (trois cas suivis d'autopsie).

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 24, 30 déc. 1907.) Bliqué : Un cas de rétention urinaire par coprostase. — (N° 1, 15 janv. 1908.) Bourgeois : L'éclairage rationnel du travail. — Sagnet : Un cas de gangrène consécutive à l'emploi de l'eau oxygénée. — (N° 2, 30 janv.) Bruandet : Enseignement de l'ostéologie par le modelage. — Blum : Un cas d'arthropathie syphilitique du genou.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 25. — SAMEDI 29 FÉVRIER 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 29 FÉVRIER 1908. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — Lecture des copies. — *Symptomatologie.* — Séance du 27 février : MM. Gaultier, Pagniez, Rathery et Weill (Emile), 10; Le Sourd (Louis), 9; Aubertin et Trémolières, 8.

M. Decloux, excusé, lira après la fin de la séance de symptomatologie.

Prochaine séance samedi 29, à cinq heures, dans la salle des concours de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères

Anatomie pathologique. — Séance du 27 février : MM. Laubry, 9; Guillemot, 10; Lévy (Fernand), 7; Géraudel, 10; Grenet, Touchard et Simon, 9; Vitry et Roussy, 8; Ferrand, 10.

Prochaine séance 29 février, à cinq heures, à Beaujon.

— Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 26 février : MM. Baron, 11 ; Bénazet, 10; Blechmann, 12; Amaudrut, 9; Trotain, 7; Labourdette, 9; Garsaux et Mosqueron, 8.

Séance du 27 février : MM. Tixier, 5; Regnard et Jumon, 11 ; Bellin du Coteau, 9; Violle, 6; Astruc, 9; Roudinesco, 12; Duranton, 9; Josset-Moure et Vuillet, 11.

La dernière séance aura lieu le dimanche 1er mars, à neuf heures du matin, à Beaujon.

Pathologie. — Séance du 26 février : MM. Haller, 12; Baumgartner, 10; Durand (Louis), 7; Ségard, 10; Gauduchau, 11; Lasnier, 7; Fourrière et Gautier (Claude), 5; Colombe, 6; Strauss, 8; Davesne, 9.

La prochaine séance aura lieu le samedi 29 février, à quatre heures et demie, à la Charité.

— Concours de l'Internat en pharmacie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Léger, Berthoud, Héret, Patein, Coutière, Perrot et Thibault (Paul).

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret du 26 février 1908, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après, et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Bassompierre, maintenu médecin-chef de l'hôpit. milit. d'Oran ; de Santi, à l'hôp. milit. de Toulouse; Hornus, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Montauban.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Carlier, maintenu médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Douai; Loison, professeur à l'Ecole d'application du service de santé milit.; Dupard, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Limoges.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Blanc, maintenu au 93e d'inf.; Saltet, à la place d'Alger (Casablanca); Gilliard, au 110e d'inf.; Perrogon, aux hôpit. de la division d'Alger (Casablanca).

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Jouve, maintenu aux hôpit. de la division de Constantine (Casablanca); Brionval, au 85e d'inf.; Cahuzac, au 103e d'inf.; Epaulard, au 2e bat. d'inf. légère d'Afrique (Casabianca); Roudie, au 1er bat. d'inf. légère d'Afrique; Fontagné, au 138e d'inf.

Mutations. — *Médecin principal de première classe.* — M. Hussenet, nommé directeur du service de santé du 10e corps d'armée.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Labit, nommé médecin-chef de l'hôp. milit. de Lille; Debrie, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Verdun; Darde, médecin-chef de l'Ecole d'application de l'artillerie et du génie à Fontainebleau.

Médecins-majors de première classe. — MM. Girardin, affecté pour ordre aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Orléans; Bercher, à l'hôpit. milit. du Dey à Alger; Lapeyre, à l'hôpit. milit. de Toulouse; Barthélemy, aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Aix.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Loustalot, passe au 1er zouaves; Thooris, au 104e d'inf.; Laporte, au 131e d'inf.; Le Mitouard, au 79e d'inf.; Pous, au 3e d'art.; Descorps, au 24e d'art.; Tostivint, au 77e d'inf.; Dercle, au 23e bataillon de chass. à pied; Jaffary, au 4e escadron du train des équipages milit.; Auguin, au 111e d'inf.; Guignot, au 18e bataillon de chass. à pied; Chassin, au 17e chass. d'Afrique; Blan, aux hôpit. de la division de Constantine; Munaret, au 11e bataillon d'art. à pied.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Deleuze, passe au 112e d'inf.; Ebstein, au 17e d'art.; Julien-Laferrière, au 116e d'inf.; Casteret, au 132e d'inf.; Lemoine, maintenu au 8e chass. à cheval; Jacquinot, passe au 16e bataillon de chass. à pied; Balme, au 121e d'inf.; Etienney, au 11e d'art.; Briend, au 4e spahis.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Laurent, passe au 26e dragons; Dulalen, au 29e d'inf.; Gand, au 70e d'inf.; Pichet, au 105e d'inf.; Théron, au 152e d'inf.; Leduc, au 162e d'inf.

— L'article 2 du décret du 31 mai 1904 instituant une commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaires est remplacé par le suivant :

« La commission se compose de vingt membres, dont un membre de droit, le directeur du service de santé au ministère de la Guerre, et de dix-neuf membres nommés par le ministre, savoir : un sénateur ; un député ; neuf médecins civils choisis parmi les médecins qui font partie de l'Académie de médecine ; sept médecins militaires pris parmi les médecins-inspecteurs généraux ou les médecins-inspecteurs de l'armée appartenant aux cadres actifs ou aux cadres de la réserve ; un officier général provenant de l'arme du génie. »

— Un arrêté ministériel nomme M. le docteur Labbé, sénateur, vice-président de l'Académie de médecine, et M. le docteur Villejean, député, président de la commission d'hygiène à la Chambre des députés, membres de la commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaires.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la huitième semaine, 986 décès, au lieu de 1087 pendant la semaine précédente et de 1040, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole et la scarlatine font de nouveaux progrès. La variole se répand dans l'arrondissement de Ménilmontant et reste presque inconnue dans le reste de la ville. Les maladies des organes respiratoires présentent une très sensible diminution.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 23, au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 18).

La rougeole a causé 5 décès, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 12). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 534 au lieu de 480 précédemment et au lieu de 217, moyenne des quatre dernières années.

La scarlatine a causé 9 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 305 ; il s'élevait à 249 pendant la semaine précédente (moyenne 92).

La diarrhée infantile a causé 13 décès de 0 à 1 an, au lieu de 18 pendant la semaine précédente.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 183 décès, au lieu de 227 la semaine précédente, et au lieu de 219, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 223 décès (moyenne 221).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Perréal (de Béziers), ancien sénateur de l'Hérault.

LEÇONS D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE INFANTILE. — MM. Auffret et Gasne, chefs de clinique, commenceront le vendredi 6 mars une série de trente leçons d'orthopédie et de chirurgie infantile. Les leçons auront lieu au pavillon de la clinique chirurgicale des Enfants-Malades, les lundis, mercredis et vendredis à cinq heures ; les mardis, jeudis et samedis à quatre heures.

On est prié de s'inscrire à la Faculté de médecine. Droit d'inscription : 50 francs.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE (1)

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Par MM. STERN et BURNIER,
Internes à la Maternité de Paris.

Le travail d'analyse, auquel on s'est livré dans ces dernières années, a approfondi et complété les symptômes de l'éclampsie et en a découvert les modalités variées. Le tableau clinique a, dès lors, perdu en simplicité ce qu'il a gagné en précision et le nombre des problèmes afférents au diagnostic de la maladie s'est manifestement accru. Grâce aux contrôles nécropsiques, des cas, autrefois englobés dans les crises éclamptiques, en ont été définitivement exclus, cependant qu'on y a fait entrer d'autres qui, pour avoir eu une symptomatologie insolite, n'en présentaient pas moins les lésions classiques de l'éclampsie puerpérale. D'autre part, les théories pathogéniques nouvelles, édifiées sur des recherches anatomo-pathologiques et expérimentales, ont motivé l'emploi de moyens thérapeutiques nouveaux contre cette affection si mystérieuse dans ses origines, si émouvante et quelquefois si soudaine dans son apparition, si redoutable dans son pronostic.

Il importe donc, d'une part, de savoir reconnaître, chez une femme enceinte, la possibilité ou l'imminence d'attaques éclamptiques, afin de les conjurer sans retard; et, d'autre part, de pouvoir affirmer, en présence de ces attaques, qu'il s'agit bien d'éclampsie, afin d'instituer immédiatement un traitement approprié.

I

Le **diagnostic** de l'éclampsie offre des difficultés fort inégales, selon le *milieu* où l'on se trouve, selon les *commémoratifs* plus ou moins catégoriques dont on dispose, selon enfin — et c'est là le point essentiel — le *stade* de la maladie auquel on est appelé à examiner la femme.

L'importance du *milieu* n'est pas contestable et ce n'est certes pas dans les services d'accouchement que l'éclampsie risque d'être méconnue : là on s'y attend, on la guette, d'autant plus qu'on en voit des séries éveillant l'idée de véritables épidémies.

Les *commémoratifs* ne sont pas non plus négligeables. La certitude de la grossesse; la primiparité, deux fois plus exposée à l'éclampsie que la multiparité; l'existence d'une albuminurie antérieure, d'une névropathie ancienne; jusqu'à un certain point, l'hérédité similaire (2), sont autant de notions dont la connaissance peut mettre sur la voie du diagnostic. Mais ce qui dirige, avant tout, celui-ci, c'est le *stade* de la maladie auquel on pratique l'examen.

On sait, en effet, que l'éclampsie, dans sa forme courante, évolue en trois phases. La première est constituée par un ensemble de *phénomènes prodromiques*, qui indiquent l'imminence de la seconde phase : l'*attaque* ou l'*accès*. Ce dernier est représenté par une série de convulsions toniques et cloniques absolument caractéristiques. Enfin la troisième phase consiste dans l'état consécutif aux accès, qui est presque toujours le *coma*.

Le diagnostic devra être fait, successivement, à chacune de ces étapes.

(1) Reproduction interdite.
(2) Cas de Bagot. *Anjou méd.*, juin 1904. — M. Brouardel invoque plutôt l'hérédité nerveuse.

II

Les **prodromes** de l'éclampsie sont presque constants et la forme à début *brusque*, *par ictus*, est tout à fait exceptionnelle. Presque toujours, en effet, on note des symptômes prémonitoires, traduisant tous l'auto-intoxication gravidique et constituant un état morbide assez particulier, désigné par M. Bar sous le nom significatif d'*éclampsisme*. Mais les éléments de cet état prééclamptique ne sont pas tous contemporains. Et, à ce point de vue, on doit les diviser en prodromes *précoces*, prodromes *à distance* et prodromes *immédiats*.

Les PRODROMES PRÉCOCES peuvent être réunis en deux syndromes : l'un urinaire, l'autre cardio-vasculaire.

Syndrome urinaire. — La *quantité* des urines est très souvent absolument normale. La polyurie même a été notée (1). Cependant, au fur et à mesure que l'on approche de l'attaque, l'*oligurie* s'affirme, les urines deviennent denses et hautes en couleur. Beaucoup plus constantes sont les modifications chimiques de l'urine. Sa réaction est extrêmement *acide*. L'*albuminurie* prémonitoire ne manque presque jamais. Elle peut préexister à la grossesse et ne recevoir de celle-ci qu'une aggravation, toujours sérieuse. Mais la véritable albuminurie gravidique, rare bien que possible avant le sixième mois, se montre surtout pendant les deux derniers mois de la grossesse. Nombreux sont même les cas, où elle ne fit sa première apparition que quelques jours ou quelques heures avant l'accès. Quelquefois, enfin, l'albuminurie prémonitoire fait complètement défaut (2). Dans la plupart des cas elle existe, oscille entre quelques centigrammes et plusieurs grammes et va en augmentant à mesure que la grossesse avance. A côté de la *sérine*, décelable par les procédés classiques, on trouve souvent de l'*albumose*, de l'albumine *acéto-soluble*, de la *peptone* [Bar, Mercier et Menu (3)], dans les jours, notamment, qui précèdent les accès. On a enfin rencontré de l'indican, de l'urobiline, des pigments biliaires, du glucose même (Linossier).

Importante est l'étude de la *toxicité* urinaire. Il est classique de dire que les urines des prééclamptiques sont pauvres en urée et hypotoxiques. En réalité, rien n'est plus variable et des cas nombreux ont été signalés (Potocki, Bar, Menu et Mercier) avec augmentation de l'urée et hypertoxicité manifeste. Contrairemeut à ce que l'on admettait, les signes d'auto-intoxication de l'organisme ne sont nullement en rapport avec la plus ou moins grande quantité d'urée et de toxines éliminées par l'urine. Pour M. Bar, tout se réduirait à une question de régime : au régime lacté correspondrait une diminution, à la suppression de ce régime une augmentation de la toxicité urinaire. Mais dans tous les cas, qu'il y ait hypo ou hypertoxicité, le *coefficient urotoxique est toujours très au-dessous de la normale* (4). Cette con-

(1) Bar. Soc. méd. des hôpit., mars 1900.
(2) Cas de Bar, de Bouffe de Saint-Blaise. *Presse, méd.*, 1900, n° 70.
(3) Bar, Mercier et Menu. *Traité* de Tarnier et Budin, vol. III.
(4) Bar. In *Traité* de Tarnier et Budin.

clusion qui, à première vue, pourrait surprendre pour les cas où les urines sont hypertoxiques, sera facile à concevoir si l'on songe que dans ces cas il y a toujours de l'oligurie. Comme l'urée, les *chlorures* sont diminués.

Suivant de plus ou moins près l'albuminurie, on note l'apparition d'*œdèmes*. C'est généralement de l'œdème blanc et mou, localisé au pourtour des malléoles, aux membres inférieurs ou à la face, dont la bouffissure donne à la malade un aspect assez caractéristique. Les cas d'anasarque sont loin d'être rares. Souvent, par contre, l'œdème est à peine perceptible (*præ-œdème*) ou même complètement absent.

De ces éléments du syndrome urinaire prééclamptique, dont les essentiels sont, classiquement, l'oligurie, l'albuminurie, la pauvreté en urée et l'hypotoxicité, aucun n'est absolument constant. Tous peuvent varier ou manquer, bien que la chose soit très rare, il est vrai, pour l'albuminurie. Aussi conçoit-on l'utilité qu'il y aura pour le diagnostic, à rechercher cette autre série de troubles prémonitoires groupés dans le syndrome cardio-vasculaire.

Syndrome cardio-vasculaire. — Ballantyne (1) a, le premier, signalé dans l'éclampsie l'*hypertension artérielle*. Ce phénomène étudié ensuite par Vinay (2) n'a acquis la place qui lui était due qu'à la suite des importants travaux de Vaquez et Nobécourt (3), travaux qui se résument dans la conclusion : « Toute femme qui, au cours de la grossesse ou après l'accouchement, présente de l'hypertension artérielle est menacée d'éclampsie, que les urines soient albumineuses ou non. » Et cette assertion est confirmée, dans la suite. par les recherches de Weissner (4), Queirel et Raynaud (5), Pal (6), Pflugbeil (7), Saratoff (8) et Chirié (9).

Variant suivant les cas entre 18 et 28, cette hypertension artérielle est très vraisemblablement d'une apparition précoce, comme le montre l'*hypertrophie du cœur gauche*. Ce dernier fait qui, sans être constant, est cependant la règle [Bar, Löhlein (10)], se traduit cliniquement par une augmentation de la matité cardiaque et un claquement du deuxième bruit [Vaquez (11)] ou un bruit de galop (Chirié).

L'examen du *sang* montre une destruction globulaire plus ou moins intense, pouvant donner, dans les cas graves, du sérum laqué et de la méthémoglobinurie [Bar (12)]. Il y a, de plus, rétention des chlorures et de l'urée (13). Le pouvoir coagulant du sérum est accru. L'hypertoxicité de ce sérum connue depuis Rummo (14) a été étudiée par Tarnier et Chambrelent (15) qui ont montré que la gravité des accidents est fonction de la valeur de l'hypertoxicité sanguine et que celle-ci est en raison inverse de la toxicité des urines. Enfin l'existence de microbes pathogènes dans le sang est tout à fait problématique.

(1) Ballantyne. *Edinb. med.*, mai 1885.
(2) Vinay. *Maladies de la grossesse*, 1894.
(3) Vaquez et Nobécourt. Soc. méd. des hôpit., janv. 1897.
(4) Weissner. *Centralbl. f. Gyn.*, 4 nov. 1899, p. 1335.
(5) Queirel et Raynaud. Rapport 1900.
(6) Pal. *Semaine méd.*, 1905, p. 414.
(7) Pflugbeil. Th. de Leipzig, 1903.
(8) Saratoff. Th. de Paris, 1897.
(9) Chirié. Th. de Paris, 1907.
(10) Löhlein. Cité par B. de Saint-Blaise, in *Lésions de l'éclampsie puerpérale*, 1891.
(11) Vaquez. *Semaine méd.*, 1907, nº 11.
(12) Bar. *Leçons de pathologie obstétricale*, fasc. II, p. 438.
(13) Butte. *Bulletin méd.*, 2 mai 1906.
(14) Rummo. *Riforma med.*, 1889.
(15) Tarnier et Chambrelent. *Ann. de gyn.*, 1892.

Parmi les prodromes a distance, le plus important est la *céphalalgie*. Intense, à siège surtout frontal, elle est généralement continue avec crises gravatives. On peut aussi observer des névralgies faciales, du lumbago, des hyperesthésies douloureuses. Enfin on constate, dans certains cas, des *troubles psychiques* : somnolence, apathie ou, au contraire, agitation, inquiétude, loquacité excessive. Plus rarement : aphasie transitoire (Theuveny), délire maniaque (Stewart).

Mais ces derniers troubles sont déjà bien tardifs et rentrent, de par ce fait, plutôt dans les prodromes immédiats, précédant de peu l'accès. Parmi ceux-ci, la *douleur épigastrique* est assez fréquente. C'est une sensation de striction (barre de Chaussier) siégeant à l'épigastre et à la base du thorax et pouvant s'accompagner de *vomissements*, quelquefois incoercibles et nettement hyperchlorhydriques (Bar). La *dyspnée* plus ou moins intense est « sine materia », à moins qu'elle ne soit imputable, chose très rare, à un œdème pulmonaire. Ordinairement on rencontre des *troubles sensoriels* : amblyopie pouvant aller quelquefois jusqu'à la cécité complète, diplopie sans strabisme, daltonisme ; diminution de l'acuité auditive, ou, plus souvent, sifflements, bourdonnements. Tous ces phénomènes d'apparition souvent brusque (1) sont généralement passagers et presque toujours non liés à des lésions organiques. Enfin on a pu noter des troubles de la sensibilité générale : fourmillements, crampes, hémianesthésie (Bar).

Prévoir une éclampsie menaçante lorsque les prodromes que l'on vient de voir existent en grand nombre est chose facile. Mais très souvent les signes prémonitoires n'apparaissent que successivement et dans un ordre variable ; beaucoup ne seront jamais enregistrés; enfin l'un d'entre eux peut, en absorbant par son intensité toute l'attention du clinicien, exposer à des erreurs. Et c'est ainsi que la *céphalalgie* a pu être prise pour une simple migraine. La *douleur épigastrique* pour une gastralgie banale, ou être attribuée à l'ascension du fond de l'utérus ; la *dyspnée* a pu faire croire à de l'asthme. Moins décevantes que les troubles subjectifs seront les constatations objectives, dont l'existence est presque constante et la signification considérable. L'*albuminurie* ne fait que très rarement défaut; les causes d'erreur provenant du mélange à l'urine de liquides vaginaux ou de pus d'origine vésicale sont faciles à éviter, Quant à savoir si l'albuminurie est préexistante à la grossesse ou lui est consécutive, c'est là une question que des commémoratifs nets pourraient seuls trancher. L'*hypertension artérielle* ne manque jamais et on peut la rencontrer sans albuminurie concomitante, comme seul signe prémonitoire de l'éclampsie. Il faudra néanmoins la distinguer de l'hypertension que l'on observe pendant le travail. Mais celle-ci est intermittente et synchrone aux contractions utérines (Vaquez).

Dans tous les cas, la coexistence, chez une femme enceinte, de céphalalgie, d'albuminurie et d'hypertension artérielle forme une triade prééclamptique sure. *Le dernier de ces trois éléments, à lui seul, constituera en faveur de l'éclampsie une présomption qui n'est pas loin de la certitude.*

Non traitée malgré les avertissements menaçants

(1) Silex rapporte 4 cas d'amaurose subite prémonitoire des accès d'éclampsie, *Semaine méd.*, 1907, p. 123.

des signes prémonitoires, la femme s'achemine presque fatalement vers le deuxième stade de la maladie, l'accès.

III

Pendant les accès le diagnostic de l'éclampsie est presque toujours aisé, tant leur physionomie est caractéristique. On aura peu à attendre des circonstances diverses qui semblent avoir provoqué l'accès : émotion vive, promenade en voiture, manœuvres obstétricales, ou encore, cas les plus fréquents, écarts de régime [cas de Bar (1), de Chambrelent (2), de Raulin (3), de Clarke]. Ce sont là des notions plus susceptibles de contrarier que d'aider le diagnostic. L'époque à laquelle ils éclatent est à considérer : 49,5 p. 100 pendant la grossesse, 29,5 p. 100 pendant le travail, 20 p. 100 après l'accouchement (4). Mais le vrai moyen de reconnaître une crise d'éclampsie c'est d'y assister. On voit celle-ci évoluer immuablement en trois périodes : invasion, convulsions toniques, convulsions cloniques.

La PÉRIODE D'INVASION peut, exceptionnellement, commencer par une véritable aura : « La malade prononce quelques mots, fait un geste toujours le même, parfois exprime de la terreur » (Champetier de Ribes). Presque toujours l'accès débute par de très brefs et très rapides mouvements convulsifs, frappant les muscles de la face. Les paupières sont le siège de clignements très fréquents, les globes oculaires roulent dans les orbites, puis se dévient en haut et latéralement et cachent leur cornée derrière la paupière supérieure. Les ailes du nez sont agitées, la bouche est entr'ouverte et généralement déviée; la langue projetée hors de la bouche est animée de mouvements de va-et-vient. Ces mouvements fibrillaires sont presque toujours plus accentués d'un côté que de l'autre. Et dans les crises successives, on voit alternativement les traits se convulser tantôt à gauche, tantôt à droite.

Après les muscles de la face, ceux du cou sont atteints à leur tour. La tête après des oscillations rapides et latérales s'incline du côté gauche le plus souvent. Puis les secousses convulsives envahissent les membres supérieurs : les avant-bras sont en pronation forcée, les poings serrés, le pouce fléchi dans la main. Les membres abdominaux paraissent rester indemnes (Tarnier).

Enfin entrent en jeu les muscles du tronc, les muscles respiratoires et, en dernière ligne, comme l'a très bien montré Bar, à l'aide de deux pneumographes de Marey, le diaphragme. Tous les muscles sont ainsi, les uns après les autres, animés de petites convulsions et, vite, ils se contracturent.

La *durée* de cette période ne dépasse guère *une minute* et sa fin, coïncidant avec la tétanisation du diaphragme, est marquée par une cyanose intense. Et sans transition commence la période des CONVULSIONS TONIQUES. A la face grimaçante de tout à l'heure succède une immobilité presque absolue; c'est à peine si sur cette figure, déviée sur l'un des côtés, livide et cyanosée, l'on perçoit quelques légères contractions fibrillaires. Le regard est complètement fixe. La langue est souvent emprisonnée entre les mâchoires par la contracture des masséters et une écume sanguinolente s'écoule entre les lèvres. Le cou, les membres et le tronc sont raidis dans l'attitude déjà décrite. L'apnée est presque absolue; on a l'impression de la mort.

Mais ce tableau ne dure que *quinze à vingt secondes*. Une inspiration annonce la détente et le commencement de la période de CONVULSIONS CLONIQUES. La déviation des traits cesse; tous les muscles de la face sont agités de convulsions rapides (trois à quatre par seconde). Les paupières s'ouvrent et se referment rythmiquement; les globes oculaires roulent dans l'orbite; les lèvres se convulsent cloniquement; la femme mâchonne et se mord de plus en plus la langue. Sa physionomie est vraiment hideuse : sa face bleuâtre, livide et bouffie, rappelle quelquefois l'aspect de ces noyés qui ont séjourné quelque temps dans l'eau (Charpentier). La respiration se rétablit mais reste rapide, superficielle, irrégulière et bruyante, ayant un « caractère stertoreux et à demi singultueux », selon l'expression de Mme Lachapelle. Les muscles du cou balancent la tête d'un côté à l'autre. Les membres supérieurs battent un véritable mouvement de rappel. Seuls, au milieu de cette agitation générale, les membres inférieurs semblent rester indifférents.

Les convulsions sont généralement d'une amplitude modérée et il est exceptionnel de voir la femme projetée hors de son lit. Petit à petit les mouvements se ralentissent et deviennent plus amples. La malade pousse un soupir, ouvre les yeux et revient à elle ou, éventualité beaucoup plus fréquente, tombe dans le coma.

Cette période dure en moyenne *cinq minutes*, mais a pu durer jusqu'à dix et même vingt minutes (Tarnier).

Pendant l'accès presque toutes les fonctions sont troublées. Et il importe, pour la précision du diagnostic, d'étudier, dès qu'un moment de calme le permet, à côté des modifications subies par les deux syndromes *urinaire* et *cardio-vasculaire*, la marche de la *température*.

Les éléments du SYNDROME URINAIRE sont plus accusés qu'à la phase prodromique et acquièrent leur maximum de netteté après la première attaque. Les urines sont brunes, à reflets verdâtres. L'*oligurie* apparaît ou s'accentue, pouvant aller jusqu'à l'*anurie*. L'*albuminurie* est constante après le premier accès [Bar et Daunay (1), Morvan (2)]. Et si des cas ont été signalés sans albuminurie [Rudaux (3), Bouffe de Saint-Blaise (4), Van den Velde (5)], cela tiendrait, pour Bar, à ce fait que l'on néglige généralement la recherche de l'*albumine acéto-soluble* qui peut exister seule, à la place de la sérine habituelle. Il est rare que l'albumine soit inférieure à 1 ou 2 grammes. Elle est le double ou le triple de celle qui existait avant l'attaque et peut atteindre 10, 20, 50 (cas de Rendu), 100 grammes par litre (Bar) : il y a une véritable décharge massive d'albumine. Pendant la durée des accès il y a, encore, *rétention d'urée* et de *chlorures* (6). Six à dix-huit

(1) BAR. In *Traité* de Tarnier et Budin, III.
(2) CHAMBRELENT. Soc. méd. de chir. de Bordeaux, 23 déc. 1904.
(3) RAULIN. *Id.*
(4) REINBURG. Th. de Paris (Clinique Baudelocque), 1905.

(1) BAR et DAUNAY. Soc. d'obst., avril 1907.
(2) John MORVAN. *Amer. of obst. a. d. of women a. ch.*, 1906, nº 5.
(3) RUDAUX. *Arch. gén. de méd.*, 1906.
(4) BOUFFE DE SAINT-BLAISE. Congrès de 1900.
(5) VAN DEN VELDE. *Centralbl. f. Gyn.*, 1904.
(6) Cela n'est pourtant pas toujours vrai, puisque Bar (Soc. méd. des hôpit., 23 mars 1900) a trouvé sur 54 cas, 40 fois une augmentation considérable de l'urée.

heures après, on peut observer une crise uratique post-éclamptique, d'autant plus abondante que les accès ont été plus nombreux (Bar et Daunay). Le *coefficient uro-toxique* est fort au-dessous de la normale, sa décroissance a été rapide. Enfin les urines sont riches en *indican* et *urobiline*, contiennent des acides sulfo-conjugués de l'acétone et, souvent, des peptones.

En étudiant la *perméabilité rénale* à l'aide du bleu de méthylène et de la phlorhidzine, Bar (1) a constaté, à côté de cas à perméabilité très soudainement amoindrie, d'autres où elle était parfaitement conservée, même lorsque la mort devait être la terminaison de l'attaque.

Les éléments du SYNDROME CARDIO-VASCULAIRE, tout en restant les mêmes qu'à la phase prodromique, se sont, pendant l'attaque, remarquablement exagérés. Si l'on suit la marche de la *tension artérielle* on la voit monter très vite immédiatement avant l'accès, atteindre son apogée au moment des convulsions toniques et se maintenir, ensuite, à une constante toujours très élevée. Les chiffres de 25-28 sont communs. Le minimum de 18 est rare ; il n'est pas exceptionnel, par contre, de trouver 30 centimètres de mercure. L'attaque finie, la tension diminue un peu, tout en restant considérablement au-dessus de la normale. Et une descente progressive et franche à la normale n'a lieu que si les accidents doivent définitivement cesser. Tous ces phénomènes sont faciles à constater avec l'appareil Potain. Certains lui préfèrent l'appareil de Della Rocci ou de Bouloumié, ou le tonomètre de Gartner. Mais, en aucun cas, la palpation seule de la radiale ne saurait suffire pour affirmer l'hypertension.

Le *pouls* est, en effet, très souvent petit, tout en étant dur, tendu et accéléré. Moins trompeur sera l'examen direct du *cœur* : un claquement, un retentissement exagéré du deuxième bruit sera considéré avec Vaquez, et contrairement à l'opinion de von Krehl, comme un signe d'hypertension artérielle (2). L'examen du *sang*, enfin, montrera les mêmes modifications qu'à la phase prodromique, mais beaucoup plus accusées. Donath (3) y a signalé de l'acide sarcolactique.

Comme conséquence de l'hypertension artérielle et coexistant avec celle-ci, on trouve, dans bien des cas, de l'*hypertension du liquide céphalo-rachidien*. C'est là l'avis de Helme (4) qui, le premier, pratiqua la ponction lombaire chez les éclamptiques dans un but thérapeutique. C'est aussi l'avis de Krönig (5) qui a trouvé la pression intra-rachidienne oscillant entre 200 et 600 millimètres, alors que, normalement cette tension ne dépasse pas 120 millimètres. Thies (6), en se servant de l'appareil de Quincke, trouve 150 à 390 millimètres. Henkel (7) n'a trouvé d'hypertension intra-rachidienne que dans 4 cas sur 16. Il ne semble donc pas qu'elle soit constante et M. Vaquez (8) la croit liée, non pas nécessairement à l'hypertension sanguine, mais à l'existence d'un œdème cérébral. Quoi qu'il en soit, le liquide est limpide, réserve faite des cas compliqués, de

(1) BAR. *Leçons de pathologie obstétricale*, II, 1907.
(2) VAQUEZ. *Semaine méd.*, 1907, p. 122.
(3) DONATH. *Berl. klin. Wochens.*, 4 mars 1907.
(4) HELME. *Brit. gyn. Journ.*, mai 1904.
(5) KRÖNIG. *Centralbl. f. Gyn.*, 1904.
(6) THIES. *Centralbl. f. Gyn.*, 1906, p. 649.
(7) HENKEL. *Centrabl. f. Gyn.*, nov. 1904.
(8) VAQUEZ. Loc. cit.

réaction alcaline, contenant environ 0,25 p. 1000 d'albumine et toujours stérile [Henkel, Subral (1)]. Chirié (2) y a trouvé un chiffre élevé d'urée.

Méconnue par les anciens, l'HYPERTHERMIE a été indiquée, tout d'abord, par Quincke en 1865, par Winckel en 1869, et bien étudiée par Bourneville, puis par Budin, Dieudé, Herbort, etc. Les caractères sont fort variables. Tantôt très modérée, presque voisine de la normale, elle atteint, dans les cas graves, un degré très élevé. En notant la température vaginale toutes les heures, Budin a pu décrire deux formes d'hyperthermie. Dans la *première*, l'ascension thermique est ininterrompue jusqu'à la mort et continue même après celle-ci, pour arriver à 42 degrés et plus (3). Dans la *seconde*, l'ascension s'arrête à un moment donné, puis la température redescend vers la normale ; elle peut ensuite remonter et esquisser une courbe semblable à celle de la *période méningitique* de l'état de mal épileptique. Chacune de ces modalités thermiques peut, d'ailleurs, se terminer par la guérison ou par la mort.

D'une manière générale, des accès convulsifs, survenant au cours de la puerpéralité, débutant par la face, ayant l'évolution classique en trois périodes, s'accompagnant des syndromes urinaire et cardio-vasculaire, d'hyperthermie et, aboutissant au coma, imposent sans hésitation le diagnostic d'éclampsie. Néanmoins, la confusion a été faite avec la plupart des affections convulsives.

Et, avant tout, avec les NÉVROSES.

L'*épilepsie* est, sans conteste, l'affection capable d'imiter le mieux l'attaque d'éclampsie (4). L'identité des deux a, d'ailleurs, été soutenue par Mme Lachapelle, par Féré (5) [épilepsie puerpérale]. L'interrogatoire de la malade ou de son entourage sera très utile, en apprenant que, déjà avant sa grossesse, la femme avait des crises semblables. De plus, l'existence de la classique aura, le cri initial, tellement rare dans l'éclampsie que Tarnier ne l'a observé qu'une senle fois, les évacuations alvines, les attaques relativement espacées, seront autant d'éléments en faveur de l'épilepsie. De plus, dans celle-ci on n'aura pas les prodromes toxiques (céphalalgie, amblyopie, douleur épigastrique), ni les œdèmes, ni l'oligurie avec ces urines foncées, noires, méthémoglobinuriques souvent, de l'éclampsie. Mais par contre, on pourra noter une émission terminale et, dans bien des cas, considérable d'urines claires. L'albuminurie ne s'observe ici qu'exceptionnellement, après les attaques seulement et non pas comme phénomène précurseur. La température en dehors de l'état de mal, reste peu élevée et le coma est généralement de courte durée.

Tout cela est vrai dans les cas typiques. Mais les commémoratifs peuvent être absents ou inexistants [*première* (6) attaque d'épilepsie à l'occasion de la grossesse] ; les précédents accès ont pu n'être que nocturnes et passer inaperçus, la période de stertor se continuant avec le sommeil naturel, le cri initial, les évacuations alvines peuvent manquer, les crises peuvent être subintrantes dans l'état de mal épileptique et la température être, alors, très élevée.

(1) SUBRAL. Th. de Paris, 1903.
(2) CHIRIÉ. Loc. cit., p. 89.
(3) PLANCHU et SAVY. *Lyon méd.*, 15 oct. 1905.
(4) NEU. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, juillet 1907, p. 27.
(5) FÉRÉ. *Arch. de neurol.*, 1894.
(6) Cas de CHAMBRELENT. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, déc. 1899.

On conçoit, en pareil cas, toute la difficulté du diagnostic et, aussi, toute l'importance des syndromes urinaire et cardio-vasculaire.

Sans doute, même dans l'épilepsie, on voit la tension artérielle augmenter notablement, mais *pendant les crises seulement.*

Les recherches de Féré (1), de Pilcz [de Vienne (2)], de Chirié (3) ont, en effet, montré que la tension chez les épileptiques était normale avant les accès, s'élevait pendant ceux-ci, pour retomber, après, à la normale ou même au-dessous de la normale.

Avec l'*hystérie*, l'erreur sera moins facile, les caractères différentiels étant beaucoup plus nets.

L'aura, prélude immédiat de l'attaque d'hystérie, est surtout typique : douleur localisée en général au niveau de l'ovaire, du côté gauche le plus souvent; la boule hystérique, avec la sensation d'étouffement, de strangulation, les sifflements d'oreilles, ce sont là des phénomènes que l'on ne voit pas dans l'éclampsie.

Si l'on assiste à l'*attaque de grand mal*, on recueillera de nouveaux éléments de diagnostic.

Sans doute, l'attaque d'hystérie évolue aussi, brutale et sans cri initial, souvent en trois phases, tonique, clonique et de résolution. Mais déjà, pendant cette dernière, la malade est agitée de spasmes violents, de secousses généralisées et passagères. Puis, aussitôt après, on assiste à une période inconnue dans l'éclampsie, la période des contorsions et des grands mouvements.

Les attitudes passionnelles, invraisemblables, les attitudes de terreur, d'extase, les grands mouvements de salutation, de flexion et d'extension, les cris, le délire enfin, sont caractéristiques de la névrose. Puis, quelques instants d'immobilité et de silence, et la malade ouvre les yeux, à peine fatiguée, prête à reprendre ses occupations. Ce dernier fait peut aussi, il est vrai, exister dans l'éclampsie, mais cela est tout à fait exceptionnel. Enfin, les attaques d'hystérie durent plus longtemps (un quart d'heure, une heure et plus) et sont aussi plus distancées que celles d'éclampsie.

La *petite attaque d'hystérie* présente les mêmes troubles prodromiques que la grande.

De plus, le souvenir des attaques antérieures, l'aura, la phase post-convulsive, avec ses rêves à hautes voix, sans gestes, avec ses marmottements, les stigmates hystériques, la durée enfin (quinze à trente minutes) la distinguent aisément de l'attaque gravidique.

En somme, le diagnostic ne serait difficile que si l'on avait affaire à une attaque d'hystérie fruste, ou encore, si la femme était dans le coma ou dans le mutisme post-convulsif ou enfin, si sa première attaque d'hystérie n'était apparue qu'à l'occasion de sa grossesse.

Mais dans cette névrose — et contrairement à ce que l'on voit dans l'éclampsie — la *température* reste voisine de la normale; après les convulsions on observe une *polyurie* claire. L'albumine n'existe ici qu'exceptionnellement. Gilles de la Tourette et Cathelineau (4) ont indiqué dans l'urine des hystériques l'*inversion des phosphates urinaires.* Enfin, l'état de la *tension artérielle* prête ici aux mêmes considérations que pour l'épilepsie [Chirié (5)].

(1) Féré. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1889, p. 369.
(2) Pilcz. Soc. império-royale de méd. de Vienne, 1907.
(3) Chirié. Loc. cit.
(4) Gilles de La Tourette et Cathelineau. *Progrès méd.*, 1890.
(5) Chirié. Loc. cit.

Une autre névrose, avec laquelle le diagnostic se posera rarement et sera, dans tous les cas, assez aisé, c'est la *chorée.* Il ne s'agira, bien entendu, que de la chorée grave avec asphyxie aboutissant à ce que Charcot a dénommé *état de mal choréique.* Bien qu'elle puisse se montrer, exceptionnellement, dans le post-partum (*chorea lactantium*), on la voit de préférence avant le quatrième mois de la grossesse, alors que l'éclampsie a une prédilection marquée pour la fin de celle-ci. Et on aura déjà là un bon élément de diagnostic.

Dans cette forme de chorée grave, les gesticulations ont les caractères de celles de la chorée simple, mais sont beaucoup plus intenses; les muscles pharyngo-laryngés peuvent être intéressés et l'asphyxie se montre, menaçante. Les mouvements réveillés comme dans l'éclampsie par le toucher vaginal et par les déplacements du fœtus, évoluent d'une façon assez caractéristique. Ils diminuent progressivement d'amplitude puis disparaissent et sont remplacés par des soubresauts tendineux. La température monte habituellement à 38, 39 ou 40 degrés. Le délire apparaît, et la mort, qui n'est pourtant pas fatale, survient dans un demi-coma. Mais en dehors de cette période toute terminale, la persistance de la connaissance est complète. Et ce fait surtout, avec les anamnestiques (chorée aux grossesses antérieures), la forme et l'allure des mouvements rendront l'hésitation de courte durée.

Affections cérébrales. — La *congestion cérébrale* dans sa forme aiguë, légère, ne ressemble guère à l'éclampsie. Quant à celle du genre épileptiforme — les convulsions généralisées ou non, avec ou sans perte de connaissance, évoluant par crises uniques ou répétées — elle ne sera distinguée que par l'absence des symptômes cardinaux de l'intoxication gravidique : oligurie, albuminurie, hypertension artérielle en dehors des accès. Enfin, la forme grave de la congestion cérébrale, aboutissant vite au stertor et au coma, ne sera pas non plus d'un diagnostic difficile, et cela malgré l'existence de prodromes analogues à ceux de l'éclampsie et la possibilité d'hypertension artérielle (artério-sclérose). Car elle survient, habituellement, après la ménopause, il n'y a ni oligurie, ni albuminurie, ni œdèmes et la température ne s'éloigne pas beaucoup de la normale.

Les *tumeurs cérébrales* ont, sans doute, des caractères communs avec l'éclampsie (1) : céphalée, vomissements, troubles oculaires, convulsions. Mais la céphalée est beaucoup plus violente, arrache des cris, des gémissements ; mais les vomissements ont ce caractère de régurgitation propre aux vomissements cérébraux ; mais les troubles visuels s'installent lentement, et l'ophtalmoscope relève de la stase papillaire. Les convulsions enfin, ont des caractères bien propres. Souvent, en effet, elles revêtent le type bravais-jacksonien, avec son aura très précise, son début toujours le même, facial, brachial ou crural, unilatéral. Tandis que dans l'éclampsie, au cours des crises successives, c'est tour à tour le côté droit puis le gauche qui commence. La perte de connaissance, de courte durée d'ailleurs, est rare ; la fièvre, lorsqu'elle existera, sera tardive; il y a souvent des mono ou hémiplégies post-convulsives. Les convul-

(1) Pottet et de Kervilly. Accès éclamptiforme chez une femme en travail dus à la présence d'une tumeur cérébrale siégeant sur la première frontale droite, Soc. obst., 16 mai 1907.

sions sont-elles généralisées, leur mode d'extension toujours identique ; l'existence de vertiges, d'anesthésies quelquefois à forme douloureuse ; les troubles psychiques, l'abêtissement progressif ; la lenteur du processus ; l'absence d'oligurie et d'albuminurie — permettront presque toujours le diagnostic.

La plupart des MALADIES INFECTIEUSES à forme convulsive pourront, chez une femme enceinte, être prises pour de l'éclampsie. La *méningite cérébro-spinale* (1) ne prêtera pas longtemps à erreur. Le facies de la malade, son attitude en chien de fusil, le signe de Kernig, les douleurs rachidiennes, les troubles sensitifs et surtout la ponction lombaire lèveront vite les doutes. D'autant plus que la formule urinaire (Lœper et Gouraud) est ici l'inverse de ce qu'elle est dans l'éclampsie et que le coma est tardif et sans rémission.

Le *tétanos* aigu à forme commune est rare chez la femme. En tout cas, on fera le diagnostic grâce aux commémoratifs, au rire sardonique, au trismus, aux contractures permanentes et incoercibles, entrecoupées de crises spasmodiques paroxystiques, à l'absence des syndromes urinaire et cardio-vasculaire de l'éclampsie, à l'absence de vomissements et de céphalée, à l'intégrité *de l'intelligence*. Dans le tétanos puerpéral (2) proprement dit, on aura presque uniquement des troubles pharyngo-laryngés, avec accès de suffocation, les membres et la face restant presque complètement indemnes.

INTOXICATIONS. — L'intoxication par le *phosphore* réalisant le tableau de l'ictère grave, son diagnostic différentiel se confond avec celui de cette affection. De plus, on recherchera les commémoratifs, l'odeur alliacée de l'haleine, la phosphorescence des vomissements.

Dans l'intoxication *strychnique*, la précocité de la contracture des membres, le trismus, le délire, l'évolution, l'absence des prodromes pré-éclamptiques et la notion de l'ingestion de strychnine serviront d'éléments différentiels.

De toutes les intoxications c'est l'*encéphalopathie saturnine* à forme convulsive qui simule le plus parfaitement l'éclampsie. Mêmes prodromes, similitude de l'accès, même évolution et succession des phénomènes ; coma et élévation thermique absolument comme dans l'intoxication gravidique.

Il n'est pas jusqu'à l'albuminurie et à l'hypertension artérielle qui ne puissent être constatées dans l'intoxication plombique.

Aussi, seuls les commémoratifs des attaques de coliques de plomb antérieures et les stigmates du saturnisme (anémie, liséré de Burton, plaques ardoisées de la muqueuse buccale, etc.) permettront de faire le diagnostic.

Entre l'URÉMIE CONVULSIVE et l'éclampsie la ressemblance clinique est presque absolue. Certains auteurs (Frerichs, Braun, Boyer, Simpson) d'ailleurs identifient les deux affections. Ceux qui les distinguent l'une de l'autre donnent des éléments différentiels qui n'ont qu'une valeur relative. Les *anamnestiques* viennent en première ligne : préexistence d'une lésion rénale plus ou moins ancienne. Les troubles auditifs prémonitoires, l'hyperesthésie auditive, les vertiges sont plus fréquents dans l'urémie. Les éruptions cutanées, le prurit pénible, les sueurs d'urée, le doigt mort, les épistaxis, les bronchites à répétition n'existent pas dans la pré-éclampsie. Il en est de même de la stomatite, du ptyalisme, des manifestations parotidiennes et de la diarrhée séreuse ou dysentérique. Les *œdèmes* seraient beaucoup plus accentués dans l'urémie, le bruit de galop plus constant. On a invoqué, enfin, en faveur de l'urémie, l'*hypotermie* et la *respiration de Cheyne-Stokes*. Phénomènes incertains, car le premier est remplacé par de l'hyperthermie dans l'urémie convulsive, et le deuxième peut très bien s'observer dans l'éclampsie.

IV

Le diagnostic du coma éclamptique présente des difficultés inégales. De deux choses l'une : ou bien le coma n'est point terminal, de nouvelles attaques éclatent et viennent ainsi indiquer sa véritable cause. Ou bien le coma est terminal et le diagnostic peut alors être très difficile. Sans doute, les anamnestiques, la description des attaques par l'entourage, la bouffissure et la lividité de la face, les œdèmes, les morsures de la langue, la respiration stertoreuse, l'agitation intermittente, les urines très rares, très foncées et albumineuses, l'hypertension artérielle ; la notion de la grossesse, permettront presque toujours le diagnostic. Cependant, avant de conclure fermement, il sera prudent de passer en revue tous les autres comas, que l'on éliminera grâce, d'une part, à l'absence de la plupart des symptômes énumérés, et d'autre part, à l'existence de symptômes propres.

Parmi les NÉVROSES on doit étudier les comas de l'épilepsie et de l'hystérie.

Dans le *coma épileptique*, l'élévation thermique, possible mais très rare, est généralement minime. Les urines sont abondantes, non albumineuses et non méthémoglobinuriques. L'incontinence des réservoirs est un élément différentiel des plus sérieux. Il en est de même de la durée : le coma épileptique est presque toujours plus court que celui de l'éclamptique.

L'*apoplexie hystérique*, décrite par Debove et Achard, pourra prêter à confusion. Mais le stertor est habituellement absent, la température et le pouls non modifiés, pas d'albumine, facies peu modifié. De plus on aura les anamnestiques, les points hystérogènes, la répétition des attaques pendant plusieurs jours quelquefois.

Le coma des LÉSIONS CÉRÉBRALES sera souvent d'un diagnostic très ardu. Celui de la *commotion cérébrale* se distinguera cependant par le pouls si caractéristiquement lent (50, 30 pulsations), par la pâleur et le calme du facies, la respiration silencieuse, les urines non albumineuses, l'incontinence fréquente des réservoirs, l'hypothermie.

Dans le coma de la *contusion cérébrale*, on verra s'ajouter, aux phénomènes précédents, des paralysies et des convulsions à localisation particulière et absolument invariable.

Le coma des *tumeurs cérébrales* ne pourrait induire en erreur que dans les cas, si rares, de coma d'emblée. Le plus souvent, en effet, la femme présentait depuis longtemps déjà le syndrome d'hypertension intracranienne. De plus, l'oligurie, les urines rares et foncées, l'œdème des membres manquent. Enfin l'évolution est beaucoup plus brutale dans le cas de tumeur cérébrale et la mort est rapide.

Dans les *méningites*, le coma n'est généralement

(1) MÖLLER. *Danemark. Hosp. stidente*, 1899.
(2) WURDACH. *Prag. med. Woch.*, 1903, nos 9 et 10.

qu'un état terminal, survenant chez une malade qui garde le lit depuis plusieurs jours et qui avait présenté la triade méningitique classique et des phénomènes d'excitation manifestes, qui se sont effacés petit à petit pour faire place au coma final. D'ailleurs, celui-ci serait-il survenu d'emblée, que le diagnostic sera encore possible, car ce coma est moins complet, moins profond que celui de l'éclamptique, entrecoupé par moments de soubresauts tendineux, de plaintes, de cris. On constate diverses paralysies. Enfin l'examen du liquide retiré par la ponction lombaire enlèvera tous les doutes.

Le coma de l'*hémorragie cérébrale* présente avec celui de l'éclampsie de grandes analogies. En revanche, nombreux sont les caractères différentiels. Le pouls n'est pas tendu et n'a pas la fréquence de celui de l'éclampsie; l'hypertension artérielle de cette dernière est ici absente. La température, loin d'être élevée, est au-dessous de la normale, dans les premiers moments du moins. La déviation conjuguée de la tête et des yeux est un signe d'une importance absolue. De plus il y a paralysie faciale et, déjà pendant le coma, on pourra, comme l'a montré Grasset, reconnaître une hémiplégie flasque : les membres du côté hémiplégié sont étendus, rectilignes, « abandonnés » (Grasset) et, soulevés, retombent plus rapidement et plus lourdement que du côté sain. Enfin il n'y a pas d'albuminurie et l'évolution est différente dans les deux cas.

Le coma de l'*hémorragie méningée* est d'un diagnostic encore plus ardu que celui de l'hémorragie cérébrale. Ici, en effet, la déviation conjuguée de la tête et des yeux est absente ou exceptionnelle; la paralysie faciale et l'hémiplégie n'apparaissent qu'à mesure que le malade se réveille. En faveur de l'hémorragie méningée il y aura, dans le cas de traumatisme, l'existence de « l'intervalle libre » des Allemands; les caractères du pouls et de la température qui sont, encore ici comme dans l'hémorragie cérébrale, absolument différents de ce que l'on observe dans l'éclampsie. La rapidité de l'évolution du coma méningé sera également un élément différentiel : la mort survient fréquemment à très brève échéance. De plus l'hémorragie méningée est rare et plutôt l'apanage des femmes âgées, alors que l'éclampsie se voit habituellement chez des femmes jeunes. Enfin, la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien trancheront définitivement le diagnostic.

Mais hémorragies cérébrale et méningée peuvent venir compliquer l'éclampsie et on verra plus loin combien est délicat leur diagnostic causal.

Parmi les COMAS TOXIQUES, celui de l'*ivresse* sera facilement reconnu, grâce à l'odeur de l'haleine et des vomissements. Le *coma saturnin* ne sera dépisté que si l'on connaît les antécédents de la malade et si on lui découvre les stigmates de l'intoxication plombique. Dans l'intoxication *phosphorée* le coma est progressif, succédant à une phase de troubles gastro-intestinaux et aboutissant à la mort au milieu du syndrome ictère grave avec hypothermie. Les comas dus à l'*opium* et au *chloral* s'accompagnent de myosis. Mais comme la plupart des autres comas toxiques, ils ne pourront être que soupçonnés si les anamnestiques sont absents ou insuffisants.

Le *coma diabétique* sera aisément reconnu, car l'hypertension artérielle y manque et l'hypothermie est manifeste. On se basera de plus sur les commémoratifs, la période d'invasion avec ses troubles digestifs et nerveux, la pâleur du visage, la dyspnée spéciale, l'odeur chloroformique de l'haleine et des urines, ces dernières présentant, en outre, la classique réaction de Gerhard. D'ailleurs il est des cas, rares il est vrai, où diabète et éclampsie coexistent, et Essenson (1) se demande si le diabète ne joue pas le rôle de facteur étiologique de l'éclampsie, en servant d'auto-intoxication. Le diagnostic est alors très délicat.

V

Tels sont les problèmes qui se posent aux différentes étapes de l'éclampsie. Et presque toujours ce seront les seuls que l'on aura à résoudre.

Dans l'immense majorité des cas, en effet, la marche de l'affection est la même. A la phase prodromique succède l'accès. Après celui-ci de deux choses l'une : ou bien la malade ouvre les yeux et reste dans un état de stupeur, d'hébétude assez intense, l'intelligence est obtuse et la mémoire est abolie, ou bien elle tombe dans le coma. Ce dernier peut être terminal, l'accès ayant été unique; c'est bien rare. Le plus souvent il est entrecoupé de nouvelles attaques, se suivant à des intervalles plus ou moins rapprochés, et l'état de mal peut se prolonger pendant dix, vingt-quatre, quarante-huit heures et plus. Le coma peut durer plusieurs jours (*période méningitique* des auteurs). Puis si la *guérison* doit survenir on voit la température et la tension artérielle descendre graduellement à la normale, en même temps qu'une *crise urinaire* abondante vient annoncer la fin du mal.

Mais la marche de l'éclampsie peut être tout autre. La *mort* peut s'observer à chacune des trois périodes (2). Même en dehors de cette éventualité, le syndrome peut s'arrêter à l'une quelconque de ses phases; celles-ci peuvent d'autre part être modifiées.

Et il résultera de tous ces faits, avec des difficultés de diagnostic nouvelles, diverses formes cliniques. Dans la *forme prolongée* les attaques sont excessivement longues : la période tonique et surtout la période clonique peuvent durer jusqu'à vingt minutes (Tarnier), une heure (Budin). Guglielmi (3) a même signalé des *formes à répétitions*.

Par contre, dans la *forme larvée* (4), que l'on observerait surtout chez les femmes un peu âgées (5), l'accès est en quelque sorte limité à la période d'invasion; à peine quelques mouvements convulsifs de la face, quelques clignotements des paupières, un peu d'étonnement et c'est tout (6). Cette forme peut d'ailleurs s'associer et alterner avec la précédente.

On a décrit une *éclampsie sans convulsions*, toute la symptomatologie consistant dans les phénomènes de l'éclampsisme. Et cependant l'issue peut en être fatale par les complications qu'elle occasionne (7). Ces cas déjà relatés par Budin sont surtout nombreux à l'étranger [Schmorl (8), Wendt (9), Meyer-

(1) ESSENSON. *New-York med. Journ.*, 14 avril 1906.
(2) BAR, in Th. de CIER. *Sur 129 cas d'éclampsie, la mort survint 2 fois avant, 4 fois pendant, 41 fois après l'accès*, 1907.
(3) GUGLIELMI. *Ann. di obstet. e ginecol.*, nov. 1904.
(4) BENTIVEGNA. *Lucina sicula*, mai 1904.
(5) PARIS. Th. de CIER, 1907.
(6) ALFIERI. *Ginecol.*, 15 sept. 1904.
(7) MACÉ et GAILLARD. Soc. d'obstét. de Paris, 1906. — BUDIN. Soc. d'obstét. de France, avril 1898.
(8) SCHMORL. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. LXV.
(9) WENDT. *Id.*, Bd. LVI.

Wirz (1), Labhardt (2), Potau (3), Bauer (4), Binder (5), Esch (6), Reinecke (7)].

Les cas d'*éclampsie tardive* ne sont pas très rares. Ils surviennent soit aussitôt après l'accouchement, soit plus tard, cinq, quinze jours, un mois [cas de Vaquez (8)], six semaines [cas de Götz (9)]. Leur symptomatologie est souvent typique [cas de Doléris, B. de Saint-Blaise (10), Charles (11), Essenson (12). En tous cas, les stigmates urinaires et circulatoires de l'éclampsie n'y manquent pas. Et cela, joint aux anamnestiques, permettra de distinguer cette forme des *accidents causés par les injections intra-utérines* (13), injections phéniquées ou au sublimé, qui peuvent quelquefois simuler à la perfection une crise d'éclampsie (14).

Enfin on ne cite, que pour les rejeter, les cas d'*éclampsie sans grossesse* [cas de Donrath (15) chez une vierge de seize ans] qui ne sont très certainement que de l'éclampsie (16). *(A suivre.)*

CONGRÈS

IVe CONGRÈS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE. — Le Comité d'organisation du IVe Congrès de climatothérapie et d'hygiène urbaine, qui doit se tenir à Biarritz du 20 au 25 avril 1908, soucieux de donner les informations de tout ordre qui peuvent utilement renseigner les médecins, tient à ajouter à la publication d'un programme scientifique, dernièrement paru, les indications suivantes :

Les journées seront partagées entre les séances de travail qui auront lieu le matin et les excursions et divertissements qui auront lieu les après-midi ; le but des promenades sera la visite des plus intéressantes stations du littoral et du pays basque. Quelques-unes, Cambo, Guéthary, Hendaye, réservent au Congrès des réceptions officielles. Trains spéciaux et voitures seront retenus d'avance et à prix réduits.

Le 25 avril, les congressistes se rendront en Espagne, où la ville de Saint-Sébastien organisera des fêtes de jour et de nuit. Le train spécial qui les y aura amenés les transportera le dimanche 26 avril, à Arcachon, où une réception leur sera offerte par le corps.

Malgré l'affluence du monde à Biarritz, en cette brillante semaine de Pâques, des logements confortables, dans les meilleurs hôtels et à des prix modérés, seront assurés à tous ceux qui se seront fait inscrire avant le 15 mars. Cette garantie a été donnée par les hôteliers eux-mêmes, et il sera communiqué à tout congressiste le barème de ces prix de faveur.

Le Congrès est ouvert non seulement au corps médical mais à tout savant s'occupant de climatologie et d'hygiène urbaine. Les femmes et les enfants des congressistes peuvent jouir, comme membres associés, des avantages accordés aux membres titulaires ; les étudiants en médecine également.

Ils participeront donc à toutes les fêtes et excursions, mais ils ne prendront pas part aux discussions des rapports, communications et autres délibérations.

Pour tout renseignement, s'adresser au secrétaire général, docteur F. Gallard, à Biarritz.

Pour les adhésions, s'adresser au trésorier général, docteur P. Berne, à Biarritz.

(1) MEYER-WIRZ. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. LXVI.
(2) LABHARDT. *Zeits. f. geb. Gyn.*, Bd. LIV.
(3) POTAU. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII.
(4) BAUER. *Monats. f. geb. Gyn.*, Bd. XXIII.
(5) BINDER *Centralbl. f. Gyn.*, 15 sept. 1906.
(6) ESCH. *Centralbl. f. Gyn.*, 10 mars 1906.
(7) REINECKE. *Munch. med. Wochens.*, 30 juillet 1907.
(8) VAQUEZ. Soc. d'obstét., 1906.
(9) GÖTZ. *Centralbl. f. Gyn.*, 1901.
(10) B. DE SAINT-BLAISE. Soc. d'obstét., juin 1904.
(11) CHARLES. *Journ. d'accouchement de Liége*, 1905.
(12) ESSENSON. *New-York med. Journ.*, 1906.
(13) Cas de TARNIER, BAR, HELLER, PORAK, BRAUN, BUDIN et AUVARD, WINTER, in Th. de THEUVENY, Paris 1903 ; — Cas de JEANNIN. Soc. d'obstét., fév. 1904.
(14) Dans un cas considéré comme éclampsie tardive, Doléris trouva, à l'autopsie, une méningite de la base, Soc. d'obstét., juin 1904.
(15) DONRATH. *Wiener klin. Wochens.*, 1901.
(16) HITSCHMANN (*Centralbl. f. Gyn.*, 1904, p. 437) rapporte l'observation unique d'une éclampsie chez une femme enceinte de cinq mois et expulsant une *môle hydatiforme sans fœtus*.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 9 AU 14 MARS 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Branca et Lecène.

1er (oral) : MM. Blanchard, Rieffel et Mulon ; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Sicard ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 10 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Rieffel et Morestin.

3e (oral, 2e partie) : MM. Dieulafoy, Gouget et Brumpt ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Albarran et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 11 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Branca et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Legry et Macaigne.

1er (oral) : MM. Blanchard, Rieffel et Mulon ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 12 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Rieffel et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Maillard et Brumpt.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Richaud ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 13 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Delens et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Zimmern ; — M. Mulon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Lecène et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Segond, Gosset et Proust ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Legry, suppléant.

Samedi 14 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Morestin et Lenormant.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Launois.

2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca ; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Nobécourt ; — (2e série) : MM. G. Ballet, Jeanselme et Fernand Bezançon ; — M. Castaigne, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Jeannin ; — M. Brumpt, suppléant.

Les maladies de l'énergie, par le docteur Albert DESCHAMPS, préface de M. le professeur RAYMOND. In-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Félix Alcan.

La radio-activité de la matière, par M. Emm. POZZI-ESCOT, 18-18 de 108 pages, IXe volume des Actualités chimiques et biologiques. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — Lecture des copies. — *Symptomatologie.* — Séance du 29 février : MM. Crouzon et Herscher, 10; Lévi (Léopold), 9; Ramond et Weill (Benjamin), 8; Hauser et Thaon, 7.

M. Balthazard, excusé, lira après la fin de la série de symptomatologie.

Prochaines séances le 3 mars, à cinq heures, et le 4 mars à dix heures du matin, à la salle des concours de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères.

Anatomie pathologique. — Séance du 29 février : MM. Camus, Nattan-Larrier et Sainton, 10; Boidin, Lemierre, Léri et Merklen, 9; Faure-Beaulieu, Froin et Leven, 8; Salomon, 7.

Séance du 1er mars : MM. Comte, Decloux, Le Sourd, Pagniez, Rathery et Ribadeau-Dumas, 10; Chiray, Gaultier, Ribierre, Terrien, Trémolières et Voisin, 9.

Prochaine séance mercredi 4 mars, à quatre heures et demie, à Beaujon.

— Concours de l'internat. — *Notes.* — Anatomie. — Séance du 28 février : MM. Miginiac, 11; Lévy (Alfred), 6; Bonnet, 7; Brac, 12; Pélissier (André), 13; Rousseau-Langwelt, 9; Chamard, 6; Kindberg (Léon), 13; Camboulives, 5; Viel (Emile), 10; Sevestre, 13; François (Maurice), 8.

Séance du 1er mars : MM. Cadoul et Gaillard, 6; Lévy (Edmond), 11; Brodin, 10; Ramadier, 4; Lutembacher, 11; François (René), 8; Houlmann, 9; Passot, 11; Thibaut (David), 10.

La première séance d'oral aura lieu le mercredi 4 mars, à cinq heures, salle des Saints-Pères.

Pathologie. — Séance du 29 février : MM. Guénot, 10; Vignes, 7; Weber et Liébault, 6; Houlmann, 8; Carrié, 7; Ménard et Levant, 11; Tison, 7; Mutel, 9.

— Le concours pour les places de chef des laboratoires de radiographie. — On sait qu'à la suite du vote du Conseil municipal en 1906 prévoyant un crédit pour l'organisation des laboratoires de radiologie dans les hôpitaux, le Conseil de surveillance de l'assistance publique se préoccupa du recrutement du personnel de chaque laboratoire.

Il fut décidé que chaque laboratoire serait dirigé par un chef pourvu du diplôme de docteur en médecine, nommé pour des périodes successives d'une année par le directeur de l'administration sur présentation des chefs de service de l'établissement intéressé, parmi des médecins dont la candidature aurait été préalablement agréée par une commission spéciale, qui devait comprendre :

1 membre du conseil de surveillance désigné par ses collègues (M. Honoré).

Les trois représentants au conseil des médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux (MM. les docteurs Walther, Faisans et Bonnaire).

2 spécialistes pris parmi les praticiens radiographes ou parmi les professeurs de physique à l'Ecole polytechnique, à l'Ecole centrale, à l'Ecole des arts et métiers, à la faculté des sciences (MM. Contremoulins et Infroit).

1 représentant de l'administration (M. Aubert).

Le nombre des membres de la commission fut, en 1907, porté à 9 par l'adjonction des deux nouveaux membres, expressément choisis parmi les professeurs de physique de la faculté des sciences de l'École polytechnique, de l'Ecole centrale, du Conservatoire des arts et métiers (MM. H. Becquerel et Marcel Deprez).

La mission de la commission consistait à admettre ou à ajourner les candidatures qui lui étaient soumises. Après discussion, elle estima que le meilleur moyen de juger les candidats était de leur demander, pour la commission et pour chacun de ses membres, un exposé de leurs titres et travaux scientifiques, ainsi que des renseignements détaillés sur les conditions dans lesquelles ils avaient étudié et pratiqué la radiologie, avec l'indication des chefs de service des hôpitaux auxquels ils auraient pour la radiologie prêté leur concours; de son côté, l'administration demande aux chefs de service désignés par les candidats de certifier, sous leur responsabilité, leur appréciation sur ces derniers et sur leur valeur comme praticiens.

(*Voir la suite, p. 309, aux* Nouvelles.)

SUTURE DE LA VESSIE

PAR DÉCOLLEMENT ET REBROUSSEMENT DE LA MUQUEUSE

Par Paul DELBET,
Ancien chef de clinique chirurgicale.

Les avantages de la suture de la vessie après la taille hypogastrique sont bien connus : cicatrisation plus rapide de la plaie, ligne de réunion plus nette, suppression de l'écoulement de l'urine par l'hypogastre, danger moindre d'infiltration et de suppuration de l'espace prévésical, infection vésicale secondaire moins à craindre, cicatrice plus solide, tels sont les arguments que l'on peut faire valoir en faveur de la fermeture immédiate de la vessie et qui font recourir à la méthode toutes les fois qu'il n'existe pas de contre-indication formelle, telle que infection profonde de la vessie, hémorragie actuelle ou future probable.

La suture ne rend malheureusement pas toujours les services qu'on en attend, car elle ne peut remplir son rôle que si elle est parfaitement étanche et c'est là une condition que rarement elle réalise. Les chirurgiens n'ont qu'à faire appel à leur souvenir pour se rappeler les nombreux cas ou malgré le soin apporté à la réfection de la paroi vésicale, l'urine s'est mise à suinter entre les fils ainsi que les cas où une suture étanche au début est devenue rapidement perméable.

Les raisons de l'échec de la suture sont multiples. Ce sont les lésions et les contusions des lèvres de la plaie vésicale au cours de l'acte opératoire, la mise des surfaces de section au contact de l'urine, les alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie provoquant à certains moments la distension puis le relâchement de la suture, la nécessité d'employer le catgut et le rapide ramollissement de ce dernier; enfin l'adossement de tissus d'une faible plasticité : paroi musculaire de la vessie et tissu cellulaire prévésical.

Certaines précautions permettent d'éviter quelques-unes de ces causes d'échec. On peut protéger au cours de l'opération les lèvres de la plaie avec des valves ou des compresses, appliquer une sonde à demeure pour assurer l'évacuation permanente de la vessie, employer un catgut fort et lentement résorbable pour la suture, mais ce sont là les petits côtés de la question et l'on se heurte toujours à cette difficulté : les lèvres de la plaie vésicale sont formées de tissus faiblement plastiques, muscles et tissu cellulaire.

A ce point de vue la vessie n'est nullement, quoi qu'on en ait dit, comparable à l'intestin. L'intestin est recouvert d'une séreuse, le péritoine, membrane tellement favorable à la constitution des adhérences, que, deux heures après la suture, des dépôts glutineux assurent déjà la continuité virtuelle des surfaces mises en contact. Le revêtement péritonéal n'existant que sur la face postérieure de la vessie et cette face n'étant pas celle que le chirurgien incise, force est de chercher ailleurs la solution du problème de la fermeture rapide de la vessie.

Or il est dans les organes creux une membrane qui moins plastique que la séreuse, jouit cependant de la propriété de se réparer assez vite, c'est la muqueuse. Lâchement fixée aux parties profondes, largement vascularisée, la muqueuse peut être mise en contact avec elle-même sur une large étendue, ses faces cruentées s'accolent avec une certaine rapidité, c'est là une disposition déjà utilisée par Ricard dans la cure des fistules vésico-vaginales. J'ai pensé à la mettre à profit pour assurer de même la fermeture rapide de la vessie après la taille hypogastrique. J'ai publié le procédé dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1907, p. 519); voici en quoi il consiste.

Après avoir ouvert la vessie, je passe s'il y a lieu des fils suspenseurs dans les lèvres de la plaie vésicale à la manière de M. Guyon. J'ai soin toutefois, pour éviter la filtration ultérieure de l'urine à travers les orifices des fils, de passer ces derniers très obliquement de manière à les faire ressortir sur la tranche vésicale, sans intéresser la muqueuse.

Les manœuvres intra-vésicales terminées, et la sonde à demeure mise en place, je saisis successivement chacune des lèvres de la plaie vésicale et à l'aide d'un bistouri ou de fins ciseaux tranchants, je décolle la muqueuse de la musculeuse circonférentiellement dans une étendue d'un centimètre. Je ferme ensuite la vessie par un surjet au catgut n° 2; je place la première anse de fil sur la musculeuse à un centimètre au delà de l'angle inférieur de la plaie de la taille et sans perforer la muqueuse, je place les anses suivantes et faisant pénétrer chaque fois le fil aux limites du décollement de la muqueuse et de la musculeuse, c'est-à-dire à un centimètre du bord de la section de la taille. Les anses sont placées à trois millimètres environ l'une de l'autre. On conçoit aisément ce qui se passe quand les anses sont serrées. Les lèvres musculaires se plissent dans le fil, la muqueuse est refoulée vers le centre de la vessie, les bords de la section muqueuse forment crète dans la vessie, les faces cruentées s'adossent sur une large surface et forment valvule de telle sorte que les surfaces cruentées de la muqueuse sont d'autant plus pressées l'une contre l'autre que la vessie est plus remplie. Les différents plans de la paroi abdominale sont ensuite reconstitués de la manière ordinaire.

Ce procédé m'a donné deux très beaux succès que j'ai publiés dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, il vient de m'en donner un troisième d'autant plus intéressant qu'il s'agissait d'une blessure extra-péritonéale de la vessie au cours d'une laparotomie pour annexite et que cet incident n'a modifié en rien l'heureuse issue de l'intervention.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans qui contracta une métrite au commencement de 1907 et chez laquelle un traitement endo-utérin ne suffit pas à empêcher le développement d'une périmétro salpingite. Cette jeune femme entre dans ma maison de santé le 14 octobre 1907, dix jours après l'apparition des accidents péritonitiques. En touchant la malade on sent l'utérus gros, douloureux et antéfléchi, refoulé en avant et à gauche, le cul-de-sac gauche est

libre, le droit est occupé par une masse du volume du poing, douloureuse, de consistance irrégulière, ferme en certains points, rénitente ailleurs. Cette masse se continue avec une tumeur vaguement fluctuante que l'on sent par la palpation abdominale et qui occupe une partie de la fosse illiaque droit et l'hypocondre. Il y a de la fièvre, le pouls est à 100. Trois jours de repos au lit, de diète lactée et de glace sur le ventre, amènent une diminution de moitié dans le volume de la masse abdominale. Le 20, la température redevient normale, si bien que le 28 je décide l'intervention. La masse abdominale déborde l'arcade crurale de trois travers de doigt, le prolongement pelvien a les dimensions d'une forte grenade. Le 29 octobre je fais une incision transversale parallèle à l'arcade crurale droite et à deux travers de doigt de celle-ci, puis réclinant le grand droit abdominal vers la gauche je prolonge mon incision jusqu'à la ligne médiane. Je tombe alors dans un paquet d'adhérences, avec des parties solides, d'autres nettement liquides ; l'ensemble est tellement confus qu'il est impossible de savoir si l'on se trouve en présence d'abcès multiples enkystés ou d'anses intestinales partiellement distendues. Parmi les poches l'une est plus volumineuse et présente une épaisse paroi, il semble bien que ce soit la vessie. Comme cependant la malade a uriné immédiatement avant le début de l'anesthésie, il est possible que l'on ait affaire à une collection enkystée : dans le doute je l'incise verticalement et pénètre dans la vessie, que les collections inflammatoires avaient chassée du bassin et parésiée. Le contenu évacué, je suture l'organe incisé suivant le procédé que je viens de décrire. Je cherche ensuite et trouve au-dessus et en arrière de la vessie un plan de clivage qui me conduit sur des abcès que j'évacue, puis sur une poche à contenu séreux, et enfin sur la trompe droite que j'extirpe. La sécurité que me donne ma suture est telle que je ne fais aucun drainage prévésical et draine seulement le cul-de-sac péritonéal. Je mets toutefois une sonde à demeure. La guérison a lieu sans incident et la malade sort le 1er novembre en parfait état. Ainsi grâce à ce procédé de suture une complication assez sérieuse de la laparotomie, l'ouverture de la vessie a évolué sans nous donner la moindre inquiétude, et la fistulisation hypogastrique de la vessie, si pénible pour la malade, si longue dans son évolution, a pu être complètement évitée.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT GÉNÉRAL DE LA BILIEUSE HÉMOGLOBINURIQUE

Le docteur Némorin, médecin de l'Assistance indigène de l'Afrique occidentale française vient de résumer sous une forme pratique à la Société de médecine et d'hygiène tropicale le délicat chapitre du traitement de la bilieuse hémoglobinurique (1).

« Traitement préventif. — Prendre régulièrement 0g25 de quinine tous les jours. Ce moyen nous permet, sinon de nous mettre totalement à l'abri de cette manifestation grave du paludisme, du moins d'en atténuer d'une façon notable, les symptômes. Cette absorption sera faite régulièrement, sauf pendant les périodes menstruelles où la quinine devra être supprimée.

Traitement d'urgence. — Prendre 0g25 de quinine le matin après la première prise de lait et un bol de lait toutes les trois heures. La tasse de lait doit être additionnée d'une pincée de bicarbonate de soude.

Cette quantité de quinine ne doit être augmentée sous aucun prétexte. La qualité de la quinine joue une très grande importance. Il faut continuer le médicament même dans les cas de vomissement et de persistance des urines noires.

Vomissements. — Contre les vomissements nous donnons, dix minutes avant chaque prise de lait, une cuillerée d'eau additionnée de IV à V gouttes de chloroforme. On peut aussi employer le laudanum.

Si on a les deux médicaments, on commencera par prendre d'abord XX à XXV gouttes de laudanum pour prévenir les vomissements et la diarrhée ; on continuera avec le chloroforme.

Il est difficile d'apporter avec soi en brousse de l'eau chloroformée. Comme il est indiqué, on peut préparer la solution soi-même à la minute. Il faut prendre la précaution de bien agiter le mélange eau et chloroforme, avant de le faire prendre au malade.

Douleurs. — Appliquer six ventouses sur la région rénale ou sur le foie douloureux. A défaut de ventouses on pourra badigeonner les mêmes régions avec de la teinture d'iode. On devra essayer d'utiliser un verre ordinaire pour tenir lieu de ventouse, avant d'employer la teinture d'iode.

Délire. — Contre le délire, il faut appliquer des compresses froides fréquemment renouvelées sur la tête. Poser des sinapismes d'abord à la cuisse, puis aux jambes. Dans certains cas il faudrait recourir à l'injection sous-cutanée de quinine.

La solution qui paraît nous avoir donné le moins d'ennuis est une solution mixte de quinine et d'antipyrine.

Quinine	2	grammes.
Antipyrine	2	—
Eau	10	—

Un centimètre cube et demi de cette solution suffit quelquefois pour faire cesser le délire.

Diarrhée. — Contre la diarrhée on donnera avec avantage trois cachets de benzo-naphtol de 0g50 chacun, à prendre un le matin, un à midi, et le dernier le soir.

Lavements simples et lavements composés alternativement, toutes les trois heures.

Lavement simple : eau bouillie : 250 grammes.

Lavements composés	Eau bouillie	250 grammes.
	Chlorure de sodium	1g75.
	Laudanum	IV à V gouttes.

Les injections de sérum artificiel peuvent rendre de très grands services. Les injections de quinine ainsi que celles de sérum devront être faites avec prudence et sur les indications d'un médecin. Faire boire le plus possible le malade avant de favoriser les mictions. Par une heureuse pratique, en Guinée, on utilise comme boisson des infusions de quinqueliba. Cette plante, à notre avis, a des propriétés diurétiques incontestables.

Alimentation. — Lait pendant la période des symptômes alarmants. On continuera par un régime lacté mitigé. Vers le cinquième jour, œuf à la coque, consommé, etc. »

(1) *Revue de médecine et d'hygiène tropicales*, t. IV, n° 4, 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1908)

Sur l'action de l'amylase du suc gastrique et son activation par le suc gastrique. — M. H. BIERRY.

Note sur l'existence des produits de dégénérescence cellulaire rappelant les corps de Negri. — M. MANOUÉLIAN.

Sur la mesure de l'ondée ventriculaire chez l'homme. — M. Gabriel ARTHAUD.

Fixation, multiplication, culture d'attente des trypanosomes pathogènes dans la trompe des mouches tsé-tsé. — M. E. ROUBAUD.

Nouvelles recherches sur les gaz rares des eaux thermales. Débits gazeux de quelques sources. — MM. Charles MOUREU et Robert BIQUARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1908)

M. HIRTZ, à propos du procès-verbal et de la communication de M. Mosny, rappelle qu'il a été le premier à recommander l'épreuve du nitrite d'amyle pour faire **le diagnostic différentiel entre les manifestations hystériques et les paralysies d'origine organique.**

Maladie mitrale avec embolie de l'artère centrale de la rétine. — M. POULARD présente un malade âgé de neuf ans atteint de maladie mitrale, rétrécissement avec insuffisance. Le premier et le seul trouble résultant de cette affection cardiaque fut, il y a un mois, la perte complète et brusque de la vision de l'œil droit par embolie de l'artère centrale de la rétine.

Ce symptôme, perte brusque et complète de la vision dans un œil sain, a une grande valeur séméiologique pour conduire au diagnostic d'embolie par affection cardiaque. A cause de sa valeur, à cause de la facilité avec laquelle on le constate, il mériterait d'attirer davantage l'attention des médecins.

Sporotrichose de la peau et des muqueuses. — MM. LETULLE et R. DEBRÉ apportent les résultats de l'autopsie d'une malade autrefois présentée à la Société médicale par MM. Brodier et Gastou. Cette malade présentait des ulcérations sporotrichosiques de la voûte palatine, du pharynx, du larynx et de la trachée. Ces ulcérations étaient faciles à distinguer d'ulcérations syphilitiques et tuberculeuses tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Pression artérielle systolique et diastolique. Coefficients cardio-artériels. — M. O. JOSUÉ possède un procédé pour mesurer la tension artérielle *maxima ou systolique* et la pression *minima ou diastolique* (Strasburger).

On se sert du sphygmomanomètre de Riva-Rocci, modifié par von Recklinghausen (manchon large de 14 centimètres et enveloppe extérieure de clinquant). Pour déterminer la pression systolique on augmente la pression de l'air dans l'appareil jusqu'à disparition du pouls radial et on note la pression à ce moment. Pour déterminer la pression diastolique, on augmente lentement la pression de l'air dans l'appareil, on sent alors le pouls augmenter pour diminuer ensuite; le manomètre marque la pression diastolique au moment où le pouls commence à décroître.

La tension systolique Ts est de 100 à 130 millimètres de mercure à l'état normal. La tension diastolique Td est de 80 à 100.

En faisant la différence $Ts - Td$, on obtient un nombre qui exprime la hauteur du pouls au niveau de l'humérale. A l'état normal $Ts - Td = 20$ à 30 millimètres.

$\frac{Ts}{Td}$ indique le rapport qui existe entre le travail du cœur ou plus exactement du ventricule gauche et les résistances périphériques. A l'état normal $\frac{Ts}{Td}$ varie entre 1,25 et 1,35. Prenons par exemple $\frac{Ts}{Td} = 1{,}25$ ou 1 1/4; cela signifie que la tension systolique est supérieure d'un quart à la pression diastolique au niveau de l'humérale. Le rapport varie dans des limites peu étendues. La régulation est en général précise entre le travail du cœur et les résistances périphériques.

Pour obtenir un chiffre proportionnel au travail du ventricule gauche ou Tr il faut multiplier la tension moyenne par la hauteur de l'onde systolique et par le nombre des pulsations. Ceci fait, on retient seulement les deux premiers chiffres avec une décimale soit :

$$Tr = \frac{Ts + Td}{2} \times (Ts - Td) \times \text{pouls}.$$

Prenons par exemple $Ts = 110$, $Td = 86$, nombre des pulsations $= 75$; on aura :

$$Tr = \frac{110 + 86}{2} \times 110 - 86 \times 75 = 176400, \text{ soit } 17{,}6.$$

A l'état normal Tr varie entre 15 et 75.

Voici maintenant quelques exemples. Chez les tuberculeux, Ts et Td sont peu élevés, $Ts - Td$ est peu considérable, Tr est diminué, $\frac{Ts}{Td}$ est diminué.

Chez les artério-scléreux atteints de néphrite interstitielle, Ts et Td sont plus élevés que normalement. $Ts - Td$ est très élevé. Tr dépasse communément 40. $\frac{Ts}{Td}$ est très supérieur à la normale, le travail fourni par le ventricule gauche hypertrophié est donc plus grand que cela ne serait nécessaire pour l'adaptation habituelle aux résistances périphériques.

Parmi les malades atteints d'insuffisance aortique, il faut distinguer ceux qui sont en même temps artério-scléreux de ceux qui sont porteurs d'une affection valvulaire pure. Chez les premiers Ts est élevé, Td est normal ou élevé; $Ts - Td$ est élevé; Tr est très augmenté, $\frac{Ts}{Td}$ est en général supérieur à la normale.

Dans les cas d'affection valvulaire pure Ts est normal ou un peu élevé, Td est très abaissé. $Ts - Td$ est très considérable. Tr est augmenté. $\frac{Ts}{Td}$ atteint parfois des valeurs très considérables.

Contribution à l'étude du phagédénisme. — MM. BROCQ et SIMON rapportent 8 observations personnelles de phagédénisme. L'étude anatomo-pathologique, bactériologique, mais surtout clinique leur a permis de distinguer, au point de vue étiologique, deux sortes de phagédénisme. L'un, connu depuis longtemps, évolue sur fonte de syphilis, de chancre mou, de cancer, de tuberculose, il est dû à une virulence spéciale de l'affection causale qui a déterminé à la fois l'infection générale et le processus phagédénique local. Le second au contraire peut évoluer sur les mêmes terrains, mais il peut aussi atteindre des sujets exempts de toute tare pathologique. Quel que soit d'ailleurs le terrain sur lequel il évolue, il présente les mêmes caractères cliniques : configuration, circulaire géométrique, décollement des bords qui sont comme minés par d'innombrables petits abcès, zone circonférentielle, rouge, inflammatoire, large de 1 à 2 centimètres, extension rapide, quelquefois foudroyante. Il est dû à des infections secondaires, sans qu'il soit possible de dire encore exactement à quels microbes l'on a affaire. L'intérêt thérapeutique de cette étude est capital : tandis que le phagédénisme sym-

ptomatique est justiciable du traitement de la maladie générale, particulièrement dans la syphilis, le phagédénisme virulent microbien guérit à condition de faire un traitement local énergique. Les cautérisations sont souvent nécessaires et même, dans un cas, les auteurs ont fait pratiquer avec succès l'exérèse chirurgicale.

Vitiligo méta-ictérique. Origine biliaire de certains vitiligos. — MM. Ch. Gandy et H. Paillard. L'existence de mélanodermies d'origine biliaire est aujourd'hui chose établie : au cours de divers états biliaires on peut observer en effet des troubles de la pigmentation cutanée dans le sens de l'hyperchromie réalisant les modalités les plus diverses. Ne peut-on concevoir qu'il existe aussi, au cours de ces mêmes états, des dystrophies pigmentaires caractérisées à la fois par l'hyperchromie et par l'hypochromie combinées selon le type du vitiligo ? C'est ce que tendraient à faire admettre les 2 cas présentés à la Société.

La première observation concerne une femme de trente et un ans, qui, au déclin même d'un ictère d'origine lithiasique ayant duré six semaines, vit apparaître successivement sur la région présternale, le dos, la ceinture, etc., des taches hypochromiques avec blanchiment des poils, caractéristiques d'un vitiligo naissant.

La seconde a trait à une femme de soixante ans, atteinte d'un vitiligo généralisé qui coexiste, sans qu'on puisse arriver à en préciser la subordination chronologique, avec une cirrhose biliaire à évolution lente accompagnée de poussées ictériques et ayant déterminé une hypertrophie et une induration persistantes du foie.

Cette origine biliaire de certains vitiligos n'a pas encore été signalee. Si d'autres observations viennent confirmer la relation étiologique qui apparaît dans les deux faits précités, il y aurait là un groupe particulier de vitiligos relevant de la cholémie et justifiant en conséquence l'emploi d'une thérapeutique appropriée.

Méningite aiguë syphilitique avec guérison. — MM. Claisse et Joltrain. Le nombre des méningites et méningo-myélites syphilitiques reconnues et traitées comme telles s'est considérablement accru dans ces dernières années. Quand on parcourt les observations de Widal, Brissaud, Gaillard, Laubry, Drouet, Bensaude, de Massary, on comprend la difficulté qu'il y a souvent à les diagnostiquer tant est grande la variabilité des symptômes présentés. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, en révélant une lymphocytose des plus nettes fait encore hésiter entre tuberculose et syphilis. Le diagnostic précoce a d'autant plus d'importance que le traitement mercuriel intensif amène presque toujours une amélioration notable ou sa guérison. Le cas présenté par MM. Claisse et Joltrain est des plus intéressants à ce point de vue. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans entré à l'hôpital pour une céphalée intense, des vomissements et du subdélire. Dans ces antécédents on a pu relever plusieurs attaques de paludisme, la syphilis pour laquelle il fut traité pendant un mois seulement et de l'éthylisme. Le jour de son entrée il a une crise *épileptiforme* assez nette avec phases tonique et clonique, mais sans morsure de la langue, ni troubles sphinctériens. A l'examen on lui trouve des kératoses palmaires et plantaires ayant les caractères de gommes ou de tuberculoses verruqueuses, une inégalité pupillaire et le signe d'Argyll-Robertson. Le soir même il est pris de délire aigu, furieux, avec hallucinations visuelles. Bien que les poumons paraissent sains, la température à 39, la raideur de la nuque et le signe de Kernig font penser à une méningite tuberculeuse. La ponction lombaire montre de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et l'examen cytologique de la tuberculose. Pas de bacille de Koch, ni spirochète de Schaudinn. Ensemencements sur gélose, bouillon et eau peptonée restent négatifs. Enfin cobaye inoculé et sacrifié deux mois après ne présente aucune lésion tuberculeuse. On pratique des piqûres de biiodure et une injection intra-rachidienne d'électrargol. Les jours suivants le syndrome méningé est complet et on voit apparaître une monoplégie brachiale, mais les gommes tendent à disparaître et l'on pense à la méningite syphilitique. On pratique alors outre les piqûres de biiodure des *injections intra-rachidiennes de mercure colloïdal.* Sous l'influence de ces injections de métaux colloïdes, on note une *inversion de la formule cytologique et la transformation de la lymphocytose en polynucléose.* Peu à peu le délire et les phénomènes paralytiques disparaissent, les gommes cutanées régressent au point de n'être plus visibles, et le malade guéri entièrement sort de l'hôpital ne conservant qu'un peu d'inégalité pupillaire.

M. Caussade rappelle à propos de cette observation qu'il a attiré l'attention sur les modifications cellulaires du liquide céphalo-rachidien, sous l'influence des injections d'argent colloïdal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 26 février 1908)

Tumeurs de la vésicule biliaire. — M. Michaux revient sur la question du diagnostic, parfois très difficile, de ces tumeurs. Il rappelle que, dans le cas qu'il a rapporté, il avait cru à un kyste de l'ovaire, alors qu'il s'agissait d'une tumeur inflammatoire de la vésicule biliaire s'étant propagée jusque dans le tissu hépatique lui-même. Alors même qu'on a pu reconnaître le siège de la tumeur dans les voies biliaires, il est parfois bien difficile de savoir s'il s'agit d'un cancer ou d'une simple inflammation chronique. M. Michaux estime qu'il faut mettre cette question à l'étude et relever avec soin tous les cas de ce genre.

Quant au traitement, il résulte des diverses communications qui ont été faites au cours de cette discussion que les procédés de suture les plus simples suffisent pour assurer l'hémostase quand il faut aller jusqu'à attaquer le tissu hépatique. Que l'on ait recours aux points de suture directs, comme l'a fait M. Michaux, ou aux points de suture en U, comme l'ont fait MM. Quénu, Ricard et autres, l'hémostase a toujours été facilement obtenue. Pourvu qu'on choisisse de gros fils, catgut ou soie, et que la suture soit peu serrée, on arrivera toujours à obtenir l'hémostase sans couper le tissu hépatique.

Proctoscopie. — M. Hartmann, à l'occasion de la présentation faite il y a quelque temps par M. Tuttle (de New-York), d'un proctoscope de son invention, fait une communication sur les divers proctoscopes connus et inconnus, car il en est un auquel il donne la préférence et dont il lui a été impossible de découvrir l'inventeur. M. Hartmann donne une description détaillée de chacun de ces instruments dont le premier paraît avoir été construit en 1895. Ne serait-il pas juste de citer, avant tout, Désormeaux qui avait, si nous ne nous trompons, bien longtemps avant, inventé l'endoscope ? Quoi qu'il en soit, ces instruments, les uns à éclairage externe, les autres à éclairage interne, les uns avec poire insufflatrice, les autres sans moyens d'insufflation, ont pour but d'éclairer certaines parties de l'intestin, depuis l'ampoule rectale jusqu'à l'anse sigmoïde. Ils peuvent rendre des services comme moyens adjuvants de diagnostic, mais, au dire de M. Hartmann, ils présentent tous des desiderata, soit que la lampe interne soit cachée par la muqueuse se repliant sur elle, soit qu'elle soit trop chaude et brûle la muqueuse, soit que l'éclairage externe soit insuffisant et incommode, soit qu'ils nécessitent la position genu-pectorale, pénible pour les malades, etc.

M. Chaput se sert de l'éclairage externe, frontal, et s'en trouve bien.

M. Delbet préfère l'éclairage interne, trouve l'insufflation inutile et préfère la position de la taille, beaucoup moins pénible que la position génu-pectorale.

M. Tuffier préfère également l'éclairage interne, mais il reconnaît qu'il faut prendre des précautions contre la brûlure possible de la muqueuse, même avec les lampes modernes dites froides. Il a recours à l'appareil de Bensaude et considère que l'emploi de cet appareil constitue un excellent moyen de diagnostic.

Scapulopexie pour myopathie juvénile d'Erb. — M. Pauchet (d'Amiens) présente un malade intéressant. Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, ayant une atrophie des racines et extrémités supérieures des quatre membres; l'atrophie des muscles qui unissent l'omoplate au tronc empêche la fixation du squelette scapulaire sur le gril costal; le membre supérieur n'a aucun appui et ne peut exécuter que des mouvements très limités. Le côté gauche est laissé tel que; le côté droit a été opéré par la fixation métallique de l'omoplate aux côtes. La radiographie, faite par le docteur Perdu, montre le mode de suture, d'ailleurs fort simple.

On peut juger de la valeur de l'opération en comparant les deux côtés. Le côté opéré est d'aspect anatomique normal quant à la situation et aux rapports des éléments du squelette; du côté non opéré, l'omoplate est folle et tout mouvement de bras est presque impossible; du côté opéré le malade porte l'avant-bras sur la tête et amène le membre dans la position horizontale.

Ce malade a été présenté, avant l'opération, à la Société médicale de Picardie par le docteur Courtellemont, qui, étant interne du professeur Raymond, avait vu opérer un cas semblable à la Salpêtrière par Pierre Duval.

M. Quénu fait observer que M. Duval a opéré, dans son service, une série de malades analogues à celui que vient de présenter M. Pauchet. Les résultats sont satisfaisants.

Photographies en couleurs. — M. Pauchet montre, en outre, plusieurs photographies en couleurs représentant des pièces anatomiques provenant d'opérations faites récemment:

Cancer de l'angle splénique du côlon;
Cancer d'estomac greffé sur un ulcère;
Prostates enlevées par méthode Freger;
Sarcomes des ovaires d'une jeune femme.

Suppuration consécutive à la néphrectomie. — M. Legueu communique le fait intéressant d'un malade qui avait subi une néphrectomie gauche. Quelque temps après, il présentait de la pyurie, de la fièvre et une tumeur dans le côté gauche ressemblant à une pyonéphrose.

Il s'était donc fait, à la suite de la néphrectomie, un abcès de l'extrémité supérieure de l'uretère qui se vidait mal dans la vessie. Il était indispensable d'ouvrir cette collection et de faire la ligature de l'uretère. M. Legueu voulut pratiquer cette opération, mais il se trouva en présence d'une masse dure, adhérente partout, avec une cavité centrale purulente dans laquelle il lui fut impossible de trouver l'uretère. Il se contenta d'établir une fistule lombaire et de drainer. La pyurie diminua, la fièvre tomba, mais un an après, le malade avait encore sa fistule lombaire et demandait à en être débarrassé. M. Legueu fit donc une seconde opération qui consista à aller chercher l'uretère par en bas, du côté de la vessie. Il fit une longue incision allant du pubis aux fausses côtes, et put alors pratiquer une uretérectomie totale qui amena une parfaite guérison.

M. Legueu pense que, dans ce cas, la cause de la suppuration consécutive à la néphrectomie a été la conservation d'une petite partie du bassinet. Il y a donc tout intérêt à lier l'uretère aussi bas que possible dans la néphrectomie. Il fait enfin observer que, pour ces recherches secondaires de l'uretère, il importe d'aller le chercher en bas et non en haut.

MM. Bazy et Tuffier font observer qu'ils ont recours depuis longtemps à la pratique recommandée par M. Legueu pour la section de l'uretère aussi bas que possible dans la néphrectomie.

Plusieurs présentations ont été faites au milieu d'un tel bruit de conversations qu'il nous a été impossible de les entendre.

Signalons cependant un cas de luxation du premier métatarsien par M. Quénu, la recherche et l'extraction d'un sou séjournant depuis quatre ans dans l'œsophage d'un enfant par M. Guisez dans le service de M. Routier, un cas d'orchidopexie par M. Walther, un calcul de l'uretère diagnostiqué par le cathétérisme uretéral fait par M. Luys et extrait par les voies naturelles par M. Pozzi.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 27 février 1908)

Traitement du tabes par les injections mercurielles. (*Suite de la discussion.*) — M. Leredde proteste contre les assertions de quelques neurologistes, concernant les dangers du traitement mercuriel dans certaines affections syphilitiques du système nerveux. Il juge ces assertions vagues et erronées, et estime que leur résultat est d'empêcher les médecins de soigner des malades auxquels un traitement intensif et précoce rendrait des services énormes.

Actinomycose gingivo-buccale. — MM. Raoul Labbé et G. Barret présentent une malade atteinte d'actinomycose gingivo-buccale qu'ils ont traitée d'abord par l'iodure de potassium à haute dose; l'amélioration fut nette. L'intolérance tardive à l'iodure arrêtant le traitement ils tentèrent la radiothérapie : deux séances amenèrent la guérison complète.

Hérédo-syphilitiques et traitement spécifique. (*Suite de la discussion.*) — M. Antonelli insiste sur l'opportunité du traitement dans les cas même douteux, s'il s'agit de sujets jeunes ou de femmes hérédo-syphilitiques par les commémoratifs ou par les stigmates.

Dans ce dernier cas, le traitement de grossesse peut prévenir la syphilis atavique. Le traitement intensif surtout mercuriel, doit être réservé pour les manifestations en activité, à forme classique ou fruste. A titre préventif, et comme véritable reconstituant des hérédo-syphilitiques, les cures annuelles, ou même bisannuelles par des formules mixtes, type Gibert, ont toute opportunité et toute efficacité.

M. Godlewski, convaincu qu'il faut surtout prévenir les accidents hérédo-syphilitiques, cite les merveilleux effets que l'on obtient par le traitement de l'enfant dans le sein de la mère. Il cite des cas remontant à plus de trente ans, où des enfants, exposés par l'hérédité et les précédents des congénères aux accidents les plus graves, traités dans la vie intra-utérine par l'intermédiaire de la mère, jouissent encore aujourd'hui d'une bonne santé.

M. Henry Barbier. L'indication du traitement de l'hérédo-syphilis chez les enfants est dominée d'abord par la syphilis des parents. Lorsque le père ou la mère sont syphilitiques anciens, sans accidents : par le traitement pour l'enfant. Quand l'un des deux parents a des accidents récents : traitement pour l'enfant dès la naissance. Les nourrissons hérédo-syphilitiques doivent être traités lorsqu'ils ont des lésions de la peau et des muqueuses, des manifestations spécifiques sur les os, les méninges. On les traitera également, mais avec moins de succès, lorsque, sans les accidents précédents, ils présentent des stigmates osseux, de l'hépato et de la splénomégalie, et les signes habituels, connus sous le nom d'*athrepsie* ou *atrophie*.

Les grands enfants seront traités avec succès, lorsqu'ils présenteront des gommes, des lésions osseuses ou articu-

laires en évolution, des lésions osseuses nasales, avec ou sans ozène, des lésions hépatiques, des accidents méningés ou épileptiformes, enfin des arrêts de croissance, ceux-ci donnent déjà des résultats aléatoires; il en est de même des déformations acquises du squelette et des arrêts de développement intellectuel.

Avantages du calomel à 40 p. 100. — M. Lafay entretient la Société d'une modification aux formules habituelles de calomel injectable. Le dosage à 40 p. 100 aurait un triple avantage : 1° établir pour le pharmacien une formule unique, ce qui est d'autant plus intéressant que ces préparations ne figurent pas encore au Codex ; 2° fournir au médecin un titrage constant et une posologie uniforme ; 3° éviter au malade les inconvénients douloureux et réactionnels, l'expérimentation ayant démontré que le titrage à 40 p. 100 donne une préparation d'autant mieux tolérée que la masse injectée se trouve ainsi considérablement réduite.

Eau de mer en injections hypodermiques, par M. Lematte.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 29 février 1908)

Rapport entre les sulfo-éthers et l'azote urinaire dans quelques états pathologiques et sous l'influence des antiseptiques intestinaux. — MM. H. Labbé, G. Vitry et Magrangeas. — La quantité absolue des sulfo-éthers urinaires éliminés est déterminée par la quantité et la nature de l'alimentation ; mais quelques auteurs ont prétendu que dans certains cas, en particulier dans le cas de putréfactions intestinales, la quantité des sulfo-éthers urinaires était augmentée par rapport à l'azote et que le chiffre qui exprime ce coefficient devenait plus élevé qu'à l'état normal. Les auteurs ont établi ce coefficient dans un certain nombre de cas pathologiques choisis : gastro-entérite, insuffisance hépatique, tuberculose, etc. ; jamais ils n'ont vu ce coefficient s'élever beaucoup au-dessus de la normale ; et aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal, la quantité des sulfo-éthers urinaires reste indépendante de l'alimentation, ou mieux, de l'absorption. De même l'administration de calomel n'a pas d'influence marquée sur ce coefficient.

Les poissons peuvent-ils transmettre la fièvre typhoïde et le choléra? — MM. Remlinger et O. Nouri. Il résulte de nos expériences faites sur des cyprins dorés qu'un poisson qui vit dans une eau contaminée — par le bacille d'Eberth ou le vibrion cholérique par exemple — peut réceler dans ses organes, son tube digestif en particulier, ces germes pathogènes. Au point de vue de l'hygiène alimentaire, le fait est sans importance, car nous avons vu que même si les poissons sont cuits entiers et sans être vidés, la température atteinte par les parties centrales est suffisante pour amener la mort de tous les microorganismes. Les Parisiens peuvent donc consommer la friture de Seine sans arrière-pensée. Au point de vue épidémiologique, la présence possible de microbes de la fièvre typhoïde et du choléra dans le tube digestif des poissons n'est peut-être pas tout à fait dénuée d'intérêt. On peut concevoir en effet que des poissons véhiculent des microbes pathogènes d'un fleuve contaminé à un affluent indemne. D'où l'explication d'épidémies hydriques ayant remonté des cours d'eau.

Forme et mouvements des globulins. — MM. Achard et Aynaud. Lorsqu'on examine les globulins du sang, préservés du contact des tissus et du verre, en opérant rapidement, on constate qu'ils sont allongés en bâtonnets. Si l'on prolonge l'examen, à la température ambiante, on les voit devenir ovalaires, puis arrondis. Soumis à la température de 0 degré, ils prennent rapidement la forme ronde. Puis réchauffés graduellement, sur la platine chauffante, ils reprennent, à partir de 25 degrés, la forme en bâtonnets. A 42 et 43 degrés, ils deviennent de nouveau ronds, mais cette fois, ils perdent la faculté de changer encore de forme quand on diminue cette température excessive, ce qui laisse à penser qu'ils sont morts.

En outre, entre 38 et 40 degrés, ils présentent une certaine mobilité : ondulation sur l'axe longitudinal, incurvation, rotation lente à la manière des rayons d'une roue, déplacements les uns par rapport aux autres. Ces mouvements n'existent que lorsque les globulins ont la forme de baguette.

L'existence de ces mouvements et des changements de forme sous l'influence de la température paraît montrer que les globulins sont des éléments doués de vie.

Influence de la voie d'administration sur la dose minima mortelle du sulfate de strychnine. — M. E. Maurel. Chez la *grenouille*, par la voie gastrique, l'animal a toujours succombé avec la dose de 0g02 par kilogramme. Les résultats ont varié avec la dose de 0g01 et la survie a été constante à partir de 0g005. Par la voie *musculaire* les doses ont été les mêmes, avec cette seule différence que la mort a été plus rapide par la voie musculaire que par la voie gastrique.

Chez le *pigeon*, par la *voie gastrique* l'animal a succombé jusqu'aux doses de 0g006 par kilogramme ; il a résisté à partir de 0g004. Par la voie *musculaire*, il a succombé jusqu'à la dose de 0g003, et résisté à partir de 0g002. La voie musculaire serait donc deux fois plus active que la voie gastrique.

Chez le *lapin*, par la voie gastrique l'animal est mort jusqu'à la dose de 0g003, et a résisté à partir de 0g001.

Voie sous-cutanée. — L'animal a succombé jusqu'à la dose de 0g001, il a résisté à partir de 0g0005.

Voie veineuse. — L'animal a succombé jusqu'à la dose de 0g0002 par kilogramme. Chez cet animal le sulfate de strychnine est deux fois moins toxique par la voie gastrique que par la voie sous-cutanée, et celle-ci trois fois moins toxique que la veineuse.

D'une manière générale, l'influence de la voie d'administration est beaucoup moins marquée pour le sulfate de strychnine que pour la strophantine.

LIVRES NOUVEAUX

L'organisation moderne des premiers secours en cas d'accident ou de malaise subit (1), par le docteur Marcel Savouré.

Il ne s'agit pas ici d'une œuvre de haute science, d'un intérêt purement spéculatif, mais d'un véritable ouvrage de médecine sociale, d'une portée pratique incontestable, qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui ont mission d'assurer le fonctionnement d'un service quelconque de prompt secours ; la lecture en est intéressante pour chacun, puisque, comme le rappelle très justement l'auteur, « chacun est exposé à se trouver, un jour ou l'autre, directement et personnellement en cause. »

Au point de vue humanitaire et social, la question de l'organisation des premiers secours en cas d'accident ou de malaise subit méritait d'être examinée en son ensemble, et, dans un travail sérieusement documenté, l'auteur étudie l'organisation actuelle des premiers secours dans les grands centres, dans les établissements publics (théâtres), dans les compagnies de chemins de fer, dans les exploitations industrielles et agricoles, dans les villages et les campagnes.

(1) In-8, 124 p. avec fig. — Prix : 2 fr. 50. — Paris 1907, Jules Rousset.

Il prouve sans peine, en s'appuyant sur l'opinion des auteurs (maîtres, médecins-praticiens, ingénieurs, publicistes) qui ont envisagé la question sous ses divers aspects, qu'à notre époque où le nombre des accidents de personnes augmente de jour en jour, tandis que partout on s'efforce de se conformer aux exigences scientifiques modernes, l'organisation des premiers secours est restée « déplorablement, dangereusement routinière et retardataire ».

Les imperfections proviennent autant des défectuosités du matériel que de l'inexpérience des personnes appelées à l'utiliser, car il importe avant tout de ne mettre entre les mains du public aucun moyen thérapeutique dont il puisse mésuser.

L'auteur démontre qu'en ce qui concerne « le secours immédiat » que chacun de nous a le devoir d'apporter le cas échéant, lorsqu'il s'agit de mettre un malade ou un blessé en état d'attendre, dans les meilleures conditions possibles, un traitement ultérieur plus étendu, le matériel et les médicaments d'urgence se réduisent, en réalité, à peu de chose : point n'est besoin d'avoir à sa disposition un arsenal volumineux et compliqué.

A cet égard, l'auteur critique très judicieusement la composition de la plupart des boîtes de secours actuellement en usage, il indique l'ensemble des conditions auxquelles doit rigoureusement répondre toute boîte de secours établie conformément aux données scientifiques modernes, et cite en exemple la « Boîte de secours immédiat du docteur Quidet ».

Dans un chapitre particulièrement intéressant qui traite de l'organisation des premiers secours dans le cabinet du médecin, l'auteur a dressé la liste des instruments et du matériel ainsi que des objets de pansement et des médicaments d'urgence en insistant sur leur conditionnement spécial qui doit assurer leur conservation parfaite et leur utilisation immédiate en toute circonstance où il peut être inopinément fait appel au praticien pour intervenir avec toute la rapidité et l'efficacité désirables en cas d'accident ou de malaise subit.

L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

A la majorité, la commission renonça à faire subir aux candidats une épreuve pratique, impossible à juger, estimait-elle, « chaque candidat ne pouvant être appelé à effectuer la même épreuve dans des conditions identiques; » épreuve que rendaient d'ailleurs inutile les certificats des membres du corps médical hospitalier, ceux-ci étant, par leur contact journalier avec les candidats, plus à même que quiconque d'apprécier leur valeur technique.

C'est dans ces conditions que la commission a poursuivi ses travaux. Elle a tenu quatre séances, de décembre 1907 à février 1908, 29 candidatures ont été examinées, 1 a été rejetée, 11 ajournées, 1 admise conditionnellement, 16 admises définitivement.

MM. Contremoulins et Marcel Desprez qui avaient soutenu la nécessité de compléter l'examen sur titres par une épreuve pratique et avaient vu leur manière de voir écartée par la commission viennent de donner leur démission.

M. Contremoulins expose les motifs qui l'ont fait agir dans une lettre que publie *Le Temps*.

Le Temps ajoute que l'Assistance publique ne prendra pas parti dans ce conflit et qu'en s'en référant à la haute compétence de la commission elle portera son choix sur les 16 candidats admis par la commission de classement, conformément aux décisions du conseil de surveillance.

Ce dernier sera saisi de l'incident, enfin on annonce qu'au Conseil municipal, M. Henri Rousselle partageant l'opinion des démissionnaires proposera l'institution au laboratoire central de radiographie d'un « enseignement pratique de la radiographie et de la radioscopie », enseignement que devront acquérir les candidats chefs de laboratoire.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, s'est terminé par la nomination de M. Nordmann.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de l'Intérieur a décerné, pour services à l'Assistance publique, une médaille de bronze à MM. les docteurs Calmeau et Demay (de Paris).

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — Dans sa réunion du 19 février, sur la proposition de MM. Gassot, Diverneresse et Jeanne, le Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France a voté à l'unanimité le texte d'une adresse à MM. les ministres du travail et de la justice, réclamant enquête (et poursuites s'il y a lieu) contre tous auteurs d'abus dans l'application médicale des lois d'accidents du travail. (*Concours médical.*)

BANQUET. — Les amis du docteur Cazin, ses collègues de la Clinique médico-chirurgicale et les membres de l'Association d'enseignement médical professionnel fêteront sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, dans un banquet qui aura lieu le lundi 16 mars, à huit heures du soir, au restaurant Ledoyen, avenue des Champs-Elysées, sous la présidence du professeur Pozzi.

Tenue de ville. Prix du banquet : 13 francs.

Prière d'adresser les adhésions avant le 10 mars au docteur Barbarin, 186, faubourg Saint-Honoré, ou au docteur Menier, 10, rue de la Néva.

LA QUANTITÉ DE RADIUM DANS LE MONDE. — D'après les *Archives d'électricité médicale*, la répartition du radium dans le monde serait la suivante :

Mme Curie	15 milligrammes.
Sir William Ramsay	20 —
Sir William Crookes	20 —
Professeur d'Arsonval	20 —
Professeur Bordas	10 —
M. Becquerel	10 —
Thomas Edison	20 —

Autres professeurs, médecins pour la plupart, 20 milligrammes.

Quant au radium commercial d'activité très variable, il est difficile d'établir une statistique à son égard car il est en un trop grand nombre de mains. On estime cependant que la quantité du radium pur contenue dans le radium commercial est beaucoup moins grande que celle dont nous avons donné plus haut la répartition.

RENSEIGNEMENTS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 12 mars 1908, à une heure. — M. CLARET. Le métabolisme des chlorures chez les tuberculeux. (MM. Albert Robin, président; Bar, Quénu et Carnot.) — Mme NATANSON-RAPPORT. Contribution à l'étude de l'infection puerpérale et en particulier de son traitement. (MM. Bar, président; Albert Robin, Quénu et Carnot.) — M. CAUCHOIX. Le traitement chirurgical actuel des kystes hydatiques du foie et de leurs complications. (MM. Quénu, président; Albert Robin, Bar et Carnot.) — M. GRUGET. Accidents et complications des cystocèles herniaires (inguinale et crurale); en particulier des accidents d'étranglement dans les cystocèles pures. (MM. Quénu, président; Albert Robin, Bar et Carnot.) — M. SÉNÉCHAL. Contribution à l'étude de l'abcès pelvien appendiculaire (localisations diverses. (MM. Quénu, président; Albert Robin, Bar et Carnot.)

ANNÉE SCOLAIRE 1907-1908

Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er mars 1908 :

COURS. — *Chimie biologique.* — M. Gautier : Fonctionnement animal; digestion; sang; assimilation; urines; nutrition générale.— Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (amphithéâtre de physique et de chimie).

Opérations et appareils. — M. Quénu : Traitement chirurgical des maladies du foie et des voies biliaires.— Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie interne. — M. Déjerine : Maladies de l'appareil respiratoire. — Mardi, jeudi, samedi, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Bouchard. La réaction vitale en pathogénie et en thérapeutique. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Hygiène. — M. Chantemesse : Désinfection; eau potable; éloignement et destruction des immondices; prophylaxie spéciale des maladies contagieuses. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Histoire de la médecine et de la chirurgie (fondation Salmon et Champotrau). — M. Gilbert Ballet. L'évolution de la médecine. — Lundi, mercredi, vendredi, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Conférences de médecine légale. — M. Thoinot : Lundi, mercredi, vendredi, à deux heures (à la Morgue).

CLINIQUES. — Visite des malades tous les matins.

Cliniques médicales. — M. Hayem (M. Labbé, agrégé, chargé de cours) : Lundi, jeudi, à dix heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. Dieulafoy : Mercredi, samedi, à dix heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. Debove : Tous les jours, à dix heures (à l'hôpital Beaujon). — M. Landouzy : Mardi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Laënnec).

Cliniques chirurgicales. — M. Le Dentu (M. Morestin, agrégé, chargé de cours) : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. Berger : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'hôpital Necker). — M. Reclus : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Charité). — M. Segond : Mercredi. samedi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Joffroy : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique médicale infantile. — M. Hutinel : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gaucher : Mercredi, dimanche, à dix heures (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Raymond : Mardi, vendredi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique. — M. de Lapersonne : Lundi, mercredi, à neuf heures et demie; vendredi, à dix heures un quart (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Albarran : Mercredi, samedi, à neuf heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements. — M. Pinard : Lundi, vendredi, à dix heures (à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal). — M. Bar : Mardi, samedi, à neuf heures (à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas).

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris). — M. Pozzi : Lundi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Broca).

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris). — M. Kirmisson : Mardi, samedi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat). — M. Albert Robin : Mardi, jeudi, à dix heures (à l'hôpital Beaujon).

Clinique obstétricale. — M. Ribemont-Dessaignes : Clinique obstétricale réservée aux élèves sages-femmes : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures (Maternité de l'hôpital Beaujon).

Professeurs honoraires : MM. Jaccoud, Fournier, Farabeuf, Duplay, Guyon, Terrier et Cornil.

COURS COMPLÉMENTAIRES. — *Pathologie externe.* — M. Lecène, agrégé : Pathologie du cou, de la tête et du rachis. Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Accouchements. — M. Demelin, agrégé : Dystocie et opérations. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

CONFÉRENCES. — *Thérapeutique.* — M. Carnot, agrégé : Les médications (médications anti-infectieuses, antitoxiques; médications des grands processus généraux; médications des principaux appareils. — Lundi, mercredi, vendredi (petit amphithéâtre de la Faculté).

Anatomie pathologique. — M. Legry, agrégé : Tube digestif et annexes. — Mardi, jeudi, samedi, à deux heures (au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté).

Anatomie. — M. Cunéo, agrégé : Anatomie topographique de la tête, du cou, du thorax et du membre supérieur. — Lundi, mercredi, vendredi, à six heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Histologie. — M. Branca, agrégé : Des tissus ; appareil urogénital. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Physiologie. — M. Langlois, agrégé : Respiration, circulation, nutrition, calorification. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Médecine légale. — M. Balthazard, agrégé : Attentats à la pudeur; avortement; infanticides; pendaison; strangulation; suffocations; submersion. — Tous les jours, excepté le mercredi, à quatre heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Physique médicale. — M. André Broca, agrégé : Optique, l'œil au point de vue physique et physiologique; applications thérapeutiques des radiations ; application de l'électricité à la physiologie et à la thérapeutique. — Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté).

Pathologie interne. — M. Castaigne, agrégé : Maladies du foie et des reins. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie externe. — M. Proust, agrégé : Pathologie des membres; pathologie du rein, des voies urinaires et génitales de l'homme. — Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pharmacologie. — M. Richaud, agrégé : Médicaments d'origine organique. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Parasitologie. Histoire naturelle médicale. — M. Brumpt, agrégé : Actions diverses exercées par les parasites sur l'organisme ; vers et arthropodes parasites, principes généraux de leur prophylaxie. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


Affections pulmonaires
Tuberculose
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Eviter les contrefaçons
Echantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
PARIS
Sirop Roche au Thiocol
Préparé par Ch. Weiss
30 Boulevard Magenta
Prévient et guérit toutes les affections pulmonaires aiguës et chroniques, excite l'appétit et facilite la digestion
1 Cuillerée à café contient 0.33 Thiocol 0.20 Gaiacol cristallisé
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue St Claude
PARIS
Prix 4 fr
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE
Prendre la 3 comprimés dissous dans 1/4 de verre d'eau trois fois par jour.

N° 27. — JEUDI 5 MARS 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 5 MARS 1908. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE... 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — LECTURE DES COPIES. — *Symptomatologie.* — Séance du 3 mars : MM. Lortat-Jacob, 10; Babonneix et Bensaude, 9; Armand-Delille et Paisseau, 8; Detot et Lippmann, 7.

Séance du 4 mars : MM. Gèraudel, Guillemot et Laubry, 10; Grenet, 9; Touchard, 8; Lévy (Fernand), 5.

Prochaine séance jeudi 5 mars, à cinq heures, salle des Saints-Pères.

Anatomie pathologique. — Séance du 3 mars : MM. Balthazard, Crouzon, Herscher et Schæfer, 10; Armand-Delille et Lévi (Léopold), 9; Louste, 8.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ricard, Beurnier, Guinard, Lucas-Championnière, Blum, Albarran et Lermoyez.

MM. Ricard, Beurnier, Guinard et Blum ont accepté.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Notes.* — PATHOLOGIE. — Séance du 2 mars : MM. Detré, 10; Morancé, 7; Durveux, 5; Pakowski, 7; Mlle Neveux, 10; MM. Caillé, 9; Saint-Girons, 7; Boulland (Léon), 6.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre des Affaires étrangères a décerné une médaille d'or à M. le docteur Merle, médecin du dispensaire français de Casablanca, pour son courage et son dévouement lors des événements de Casablanca.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — FONDS BONAPARTE. — Le prince Roland Bonaparte vient de mettre à la disposition de l'Académie une somme de 100 000 francs, non à titre de capital, mais qui sera distribuée en annuités destinées à être rapidement employées, en écartant toute idée de récompense pour des travaux déjà exécutés, quel qu'en puisse être le mérite, mais devant servir à provoquer des découvertes en facilitant les recherches des travailleurs ayant fait leurs preuves ou des travaux originaux, et qui manqueraient de ressources suffisantes pour entreprendre ou poursuivre leurs investigations.

Voici les conditions que vient d'approuver l'Académie en comité secret :

1° La somme de 100 000 francs constituera jusqu'à son entier épuisement un fonds portant le nom de « Fonds Bonaparte »;

2° En vue d'obtenir une subvention, il n'est pas nécessaire de faire la demande soi-même. Il suffit que la demande soit présentée par un membre de l'Académie ;

3° Pour la première année, toutes les demandes ou propositions devront parvenir avant le 1er mai 1908 ; pour les autres années, avant le 1er janvier 1909, 1910 et 1911. Passé ces dates, elles seront renvoyées à l'année suivante;

4° Les bénéficiaires de subventions devront adresser dans les douze mois à l'Académie un rapport succinct relatif à la manière dont ils ont employé les ressources mises à leur disposition et aux résultats qu'ils ont obtenus;

5° Tout bénéficiaire qui n'aurait pas fourni de rapport dans les délais voulus sera exclu du droit de recevoir de nouvelles subventions ;

6° La primeur des découvertes, sous quelque forme que ce soit, sera réservée à l'Aeadémie. La non-observation de cette clause entraînera pour l'auteur la perte du droit de recevoir de nouvelles subventions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Thiéry (d'Orchies).

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — Un cours pratique de médecine infantile, sous la direction de M. le professeur Hutinel et de M. Nobécourt, agrégé, avec la collaboration de MM. Louis Martin, P. Lereboullet, G. Leven, Prosper Merklen, Babonneix, Roger Voisin, Paisseau, Léon Tixier, Darré, Rivet, Ferrand, commencera le mardi 24 mars 1908, à quatre heures, et prendra fin le samedi 27 juin. Il comprendra 72 leçons faites les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures et à cinq heures.

Seront admis au cours : 1° les étudiants inscrits comme stagiaires à la clinique et les externes du service; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation d'une carte d'immatriculation délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), moyennant un droit de 100 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré, sur leur demande, aux auditeurs qui auront suivi régulièrement le cours.

Théories modernes sur la matière, par M. POZZI-ESCOT. In-18 de 96 pages, VIIIe volume des Actualités chimiques et biologiques. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT

DU

GOITRE EXOPHTALMIQUE

Au Congrès de médecine de 1907.

Par Ch. ABADIE.

Depuis quelques années la pathogénie du goitre exophtalmique est restée à l'ordre du jour des divers congrès médicaux et chirurgicaux, car jusqu'ici aucune théorie ne semble avoir réuni les suffrages unanimes des divers rapporteurs chargés d'élucider cette obscure question.

Pourtant, ces théories jadis encore si nombreuses semblent se réduire de jour en jour.

On ne parle plus que pour mémoire des théories cardiaques, humorales, etc.

Deux seulement restent encore en présence : la théorie thyroïdienne et la théorie nerveuse, vaso-motrice, du grand sympathique. Malgré une dépense considérable de talent et d'érudition, les rapporteurs de cette même question discutée encore au dernier Congrès de médecine n'ont pu se prononcer d'une façon catégorique.

Au cours de cette discussion, nous nous sommes efforcé de démontrer que la théorie vaso-motrice était la vraie, ou tout au moins que c'est celle qui se rapprochait le plus de la vérité.

Pour cela faire, nous avons successivement mis en regard de chacune de ces deux théories, tout ce qui avait trait à la symptomatologie, à la physiologie pathologique, à la thérapeutique médicale et chirurgicale de la maladie de Basedow.

Chemin faisant, nous avons fait ressortir avec laquelle de ces deux théories s'accordait le mieux l'ensemble des faits.

*
* *

Parlons d'abord des symptômes.

Il en est un, primordial, fondamental, qui à lui seul ruine complètement la théorie thyroïdienne. *C'est l'exagération manifeste du volume et des battements des carotides qui reste strictement limitée à ces deux gros troncs vasculaires du cou.*

Trousseau en avait déjà fait la remarque.

« Alors, dit-il, qu'il y a une exagération manifeste dans les battements carotidiens, les autres grosses artères, telles que les fémorales, continuent à battre comme dans les conditions normales. »

N'est-il pas évident qu'il en serait autrement si la théorie thyroïdienne était vraie ?

Avec cette théorie, en effet, l'exagération des battements artériels étant provoquée par l'introduction de la thyroïdine en excès dans le torrent circulatoire, toutes les grosses artères de l'organisme devraient en éprouver les mêmes effets, ce qui n'a pas lieu.

L'amplitude des battements carotidiens limités à cette région relève donc d'une cause locale, régionale, qui n'est autre que l'excitation des vaso-dilatateurs de ces vaisseaux.

Nous insistons sur ce symptôme parce qu'il est primordial, fondamental.

Il est possible, il est probable que cette augmentation de volume des artères du cou, l'exagération de la force et du nombre de leurs battements détermine un apport plus considérable de sang artériel à la glande thyroïde et par suite son hypertrophie et sa suractivité fonctionnelle.

Comme on le voit, ce symptôme fondamental s'accorde très bien avec la théorie vaso-motrice, il est incompréhensible avec la théorie thyroïdienne.

Continuons notre argumentation tirée de l'étude des symptômes.

Si l'hyperfonction thyroïdienne était l'élément initial, fondamental, de la maladie de Basedow, les autres phénomènes morbides devraient lui être étroitement subordonnés.

La tachycardie, l'exophtalmie, devraient toujours marcher de pair avec le volume du goitre. Or il n'en est rien. Nombreux sont les cas désignés sous le nom de frustes, où l'hypertrophie thyroïdienne étant presque insignifiante, la tachycardie et l'exophtalmie sont très accusées.

Inversement, on voit souvent un goitre volumineux avec une exophtalmie presque nulle.

On a même cité des cas où l'affection reste unilatérale, ce qui est inexplicable avec l'intoxication thyroïdienne, celle-ci frappant nécessairement toute l'économie.

*
* *

Ce qui a rendu obscure cette question de pathogénie, c'est qu'en réalité dans le goitre exophtalmique, il y a, le plus souvent, deux phases bien distinctes, presque deux maladies pour ainsi dire surajoutées l'une à l'autre.

La première, c'est la maladie décrite par Graves et Basedow et comprenant d'emblée comme symptômes, l'exophtalmie qui frappe tout d'abord, puis le goitre, puis la tachycardie; la seconde qui lui succède pour ainsi dire, qui en est la conséquence, mais qui passe bientôt au premier plan, c'est l'intoxication thyroïdienne.

Cette seconde phase, les anciens ne la connaissaient pas, ou tout au moins ne savaient pas l'interpréter. Pourquoi ? parce que la grande découverte de la fonction de la glande thyroïde et de son principe actif la thyroïdine n'était pas encore faite.

Mais par contre, dès que cette découverte capitale a été connue. vulgarisée, l'intoxication thyroïdienne a pris une grande importance.

En expérimentant sur les animaux on a cru, en leur injectant de la thyroïdine, reproduire la maladie de Basedow, alors qu'en réalité on ne reproduisait que l'intoxication thyroïdienne qui survient à un certain moment donné dans l'évolution de cette maladie', mais qui n'en constitue que la *période terminale.*

Ce qui met encore le comble à la confusion, c'est que précisément l'intoxication thyroïdienne reproduit ou exagère quelques-uns des symptômes de la maladie de Basedow elle-même, en particulier la tachycardie. Dans les cas graves et prolongés il s'établit ainsi un cercle vicieux dont il devient difficile de discerner le point de départ.

... Gley, qui a fait de nombreux travaux sur ce sujet, affirme bien que par l'injection de doses fortes et répétées de thyroïdine on peut provoquer une élévation de température, une fréquence plus grande des battements du cœur, un amaigrissement rapide, de la diarrhée profuse, etc., symptômes connus de l'intoxication thyroïdienne, analogues à ceux qu'on observe chez l'homme dans la période *terminale* du goitre exophtalmique; mais il ajoute qu'il est impossible de provoquer le goitre et l'exophtalmie, c'est-à-dire les symptômes de la période *initiale* de la maladie de Basedow.

Il en est de même chez l'homme.

La découverte de la fonction thyroïdienne a eu d'heureuses conséquences en pathologie humaine. Grâce à la thyroïdine, on a pu guérir ou tout au moins maintenir en état de guérison apparente le myxœdème provoqué par l'insuffisance de la sécrétion thyroïdienne. Mais d'abord limitée au myxœdème, cette médication s'est étendue à certaines formes d'obésité, on a alors dépassé quelquefois la mesure et provoqué la cachexie thyroïdienne à laquelle parfois même des malades ont succombé. Cette cachexie thyroïdienne avec tachycardie excessive, amaigrissement rapide, sueurs, diarrhée profuse, était bien comparable à la cachexie terminale de la maladie de Basedow, mais il manquait le goitre et l'exophtalmie.

Par contre, dans un article important : *Grand sympathique et corps thyroïde* (1), qu'il faut lire d'un bout à l'autre, M. Morat, professeur de physiologie à Lyon, s'exprime ainsi :

« Une excitaiion artificielle telle que celle que nous réalisons avec l'électricité quand elle est portée sur la *chaîne thoracique* du sympathique, fait accélérer le cœur, saillir le globe oculaire, en même temps qu'elle fait rougir la face et congestionner le corps thyroïde, c'est-à-dire réalise les symptômes apparents du goitre exophtalmique. Une excitation de nature pathologique et de durée prolongée pourra donc, si elle est de même localisée sur la partie thoracique de la chaîne du sympathique, avoir des effets d'exophtalmie, de tachycardie, de congestion faciale et thyroïdienne.

Cette conception de la maladie de Basedow à laquelle se range M. Abadie, est celle qui cadre le mieux avec les faits expérimentaux. »

* * *

Abordons la question de la thérapeutique chirurgicale. Que voyons-nous?

Jaboulay qui a pratiqué le premier avec succès la sympathectomie dans la maladie de Basedow et cela sur une malade où la thyroïdectomie avait échoué, Jonesco, Gérard Marchant, Faure, Schwartz, qui l'ont suivi dans cette voie, ont obtenu la disparition de tous les symptômes, goitre, exophtalmie, tachycardie, par conséquent des guérisons complètes et définitives.

Par contre de tous les chirurgiens partisans de la thyroïdectomie, Kocher est celui qui en a pratiqué le plus grand nombre. Il a obtenu souvent des améliorations considérables, mais il l'avoue lui-même, presque jamais des guérisons complètes. L'exophtalmie et la tachycardie persistaient, n'est-ce pas la preuve que ni l'un ni l'autre de ces symptômes ne relevaient de l'intoxication thyroïdienne, seule supprimée par l'intervention sur la thyroïde?

Les résultats comparés de la section du sympathique cervical et de la thyroïdectomie plaident donc encore en faveur de la théorie vaso-motrice.

* * *

Passons à la thérapeutique médicale.

Depuis quelque temps on s'est beaucoup occupé d'opothérapie chez les malades atteints de la maladie de Basedow.

Il semble qu'ils ont tiré quelque avantage d'un sérum emprunté à des animaux auxquels on avait enlevé la glande thyroïde. Mais ces résultats, tout en étant favorables, n'ont pas abouti, que je sache, à des guérisons complètes et durables.

Il est possible en effet que ces sérums contiennent des antitoxines neutralisant les effets nocifs de l'intoxication thyroïdienne ; mais leur action se borne là. Ils font disparaître les symptômes d'intoxication, tremblement, amaigrissement, diarrhée profuse, cachexie, etc., mais ils sont à peu près sans action sur l'exophtalmie indépendante de l'intoxication thyroïdienne.

En outre, on est condamné à leur emploi continu et indéfini. Leur action est comparable (en sens inverse) à celle de la thyroïdine dans le myxœdème qui ne peut être supprimée sous peine de récidive.

Au contraire, chez ces malades, l'emploi systématique du sulfate de quinine à dose élevée, vaso-constricteur par excellence, a donné entre les mains de Lancereaux, Paulesco, Huchard et entre les miennes des guérisons complètes et durables.

Tous les symptômes, aussi bien ceux qui relèvent de l'intoxication thyroïdienne que ceux qui appartiennent en propre à l'excitation du sympathique, c'est-à-dire le goitre, l'exophtalmie et la tachycardie disparaissent tour à tour.

J'espère que cette longue série d'arguments établit d'une façon incontestable que la théorie vasomotrice explique mieux que la théorie thyroïdienne l'ensemble des phénomènes pathologiques qui constituent la maladie de Basedow.

Les conséquences qui découlent de cette notion étiologique devenue ainsi plus précise sont importantes à plusieurs points de vue.

Le goitre exophtalmique reste bien une entité morbide et non, comme le déclare l'un des rapporteurs M. Sainton, un simple syndrome commun à tous les états pathologiques qui relèvent de l'hyperthyroïdisation de l'organisme pour une cause quelconque.

Connaissant mieux le point de départ de la maladie, nous avons plus de chance de l'éviter ou de la combattre dès son apparition.

Au lieu de concentrer nos efforts médicaux et chirurgicaux sur la thyroïde, il faut les concentrer sur le grand sympathique.

(1) Grand sympathique et corps thyroïde, par le professeur Morat (de Lyon), *Presse méd.*, 22 déc. 1907.

Au début, au lieu de recourir à l'opothérapie qui ne combat et ne peut combattre que les phénomènes secondaires de l'intoxication thyroïdienne, on s'adressera au sulfate de quinine donné systématiquement tous les jours et à haute dose. Les préparations de valériane, sédatives des excitations nerveuses, sont aussi fort utiles.

Si la situation s'aggrave, si un goitre volumineux, une exophtalmie menaçante forcent à recourir à un traitement chirurgical, au lieu de pratiquer la thyroïdectomie qui expose à la tétanie si on touche aux glandes para-thyroïdiennes, au myxœdème si elle est trop complète, aux récidives si elle est incomplète, enfin à la persistance quand même de l'exophtalmie et de la tachycardie, on pratiquera la section du sympathique cervical.

Celle-ci devra être faite aussi simplement que possible en évitant l'extirpation totale du tronc et de ses trois ganglions qui est inutile et plus dangereuse; en ayant soin de ne pas comprendre, autant que possible, dans les ligatures les filets nerveux émanés du sympathique; en évitant, en un mot, d'augmenter l'irritation dans le territoire d'un tronc nerveux qui est déjà en état d'hyperexcitabilité fonctionnelle. Il est probable que des cas de mort après cette opération sont attribuables à cette cause, à ces négligences opératoires.

Dans tous les cas, outre que cette opération est moins dangereuse que la précédente, elle a l'avantage de donner de vraies guérisons complètes et durables.

*
* *

Ma communication terminée, Hallion m'a objecté que l'exagération des battements localisés aux carotides et ne s'étendant pas aux grosses artères de l'économie, n'était pas un argument péremptoire car, de même que d'autres poisons, le poison thyroïdien pouvait avoir une action élective sur une région circonscrite de l'organisme.

C'est possible, mais dans tous les cas il faudrait en fournir la preuve expérimentale, et si en injectant du suc thyroïdien aux animaux on ne provoque pas cette excitation artérielle *locale*, mais bien une excitation artérielle générale, comme cela a lieu je crois. Une conclusion s'impose, c'est que l'excitation du sympathique est en jeu et non l'intoxication thyroïdienne.

Quant aux expériences de Morat sur le grand sympathique, Hallion n'en conteste ni l'exactitude ni la valeur, mais il leur oppose celles de Frank. Or les expériences de ce dernier ont porté, non sur les origines médullaires du sympathique, mais sur le *tronc nerveux* lui-même, ce qui n'est pas du tout la même chose. Le cordon du grand sympathique dans la région cervicale étant composé de fibres diverses dont le rôle physiologique est fort différent, le résultat de leur excitation simultanée doit être nécessairement complexe et tout autre que celui de l'*excitation isolée de ses origines médullaires.*

Ballet a aussi beaucoup expérimenté sur les animaux et il lui semble qu'il a reproduit par les injections systématiques de thyroïdine quelques-uns des phénomènes basedowiens. C'est possible, mais nous le répétons, ce ne sont que les phénomènes d'intoxication thyroïdienne, tachycardie, amaigrissement, diarrhées profuses, regard brillant, etc., qui ne surviennent qu'à la période ultime, cachectique, et non au début. Faits expérimentaux qui s'accordent du reste peu avec les faits cliniques signalés par Ballet lui-même.

N'a-t-il pas signalé des cas de goitre exophtalmique anodins pour ainsi dire, sans intoxication thyroïdienne, au point que sauf l'aspect particulier de leurs yeux, des malades depuis longtemps atteints ne se doutaient même pas de leur état?

Je persiste enfin à opposer aux expériences de Ballet celles de Gley qui ont été faites aussi sur une vaste échelle. Gley déclare bien qu'il a provoqué de la tachycardie, de l'amaigrissement, des sueurs et diarrhées profuses, etc. Mais jamais, ni une vraie exophtalmie, ni une vraie hypertrophie de la thyroïde, et par conséquent aucun des symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow.

Doyen qui considère la thyroïdectomie comme supérieure à la sympathectomie m'a demandé un peu ironiquement comment il fallait s'y prendre pour ne pas comprendre les filets du sympathique dans les ligatures. Quand on liait les thyroïdiennes par exemple, comment ne pas lier en même temps les nerfs qui rampent dans leurs parois.

A cela, je répondrai qu'il y a un moyen simple d'atteindre ce but. Comme les filets nerveux sont contenus dans la tunique externe des vaisseaux, il n'y a qu'à dénuder celle-ci, et lier ensuite au niveau de la partie dénudée et privée de ses nerfs.

*
* *

Si depuis déjà longtemps je défends la théorie de la vaso-dilatation du sympathique dans la maladie de Basedow, c'est en raison des conséquences importantes qui en découlent pour la clinique et la thérapeutique.

La théorie thyroïdienne a fait concentrer de plus en plus sur cette glande l'action thérapeutique médicale et chirurgicale. On a cherché par divers moyens médicaux à combattre l'hypersécrétion thyroïdienne.

Je ne conteste pas que, si par des sérums spéciaux on neutralise dans l'organisme les effets d'une superthyroïdisation, cela ne puisse être utile, mais il n'en est pas moins vrai que ces moyens très compliqués ne sont que des palliatifs insuffisants et ne s'adressant pas à la nature même du mal.

De même il est clair qu'en enlevant une partie de la glande thyroïde, on supprimera une partie de sa sécrétion et par conséquent on amendera les symptômes dus à cet excès de sécrétion. Mais on ne peut parler que d'améliorations et non de guérison, ces interventions étant encore sans action sur la nature et l'essence même de la maladie.

La théorie thyroïdienne concordant mal avec les faits cliniques et expérimentaux, on a dû torturer ceux-ci et ceux-là et les interpréter d'une façon tout à fait fantaisiste pour les faire cadrer avec cette théorie.

Ainsi, pour expliquer les cas de mort qui suivent

parfois la thyroïdectomie, on a invoqué une intoxication intensive due à l'introduction dans le sang du suc thyroïdien en excès.

Comment! on enlève tout ou partie de la glande sécrétante et on vient nous dire que la mort est provoquée par la pénétration en trop grande quantité du suc thyroïdien (qu'on supprime en supprimant la glande) dans le torrent circulatoire!

Et les cas de mort à la suite de la simple ligature des artères thyroïdiennes où là aucun vaisseau n'est ouvert! et la mort tellement fréquente dans l'exothyropexie qu'on a dû y renoncer. Pourtant cette opération n'est nullement sanglante, elle consiste simplement à attirer à travers une boutonnière cutanée le corps thyroïde au dehors et à le laisser se flétrir spontanément sur place. Impossible donc d'expliquer ces faits à moins de tout défi au bon sens, par la théorie thyroïdienne.

Avec la théorie vaso-motrice du sympathique au contraire, plus d'obscurité, tout s'éclaire et se simplifie. Si à l'irritation manifeste, anormale, du nerf grand sympathique qui tient en partie sous sa dépendance le réglage du rythme cardiaque, vous ajoutez encore une irritation nouvelle, la mesure est comble et le cœur finira par succomber à une innervation par trop déréglée. C'est précisément ce qui arrive quand, en liant les artères thyroïdiennes, on comprend dans les ligatures les filets nerveux qui les accompagnent; quand dans l'exothyropexie, attirant le corps thyroïde fortement en avant, on tiraille nécessairement d'une façon permanente les filets du sympathique qui s'y rendent.

Aussi, après avoir reproduit les arguments de nos adversaires nous maintenons nos conclusions, et nous plaçant à nouveau sur un terrain pratique, nous disons : Le goitre exophtalmique à son origine est dû à une excitation anormale des centres médullaires (région cervico-dorsale), d'où émanent les fibres vaso-dilatatrices du grand sympathique.

Au début de la maladie, au lieu d'avoir recours à une séro ou opothérapie compliquée, on prescrira systématiquement à haute dose le sulfate de quinine associé aux préparations de valériane. On pourra conjointement employer l'électrisation du sympathique cervical, l'hydrothérapie, etc.

Si la situation malgré ce traitement s'aggrave au point de rendre l'exophtalmie menaçante pour l'intégrité des cornées, on pratiquera la section du sympathique cervical, en cherchant à la faire aussi simplement que possible.

Si, rebelles à toute argumentation, quelques chirurgiens préfèrent encore agir sur la thyroïde, qu'ils prennent au moins la précaution de ne pas comprendre dans les ligatures des artères les filets nerveux du sympathique qui les accompagnent, cela sauvera encore sûrement la vie à quelques malades.

Approvisionnement communal, eaux potables, abattoirs, marchés, par le docteur F. Putzeys, professeur d'hygiène à l'Université de Liège; E. Putzeys, ingénieur en chef de la ville de Bruxelles, et M. Piettre, inspecteur vétérinaire de la Seine. In-8° de 464 pages, avec 134 figures. — Prix : br., 10 fr.; cart., 11 fr. 50.— Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 MARS 1908)

L'onycophagie. — M. Galippe fait un rapport sur une communication de M. Disbury relative à cette affection de l'enfance. Dans cette communication, M. Disbury avait proposé l'emploi d'une sorte de mors mettant les enfants dans l'impossibilité de se ronger les ongles, en empêchant les mâchoires de se rapprocher. M. Galippe est d'avis qu'il faut d'abord recourir à l'éducation et à la suggestion qui réussissent dans un grand nombre de cas et n'employer le mors de M. Disbury qu'en dernier ressort.

Guérison de l'aphasie motrice. — M. Déjerine fait une intéressante communication sur ce sujet. On sait que l'aphasie motrice, chez l'enfant et chez l'adolescent, peut guérir. La guérison est plus rare chez l'adulte et surtout chez le vieillard. Toutefois, elle a été observée aussi chez ce dernier.

M. Déjerine rapporte l'observation d'un homme de soixante-cinq ans, atteint d'hémiplégie droite et d'aphasie chez lequel celle-ci a disparu. Et cependant à l'autopsie, on a constaté qu'il existait des lésions importantes de la circonvolution de Broca.

M. Déjerine cite plusieurs observations analogues dans lesquelles on a constaté la disparition ou la diminution de l'aphasie avec persistance de l'hémiplégie et persistance des lésions de la circonvolution de Broca. Ces faits ne peuvent s'expliquer que par des phénomènes de suppléance sur lesquels insiste M. Déjerine.

Nouvelle mycose expérimentale. — M. Roger appelle l'attention de l'Académie sur une nouvelle maladie mycosique qu'on a d'abord confondue avec le muguet et qui se caractérise, histologiquement, par des lésions toutes différentes se rapprochant de celles de certaines variétés de cancer.

Sporotrichose de la muqueuse bucco-pharyngée. — M. Letulle nous donne une étude anatomo-pathologique de sporotrichose. Dans un cas, où l'on a pu faire l'autopsie, cette maladie avait amené assez rapidement un état cachectique sur lequel s'était greffée la tuberculose. Au début de cette affection spéciale, l'iodure de potassium donnerait de bons résultats.

Eaux minérales d'Algérie. — M. Henriot cite une note sur la richesse de l'Algérie en eaux minérales qui pourraient être employées avec avantage.

Etude clinique de 300 cas d'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — M. E. Ausset (de Lille) étudie les résultats de l'ophtalmo-réaction chez 300 enfants. Il note la concordance absolue des résultats fournis par la clinique et par ce procédé, si on considère la tuberculose suivant l'âge des petits malades. De même que la tuberculose est d'autant plus fréquente que l'enfant est plus âgé; de même le nombre des réactions positives augmente avec l'âge. Première preuve, dit-il, de la fidélité de la méthode.

Sur ses 300 malades M. Ausset a noté 126 réactions positives, 56 légères, 49 de moyenne intensité; aucun accident, aucune inquiétude même pour 6 réactions très fortes. Le plus souvent les accidents seraient dus à des infections secondaires faciles à éviter.

Sur les 300 malades observés, il y en avait 28 très nettement tuberculeux : 24 ont réagi, mais sur les 4 n'ayant pas réagi, 3 étaient cachectiques, mourants, ne pouvaient réagir.

Donc, à retenir 25 malades sur lesquels 24 ont réagi, soit 96 p. 100. Deuxième preuve de la fidélité de l'ophtalmo-réaction.

L'auteur étudie ensuite les cas simplement soupçonnés tuberculeux : 35 cas, 21 positifs. Dans tous ces cas l'évolution clinique ultérieure a confirmé les résultats de l'ophtalmo-réaction. Troisième preuve favorable au procédé de M. Calmette.

Pratiquée chez des sujets vivant avec des tuberculeux, l'oculo-réaction donne des résultats positifs pour peu que ces enfants soient un peu âgés et vivent depuis assez longtemps avec des tuberculeux. Sur 103 enfants vivant dans un milieu contaminé, 61 p. 100 ont réagi, tandis que sur 191 n'ayant aucune hérédité, il n'y a eu que 31 p. 100 réagissant. Nouvelle concordance avec la clinique. Quatrième preuve en faveur de la méthode.

Pratiquée chez des enfants ayant eu la rougeole, la coqueluche, chez des adénoïdiens, l'ophtalmo-réaction fournit des indications très utiles et très pratiques.

L'auteur conclut que l'ophtalmo-réaction est un procédé très fidèle, d'utilité incontestable, susceptible d'apporter à la clinique un secours précieux ; il peut également avoir son utilité sociale, non pas en l'appliquant à tort et à travers, mais, dans l'armée, à l'école, chez les mutualistes, dans les Compagnies d'assurances-vie, il pourra servir d'adjuvant précieux dans des cas délicats à trancher.

FORMULAIRE

SÉBORRHÉIDES ECZÉMATIFORMES

Employer la pâte suivante :

Thigénol « Roche »	4 à 8 grammes.	
Oxyde de zinc	*ââ* 10 —	
Amidon		
Vaseline		
Lanoline		

F. s. a. une pâte.

LIVRES NOUVEAUX

Physiologie de l'aéronaute (1), par le docteur Jacques Soubies.

Cet ouvrage est essentiellement personnel, l'auteur nous fait part de ses observations faites au cours d'ascensions exécutées sous les auspices de la commission scientifique de l'Aéro-Club. Il a répété pour les contrôler toutes les expériences faites jusqu'ici dans des conditions analogues et il en a entrepris d'autres, ne laissant aucune fonction organique importante inexplorée, de sorte qu'il nous donne bien un résumé complet de la physiologie de l'aéronaute. Il étudie d'abord les modifications sanguines qui avaient jusqu'ici divisé les physiologistes, les uns tenant pour l'hyperglobulie dans les altitudes, d'autres la niant. Il montre que cette augmentation des érythrocytes est purement périphérique sans prolifération globulaire, et de plus elle est bien plutôt en rapport avec la température et l'état hygrométrique qu'avec l'altitude; aussi le taux réel de l'hémoglobine n'est pas modifié.

La formule leucocytaire ne varie pas non plus. Quant aux gaz du sang, l'oxygène et l'acide carbonique y restent invariables jusqu'à 4 000 mètres, tandis que l'azote diminue proportionnellement à l'altitude.

(1) In-8. Th. de Paris, 1907. — Paris, Steinheil.

Le coefficient respiratoire reste invariable jusqu'à 5 000 mètres. Mais après 6 000, la gêne devient considérable. De même la force musculaire diminue d'un quart vers 3 000 mètres.

Le mal en ballon commence vers 5 500 mètres par des vomissements, des hémorragies, et se termine par des syncopes et du coma.

Ces accidents sont causés, soit par l'anoxyhémie, soit par le manque d'acide carbonique, soit par des accidents urémiques dus à une insuffisance de sécrétion urinaire.

L'auteur conseille pour lutter contre ce mal, des inhalations non pas d'oxygène pur, mais d'un mélange de ce gaz avec de l'acide carbonique à 15 p. 100.

Les troubles auriculaires sont dus à la rupture des équilibres labyrinthique et tympanique. Il peut en résulter une surdité complète. L'acuité visuelle augmente beaucoup en ballon, tandis que la sensibilité diminue très nettement.

De cette étude physiologique, l'auteur déduit quelques règles d'hygiène dont les aéronautes qui veulent « faire de l'altitude » feront bien de profiter surtout en ce qui concerne l'alimentation. Enfin, toute ascension sera défendue aux tuberculeux, aux cardiaques, aux hypertendus, aux artério-scléreux.

Une des parties les plus intéressantes de l'ouvrage est le premier chapitre dans lequel l'auteur essaie de faire partager les plaisirs du sport aérien. Il nous montre ce calme, cette tranquillité qui charment tous les aéronautes, cette absence de vertige qui suprend ceux qui n'ont pas essayé, et ce mépris absolu pour tout ce qui est à terre et qu'éprouve tout aéronaute à son premier séjour en nacelle. Il ne se contente pas de nous apprendre toute la technique qui peut intéresser le médecin, mais il signale aussi tout ce qu'on doit connaître, aujourd'hui surtout, du sport aéronautique depuis les éléments de ce sport jusqu'aux ascensions célèbres, comme celle de Crocé-Spinelli, Sivel et Tessandier, terminée par la mort des deux premiers, à plus de 8 000 mètres de hauteur.

Bref, cette excellente monographie nous apprend qu'on peut être savant et homme de sport, médecin et aéronaute et elle engagera certainement à essayer du ballon bien des timides qui ont attendu trop longtemps pour goûter les joies de l'atmosphère que nous connaissons nous-même depuis longtemps.

JEAN FERRAND,
chef de clinique à la Faculté, membre de l'Aéro-Club.

L'angoisse (1), par Paul Bru.

Le distingué directeur de Saint-Antoine vient de publier un nouveau roman avec une préface du docteur Lejars. *En démence* nous avait ouvert un jour de souffrance sur l'asile d'aliénés; *Le droit d'être mère* initie aux douloureuses humiliations de la fille-mère ; *L'Insexuée* mit en garde contre les méfaits ignorés de la blennorragie. *L'Angoisse* qui vient de paraître étudie les conséquences, au point de vue de la descendance et de la race, de la vérole.

Armé d'une documentation médicalement rigoureuse, l'auteur y décrit parallèlement les états d'âme et de santé d'un jeune homme contaminé à la veille d'un mariage avec celle qu'il adore. Pas un lecteur qui ne frissonne en évoquant les angoisses par lesquelles doit passer ce pauvre Jean Gautier, si ingénûment coupable d'un instant d'oubli, et son oncle, le bon docteur Bertin, qui reçoit toutes les confessions, mais a les lèvres cousues par le secret professionnel.

Fervent amoureux de la nature, Paul Bru a égayé ce sujet morose par de charmantes descriptions de la Brie et par le passage à travers les chapitres d'une bande d'artistes follement joyeux qui forment la société bizarre du *Ça peut*. Par la thèse scientifique qu'il vulgarise, par l'attrait qui se dégage

(1) In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Librairie mondiale.

du style sobre et rapide, par le charme de l'idylle qui s'y développe, c'est un livre qui doit séduire toutes les âmes éprises à la fois de vérité et de rêve. L. GAYARD.

Précis de technique histologique et cytologique (1), par le docteur RUBENTHALER.

Cet ouvrage se distingue des similaires, en ce qu'il est presque entièrement original. A chaque page éclate l'ingéniosité de l'auteur, construisant lui-même ses appareils ou bien inventant des procédés nouveaux afin d'obtenir le maximum de rendement avec des moyens simples.

Aussi ne saurait-on trop recommander la lecture de son livre, non seulement aux débutants, mais aussi à ceux qui possèdent déjà une longue pratique de la micrographie. Tous y trouveront à apprendre.

L'ouvrage se divise en trois parties : la première comprend l'outillage du laboratoire ; la deuxième, la technique histologique générale ; la troisième, la technique appliquée à l'étude des tissus végétaux et animaux, enfin, à la cytologie.

ALQUIER.

CONGRÈS

XVIII° CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (Dijon, août 1908). — Le XVIII° Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Dijon, du 3 au 9 août, sous la présidence de M. le docteur Culerre, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — I. *Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Genève et de Lausanne.* — *a.* PSYCHIATRIE. — « Les troubles mentaux par anomalies des glandes à sécrétion interne. » Rapporteur : M. le docteur Laignel-Lavastine (de Paris).

b. NEUROLOGIE. — « Diagnostic et formes cliniques des névralgies. » Rapporteur : M. le docteur Verger (de Bordeaux).

c. ASSISTANCE DES ALIÉNÉS. — « Assistance des enfants anormaux. » Rapporteur : M. le docteur Charon (d'Amiens).

II. *Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.* — Présentations de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques.

Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1er juillet.

III. *Visite de l'asile d'aliénés de Dijon.*

EXCURSIONS. — La visite de la ville de Dijon, de ses beaux monuments et de ses riches collections, sera rendue particulièrement intéressante, grâce au bienveillant concours d'un érudit bourguignon.

En outre, des excursions seront organisées pour faire visiter aux congressistes les principales curiosités régionales, entre autres le célèbre hospice de Beaune, le château et le clos de Vougeot, l'abbaye de Flavigny, le château de Bussy-Rabutin et Alise-Sainte-Reine, l'ancienne Alésia des Gaules dont les fouilles récentes ont reconstitué l'emplacement.

Enfin, après la clôture du Congrès, une excursion dans le Morvan pourra permettre aux congressistes de parcourir ce massif pittoresque, où, dans des paysages frais et verdoyants, ils rencontreront des villes et des monuments remarquables, Semur, Avallon, la basilique de Vezelay, le château de Chastellux, etc.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents ;

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Congrès les trois rapports, après le Congrès le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemin de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Dijon.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au docteur S. Garnier, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon.

1er CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE S'OCCUPANT DE PHYSIOTHÉRAPIE. — Ce Congrès, organisé sur l'initiative de la Société française d'électrothérapie et de radiologie médicale et la Société de kinésithérapie, a surtout pour but l'étude comparée des divers agents physiques (électricité, massage, mécanothérapie, gymnastique, lumière, rayons X, etc.).

M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, a bien voulu accepter la présidence d'honneur.

Le bureau de la commission d'organisation est ainsi composé : président, M. Oudin ; vice-présidents, MM. Albert-Weill, Kouindgi, Lagrange, Stapfer, Zimmern ; secrétaire général, M. Laquerrière, 2, rue de la Bienfaisance (Paris) ; secrétaire général adjoint, M. Bloch ; trésorier, M. Delherm.

Nous donnerons ultérieurement la liste du comité de patronage scientifique.

Les séances auront lieu au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine durant la semaine qui suit Pâques. Pendant cette même semaine a lieu également l'exposition de la Société de physique, l'assemblée générale annuelle du Syndicat des médecins électrologues et radiologues, la séance de la Société d'électrothérapie. (La Commission s'entendra d'ailleurs avec ces diverses organisations pour qu'aucune des réunions ne coïncide avec une autre.)

MM. Zimmern, Delherm, Lagrange, Kouindji, de Munter, Dagron, Laquerrière, Duclaux, Belot, Haret ont bien voulu promettre des rapports, chacun dans leur spécialité respective sur les deux questions mises à l'ordre du jour : 1° Les agents physiques dans le diagnostic et le traitement des traumatismes articulaires et osseux ; 2° Les agents physiques dans le traitement des névralgies et névrites.

Deux séances seront consacrées à la discussion de ces rapports et aux communications sur les mêmes sujets. Une troisième séance sera réservée aux communications sur des sujets divers ; mais les auteurs sont instamment priés de ne pas perdre de vue le but du Congrès : « Etude comparée de divers agents physiques, » ils devront donc autant que possible éviter les détails de technique ou d'instrumentation susceptibles d'intéresser les seuls spécialistes d'une branche unique de la physiothérapie.

Le prix de la cotisation est fixé à 10 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Laquerrière, 2, rue de la Bienfaisance, Paris, secrétaire général de la commission d'organisation.

---

(1) In-8 de 395 p., 48 fig. dans le texte et 12 microphotographies hors texte. — Paris, Baillière.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 4, 25 janv. 1908.) PRIBRAM : Sur la lipase du sang.

Nord médical. — (N° 318, 1er janv. 1908.) G. LEMOINE : De l'emploi des injections intra-laryngées dans le traitement de la tuberculose, par les produits biliaires. — S. BAUDRY : Plaie pénétrante de la région sterno-cornéenne compliquée de copeau métallique intra-oculaire. — (N° 319, 15 janv.) LESCŒUR : Sur les rapports de la diathèse hypo-acide avec la goutte. — PAUCOT et VANVERTS : Torsion d'un kyste du parovaire ayant déterminé des troubles d'intoxication.

Marseille médical. — (N° 1, 1er janv. 1908.) GERBER : Outure du cours de matière médicale. — PLUYETTE : Tumeur de la langue et des lèvres. — ROUX DE BRIGNOLES : Perforation au cours d'une fièvre typhoïde. — AUBERT : Appendicectomie. — (N° 2, 15 janv.) IMBERT : Plaies pénétrantes de l'abdomen. — ROUX DE BRIGNOLLES : Deux cas d'emphysème sous-cutané. — PONS : Kyste hématique du sein. — M. CORTY : Paralysie spinale aiguë de l'adulte.

Medical Record. — (Vol. LXXIII, n° 1, 4 janv. 1908.) Henry W. BERG : La poliomyélite antérieure, maladie épidémique. — Charles BOLDUAN : Vaccins bactériens et sérums curatifs. — John H. PRYOR : Diagnostic précoce et traitement de la tuberculose pulmonaire. — Benj. MICHAILOVSKY : Quelques aspects de l'éducation médicale considérés au point de vue de l'étudiant. — (N° 2, 11 janv.) Alvah H. DOTY : La peste. — Heinrich STERN : Les complications rénales et les séquelles de l'influenza. — Sohier BRYANT : La grippe et le nez, la gorge et le larynx. — Joseph COLLINS : Duchenne (de Boulogne). Biographie et appréciation. — Alfred GORDON : Relation des accidents avec les maladies nerveuses fonctionnelles et les psychoses. Considérations médico-légales. — William J. LEDERER : Haleine fétide. — TRENHOLTZ : Sur les variétés de bacilles tuberculeux ne prenant pas le Ziehl-Neelsen. — (N° 3, 18 janv.) Charles B. KELSEY : Fistule ano-rectale. — Otto KILIANI : Injections d'alcool de Schlosser contre la névralgie faciale ; seize mois d'expérience sur 55 cas; 3 insuccès. — Simon BARUCH : Instructions pour l'hydrothérapie. — Henry KOPLIK : Traitement de la chorea minor; considérations spéciales sur le danger du traitement arsenical. — Andrew Mac FARLANE : Progrès médical et scientifique dans les institutions charitables de New-York. — Robert REYBURN ; Prophylaxie de la mort pendant l'anesthésie par le chloroforme et par l'éther. — MORRELL : La crampe des écrivains ; ce qu'elle est et comment elle peut être traitée par le médecin de famille. — (N° 4, 25 janv.) POTTENGER : Sur quoi repose le traitement de la tuberculose. — William H. GUILFROY : La mortalité de la cité de New-York dans ses rapports avec le caractère cosmopolite de sa population. — Albert E. ROUSSEL : Relation d'un cas de gastrectasie aiguë ; fièvre typhoïde consécutive; guérison. — Henry H. MORTON : Bubon chancrelleux et son traitement. — NEWMAN : Fièvre syphilitique avec relation d'un cas. — Isaac LEVIN : Gangrène phéniquée. — Wm. H. DUKEMAN : Un cas de grossesse extra-utérine. Diagnostic et opération avant la rupture. — (N° 5, 1er fév.) Mac GRATH : Classification des cas d'appendicite. — John W. WAINWRIGHT : Etude psychologique d'Hamlet. — W. J. BUTLER : La cuti-réaction dans le diagnostic de la tuberculose. — A. G. HENRY : Traitement du cancer. — O. L. MULOT : L'enseignement du diagnostic physique. — Edgar S. THOMSON : Iridémie congénitale avec cataracte.

Medizinische Blætter. — (N° 4, 25 janv. 1908.) HOFFMANN : Action des bains chauds et froids et des douches sur la dépense de calorique. — (Nos 5 et 6, 1er et 8 fév.) HOFFMANN : Action des bains chauds et froids et des douches sur la dépense de calorique.

Pédiâtrie pratique. — (N° 2, 15 janv. 1908.) LONGO : Contribution à l'étude de la paralysie par intoxication gastro-intestinale dans l'enfance.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 6, 9 fév. 1908.) DRUCKER : Sur la valeur des nouveaux anesthésiques en urologie : tropacocaïne, holococaïne, etc. — DONATH : Attaques d'hystérie semblables au sommeil.

Revue de chirurgie. — (N° 1, 10 janv. 1908.) LECÈNE : Adénomes et kystes de la parotide. — JONNESCO et GROSSMAN : Contribution à l'étude de la linite plastique. — CRANWELL : Diagnostic et traitement de la hernie diaphragmatique. — MATHIEU : Rétrécissements non néoplasiques des voies biliaires principales (*à suivre*).

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1907.) DELÉARDE et MINET : Le syndrome paraplégie spasmodique familiale. — BOUCHAUD : Hémiplégie cérébrale spasmodique survenue à l'âge de douze ans. Arrêt de développement des membres paralysés. Hémiataxie. Hémianesthésie. — POROT : Documents analytiques et cliniques sur la pathologie des méninges. — SÉZARY et DE MONTMT : Attaques de sommeil. Distinction de la narcolepsie épileptique. — R. LÉPINE : Alcoolisme. Encéphalopathie convulsive sans réaction méningée. Foie gras, faible quantité de plomb dans les viscères.

Semaine gynécologique. — (N° 1, 7 janv. 1908.) PICHEVIN : Perforations utérines. — (N° 2, 14 janv.) PICHEVIN : A propos du curage utérin. — (N° 3, 21 janv.) PICHEVIN : Des récidives du cancer utérin après l'hystérectomie. — (N° 4, 28 janv.) PICHEVIN : Du droit à l'avortement.

Semaine médicale. — (N° 3, 15 janv. 1908.) APERT : L'idiotie amaurotique familiale (maladie de Tay-Sachs). — (N° 4, 22 janv.) Léon BLUM : L'angine ulcéreuse typhoïdique a-t-elle une valeur diagnostique. — (N. 5, 29 janv.) CHAUFFARD : Les ictères hémolytiques.

Tribune médicale. — (N° 1, 4 janv. 1908.) LAUBRY et GIROUX : Méningite aiguë syphilitique. — (N° 2, 11 janv.) GALLIARD et SAVARIAUD : Bon résultat de la gastro-entérostomie dans un cas d'ulcère gastrique non pylorique (mode d'action de celle-ci). — (N° 3, 18 janv.) James YOUNG : Coxa valga ou col valgus. — (N° 4, 25 janv.) WALLICH et MOUCHOTTE : Kyste de l'ovaire compliquant la grossesse.

NOTES POUR L'INTERNAT

RACINES RACHIDIENNES

Les nerfs rachidiens se détachent de la moelle épinière par deux ordres de filets : les uns antérieurs contribuent à former les racines motrices ou racines antérieures, les autres postérieures, munies d'un renflement ganglionnaire, sont désignés sous le nom de racines rachidiennes postérieures ou sensitives.

DÉVELOPPEMENT. — 1° Les racines antérieures des nerfs spinaux apparaissent avant les racines postérieures : leur développement comporte plusieurs stades; au moment où le tube neural ne possède pas encore de manteau de substance blanche, il se forme un cordon court protoplasmique l'unissant au segment musculaire correspondant; peu après ce dernier s'écarte du tube neural, on conçoit qu'il y ait allonallongement du cordon nerveux; ce tractus est constitué par des cellules : à une époque plus avancée ces cellules prennent une texture fibrillaire; ces fibrilles sont différemment interprétées; elles sont ou un prolongement des cellules ganglionnaires ou le produit du protoplasma du cordon nerveux; 2° les racines postérieures ont été étudiées, en ce qui concerne la formation du ganglion spinal. Pour Beard le ganglion vient de l'ectoderme exactement au point où les plis médullaires se continuent avec l'ectoderme général; ultérieurement, lorsque le tube médullaire se ferme complètement, les ébauches ganglionnaires deviennent indépendantes les unes des autres et forment une ébauche ganglionnaire qui se sépare de l'ectoderme, mais reste rattachée à la moelle. Pour Balfour, la ligne de réunion des lames médullaires est marquée par une lame appelée *crête neurale*; celle-ci engendre de chaque côté une série de bourgeons disposés régulièrement en face de chaque protovertèbre. La crête neurale disparaît dans la suite.

ORIGINE RÉELLE. — Les nerfs rachidiens ont une origine réelle; celle-ci sera nécessairement double puisqu'il existe deux ordres de racines : 1° les *racines antérieures* naissent dans la cornée antérieure de la moelle au niveau des cellules radiculaires antérieures; celles-ci sont en général très volumineuses; on peut en trouver de petites; leur cylindraxe se dirige horizontalement vers la surface externe de la moelle, s'entourant d'un manchon de myéline. Cependant von Gehuchten, Cajal ont vu chez des embryons d'animaux des fibres radiculaires se diriger vers la corne postérieure. La topographie des cellules radiculaires est assez bien établie. on décrit trois groupes : *a.* un noyau antéro-interne à l'angle antérieur et interne de la corne antérieure; *b.* un noyau antéro-externe occupe l'angle antérieur et externe de la corne, c'est même le principal noyau d'origine des racines antérieures; *c.* le noyau postéro-externe latéral occupe la corne latérale de la moelle, mais c'est un groupe mixte, parce que, à côté de cellules origine des racines antérieures, il en est d'autres, dites *cordonales*, envoyant leurs prolongements dans le cordon antérieur et le cordon latéral. Les racines antérieures sont donc formées par prolongements cylindraxiles des cellules radiculaires. Les fibres radiculaires sont en grande partie des tubes larges, de fort calibre, d'un diamètre moyen de 16 à 10 μ. Le cylindraxe radiculaire n'émet en général qu'une collatérale à trajet récurrent : dans une racine antérieure on compte de 302 à 250 fibres. Les cellules radiculaires sont en relations par leurs prolongements protoplasmiques ou par leur corps cellulaire avec plusieurs ordres de fibres, notamment avec les fibres du faisceau pyramidal, avec les fibres descendantes du cervelet et les fibres sensitivo-motrices de Cajal; ces fibres viennent de la racine postérieure et traversent d'arrière en avant toute l'étendue de la corne postérieure, puis de la corne antérieure; 2° Les *racines postérieures* ont leur origine dans le ganglion spinal, c'est-à-dire en dehors de la moelle : cette formation se compose chez l'homme de cellules unipolaires dont le prolongement unique très court se bifurque en T en donnant une branche périphérique ou prolongement protoplasmique, qui recueille les impressions à la surface du corps ou des organes : la branche centrale au contraire est un véritable prolongement cylindraxile; il va du ganglion au sillon collatéral postérieur où elle disparaît dans la moelle; actuellement on admet que la fibre radiculaire en arrivant dans la zone de Lissauer se bifurque sous un angle de 150 à 160 degrés en deux branches, l'une, branche *descendante*, suit le cordon de Burdach et reviendra bientôt dans la corne postérieure; l'autre, branche *ascendante*, sera courte, moyenne ou longue; la branche (si elle est courte) n'effectue qu'un trajet de 2 à 3 centimètres, elle se termine autour des éléments cellulaires; la branche (si elle est de longueur moyenne) parcourt une distance de 5 ou 7 centimètres; à leur partie terminale, les fibres de cette variété vont aboutir au bord interne de la corne postérieure, plus exactement à la colonne de Clarke : quant aux fibres ascendantes longues, elles vont d'un trait jusqu'au bulbe; elles sont naturellement d'autant plus longues et d'autant plus internes qu'elles viennent d'une racine placée plus bas dans la série; les moins longues sont celles de la région cervicale. Arrivées au bulbe les fibres ascendantes longues rencontrent deux masses de substance grise, l'une interne est le noyau de Goll, ou noyau grêle; l'autre externe est le noyau de Burdach, ou cunéiforme. En ce point le faisceau sensitif ne fait que relayer; il va se continuer par le ruban de Reill. Il est admis que dans la racine postérieure outre les fibres sensitives, il y a un certain nombre de fibres motrices dont la cellule d'origine est placée dans la portion basale de la corne antérieure; ces fibres passent dans le ganglion spinal sans présenter la moindre connexion avec les cellules du ganglion; les racines postérieures des nerfs rachidiens ne sont donc pas exclusivement sensitives, ce sont des faisceaux mixtes, renfermant à la fois des conducteurs centripètes affectés à la sensibilité et des conducteurs centrifuges en rapport avec la motilité.

ORIGINE APPARENTE. — Est le point de la surface de la moelle, d'où émergent les racines; c'est là en effet qu'elles semblent prendre naissance : 1° les racines antérieures naissent à 2 ou 3 millimètres du sillon médian antérieur, mais elles ne sont pas exactement superposées les unes au-dessus des autres; elles occupent toute une bandelette large d'un millimètre à un millimètre et demi; il est inexact de dire que les racines antérieures forment un sillon collatéral antérieur; ce sont elles qui délimitent le cordon antérieur avec le sillon médian antérieur; 2° les racines postérieures pénètrent dans la moelle par une série verticale et ininterrompue de huit à dix filets d'égale épaisseur, séparés les uns des autres par des intervalles régulièrement égaux; toutes les racines postérieures sont étagées dans une même ligne verticale, elles déterminent le sillon collatéral postérieur et délimitent avec le sillon postérieur le cordon postérieur : les racines sont contiguës au faisceau de Burdach.

GÉNÉRALITÉS SUR LES RACINES. — *Direction.* — Les racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens se dirigent de dedans en dehors, depuis la moelle épinière jusqu'au trou de conjugaison; à mesure que l'on approche de l'extrémité inférieure de la moelle on constate que les racines antérieures se détachent très près du sillon médian antérieur; d'une manière générale on voit qu'à la région cervicale les racines sont légèrement obliques, à la colonne dorsale l'inclinaison s'accentue, à la région lombo-sacrée la direction des fibres est parallèle à celle des fibres terminales.

Le *volume* de la racine postérieure l'emporterait sur le volume de la racine antérieure. Siemmerling a montré qu'indépendamment de l'inégalité de volume, il existe aussi une différence très nette dans le diamètre des fibres constitutives de chaque racine : on divise les fibres nerveuses en fibres petites de 2 à 5 μ, fibres moyennes de 5 à 12 μ, fibres grosses de 15 à 20 μ : dans les racines antérieures on retrouve les trois variétés de fibres, tandis que dans les racines postérieures ce sont surtout des fibres fines.

RAPPORTS DES RACINES. — Les fibres radiculaires antérieures se portent obliquement en dehors et un peu en arrière vers le trou de la dure-mère qui doit leur livrer passage, un peu avant d'atteindre cet orifice elles s'unissent en un faisceau compact, qui s'engage dans la partie antérieure du canal dural. Les fibres radiculaires postérieures se portent obliquement en dehors et un peu en avant, constituent le tronc radiculaire postérieur : celui-ci pénètre dans la partie postérieure du canal dural, puis arrivé à la partie externe du trou de conjugaison, les deux troncs radiculaires s'unissent pour constituer un tronc mixte, le nerf rachidien, où il est impossible de distinguer ce qui appartient à l'une ou l'autre racine; on comptera 31 nerfs rachidiens par chaque côte se décomposant en huit paires cervicales, douze dorsales, cinq lombaires, cinq sacrées, une coccygienne. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 28. — SAMEDI 7 MARS 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 7 MARS 1908. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie pathologique*. — Séance du 4 mars : MM. Balthazard, Crouzon, Herscher et Weill (Emile), 10 ; Armand-Delille et Lévi (Léopold), 9 ; Louste, 8.

Symptomatologie. — Séance du 5 mars : MM. Ferrand et Sainton, 10 ; Léri et Merklen, 9 ; Boidin et Camus, 8 ; Leven, Roussy et Simon, 7.

Prochaine séance samedi 7 mars, à cinq heures, salle des Saints-Pères.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ricard, Beurnier, Guinard, Lucas-Championnière, Blum, qui ont accepté ; Albarran et Thiroloix, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral*. — Séance du 4 mars. — Question : « Ligaments de l'articulation de la hanche (anatomie et physiologie). — Symptômes et diagnostic des fractures du col du fémur. »

MM. Huber, 7 + 22 = 29 ; Sorrel, 19 + 22 = 41 ; Pakowski et Aine, 14 + 19 = 33 ; Richet, 16 + 22 = 38 ; de Cumont, 13 + 19 = 32 ; Rafinesque, 16 + 24 = 40 ; Wilhelm et Chamard-Bois, 14 + 24 = 38 ; Levant, 17 + 24 = 41.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est définitivement composé de MM. Léger, Berthoud, Héret, Guinochet, Dumesnil, Perrot et Thibault (Paul).

— Un concours pour la nomination à une place d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 18 mai 1908, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (service du personnel) à partir du lundi 13 avril, jusqu'au samedi 2 mai inclusivement, de onze heures à trois heures.

— Un concours sera ouvert le lundi 10 avril 1908, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères, pour la nomination : 1° à trois places d'internes en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ; 2° à une place d'interne en médecine au sanatorium d'Hendaye (Basses-Pyrénées).

Les candidats qui désireront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), du lundi 16 mars au samedi 28 mars inclusivement, de onze heures à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les dispositions des articles 16 et 17 de l'arrêté du 15 mars 1907, relatives à l'épreuve de sous-admissibilité dans le concours du prosectorat à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, ne seront appliquées qu'à dater du concours de 1909.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Estor, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er mars 1908, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à ladite faculté.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Lebeau, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé, à partir du 1er mars 1908, professeur de toxicologie à ladite école.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Les docteurs en médecine dont les noms suivent, et qui ont satisfait aux épreuves du concours ouvert le 3 décembre 1907, ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales, pour prendre rang du 1er février 1908 :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Blanchard, Dupond, Deneufbourg, Goüin.

Ces officiers ont été admis à suivre les cours de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Freyssinge, pharmacien à Paris, est nommé officier d'Académie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Raoul Semprey, médecin aide-major, élève à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille.

REVUE GÉNÉRALE (1)

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DE

L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE (2)

Par MM. STERN et BURNIER,

Internes à la Maternité de Paris.

VI

Là ne s'arrêtent pas les variantes de l'éclampsie et les difficultés de son diagnostic.

Des **complications** peuvent venir se surajouter au tableau clinique et le déformer. Les unes ne se font remarquer que par leur gravité plus ou moins grande. Telles sont : les *ecchymoses* palpébrales et sous-conjonctivales; les *morsures de la langue* qui ont tué par hémorragie une malade de Veit (3); les *psychoses* (4) post-éclamptiques, rencontrées par Olshausen dans 6 p. 100 des cas, apparaissant généralement après la disparition des convulsions, revêtant la forme de manie (5), de confusion mentale hallucinatoire, plus rarement de mélancolie et finissant presque toujours par la guérison; des *paralysies* ou des *contractures* persistantes, la perte de la mémoire; la tétanisation et la *rupture* de l'utérus (6) sont exceptionnelles et Bar n'en a jamais vu; le *décollement prématuré* du placenta (7); la dilatation aiguë de l'estomac (8); des accidents *pulmonaires*, œdème, apoplexie, pleuro-pneumonie (9); enfin la prédisposition à l'*infection puerpérale* et la possibilité de *gangrènes* cutanées (10). Une autre série de complications se font remarquer, en dehors de leur gravité, par les difficultés de diagnostic qu'elles créent. Tels sont : les *hémorragies cérébrale* et *méningée* et l'*ictère*.

Les épanchements de sang intra-craniens sont fréquents (Bar) dans l'éclampsie et peuvent aller depuis les petites *épistaxis méningées* (11) jusqu'aux grandes hémorragies diffuses intéressant tout le névraxe (Vaquez et Esmein).

Comme on l'a vu plus haut, ce n'est pas leur constatation même qui est très difficile, mais c'est la découverte, derrière ces accidents, de l'éclampsie causale.

Ce sera, sans doute, chose assez aisée si ces complications surviennent assez tard, alors que l'auto-intoxication gravidique a été bien reconnue, chez une femme qui a nettement présenté tous les symptômes précurseurs de l'éclampsie. Mais dans les cas contraires le diagnostic ne se fera souvent qu'après l'examen cadavérique. Cependant Macé et Gaillard (12), pour affirmer en pareil cas l'éclampsie et rejeter la néphrite interstitielle, se basent sur deux phénomènes : dans l'éclampsie seule on voit l'hypertension artérielle céder brusquement à la saignée, alors qu'elle survit à celle-ci dans la néphrite; dans l'éclampsie seule on voit succéder, dans l'espace de quelques heures, des urines absolument normales à des urines fortement chargées d'albumine.

L'*ictère post-éclamptique* (1) est une complication tout à fait rare et réalise le tableau de l'ictère grave, avec ses manifestations nerveuses et hémorragiques. Ces dernières peuvent prédominer [éclampsie hémorragique (2)]. Là, encore, il s'agit de dépister, à côté de l'ictère, l'éclampsie causale. Dans l'ictère gravidique non éclamptique, le début brutal ou insidieux n'est jamais précédé de signes précurseurs de l'éclampsie; la température dans l'ictère éclamptique est normale au début et va en augmentant, tandis que c'est exactement l'inverse (3) dans l'ictère grave non éclamptique; dans celui-ci il n'y a pas d'hypertension artérielle. De plus, dans ce dernier on constatera du délire et des hallucinations beaucoup plus souvent que dans l'ictère grave éclamptique. On notera des éruptions cutanées assez fréquentes, de la douleur dans la région du foie et de la diminution de la matité hépatique.

VII

Les accidents que l'on vient de voir ne compliquent pas seulement le diagnostic.

Le **pronostic** s'en trouve particulièrement aggravé. Nombreux sont d'ailleurs les facteurs qui, en dehors même des complications, dirigent le pronostic. Ainsi l'existence de *lésions pathologiques anciennes* (4) [rénales, surrénales, hépatiques, pulmonaires ou cardiaques] pèsent lourdement sur le pronostic et expliquent l'issue fatale même dans les cas où l'on pouvait être très optimiste.

Les *multipares* meurent environ deux fois plus que les primipares et plus souvent l'hiver (5) que l'été.

Le *moment* d'apparition des accès a son importance, l'éclampsie que l'on observe avant le travail est très grave et cela d'autant plus qu'elle est plus éloignée du terme (Cazeaux). Plus les accès sont près de la fin du travail et plus le pronostic est bénin. Enfin l'éclampsie du post-partum est la plus mortelle (Ramsbotham, Tarnier).

Important aussi est le *nombre* des accès : plus il y a d'accès et plus le danger est grand.

Mais cela n'est pas absolu, puisque Bailly, Pajot-Depaul, dans ses *Leçons*, rapportent des cas de guérison chez des femmes ayant eu plus de 100 accès.

Mais ce qui est encore plus important, c'est la *forme* des accès et la *distance* à laquelle ils se reproduisent : si les accès sont prolongés, si leur période tonique est longue et s'ils se répètent très souvent, tendant à devenir subintrants, le pronostic devient très sombre. Une *dyspnée* intense est d'un fâcheux pronostic, surtout si le *pouls* est serré, petit, incomptable ou arythmique (Schrœder). Un *coma* profond est signe de mauvais augure. Il en est de même d'une *température* qui se maintient très élevée, oscillant entre 39 et 40 degrés ou qui, au contraire, s'abaisse brusquement au-dessous de la normale.

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 25, p. 291.
(3) VEIT. *Gesells. f. Geb.*, Berlin 1895.
(4) *Traité* de Bar, Brindeau, Chambrelent, p. 84; — FOTHERGILL. *Edinburgh med. Journ.*, mars 1906.
(5) BAR et KAUFFMANN. Soc. obst., avril 1907.
(6) GUÉRARD. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. X, Heft 5, p. 638.
(7) SEITZ. *Arch. f. Gyn.*, 1903, Bd. LXXI.
(8) AUDEBERT et FOURNIER. Soc. d'obst. gyn., 15 avril 1907.
(9) MAYGRIER. Soc. obst. de Paris, 18 juin 1903.
(10) GUTBROD. *Monats. f. Geb.*, Bd. XXI, p. 734, juillet 1905.
(11) VAQUEZ et ESMEIN. Soc. méd. des hôpit., 23 nov. 1906.
(12) MACÉ et GAILLARD. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1906, n° 8.

(1) CHARLES. *Journ. d'accouchement de Liége*, 27 mai 1906.
(2) LOBENSTINE. Eclampsie hémorragique, *Amer. journ. of the med. Sc.*, fév. 1905.
(3) THEUVENY. Th. de Paris, 1903.
(4) PORAK. Soc. d'obst. de Paris, 19 juin 1902.
(5) RYDER. *Journ. of Obst.*, mai 1906.

D'une très grande valeur est la *crise urinaire* qui apparaît généralement entre le troisième et le cinquième jour : « Tant qu'on ne l'a pas observée, il faut réserver l'avenir. » La *méthémoglobinurie* (Bar), l'abaissement du chiffre de l'*urée* [Morvan (1), Butte (2)] dans l'urine au-dessous de 5 grammes (Morvan) sont des avertissements redoutables. Un *liquide céphalo-rachidien* sanglant doit faire conclure à une hémorragie encéphalique [Bar (3), Henkel] et faire porter un pronostic presque fatal, bien que Maygrier et Baldenweck (4) aient observé la guérison même dans ces cas. Il ne semble pas que l'hypertension du liquide soit un élément de gravité [Henkel (5)]. Il n'en est pas de même de l'*hypertension artérielle* : « Alors même que les accidents éclamptiques paraissent conjurés et que les troubles post-éclamptiques se dissipent, la guérison certaine ne peut être assurée que si la pression artérielle est revenue à la normale » [Vaquez et Lequeux (6)]. L'état du *fœtus* est d'un intérêt capital; il meurt dans 60 p. 100 des cas environ (Tarnier) et sa mort coïncide très souvent avec une amélioration de l'état de la mère. Enfin, un facteur de la plus haute importance pour le pronostic de l'éclampsie est le genre de *traitement* qu'on lui oppose.

VIII

Il n'existe pas, à proprement parler, un traitement de l'éclampsie, il existe une infinité de traitements et cela se conçoit si l'on songe aux multiples théories pathogéniques émises pour interpréter les accès éclamptiques, chaque auteur essayant de subordonner un traitement rationnel à la théorie préconisée. Cependant, si les divergences s'exercent sur le terrain médical, chirurgical ou obstétrical, il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est sur le TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE de l'éclampsie.

Car l'éclampsie est essentiellement une complication évitable de la grossesse. Si la femme enceinte est convenablement surveillée, si on examine systématiquement ses urines pendant les derniers mois de la grossesse, et si, dès les troubles prodromiques, on la soumet à un régime sévère, on évite le plus souvent les convulsions éclamptiques.

Chez les malades prédisposées, chez celles qui présentent quelques-uns des signes d'éclampsisme, on surveillera l'alimentation, remplaçant la viande de boucherie et les œufs par du poisson et de la volaille (7). Si l'albumine tend à augmenter on s'en tiendra au lait et à quelques fruits frais, et si cependant l'albumine augmente le lait sera donné seul à l'exclusion de tout aliment (deux à quatre litres par jour), pur ou associé à l'eau de Vichy, d'Evian ou d'Alet, et même dans les cas sévères, la diète hydrique sera instituée. Mais il est classique de rappeler que Tarnier dit n'avoir jamais vu se produire d'accès d'éclampsie quand le régime lacté absolu avait été institué depuis huit jours au moins, si grande que fût l'albuminurie, si marqués que fussent les prodromes de l'éclampsie.

En même temps, les albuminuriques seront maintenues sévèrement à la chambre et même au lit, recouvertes de flanelle, toute cause de refroidissement devant être soigneusemeni évitée. On s'efforcera aussi de favoriser l'excrétion urinaire, de faire l'antisepsie intestinale, et on s'assurera du bon fonctionnement de la peau.

(1) MORVAN. Loc. cit.
(2) BUTTE. *Bull. méd.*, 2 mai 1906.
(3) BAR. Soc. d'obst. de France, avril 1905.
(4) MAYGRIER et BALDENWECK. Soc. d'obst., 15 déc. 1904.
(5) HENKEL. *Centralbl. f. Chir.*, 1904.
(6) VAQUEZ et LEQUEUX. Soc. d'obst. de Paris, 15 fév. 1906.
(7) HARDI. *Journ. of obs. and. gyn.*, nov. 1906.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Mais le plus ordinairement le médecin n'est appelé qu'après l'apparition de crises convulsives et son premier soin est de protéger la malade contre elle-même. On étend la malade à plat sur le dos sans contention violente, sans camisole de force; elle ne risque pas de tomber du lit car ses mouvements convulsifs sont de faible amplitude. La femme sera vêtue d'une chemise flottante, sans constriction au niveau du cou ni des bras.

On veillera surtout à ce que la langue ne soit pas mordue, on se gardera bien (1) de recourir dans ce but à des objets friables ou durs (bouchons, morceaux de bois, écarteurs métalliques) : friables, ils seraient sectionnés ou aspirés; trop résistants, ils exposent à la fracture des dents. Le meilleur et le plus simple, après s'être assuré de la présence possible de pièces de prothèse dentaire, c'est de prendre un mouchoir replié en bandelette étroite, solidement saisi entre les deux poings, de l'introduire entre les mâchoires à la façon d'un mors pour maintenir la langue derrière le fer à cheval du maxillaire inférieur.

Quand l'accès va éclater, la plupart des accoucheurs cherchent à diminuer l'excitabilité des centres nerveux pour réduire le nombre des accès et les modifier. Dans ce but on a eu recours au chloroforme, au chloral, à la morphine, au veratrum viride, à l'iodure de potassium.

Le *chloroforme* paraît avoir été employé pour la première fois par Bouchacourt en 1858. On l'administre de différentes manières. Les uns, avec Pinard, n'en font respirer qu'au moment précis où le clignotement des paupières et les mouvements des globes oculaires annoncent une attaque qui quelquefois avorte. D'autres le donnent d'une façon continue, à haute dose, jusqu'à saturation de l'organisme. D'autres enfin, endorment complètement la malade et l'entretiennent ensuite dans un demi-sommeil.

Mais le chloroforme a une action nocive sur le rein et sur le foie comme le montrent les recherches de Doyon (2), Morel, Billet, Auburtin (3) et Budin se demande s'il est bien prudent d'ajouter à l'intoxication qui existe déjà, une intoxication thérapeutique.

A défaut du chloroforme, on peut user du *chloral*. Préconisé en France par Serré et Bourdon, le chloral s'administre par la bouche, ce qui provoque quelquefois des vomissements, ou mieux par le rectum à la dose de 8 à 12 grammes en 24 heures. Les injections sous-cutanées de chloral (à la dose de 0g50 à 1 gramme par injection) conseillées par Chouppe et Deshayes sont très douloureuses et déterminent des phlegmons. Moran (4) l'associe volontiers à la morphine qui a l'avantage de diminuer les sécrétions bronchiques et salivaires.

La *morphine* a d'ailleurs été chaudement recommandée dans le traitement de l'éclampsie par Veit (5), qui l'emploie à haute dose en injections hypoderm-

(1) BONNAIRE. *Presse méd.*, 28 janv. 1905.
(2) DOYON. *Soc. de biol.*, 1903.
(3) AUBURTIN. *Mort tardive par le chloroforme*, Th. Paris, 1905.
(4) MORAN John. *Amer. journ. of obs.*, 1906, n° 5.
(5) VEIT. *Gesellsch. für Geb.*, Berlin 1895.

ques. Il commence par injecter 3 centigrammes, et augmente progressivement la dose jusqu'à 10 et même 20 centigrammes en vingt-quatre heures. Cette méthode a paru donner de bons résultats en Allemagne entre les mains de Löhlein (1) en 1891 (mortalité 13,8 p. 100 au lieu de 19 p. 100 à la même époque). De la Harpe (2) injecte encore des doses plus considérables, 0g50 en une fois et 0g25 toutes les deux heures quand c'est nécessaire, et sous cette influence la mortalité à Rotonda Hopital, qui était autrefois de 35,3 p. 100 est tombée à 16,9 p. 100. Malgré ces statistiques favorables, cette méthode est peu usitée en France où l'on redoute l'action de la morphine sur un rein ordinairement touché (Bar).

L'*iodure de potassium* a été également administré par Gutbrod (3) avec quelque succès pendant l'accès et comme moyen préventif, chez des femmes qui avaient eu auparavant des crises d'éclampsie.

Pendant l'accès Fawr, Lwow ont également donné le conseil de recourir aux inhalations d'*oxygène*, qui si elles ont une action assez problématique sur les convulsions peuvent rendre quelques services dans la période comateuse en atténuant l'asphyxie. Dans ces cas également, la *réspiralion artificielle* prolongée a paru donner de bons résultats (4).

Enfin, il est une drogue dont les auteurs américains et italiens à la suite de Tremble, de Murray Flint, Parvin (5) Mangiagalli (6) vantent les bons effets. C'est le *veratrum viride*. Ce médicament n'amène pas l'expulsion du produit de conception, ni sa mort, même aux doses toxiques pour la mère comme le prouvent les expériences sur les animaux (7) et de Cotret (8) n'est pas loin de le considérer comme le véritable spécifique de l'éclampsie. Le veratrum diminue la fréquence du pouls (de 120, le pouls tombe à 60 et même 40), il paralyse les vaso-moteurs et amène une transpiration abondante. On l'administre sous forme d'extrait fluide à la dose de xx à xxv gouttes par la bouche ou de x à xv par la voie hypodermique. L'effet désiré s'obtient au bout de trente minutes. On peut renouveler la dose plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, suivant la rapidité du pouls et la malade doit garder la position horizontale, sinon elle est prédisposée aux syncopes ou même à la mort subite.

Ce médicament sert en quelque sorte de médication de transition, parce qu'étant surtout *hypotenseur*, il rentre dans le cadre des moyens thérapeutiques subordonnés à la théorie pathogénique admise, *placentaire*, *thyroïdienne* ou *parathyroïdienne*, *toxémique*.

Certains auteurs à la suite de Veit (9), Scholtein, Weichardt, Pollak (10), croient trouver la cause de l'éclampsie dans un *poison*, la syncytiotoxine due à la pénétration dans le sang maternel de cellules syncytiales, poison qui ne serait plus neutralisé par un anticorps, la syncytiolysine, comme à l'état normal (11). Cette théorie a été le point de départ

(1) Löhlein. Congr. gyn. de Bonn, 1891.
(2) De la Harpe (de Dublin). *Journ. of obs. and gyn. brit. emp.*, février 1906.
(3) Gutbrod. *Monats fur Geb.*, Bd XXIV.
(4) Lippmann. *Semaine méd.*, 20 juin 1906.
(5) Parvin. Congr. de Genève, 1896.
(6) Mangiagalli. Congr. d'obst., Paris, 1900.
(7) Bertino. *Ann. di ostet. e gin.*, fév. 1904.
(8) De Cotret. Congr. de méd. Am. du Nord, 1902.
(9) Veit. *Berl. klin. Kochens.*, 1903.
(10) Pollak. *Ann. gyn. et obst.*, déc. 1904.
(11) Voir Th. de Cier. Th. de Paris, 1907, p. 30.

d'expériences (1) consistant à injecter du sérum placentaire à des animaux (cheval, lapin, chien), et le sérum de ces animaux devait contenir une substance (hétérosyncytiolysine de Veit), capable d'immuniser contre l'éclampsie. Cette *sérothérapie* de l'éclampsie laisse sceptiques la presque unanimité des accoucheurs.

D'autres auteurs à la suite des travaux de Nicholson (2), Zinke (3), Marinesco, Vassale (4), Moussu (5). Fruhinsholz et Jeandelize (6) (de Nancy), considèrent l'éclampsie comme due à une *insuffisance des glandes thyroïdiennes* et surtout *parathyroïdiennes*. Ces deux glandes quoique d'une structure et d'un fonctionnement différents offrent une relation physiologique réciproque, puisque chez les animaux auxquels on avait extirpé les parathyroïdes, on faisait disparaître les accidents éclamptiformes en leur donnant de hautes doses de glandes thyroïdes fraîches (Marinesco). Il est intéressant de rapprocher ce fait de l'hypertrophie de la thyroïde pendant la grossesse, signe connu depuis longtemps chez les Romains et bien mis en évidence en 1899 par Lange : hypertrophie qui apparaît vers le cinquième mois chez la multipare, vers le sixième chez la primipare ; mais ce qu'il y a de particulier, c'est que l'absence de cette augmentation physiologique peut occasionner des crises d'éclampsie qui cèdent à un traitement thyroïdien.

Vassale insiste plus particulièrement sur l'activité des parathyroïdes et l'auteur a obtenu de si bons effets avec l'opothérapie parathyroïdienne dans le traitement de l'éclampsie qu'il n'hésite pas à lui attribuer une action spécifique comme le traitement thyroïdien vis-à-vis du myxœdème : action qui semble s'exercer sur les complications même de l'éclampsie, comme les psychoses [cas de Fothergill (7)]. Mais ces résultats confirmés par Zanfrognini (8) et Stradivari sont d'autre part controversés par Frommer (9), qui déclare que les convulsions obtenues chez les animaux parathyroïdectomisés ne rappellent en rien les crises d'éclampsie, mais ressemblent bien plutôt à de la tétanie. La question, on le voit, appelle donc de nouvelles recherches.

Mais s'il est une théorie qui rallie la majorité des suffrages, c'est celle de la *toxémie*, et l'indication capitale qui en découle pour le traitement, c'est de débarrasser l'organisme des toxines qui l'encombrent soit qu'on les chasse mécaniquement au dehors, soit qu'on les détruise en stimulant les fonctions antitoxiques naturelles des tissus, soit enfin qu'on s'efforce de tarir leur source de fabrication dans l'intestin (10). Les moyens mécaniques ainsi employés sont : les purgatifs, les diaphorétiques, les diurétiques et la saignée.

Bien que Bouchard ait montré que la quantité de toxines extraite du sang par l'hypersécrétion du suc intestinal soit des plus minimes, les purgatifs depuis longtemps employés donnent de bons résultats. L'entéroclyse peut être conseillée, mais on accordera la préférence aux drastiques dont l'action sur l'intestin est intense et rapide.

(1) De Bruine. Ploos van Amstel, *Rev. de méd.*, 1906.
(2) Nicholson. *Revue de neurol.*, 30 oct. 1902.
(3) Zinke. *Am Journ. of. obst.*, fév. 1906.
(4) Vassale. *Gaz. d'Osped.*, 5 août 1906.
(5) Moussu. *Soc. de biol.*, 13 juin 1903.
(6) Fruhinsholz et Jeandelize. *Presse méd.*, 1902.
(7) Fothergill. *Edinb. med. journ.*, mars 1906.
(8) Zanfrognini. *Clin. obstét.*, déc. 1905.
(9) Frommer. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, déc. 1906.
(10) Bonnaire. *Presse med.*, déc. 1898.

Depaul associait volontiers l'*eau de vie allemande* au sirop de nerprun. Tarnier conseillait l'*huile de ricin* (30 grammes) à laquelle il ajoutait II gouttes d'*huile de croton*.

Le *calomel* a été préconisé par Wilson (1) pour combattre l'insuffisance de la dépuration organique hépatique et rénale. Car le calomel est à la fois purgatif et diurétique [Jendrassik (2)]. Dès que l'éclampsie est prévue, et avant toute attaque, on doit l'administrer à la dose de 0g50 à 0g75 centigrammes et autant quatre à six heures après, jusqu'à la dose de 2 grammes. Pendant l'accès Wilson n'hésite pas à en donner 1g20 du premier coup et 60 centigrammes quelques heures plus tard. Il l'associe d'ailleurs à la morphine qui en même temps qu'elle calme l'élément convulsif remédie aux effets désavantageux du calomel donné à hautes doses : la salivation et la diarrhée.

L'élimination des toxines par la sueur est trop restreinte pour qu'on puisse fonder grand espoir sur les diaphorétiques, et d'ailleurs les accidents graves auxquels le *jaborandi* ou la *pilocarpine* ont donné lieu, particulièrement l'œdème pulmonaire (Philipps) y ont fait renoncer.

Bar conseille les *bains tièdes* prolongés. Magruber Tremel ont recours aux *enveloppements* dans un drap mouillé qu'on entoure lui-même de couvertures de laine.

Pour combattre l'oligurie qui marche de pair ordinairement avec l'hypotoxicité urinaire et rendre aux reins leur pouvoir excréteur de toxines, le régime lacté (six litres par jour) (Bonnaire), la diète hydrique (Bar, 150 grammes toutes les heures) trouvent une indication pressante. Quand il est difficile de faire accepter ce régime à la malade ou en cas de vomissements. la sonde œsophagienne rend de grands services.

C'est encore parmi les diurétiques qu'il faut ranger les injections sous-cutanées de *sérum artificiel* (un litre de sérum à 37° dans la région fessière) proposées par Porak (3) et Bernheim espérant arriver à diluer les toxines contenues dans le sang et favoriser leur élimination par le rein.

Mais cette méthode est en désaccord avec les idées actuellement admises sur la perméabilité rénale depuis les travaux d'Achard et Lœper, de Widal, de Castaigne et Rathery, et sur l'hypertension artérielle (Vaquez et Nobécourt). Macé et Pierra (4) ont montré que chez des éclamptiques traitées par les injections de sérum, le volume des urines est inférieur à ce qu'il serait s'il n'y avait pas eu d'injection, que la dilution de l'urine est moins grande, enfin, que le point de congélation est plus bas, par conséquent la concentration moléculaire plus forte. Ils concluent donc que les injections de sérum « devraient disparaître du traitement de l'éclampsie, comme elles ont disparu d'ailleurs de celui de plusieurs autres affections ». D'ailleurs Porak lui-même a proclamé la faillite des injections salines en ne conservant que la saignée, mais large et abondante.

C'est en effet la *saignée* qui est le traitement héroïque par excellence de l'éclampsie.

Tour à tour vantée et honnie, la saignée est une des médications les plus anciennement employées contre les accidents nerveux puerpéraux ; Baudelocque et Mme Lachapelle en étaient partisans, mais c'est surtout Depaul à la suite de Paul Dubois qui a été le promoteur des grandes saignées (1), n'hésitant pas « et cela avec une entière conviction à retirer 1500 et 2000 grammes de sang selon les cas et l'effet produit ». Depaul a montré de plus que les résultats obtenus étaient meilleurs avec les saignées répétées qu'avec la saignée simple. Peter, Lorrain, Charpentier se firent encore les défenseurs de cette méthode, mais depuis Peter cependant, l'époque des larges saignées était passée. Tarnier y avait bien recours, mais allait timidement jusqu'à 300, 500 grammes. Pinard et ses élèves en sont peu partisans. Budin y recourait seulement chez des femmes robustes, congestionnées et quand la température était élevée. Maygrier fait une légère saignée quand la malade est anurique et Bar la réserve pour le cas où « la face est violacée, le pouls petit, et quand il y a asphyxie ». Cependant, à la Maternité de Paris, Porak et Macé (2) sont restés les chauds partisans d'une saignée abondante.

La saignée, méthodiquement conduite, a en effet une triple action (3) : 1° elle enlève une quantité considérable de poisons. Bouchard a en effet montré qu'une saignée de 320 grammes éliminait 5 grammes de poison, quantité qui ne pourrait être éliminée par la peau ou l'intestin que dans un temps très long ; 2° elle abaisse la tension artérielle de plusieurs centimètres et cela d'une façon durable si la saignée a été assez abondante (4) et ce faisant, elle diminue tous les symptômes de vultuosité, de congestion cérébrale, pulmonaire ou rénale ; 3° elle assure la diurèse en décongestionnant et en ouvrant le rein, elle lutte ainsi contre l'oligurie et l'anurie. A la Maternité, toute éclamptique est saignée systématiquement dès son arrivée « la quantité de sang retiré est variable suivant la corpulence de la malade mais surtout suivant le chiffre de l'hypertension (1200, 1000, 800 au minimum) la saignée se fait lentement, demandant vingt minutes, une demi-heure, et si la tension remonte, s'accompagnant de céphalée, on renouvelle la saignée avant l'apparition de crises nouvelles » (Chirié). « Les résultats thérapeutiques sont très heureux et Porak et Macé les attribuent en grande partie à cette saignée large et libératrice. » Sous son influence les accès diminuent de fréquence et dans les cas heureux disparaissent complètement. On voit également le cours des urines se rétablir. D'abord foncées et boueuses, elles ne tardent pas à s'éclaircir, devenir jaune pâle, en même temps qu'elles augmentent de volume et que la quantité d'albumine diminue, et quelquefois le lendemain une diurèse abondante de 1000 à 1200 grammes d'urines riches en chlorures s'établit (Chirié). L'état général s'améliore rapidement deux, huit, dix heures suivant les cas, et la malade est bientôt en état de répondre aux questions qu'on lui pose.

Après la saignée, « la masse de sang se refait rapidement et en quelques heures, aux dépens du sérum infiltrant les mailles du tissu cellulaire, après la saignée rouge, il se fait des tissus vers les vaisseaux une saignée blanche qui a ses avantages, car

(1) Wilson. *Philadeph. journ.*, 1906.
(2) Jendrassik. *Deutsch. Arch. für klin Med.*, 1906.
(3) Porak. Congr. 1900.
(4) Macé et Pierra. *Soc. obs.*, 16 nov. 1905.

(1) Depaul. *Bul. de l'Acad. méd.*, 1854.
(2) Macé. *Journ. des prat.*, 24 oct. 1904.
(3) Voir Chirié. Th. de Paris, 1907.
(4) Ambard. Th. de Paris, 1906.

elle diminue l'œdème des centres nerveux » (Macé). D'ailleurs, ces malades ne souffrent pas, comme on l'a dit, de spoliations sanguines aussi considérables. « Il vaut mieux avoir peu de sang dans ses vaisseaux que d'en avoir beaucoup et du mauvais » (Macé). Ces femmes guérissent admirablement et peuvent quitter l'hôpital dès le douzième, quinzième jour, comme les autres malades (Chirié).

En somme, les résultats obtenus par la saignée sont plus encourageants que ceux obtenus avec les autres hypotenseurs, *trinitrine, nitrite d'amyle* (Vaquez); frictions de *gaïacol* (XL à L gouttes) sur la paroi abdominale (Appleby), plus encourageants aussi que ceux obtenus par la *ponction lombaire* dans le but de diminuer l'hypertension céphalo-rachidienne, car hypertension artérielle et hypertension du liquide céphalo-rachidien sont fréquemment dissociées. Henkel (1), assistant d'Olshausen à Breslau a rapporté en 1904 une statistique de 16 cas avec 4 morts soit 25 p. 100 alors que la mortalité ordinaire est de 20 p. 100. Thies (2) en 1906 rapporte 14 cas avec 7 morts. Les résultats sont donc loin d'être heureux. Avec Audebert et Fournier (3) (de Toulouse) on peut dire que la ponction lombaire ne peut être érigée en traitement causal, ce n'est qu'un traitement symptomatique ne s'adressant qu'aux troubles cérébro-spinaux, diminuant probablement la compression et la congestion des centres nerveux, protégeant sans doute contre les hémorragies bulbaires et méningées qui entraînent si souvent et si brusquement la mort. Il faut donc bien se garder de conseiller la ponction lombaire comme thérapeutique exclusive, on ne l'emploiera que simultanément et concurremment aux autres procédés qui ont fait leurs preuves depuis longtemps.

Et en réalité, il est bien peu d'accoucheurs qui ne s'adressent qu'à une seule méthode : tous, plus ou moins, ont recours à un *traitement mixte*, hybride dont le type peut être fourni par le traitement employé à la Maternité.

A son arrivée, la malade est saignée systématiquement. Aussitôt après, elle doit avaler de gré ou de force (par la sonde) un purgatif (eau de Sedlitz, eau-de-vie allemande). Puis on lui fait un lavage intestinal de 20, 30 litres avec une longue sonde rectale. Si la céphalée est très violente, les crises subintrantes, on peut ajouter la ponction lombaire mais ce n'est pas indispensable (Chirié). Dans la suite, les malades absorbent de gré ou de force 200 grammes d'eau lactosée toutes les deux heures. Elles sont sondées également toutes les deux ou quatre heures si elles sont inconscientes; conscientes, on les fait uriner dans des verres différents, on surveille ainsi les progrès de la diurèse.

Tel est le traitement des accès. Dans l'*intervalle des accès* et pour en prévenir le retour, on s'efforcera d'éloigner de la malade toute cause d'excitation périphérique; on la placera à l'abri de toute lumière vive, loin de tout bruit; on réduira au minimum les explorations obstétricales sans cependant y renoncer complètement, car on doit se rappeler que chez les éclamptiques l'accouchement peut être en quelque sorte inopiné.

Enfin, quand les *accès ont complètement disparu* et que la femme est dans un état d'hébétude ou de coma plus ou moins profond, c'est surtout aux diurétiques qu'on s'adressera : le lait sera administré le plus largement possible au besoin avec la sonde œsophagienne; les drastiques donnent aussi de bons résultats à cette période. Enfin, Bar a eu recours avec avantage aux bains frais prolongés et fréquents, surtout dans les cas où les malades n'ayant plus d'accès restaient dans un sommeil comateux avec température élevée. Dans les cas d'éclampsie compliquée de psychose ils rendent aussi des services.

(1) Henkel. *Zent. Bl. für Gyn.*, nov. 1904.
(2) Thies. *Zent. Bl. für Gyn.*, sept. 1906.
(3) Audebert et Fournier. *Ann. gyn. et obs.*, juin 1907.

Traitement chirurgical. — Pendant longtemps, le traitement de l'éclampsie a été purement médical. C'est Edebohls (de New-York) qui le premier en 1902 préconisa un traitement chirurgical, basé sur la *décortication rénale*. Ses trois cas (1) se rapportent à trois éclamptiques présentant un état grave. Chez la première qui avait eu quinze accès en vingt heures, les deux reins furent libérés et les capsules réséquées; la guérison survint rapidement. La deuxième femme avait une amaurose complète, une anurie presque totale avec 1g44 d'urée par litre, des convulsions subintrantes : on pratiqua une décapsulation double : quarante-huit heures après l'intervention eut lieu l'accouchement spontané de deux jumeaux et la malade guérit. La troisième opération fut pratiquée chez une primipare qui vingt heures après l'accouchement fut prise de prodromes d'éclampsie, eut huit crises très rapprochées, avec urines rares contenant 2g50 d'urée : à l'intervention on trouva les capsules épaissies, mais ne semblant pas comprimer les reins congestionnés. Deux nouvelles crises survinrent encore suivies de coma, mais la guérison eut lieu à partir du deuxième jour.

Chambrelent et Pousson (2) opérèrent également avec succès une primipare de vingt et un ans, avec éclampsie du début du travail. Après l'accouchement les accès redoublèrent d'intensité, suivis de coma. Le taux des urines ne dépassait pas 200 centimètres cubes depuis quarante heures; on pratiqua la décapsulation double suivie de néphrotomie. La fonction urinaire se rétablit aussitôt après l'opération. Le taux de l'urée et des phosphates se releva et la malade guérit.

Le même résultat fut obtenu par de Bovis (3) chez une primipare de dix-neuf ans, qui avait eu dix-huit crises depuis l'accouchement. Il pratiqua la décapsulation du rein droit seul et ensuite une néphrectomie qui se fit presque sans hémorragie. Le coma disparut rapidement après l'intervention, les urines augmentèrent de quantité et la guérison survint.

Gauss (4) a rapporté 2 cas de décapsulation double; l'un chez une primipare de vingt-cinq ans qui amena la guérison de la malade, l'autre chez une primipare de vingt-huit ans, dont le résultat fut à peu après nul car après l'opération 11 nouvelles crises apparurent; on fit une césarienne vaginale; une heure après la délivrance les attaques redoublèrent et atteignirent le chiffre de 46 en quatre heures, puis l'état alla en s'améliorant et la guérison fut obtenue. Si dans ce cas l'intervention semble n'être pour rien dans la guérison, il en est d'autres où la mort survient malgré l'intervention. Polano (5) rapporte l'obser-

(1) Edebohls. *New-York med. Journ.*, 6 juin 1903; — *Boston med. a. surg. Journ.*, 2 juin 1904; — *Centralbl. f. Gyn.*, 23 juin 1906.
(2) Chambrelent et Pousson. Acad. de méd., 3 avril 1906.
(3) De Bovis. *Semaine méd.*, 6 mars 1907.
(4) Gauss. *Centralbl. f. Gyn.*, 11 mai 1907.
(5) Polano. *Centralbl. f. Gyn.*, 5 janv. 1907.

vation d'une opérée qui mourut le lendemain d'œdème pulmonaire, mais il semble que dans ce cas il s'agit plutôt d'urémie que d'éclampsie.

De Cotret (1) cite également le cas d'une multipare chez qui il fit après le 43e accès une décapsulation double presque sans hémorragie, la malade mourut trente-sept heures après au cours d'une dernière convulsion.

La malade de Treub [d'Amsterdam (2)] opérée en plein coma, en état d'oligurie extrême, mourut également huit heures après l'intervention. Pieri (3) opéra également une éclamptique anurique de Queirel, il fit une décortication unilatérale droite suivie d'une néphrotomie, l'écoulement sanguin fut modéré. La décortieation du rein opposé n'eut pas lieu en raison de l'état de la malade. Cependant le coma persista et la femme mourut trente-six heures après l'intervention.

En somme, comme on peut le voir, très variables sont les résultats obtenus et très partagés sont les avis sur la valeur de la décortication rénale au cours de l'éclampsie puerpérale.

Comment agit en effet la néphrolyse? c'est une question encore mal connue. Est-ce en diminuant la tension rénale de règle dans les néphrites aiguës, en traitant ce « glaucome rénal » dont parle Reginald Harrison? Mais si les interventions pratiquées en cas d'éclampsie ont permis de vérifier quelquefois cette hypertension comme dans le cas de Chambrelent et Pousson et dans celui de Pieri et Queirel où après incision de la capsule, les deux lèvres s'écartèrent largement et spontanément et où il semble que l'intervention « ait ouvert le robinet des urines » (Pousson); il est d'autre cas comme ceux d'Edebohls (3e cas), celui de Polano, de de Cotret, de Gauss (2e cas) où le glaucome est théorique et où l'hypertension fait défaut.

Est-ce encore en soustrayant à l'économie et en particulier en débarrassant le rein du sang adultéré, en jouant en somme le rôle d'une véritable saignée? Mais nombreux sont les cas où la saignée est minime, de faible importance et ne peut pas entrer en ligne de compte, comme dans les cas de de Bovis, de Pieri, de de Cotret.

C'est qu'il faut en effet se rappeler que l'éclampsie n'est pas exclusivement une maladie rénale. Agir sur le rein seul « dans les formes hépatiques de l'éclampsie alors que le foie traduit son insuffisance par tous les symptômes de l'ictère grave, c'est aller aller au-devant d'un échec certain. Vouloir appliquer indistinctement ce traitement à toutes les éclamptiques, on courrait le risque de discréditer la méthode » (Pieri). Il faut donc réserver la décortication aux formes rénales de l'éclampsie, soit exclusivement dans le cas d'anurie [Pinard (4)] soit mieux (Pieri) à la période préanurique quand l'abaissement précoce et progressif du taux des urines, de l'urée et des sels, permet de prévoir cette complication redoutable.

Traitement obstétrical. — Avant tout, il faut observer une asepsie minutieuse, car les éclamptiques sont très sensibles à l'infection. « Mais comme il faut craindre les antiseptiques toxiques (sublimé, acide phénique), on recourra surtout au permanganate de potasse (1/2000), à l'eau oxygénée (5 volumes), à l'eau iodée (3/1000) ou même à des produits stérilisés non médicamenteux.

Si l'*accouchement est commencé*, on doit en surveiller la marche, car les contractions utérines, tout en n'étant pas perçues par la malade, sont souvent énergiques, et le travail avance très vite chez les éclamptiques (Tarnier). Même l'expulsion se fait parfois inopinément au détriment du périnée qui se déchire profondément quand il est infiltré par l'œdème. L'extraction par le forceps à dilatation complète est le plus souvent rendue inutile par la rapidité de l'accouchement, le plus fréquemment spontané » [Demelin (1)]. Sans doute s'il y a inertie ou arrêt de l'expulsion pour une cause quelconque, l'accoucheur interviendra, mais seulement quand l'orifice sera complètement dilaté.

Si la *femme est morte au cours du travail*, il faut toujours pratiquer l'opération césarienne *post mortem*, même si les battements du cœur de l'enfant ne sont pas entendus, ou bien l'extraction par les voies naturelles après dilatation rapide du col. Il faut se rappeler que, chez les éclamptiques, la mort peut n'être qu'apparente; on doit donc opérer toujours méthodiquement. En tout cas, on n'abandonnera jamais une éclamptique comme morte sans avoir tenté longuement la respiration artificielle (Bonnaire).

Mais si cette conduite à tenir chez la femme en travail et chez la femme morte rallie tous les suffrages des accoucheurs, il n'en est plus de même, quand il s'agit de préciser les indications thérapeutiques chez la *femme qui n'est pas en travail*, et à ce point de vue les avis sont partagés au plus haut degré.

Doit-on abandonner à leur évolution naturelle grossesse et travail? Doit-on au contraire provoquer l'accouchement ou tout au moins doit-on hâter l'issue du fœtus en pratiquant l'extraction à dilatation complète?

Sur ce dernier point, nous venons de le voir, il y a unanimité en faveur de l'extraction de l'enfant, dès qu'elle devient possible sans violence. Mais il s'en faut que le même accord existe au sujet de la provocation de l'accouchement prématuré. La question a été discutée en France à l'Académie de médecine en 1893 (2) et au Congrès de Genève en 1897, et la plupart des accoucheurs français à la suite de Charpentier, Guéniot, Tarnier, Pinard, Budin et Demelin, Maygrier se sont opposés à cette intervention. A l'étranger au contraire, en Italie, en Angleterre, en Amérique et surtout en Allemagne, bon nombre de médecins en font leur règle de conduite.

Les idées théoriques sur ce point sont en effet favorables à l'interruption artificielle de la grossesse, puisque celle-ci est la cause première de l'éclampsie, qu'on admette une intoxication maternelle (auteurs français) ou fœtale (auteurs allemands), puisque *souvent* l'éclampsie s'améliore ou disparaît quand le fœtus succombe *in utero*, ou quand il a été expulsé; puisqu'enfin la vie du fœtus est très menacée du fait de l'éclampsie.

A ces considérations, les adversaires de l'intervention objectent que l'éclampsie peut très bien n'éclater qu'après la délivrance (15 à 18 p. 100 des cas), et Tarnier déclare même que sa gravité est

(1) De Cotret. *Union méd. du Canada*, 1er juin 1907.
(2) Treub. Congr. d'Alger, 1er avril 1907.
(3) Pieri. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mai 1907.
(4) Pinard. *Ann. de gynécol. et d'obstét*, avril 1906.

(1) Demelin. *Journ. des prat.*, 24 oct. 1905.
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 janv. 1893.

plus grande dans ces cas. Même après l'accouchement, les accès peuvent continuer à évoluer (2/3 des cas environ). Par contre Dührssen a vu les attaques cesser dans plus de 93 p. 100 des cas où il a effectué artificiellement le travail (1). Si l'on met en présence les arguments théoriques des deux adversaires, il semble bien que les premiers l'emportent sur les seconds. Mais de la théorie à la pratique, il existe une large marge et il n'est pas douteux que les statistiques soient plutôt défavorables à l'accouchement prématuré artificiel.

Quels sont donc les procédés mis en usage pour évacuer l'utérus d'une femme éclamptique qui n'est pas en travail ou qui se trouve au début de l'accouchement. Ils peuvent se ramener à trois procédés : 1° l'accouchement provoqué à l'aide de sondes introduites et laissées à demeure entre l'œuf et la paroi utérine, 2° les interventions sanglantes et 3° la dilatation artificielle rapide du col.

L'*accouchement provoqué* dans lequel on se propose uniquement d'exciter les contractions utérines amenant par elles seules la dilatation et l'expulsion (sondes de Krause, douches de Kiwisch) est aujourd'hui tombé dans l'oubli. C'est justice, car ce procédé demande, pour atteindre le but, plusieurs heures et quelquefois plusieurs jours; de plus, il s'agit souvent de primipares dont l'utérus se met difficilement en branle sous l'influence de ces moyens [Demelin (2)]. Aussi, n'est-ce pas à l'accouchement prématuré classique que s'adressent les interventionnistes mais à l'*accouchement forcé sanglant*.

Les *incisions du col*, petites et multiples avec des ciseaux courbes ou un bistouri boutonné avaient été pratiquées déjà par Dubois, Depaul, Cazeaux et Vitanza. Dührssen (de Berlin) proposa une méthode plus compliquée, la *césarienne vaginale*. Il ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur par une incision en T, décolle soigneusement la vessie, décolle aussi et refoule en haut le cul-de-sac vésico-utérin, il ouvre ensuite le cul-de-sac postérieur et décolle le péritoine de Douglas. Cela fait il incise longitudinalement le col en avant et en arrière, jusqu'à l'orifice interne ainsi mis à nu. Il procède ensuite à l'extraction de l'enfant par forceps ou version et la délivrance terminée, il suture les plaies utérines et vaginales. A l'appui de sa méthode Dührssen présente, en 1893, une statistique de 32 cas avec un seul cas de mort par pyohémie chez une malade déjà infectée, d'après lui, quand elle fut amenée à sa clinique.

Pour hâter le plus possible la délivrance chez les éclamptiques, certains auteurs ont même conseillé la *césarienne abdominale*. C'est Halberstam qui en 1878 fit le premier une telle opération sur une éclamptique et Dührssen en 1892 pouvait en réunir 11 cas avec 4 décès, et cette méthode a une certaine faveur à l'étranger en particulier en Allemagne avec Olshausen, Ahlfeld, Mangiagalli, mais on peut se demander si les dangers que comporte cette opération ne sont pas pires que ceux auxquels la prolongation de l'état de mal expose la femme. C'est, comme nous le verrons, ce que démontrent les statistiques.

Reste un troisième mode d'interruption de la grossesse, plus rapide que l'accouchement prématuré artificiel, moins brutal que l'intervention sanglante, c'est celui auquel Tarnier a donné le nom d'*accouchement méthodiquement rapide*. C'est dans cette classe que rentrent les *ballons* plus ou moins volumineux qu'on met en place soit dans la cavité même du col (ballon de Barnes) soit dans la cavité utérine au-dessus du col (ballon de Champetier de Ribes, de Boissard, *Colpeurynter* de Braun, Schauta).

(1) Bonnaire. *Presse méd.*, 21 déc. 1898.
(2) Demelin. *Journ. des prat.*, 24 oct. 1905.

Mais ce procédé n'est pas toujours applicable. Si l'on songe que l'éclampsie survient surtout chez les primipares vers la fin de la grossesse, alors que la tête est engagée à fond, on comprend que l'espace fait souvent défaut, sinon pour introduire, du moins pour gonfler le ballon, à moins que la tête n'abandonne le pelvis au risque de faire place à une présentation vicieuse (Bonnaire). De plus, l'action du ballon est quelquefois assez lente, il faut en moyenne quatre à cinq heures pour obtenir un résultat, or il est des cas où il faut aller vite. La même critique s'applique aux *dilatateurs métalliques* (écarteurs de Tarnier, pince excitatrice d'Auvard, dilatateur de Bossi), et d'autre part si on veut accélérer la dilatation instrumentale, on expose aux déchirures du col et à leurs conséquences.

La *dilatation manuelle* a au contraire des avantages. Elle a été préconisée en 1859 par Puzos : « La main est douce, disait-il, elle apprécie les progrès de la dilatation, peut se rendre compte du relâchement d'un orifice rigide, reconnaître les déchirures du col et préserver intactes les membranes. » Bonnaire a remplacé la *dilatation unimanuelle* de Puzos par une *dilatation bimanuelle* qui consiste à écarter le col par une distension diamétrale progressive et sans à coup, à l'aide des doigts des deux mains adossées l'une à l'autre. Treub (d'Amsterdam) conseille de croiser les avant bras pour éviter la fatigue. Mais cette méthode n'est pas à l'abri de tout reproche « c'est une opération pénible extrêmement laborieuse et qui ne réussit pas toujours, malgré les efforts que l'on fait et les précautions que l'on prend » [Gaulard (1)]. De plus, Bar, Maygrier (2) admettent que l'opération n'est pas sans danger surtout chez les primipares dont le col n'est pas effacé. En outre, toute manipulation cervicale n'est pas inoffensive relativement à la venue des convulsions. Demelin (3) a observé une femme enceinte de six mois chez qui la dilatation bimanuelle s'accompagna de secousses épileptiformes durant une heure sans interruption.

En résumé, nous nous trouvons en présence de deux opinions bien tranchées : l'une soutenue surtout en Allemagne et basée sur ce fait que le poison éclamptique nécessite une *évacuation immédiate et rapide de l'utérus*. C'est ce que soutiennent notamment Halberstma, Dührssen, Zweifel, Bidder, Meyer-Witz, Hoffmeier, Potter, Olshausen, Pollak, Liepmann; et Westphall va même jusqu'à dire que « la césarienne vaginale est plus facile à pratiquer et est moins dangereuse qu'une application de forceps élevée ou une perforation à travers un orifice insuffisamment dilaté ».

Il est vrai de dire que cette opinion n'est pas partagée par tous les auteurs, en particulier par Krœmer (4) qui montre les avantages du *traitement conservateur*.

Certe méthode est précisément celle qui est soutenue en France, par la majorité des accoucheurs : Guéniot, Tarnier, Pinard, Budin et Demelin, Maygrier, Porak et Macé.

(1) Gaulard. *Presse méd.*, 5 janvier 1901.
(2) Maygrier. Société obst. Paris, 15 févr. 1900.
(3) Demelin. *Journ. des prat.*, 24 oct., 1905.
(4) Krœmer. *Zent. Bl. f. Gyn.*, 1904.

Entre ces deux opinions extrêmes, il y a place pour une méthode mixte soutenue par Bonnaire (1), Goinard (2) la provocation de l'accouchement par la dilatation bimanuelle dans les formes graves d'éclampsie après échec du traitement médical, si la mère est à terme, si l'enfant bien viable présente des signes de souffrance et si le travail est commencé et le col déjà effacé. Ce traitement étant au contraire contre-indiqué quand la grossesse est loin du terme, ou lorsque l'enfant est mort ou enfin si l'on prévoit des difficultés très grandes pour l'accouchement rapide (primipare âgée avec tissus résistants, col fermé, long ou rigide, viciation pelvienne).

On peut essayer de résoudre le problème en consultant les diverses *statistiques* publiées par les auteurs. Mais avant tout il faut se mettre en garde et se méfier de juger de la mortalité d'après de petites statistiques : tels sont les travaux de Knapp (de Prague) où la mortalité qui dans une première série de cas était de 4,5 p. 100 monte après 19 cas nouveaux et 9 décès au chiffre de 15 p. 100. C'est ainsi que parmi les maternités qui ont o p. 100 de mortalité il s'agit toujours d'un petit nombre de cas d'éclampsie, telle la statistique de Carsteus (3) qui pratiqua trois fois la césarienne vaginale et eut trois guérisons.

D'ailleurs même quand les statistiques portent sur un grand nombre de cas, les résultats sont fort variables et souvent contradictoires.

En 1894, Duhrssen publia une statistique de 86 cas d'éclampsie traités par l'intervention active (19 décès), soit une mortalité de 23,75 p. 100.

Zweifel de 1887 à 1892 avec un traitement purement médical a obtenu une mortalité de 32,6 p. 100, tandis que de 1892 à 1895 avec l'accouchement forcé la mortalité est descendue à 15 p. 100. Ferri (4) a traité à la Maternité de Milan 82 cas d'éclampsie par la méthode de Bossi ou par celle de Dührssen, il n'a jamais eu d'accident opératoire et accuse une mortalité de 5 p. 100.

Si on dépouille les statistiques plus récentes et qu'on les range par séries, on voit que la *césarienne abdominale* donne une mortalité fœtale de 31,25 p. 100 une mortalité maternelle de 46,8 p. 100 [Pollak (5)], 5 p. 100 [Croom (6)], 35 p. 100 [Olshausen (7)]. Avec la *césarienne vaginale*, Olshausen accuse une mortalité de 25 p. 100, Croom 43 p. 100, Hammerschlag (8) 43 p. 100, enfin Glockner (9) donne 15,49 p. 100 comme mortalité maternelle et 44,5 p, 100 comme mortalité fœtale. Par la méthode de Bossi (*dilatation artificielle*), la statistique fournie par Pollak est de 14,28 p. 100 pour la mère, 38,9 p. 100 pour l'enfant. Si on relève les cas cités par de Félice dans sa thèse inspirée par Bonnaire (*dilatation bimanuelle*), on trouve 18,1 pour la mère, 6,36 pour l'enfanf.

Enfin les statistiques portant sur les cas d'éclampsie soumis au *traitement médical* avec ou non application de forceps à dilatation complète donnent des résultats très disparates. Bumm (de Bâle, 1905) accuse une mortalité maternelle de 30 p. 100; Aale (de Christiania 1905) 25,6 p. 100; Bar (Th. de Cier 1907), 34,88 p. 100 (et 58,77 p. 100 pour l'enfant); Pinard (Th. Reinburg, 1905), 19,2 p. 100.

Nous avons recherché tous les cas d'éclampsie survenus à la Maternité de Paris depuis mars 1905 jusqu'à décembre 1907 (1). Sur 40 cas, il y eut 3 décès, dont 2, survenus une heure et même moins après l'arrivée à l'hôpital, ne peuvent être conservés. La mortalité maternelle est donc de 2,6 pour 100. 21 femmes accouchèrent spontanément, on fit pour les autres, une fois une embryotomie cervicale, une fois une basiotripsie et 14 fois une application de forceps. La mortalité fœtale est de 36,5 p. 100.

Cette statistique semble la plus favorable parmi toutes les statistiques publiées tant en France qu'à l'étranger. Peut-être faut-il incriminer une série heureuse, peut-être aussi faut-il y voir l'action bienfaisante d'une saignée large et systématiquement pratiquée.

(1) Bonnaire. *Presse méd.*, 28 janv. 1905; — Th. Maury, Paris, 1903; — Th. de Felice, Paris 1902.
(2) Goinard. Congrès d'Alger, avr. 1907.
(3) Carsteus. *Am. Journ. of obst.*, nov. 1904.
(4) Ferri. Congr. de Paris, oct. 1899.
(5) Pollak. *Monacht. f. Oeb.*, Bd. XX, 1904.
(6) Croom. *Brit. med. journ.*, juin 1904.
(7) Olshausen. *Zentbl. f. Gyn.*, 6 janv. 1906.
(8) Hammerschlag: *Zentbl. f. Gyn.*, 1904, no Bl.
(9) Glockner. *Arch. f. Gyn.*, 1902.

(1) Les cas survenus de mars 1905 à avril 1907 sont relatés dans la thèse de Chirié.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 MARS 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Proust et Branca.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Gosset et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Sicard; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 17 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Morestin et Lenormant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Rénon et Jeanselme; — (2e série) : MM. G. Ballet, Fernand Besançon et Nobécourt; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 18 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Branca et Ombrédanne.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Pierre Marie et André Jousset.

4e : MM. Pouchet, Macaigne et Lœper; — M. Mulon, suppléant.

Jeudi 19 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Rieffel et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Joffroy, Maillard et Brumpt.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Fernand Bezançon et Castaigne.

4e : MM. Chantemesse, Carnot et Balthazard; — M. Langlois, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — LECTURE DES COPIES. — *Symptomatologie.* — Séance du 7 mars : MM. Balthazard, Decloux et Nattan-Larrier, 10 ; Chiray, Lemierre et Ribadeau-Dumas, 8.

Epreuve clinique. — Séance du 9 mars : MM. Weill (Emile), 20 ; Camus et Terrien, 19.

Prochaines séances jeudi 12 mars, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et dimanche 15 mars, à neuf heures du matin, à Beaujon.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 6 mars. — Question : « Orifice aortique. — Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

MM. Pellot, 13 + 19 = 32 ; Vuillet, 14 + 22 = 36 ; Regnard, 14 + 21 = 35 ; Pruvost, 8 + 18 = 26 ; Potelet, 10 + 18 = 28 ; Pélissier (André), 14 1/2 + 21 = 35 1/2 ; Blechmann, 16 + 21 = 37.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Pour cause d'indisposition, la leçon d'ouverture du cours de M. le professeur Gilbert Ballet est remise au vendredi 13 mars, à six heures, grand amphithéâtre.

GUERRE. — Le médecin-inspecteur général Delorme est envoyé en mission à Saint-Dié où sévit une épidémie infectieuse.

On signale à Bourges des épidémies de grippe-rougeole et oreillons. Il y a eu 3 décès dans la garnison à la suite de rougeole et broncho-pneumonie.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Dupuy est désigné pour servir à la prévôté de l'établissement de la marine à Indret, en remplacement de M. le docteur Bourges.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le docteur Renault, inspecteur général adjoint des services administratifs, est nommé conseiller technique sanitaire adjoint au ministère de l'Intérieur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Diamantberger, Dieupart, Granel, Rodet et Santu (de Paris), Robin (de Pantin), Arago (de Paris), Barbier (de la Réole), Bayeux (de Paris), Blazy (de Bayonne), Bos (de Lesparre), Cassidanius, Charpentier, Chipier (de Paris), Collin (de Sainte-Menehould), Debray (de Paris), Decouvelaere (d'Hazebrouck), Dide (d'Auxerre), Dubois (de Langres), Gacon (de Bordeaux), Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux), Hébert (d'Audierne), Husson, Joanny et Laforgue (de Paris), Lheureux (d'Airaines), Marty (de Paris), Mathieu (d'Hauteville), Moutin (de Boulogne-sur-Seine), Patenôtre (de Sezanne), Peisson (de Paris), Picard (de Bourges), Rocher (de Colombes), Rondani (de Marseille), Soudée (de Paris), Vabre (de Béziers), Vannereau (d'Auxerre), Georges Villaret (de Paris), Weiss (de Cousances-aux-Forges).

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL AU CONSEIL DES MINISTRES. — L'*Agence Havas* communique la note suivante :

Le ministre du Travail a fait part au conseil que, comme il avait été prévu en 1905, la commission chargée d'examiner l'établissement et ultérieurement la revision des tarifs médicaux et pharmaceutiques applicables en matière d'accidents du travail a été convoquée à l'effet d'étudier les modifications dont ces tarifs pourraient paraître susceptibles.

En raison de l'expérience poursuivie depuis plus de deux ans, cette commission aura à rechercher les moyens destinés à remédier sur certains points aux abus qui ont été signalés.

LA MAISON DU MÉDECIN. — Le Conseil d'administration est ainsi constitué : président, M. Courtault ; vice-présidents, MM. Cunéo, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Triboulet, médecin des hôpitaux ; secrétaire général, M. Lucien Nass ; secrétaires, MM. P. Cornet, Wicart ; trésorier, M. Kolbé ; trésorier adjoint, M. P. Klein ; membres, MM. P. Reynier, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Walther et Brindeau, professeurs agrégés, chirurgien et accoucheur des hôpitaux ; L. Jacquet, médecin des hôpitaux ; Butte, Duchastelet, Favreau, Aimé Gardette, P. Guillon et Laumonier.

Commission administrative : avocats-conseils, MMes de Leymarie et Dubron, avocats à la Cour ; notaire, Me Alex. Josset ; avoué, Me Gallard.

HOPITAL BEAUJON. — CLINIQUE DE M. ALBERT ROBIN. — M. A. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine, fera, le jeudi 19 mars, à dix heures précises, à la clinique de M. le professeur Albert Robin, amphithéâtre de la Faculté, une conférence sur les « Appareils destinés à mesurer la tension artérielle et leur emploi en clinique ».

LES SÉCRÉTIONS INTERNES

L'appareil nerveux hypophyséo-surrénal. Son rôle à l'état normal et à l'état pathologique (*).

Par C.-E. DE M. SAJOUS,

Ancien professeur et doyen de la Faculté au Medico-chirurgical College de Philadelphie.

Les recherches que nous poursuivons depuis plusieurs années nous ont amené à conclure que la sécrétion des glandes surrénales remplit, dans l'organisme, un rôle physiologique de la plus haute importance, celui de fixer dans les globules rouges du sang, au moment de leur passage dans le réseau vasculaire des alvéoles pulmonaires, l'oxygène qu'ils transportent ensuite dans les tissus. Différents observateurs, en particulier Bohr, Henriques, Haldane et Lorrain Smith, Harley, avaient, chacun de leur côté, reconnu la nécessité d'une substance réductrice dans l'accomplissement de cette fonction et, tout dernièrement, Pembrey (1) apportait des arguments et des faits entièrement favorables à notre manière de voir.

Ce rôle capital que nous attribuons aux glandes surrénales est démontré par la présence, sinon de leur produit de sécrétion, mais tout au moins de de son principe actif daus le sang, en particulier la partie albuminoïde des globules rouges, et dans les tissus.

L'hémoglobine, d'après Gamgee (2), est insoluble dans l'alcool absolu, le chloroforme, le benzol, l'éther et tous les dissolvants organiques. Vulpian (3) avait déjà constaté que, de tous les produits glandulaires, le seul insoluble dans les mêmes agents chimiques était l'extrait surrénal. Or, Gautier (4), Moore et Takamine ont, de leur côté, confirmé cette particularité. D'après Moore et Purinton (5), les extraits surrénaux sont rapidement détruits par les alcalis; il en est de même pour l'hémoglobine [Hammarsten (6)]. Cette dernière substance résiste à toutes les températures jusqu'à l'ébullition; cette même propriété caractérise aussi, selon Cybulski (7), Moore (8) et autres, l'extrait surrénal. Ces corrélations sont d'autant plus importantes à signaler que, d'après Gamgee (9), la constitution et l'origine de la partie albuminoïde de l'hémoglobine, représentant 94 p. 100 de la molécule, sont encore inconnues. Battelli (10) a pu enfin isoler du sang un produit possédant les mêmes propriétés chimiques que l'adrénaline, et Mulon (11) a, de son côté, constaté que certains globules rouges possèdent les mêmes réactions histochimiques que le principe actif des surrénales.

Les homologies existant entre la partie albuminoïde de l'hémoglobine et la sécrétion des surrénales sont encore démontrées par d'autres documents. Traube, dès 1858, a prouvé que l'hémoglobine ne pouvait satisfaire aux oxydations cellulaires sans agir comme catalyseur. Or, Schmiedeberg, Jaquet, Abelous et Biarnès ont prouvé que le plasma sanguin contenait un ferment susceptible de remplir cette fonction, ferment dont l'action n'est précisément détruite que par l'ébullition (12). Jolles (13) a, de son côté, constaté que la puissance catalysatrice d'un volume donné de sang était directement en rapport avec le nombre des globules rouges qu'il contenait. Quant à l'action catalysatrice du produit surrénal lui-même, elle a été démontrée par Poehl (14).

A ces données capitales nous pouvons en ajouter d'autres non moins importantes. Mühlmann (15), à la suite d'analyses chimiques plusieurs fois répétées, a constaté que le pigment addissonien était un produit surrénal oxydé. Boinet (16) admet aussi que la mélanine est un pigment addissonien modifié. D'autre part, Gamgee, Charles (17), Hill (18) et les classiques considèrent la mélanine comme un produit hémoglobinique dépourvu de fer, ainsi que l'ont admis Hirshfeld, Chittenden et Albro (19). La mélanine paraît ainsi être un dérivé de la partie albuminoïde de l'hémoglobine. Elle a, d'ailleurs, des propriétés physico-chimiques analogues à celles qui appartiennent en propre aux extraits surrénaux : comme eux, elle est très sensible à l'action des alcalis, ainsi que l'ont démontré Walter Jones, Abel et Davis (20); comme eux, elle est très facilement oxydée (Walter Jones); comme eux enfin, elle est insoluble dans l'alcool absolu, l'éther, le benzol, le chloroforme.

Si, ainsi que nous cherchons à le démontrer, la sécrétion surrénale est le principe actif de l'hémoglobine, l'introduction d'extraits surrénaux dans l'organisme doit accélérer les combustions et déterminer en particulier une élévation de la température. Des faits prouvant la réalité de cette action ont été rapportés par les physiologistes et par les cliniciens; nous mentionnerons tout particulièrement ceux que nous devons à Pellacani (21), Foa (22), Oliver et Schäfer (23), Reichert (24), Morel (25). Lépine (26) a, lui aussi, constaté que l'augmentation de la pression sanguine, produite par l'adrénaline, était toujours suivie d'une élévation de la température. D'autre part, Brown-Séquard et, à sa suite, de nombreux physiologistes ont observé un abaissement marqué de la température consécutive à l'ablation des surrénales. On sait aussi, et depuis longtemps, que l'hypothermie est un des éléments classiques du syndrome addissonien.

Les glandes surrénales, dont le rôle nous apparaît si grand, puisque leur produit de sécrétion sert à la fixation de l'oxygène et règle les combustions de l'organisme, sont, comme toutes les glandes, sous la dépendance du système nerveux. Le centre qui les gouverne nous semble, pour les raisons que nous allons exposer, devoir être localisé dans le lobe nerveux de l'hypophyse.

L'ablation des deux hémisphères cérébraux n'exerce, ainsi que l'ont démontré Frédéricq (27), Goltz et d'autres expérimentateurs, aucune influence sur la température du corps de l'animal. Corin et van Beneden (28) ont, de leur côté, constaté que des pigeons acérébrés absorbaient tout autant d'oxygène et produisaient tout autant d'acide carbonique que des pigeons normaux. L'augmentation brusque de température, que présente la marmotte au sortir de son sommeil hivernal, se produit même lorsque l'animal a été privé, au moment du réveil, de ses hémisphères cérébraux, d'après Pembrey (29). Les impulsions thermogènes ne provenant pas des hémisphères, il est logique de rechercher si elles ne sont pas régies par un centre basilaire.

Ott (30), Tangl (31), Sakowtsch (32) ont, en effet,

(*) Résumer un des plus importants chapitres de l'ouvrage : *The internal secretions and the principles of Medicine* (vol. I, 1903, vol. II, 1907, Philadelphie) a été une tâche bien agréable à remplir. Puisse notre exposé, en excitant le zèle et la critique des biologistes, contribuer à la solution du si passionnant problème des *glandes à sécrétion interne* (P.-E. Launois).

obtenu une élévation très marquée de la température en provoquant des lésions de la base, soit dans le tuber cinereum, soit dans la partie postérieure du plancher du troisième ventricule; ils considèrent chacune de ces régions comme un centre thermogène. De son côté Reichert (33) aboutit à une localisation du même genre dans les régions ponto-bulbaires. La multiplicité de ces soi-disant centres est plutôt une preuve en faveur de leur banalité. Comme l'a dit avec juste raison Schäfer (34), les phénomènes observés en pareil cas ne sont que le résultat « d'une lésion irritante agissant dans des régions avoisinant ou traversées par des impulsions motrices ». Ces impulsions nerveuses n'ont-elles pas leur point de départ dans une autre région et cette région peut-on la déterminer?

La seule région, ou pour mieux dire le seul centre basilaire, dont les projections nerveuses puissent, indépendamment du cerveau, des couches optiques et des autres formations reliées aux hémisphères, traverser longitudinalement le tuber cinereum, le plancher du troisième ventricule, en d'autres termes les régions lésées expérimentalement par les observateurs ci-dessus, est l'hypophyse. En effet, Marinesco, Vassale et Sacchi (35) et d'autres ont observé que l'ablation de cet organe s'accompagne toujours d'un abaissement plus ou moins rapide de la température. Masay observa le même phénomène quand l'opération était faite en deux temps, c'est-à-dire lorsqu'on ne pratiquait l'hypophysectomie que quand l'animal s'était remis des suites de la trépanation préliminaire de la selle turcique par le naso-pharynx. Andriezen (36) constate aussi l'hypothermie avec dénutrition graduelle allant jusqu'à la mort. L'amaigrissement rapide, sur lequel insistent tous les expérimentateurs qui sont parvenus à extirper ou à détruire l'hypophyse, plaide en faveur des fonctions trophiques de l'organe, fonctions qui sont elles-mêmes sous la dépendance des combustions organiques. Caselli (37), Pirrone (38), Masay (39) et plus récemment Thaon (40) ont signalé « un amaigrissement progressif avec diminution croissante de la force motrice et la mort dans un état de cachexie extrême ». De Cyon (41), de son côté, avait, depuis longtemps, insisté sur l'abaissement de la pression artérielle et le ralentissement de la respiration, phénomènes qui nous ramènent aux glandes surrénales et aux conclusions que nous avons formulées au sujet du rôle de ces organes dans la respiration, les combustions organiques et la nutrition.

Quant à l'appoint apporté par la pathologie et la clinique, il n'est pas moins important, plus particulièrement celui que fournit l'acromégalie. Les quelques autopsies d'acromégaliques qui ont pu être faites à une époque rapprochée du début de l'affection, ont montré, notamment à J. D. Lewis, à G. Ballet et Laignel-Lavastine, « l'existence d'une hyperplasie glandulaire en voie de développement de l'hypophyse (42). » Une semblable constatation, faite à la phase première ou sthénique de la maladie, ne plaide-t-elle pas en faveur d'une exagération de l'activité fonctionnelle de la glande? L'hyperfonctionnement de l'hypophyse agissant secondairement sur les glandes surrénales avec lesquelles elles sont, comme nous allons le voir, directement reliées par l'entremise du système nerveux, il en résulte une exagération de leur activité fonctionnelle et une hypernutrition générale. Cette dernière explique les modifications communes à l'acromégalie et au gigantisme acromégalique et aussi les principaux symptômes observés à la phase sthénique de ces états morbides, tels que la boulimie, la polydipsie, la polyurie, l'hyperesthésie, la sensation de chaleur superficielle, etc. L'hypertrophie des viscères, celle en particulier des muscles, du myocarde, de la couche musculaire des vaisseaux est la conséquence de l'hypernutrition de ces organes. De même l'hypertension vasculaire et la congestion capillaire qui l'accompagnent, expliquent l'accroissement parfois excessif que présentent les extrémités, les finistères, comme l'a dit si spirituellement Brissaud (menton, mains, pieds, verge, langue).

Il est encore deux symptômes, fréquemment observés dans l'acromégalie et le gigantisme acromégalique, qui plaident en faveur de la synergie fonctionnelle que nous cherchons à établir entre l'hypophyse et les glandes surrénales. L'un est la glycosurie, l'autre la pigmentation de la peau et des muqueuses. Ce dernier a été plus particulièrement signalé par Harlow Brook (43) qui, faisant allusion aux cas d'acromégalie avancée, parvenue à la phase asthénique, écrit « qu'une pigmentation qui ressemble beaucoup à celle de la maladie d'Addisson est souvent présente ». Wasdin (44), ayant observé chez un marin, victime d'un accident, une série de symptômes singuliers, en particulier une mélanie bronzée et connaissant mes recherches sur les relations fonctionnelles qui rattachent les surrénales à l'hypophyse, constata, à l'autopsie, l'existence d'une fracture du sphénoïde avec dilacération et gangrène de la glande pituitaire.

Ces deux symptômes, glycosurie et pigmentation, de prime abord assez disparates, trouveront une explication facile quand nous aurons démontré les relations nerveuses qui, selon nous, rattachent l'hypophyse aux surrénales. Les documents sur lesquels nous nous appuyons ont été complètement exposés dans notre livre sur les *Sécrétions internes* (45): nous nous contenterons ici d'en résumer les plus importants.

Sappey, Luschka, Müller et d'autres anatomistes anciens avaient constaté la présence de fibres nerveuses dans la tige qui rattache l'hypophyse au plancher du troisième ventricule. Mais il était réservé à Ramon y Cajal (46) de déterminer, à l'aide de la méthode de Golgi, le trajet exact de ces fibres nerveuses; il put les suivre depuis le lobe nerveux de l'hypophyse jusqu'à un amas de grosses cellules grises qui, situées en arrière du chiasma optique, forment le *nucleus supra-infundibularis grisei*. Celui-ci, comme l'ont établi Edinger (47) chez les amphibies, les reptiles et les oiseaux et van Gehuchten (48) chez les poissons, est le point de départ des fibres de *la décussation supra-infundibularis* qui, suivant les parois du troisième ventricule, se dirigent vers le bulbe. D'autre part, Gentès (49) a décrit des fibres nerveuses qui passent de l'hypophyse au tuber cinereum, fibres que Andriezen (50) a retrouvées chez la souris blanche et suivies jusqu'au pont de Varole. Elles forment, par leur ensemble, une voie nerveuse directe allant de l'hypophyse à la portion ponto-bulbaire; elles occupent précisément la région dont l'irritation s'accompagna, dans les recherches de Reichert, d'une élévation de la température.

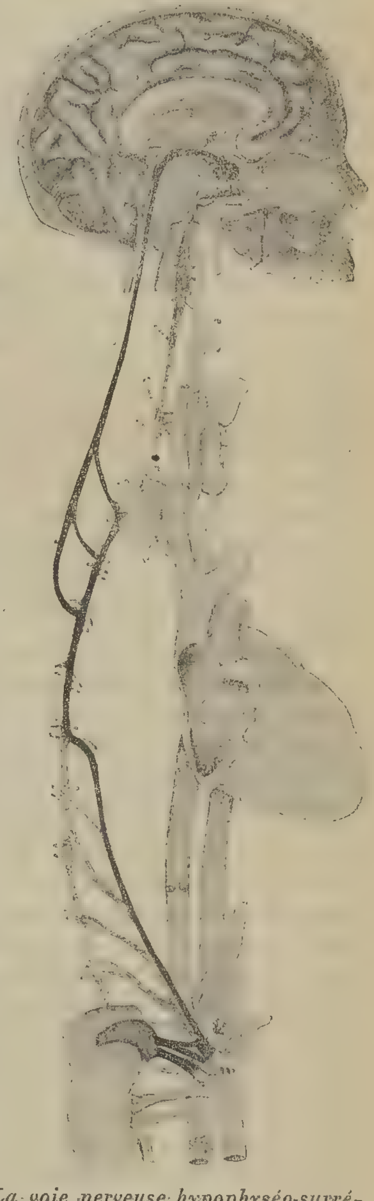
Le tuber cinereum, le plancher du troisième ventricule et le bulbe rachidien renferment donc une voie nerveuse, dont les fibres constitutives prennent

naissance dans le lobe postérieur de l'hypophyse. Les lésions expérimentales de cette voie nerveuse s'accompagnent d'une élévation de température, comme l'ont montré Ott, Tangl, Sakowitsch et Reichert et aussi de troubles respiratoires. Soury (51) a écrit que « la substance grise du plancher du troisième ventricule (c'est-à-dire la portion de substance nerveuse située immédiatement au-dessus de l'hypophyse) peut être considérée comme un centre thermo-polypnéique », opinion que confirment les ponctions expérimentales de Ott. Mais, comme l'a constaté Howell (52), il n'existe dans cette région aucun amas de cellules nerveuses susceptible d'être considéré comme un centre et on est tout naturellement conduit à rechercher celui-ci plus bas, c'est-à-dire dans l'hypophyse. Cet organe, comme l'ont démontré les recherches histologiques de Berkley (53), de Ramon y Cajal, de Gentès, renferme, en effet, des groupes de cellules nerveuses. En raison de ces données, tant anatomiques qu'expérimentales, l'hypophyse peut être considérée comme un véritable centre qui au point de vue physiologique tient sous sa dépendance la régulation thermique et respiratoire, fonctions qui, comme nous l'avons précédemment montré, sont entretenues par la sécrétion des surrénales.

Ayant suivi le faisceau nerveux thermogène et polypnéique depuis son origine, c'est-à-dire l'hypophyse, jusqu'au bulbe, il nous reste à déterminer son trajet dans la moelle et le grand sympathique jusqu'aux capsules surrénales. Dans cette détermination, nous nous baserons surtout sur les données fournies par la physiologie expérimentale. Il est un premier fait qu'il nous faut avant tout rappeler, c'est que, en stimulant le grand splanchnique, on augmente la sécrétion des glandes surrénales (Bield, Dreyer, etc.). Un autre, non moins important, a été rapporté par Goltz et Ewald (54) : un animal, privé de sa moelle épinière par section pratiquée à la partie inférieure du bulbe, peut vivre pendant longtemps, même pendant plusieurs années. Mais, dans les premières semaines de sa survie, même quand les vaisseaux ont repris leur tonicité et que la circulation est redevenue presque normale, il est exposé à un grand danger, celui de mourir de froid, la production de chaleur étant, chez lui, excessivement réduite. Ott (55) a, de son côté, découvert que l'animal conservait par contre sa température normale et ne se refroidissait pas si la section transversale de la moelle n'était faite qu'à partir de l'émergence de la cinquième paire dorsale. Il résulte de cette expérience que le faisceau nerveux thermogène doit abandonner la moelle au-dessus de ce niveau pour gagner le grand sympathique. En effet, Biedl (56), après avoir ouvert le canal rachidien, ne put parvenir, même en stimulant fortement les rami communicantes étagés au-dessus de la troisième paire dorsale, à augmenter l'activité des surrénales, bien qu'il eût, comme Dreyer, obtenu ce résultat en excitant le grand splanchnique abdominal. On est ainsi conduit à admettre que le faisceau nerveux rattachant l'hypophyse à la surrénale abandonne la moelle au-dessus de la troisième paire dorsale et gagne le grand sympathique pour faire enfin partie du grand nerf splanchnique.

Il est, dans ce dernier nerf, une disposition anatomique qui, signalée par différents observateurs, semble avoir été ignorée par les investigateurs modernes, plus particulièrement par les physiologistes : elle nous paraît cependant avoir une grande importance. Il existe dans le splanchnique, au dire de Cruveilhier (57), un faisceau nerveux qui, ne se confondant pas avec lui, demeure simplement accolé sur son trajet ; il remonte d'après Quain (58), Gray (59) et plusieurs autres anatomistes, jusqu'au second et même parfois jusqu'au premier ganglion dorsal. Comme toutes les autres branches de la chaîne nerveuse sympathique, ce prolongement splanchnique se relie à la moelle épinière.

La présence de deux faisceaux indépendants dans ce territoire nerveux nous semble avoir donné lieu à une notable confusion dans l'interprétation de nombreuses recherches expérimentales. François Franck et Hallion (60), par exemple, ont démontré que les vaso-moteurs du foie abandonnent la moelle et passent dans les rami communicantes à partir de la sixième dorsale ; cette limite a été, d'ailleurs, confirmée par Langley (61). Mais ces mêmes observateurs obtinrent aussi une augmentation très marquée de la pression aortique, en excitant des nerfs communicants situés à des étages plus élevés de la chaîne ou encore en excitant la chaîne elle-même au-dessus de la limite précitée, c'est-à-dire au niveau des cinq rami supérieurs. Les effets vaso-moteurs maxima furent observés par eux dans le foie quand l'excitation portait sur la partie supérieure de la chaîne sympathique, lorsqu'elle avait été privée de ses connexions spinales. Cherchant à interpréter ce phénomène, les auteurs l'attribuent « à une action réflexe » due à « une influence indirecte » qu'ils n'expliquent pas. Bulgak, Schäfer et Moore, Bunch (62) et Jacobi (63) ont également obtenu, par l'excitation des rami supérieurs, des effets vaso-moteurs très marqués dans des organes dont les rameaux vasculaires abandonnent la moelle à des niveaux beaucoup plus inférieurs. Jacobi, dont les recherches ont plus particulièrement porté sur l'innervation de l'intestin, a remarqué que la vaso-constriction excessive (inhibition) disparaissait, laissant intacte la vaso-constriction normale, lorsqu'on sectionnait les branches nerveuses allant du plexus solaire aux glandes surrénales. Or les nerfs ainsi



La voie nerveuse hypophyséo-surrénale, d'après C.-E. de M. Sajous). Le tracé noir ▬ indique son trajet.

sectionnés ne sont autres que ceux qui correspondent à la partie terminale du faisceau nerveux dont nous venons de poursuivre le trajet à l'intérieur et en dehors du névraxe.

La production de la vaso-constriction anormale observée dans ces conditions paraîtra relativement facile à interpréter, si on veut se souvenir de ce qu'a dit Schäfer (64) des extraits surrénaux : « Il y a peu de substances qui produisent, comme eux, une augmentation aussi considérable de la pression sanguine. » Qu'ont fait, en effet, les différents expérimentateurs précités en excitant les rami dorsaux supérieurs ou le segment de la chaîne sympathique qui renferme la prolongation du grand splanchnique? Ils ont agi non pas sur des nerfs vaso-moteurs proprement dits, mais bien sur les faisceaux nerveux régulateurs des surrénales; en excitant ces faisceaux, ils ont déterminé une augmentation de la sécrétion glandulaire et secondairement une élévation de la tension sanguine.

De l'ensemble de ces données tant anatomiques qu'histologiques et expérimentales, il résulte que les faisceaux de fibres nerveuses qui unissent l'hypophyse aux glandes surrénales (*nerf hypophyséo-surrénal*) ont leur origine dans le lobe postérieur de la glande pituitaire, passent dans la tige qui la relie au cerveau, suivent le tuber cinereum, le plancher du troisième ventricule et gagnent le bulbe rachidien et la moelle. A ce premier trajet situé dans l'intérieur du névraxe en succède un second situé en dehors de lui, mais qu'il est possible également de déterminer. Les expériences de Golz et Ewald, de Ott et Biedl qui ont démontré que les rami communicantes spéciaux situés au-dessous du troisième n'ont aucune influence sur les glandes surrénales; celles de François-Franck et Hallion, de Bulgak, de Schäfer et Moore, de Bunch nous ont appris, au contraire, que les trois rami supérieurs transmettent au grand splanchnique des impulsions dont les effets sont comparables à ceux que provoque l'hypersécrétion surrénale; l'existence d'un prolongement indépendant du grand splanchnique jusqu'à ces rami supérieurs (Cruveilhier, Quain, Gray, etc.); les phénomènes d'hypersécrétion surrénale typiques que provoque l'excitation du segment de la chaîne sympathique renfermant ce prolongement (François Franck et Hallion); la cessation de l'hyperfonction surrénale accompagnant la section des fibres nerveuses unissant le plexus solaire aux glandes surrénales; enfin l'augmentation de la sécrétion surrénale que provoque l'excitation du grand splanchnique (Biedl, Dreyer), tels sont les arguments qui nous ont amené à admettre que les faisceaux du nerf hypophyséo-surrénal, après avoir parcouru la moelle dans la portion qui correspond à l'émergence des trois rami dorsaux supérieurs, l'abandonnent, passent dans la chaîne ganglionnaire sympathique, font partie du grand splanchnique, du ganglion semi-lunaire et viennent se terminer dans les plexus annexés aux glandes surrénales.

Quant à l'appoint apporté par la clinique et l'anatomie pathologique, auquel nous avons précédemment fait allusion, il n'est pas à négliger, comme nous allons chercher, en finissant, à le démontrer.

Dès 1884, Lœb (65), frappé par la fréquence avec laquelle on observait la glycosurie chez les malades porteurs d'une tumeur de l'hypophyse, émettait l'opinion qu'il ne pouvait s'agir, en pareil cas, d'une simple coïncidence. Pierre Marie avait constaté la présence de sucre dans l'urine chez la moitié environ des acromégaliques qui avaient servi de base à ses magistrales études. D'après Hinsdale (66), quatorze observateurs ont fait la même constatation. Dans les seize cas de géants acromégaliques rassemblés par Launois et Roy (67), il en était de même et les constatations nécropsiques, rapportées par ces deux observateurs, ont montré, chez chaque sujet, l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse de l'hypophyse.

Cherchant à expliquer ce diabète, Lœb l'attribue à une compression exercée par la tumeur sur les régions basilaires avoisinantes et se demande s'il n'existe pas à ce niveau un centre glycogénique particulier. Caselli (68), de son côté, aurait déterminé de la glycosurie chez les chiens en excitant le tuber cinereum. Pour nous, le trouble morbide observé résulte de l'irritation des fibres du nerf hypophyséo-surrénal et démontre leur présence dans ces régions basilaires. On sait d'ailleurs aujourd'hui, que l'hyperfonction surrénale s'accompagne de glycosurie marquée. La même interprétation doit être donnée à celle que l'on provoque en piquant le bulbe rachidien à l'exemple de Claude Bernard. Le trouble morbide résultant, comme le dit Schäfer, de l'irritation locale produite par la lésion expérimentale, est encore une preuve du passage des fibres du faisceau hypophyséo-surrénal dans la portion des centres nerveux qui relie le cerveau à la moelle. Quant à la preuve que le grand splanchnique, renfermant le nerf hypophyséo-surrénal, est bien la voie que suivent les impulsions glycogéniques, elle nous a été fournie par les recherches d'Eckard, Kaufmann (69) et plusieurs autres expérimentateurs; ils ont, en effet, constaté que la glycosurie, produite par la piqûre de Claude Bernard, disparaissait lorsque l'on sectionnait le grand splanchnique.

La part qui revient aux surrénales dans la production de la glycosurie a été démontrée par de nombreux faits, aujourd'hui classiques. Blum (70), Croftan (71), Metzger (72), Herter (73), en particulier, l'ont provoquée en injectant des extraits surrénaux soit sous la peau, soit dans la cavité péritonéale, soit dans les veines. Herter remarqua même qu'elle s'accompagnait d'une élévation de la pression sanguine. Avec le concours de Wakeman (74), ce même expérimentateur observa qu'en malaxant les glandes surrénales de manière à faire exsuder en plus grande abondance leur produit de sécrétion, on provoquait le passage du glycose dans l'urine, tandis que, par contre, l'ablation des mêmes glandes était suivie d'une diminution considérable du sucre sanguin. D'autre part, dans ses multiples et patientes recherches, Kaufmann (75) a trouvé que la ligature de la veine-cave détermine une diminution rapide du sucre aussi bien dans la glycémie normale que dans la glycosurie. Est-il besoin de rappeler que c'est par l'intermédiaire de la veine-cave que la sécrétion surrénale passe dans le courant circulatoire?

Indépendamment des modifications acromégaliques et de la glycosurie sthénique (il existe en effet pour nous deux variétés de glycosurie, l'une sthénique, l'autre asthénique), nombre d'états morbides évoluant soit d'une façon aiguë, soit d'une façon chronique, nous paraissent imputables à des troubles de la fonction hypophyséo-surrénale, telle que nous la comprenons. L'équilibre fonctionnel peut être, en effet, modifié de deux façons différentes : tantôt hypophyse et surrénales étant en hyperfonction, on

observe les multiples manifestations qui accompagnent l'exagération des sécrétions internes; tantôt au contraire l'affaiblissement, la parésie ou la paralysie par intoxication du système hypophyséo-surrénal provoquent l'insuffisance des oxydations et favorisent les auto-intoxications. Est-il besoin d'ajouter que l'état fébrile étant considéré comme une manifestation de l'activité excessive de l'appareil thermogène, il devient possible d'aborder la solution d'un des plus importants problèmes de la pathologie générale.

Ayant démontré l'importance du rôle physiologique que remplissent les glandes surrénales dans l'hématose, ayant suivi le lien nerveux qui les rattache à la glande pituitaire, nous sommes amené à la conclusion générale suivante :

L'hypophyse (lobe nerveux), constitue un centre qui, par l'intermédiaire du nerf hypophyséo-surrénal, gouverne les fonctions des glandes surrénales et préside secondairement à la fixation de l'oxygène de l'air inspiré et à la régulation des combustions organiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pembrey. Hill's, *Recent Advances in physiol. and Bio-Chemistry*, 1906, p. 549.
2. Gamgee. Schäfer's *Text book of Physiol.*, 1898, vol. I, p. 206.
3. Vulpian. *C. r. de l'Acad. des sc. de Paris*, 29 sept. 1856.
4. Gautier. *Chimie biologique*, 1892, p. 355.
5. Moore et Purinton. *Amer. Journ. of Physiol.*, 1900, vol. III, p. 15.
6. Hammarsten. *Text book of physiol. Chemistry*, 1904, fourth edition, p. 169.
7. Cybulski. *Gazeta Lekarska*, 1895, march. 23.
8. Moore. *Journ. of Physiol.*, 1894-1895, vol. XVII, p. 14.
9. Gamgee. Loc. cit., p. 189.
10. Battelli. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, vol. LIV, p. 1179.
11. Mulon. Communication orale.
12. Sajous. *Internal Secretions*, 1903, vol. I, ch. III.
13. Jolles. *Munch. med. Wochens.*, 22 nov. 1904.
14. Pœhl. *Indian Lancet*, 22 may 1904.
15. Mühlmann. *Deuts. med. Wochens.*, 1896, n. 26, S. 409.
16. Boinet. *Marseille méd.*, 15 avril 1896.
17. Charles. *Elements of physiol. and path. Chemistry*, 1884, p. 284.
18. Hill. *T. b. of Chemistry*, 1903, p. 374.
19. Chittenden et Albro. *Amer. Journ. of Physiol.*, 1899, vol. II, p. 291.
20. Abel et Davis. *Journ. of exper. med.*, 1896, vol. I, p. 381.
21. Pellacani. *Arch. per le Sc. med.*, 1879, vol. III, n° 24.
22. Foa. *Ibid.*, 1880, vol. IV, p. 451.
23. Oliver et Schäfer. *Journ. f. Physiol.*, 1895, v. XVIII, p. 230.
24. Reichert. *Univ. of Penn. med. Bull.*, april 1901.
25. Morel. *Progrès méd.*, 3 août 1903.
26. Lépine. *Semaine méd.*, 18 fév. 1903.
27. Frédéricq. *Arch. de biol.*, 1882, t. III, p. 747.
28. Corin et Van Beneden. *Arch. de biol.*, 1889, t. VII, p. 265.
29. Pembrey. Schäfer's *T. b. of Physiol.*, 1898, vol. I.
30. Ott. *Therap. Gaz.*, 15 june 1903.
31. Tangl. Cité par Ott, loc. cit.
32. Sakowitsch. *Neurol. Centralbl.*, 1893, Bd. XVI, L. 250.
33. Reichert. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 18 janv. 1902.
34. Schäfer. *T. b. of Physiol.*, vol. II, p. 717.
35. Vassale et Sacchi. *Arch. ital. de biol.*, 1895, vol. XVII, p. 123.
36. Andriezen. *Brit. med. Journ.*, 12 janv. 1894.
37. Caselli. *Studii anat. e sperim. sulla fisio-pat. della glandula pituitaria*, 1900.
38. Pirrone. *Riforma med.*, 25 fév. 1903, p. 205.
39. Masay. *Ann. de la Soc. roy. des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1903, t. XII, fasc. 3, p. 1.
40. Thaon. *L'hypophyse*, 1907, p. 90.
41. De Cyon. Cité par Thaon, loc. cit., p. 92.
42. Thaon. Loc. cit., p. 77.
43. Harlow Brooks. *Arch. of Neurol. and Psychol.*, 1898, vol. I, p. 485.
44. Wasdin. *Monthly Cyclop. of pract. Med.*, march 1903.
45. Sajous. *Internal Secretions*, 1903, vol. I; 1907, vol. II.
46. Ramon y Cajal. *Anales de la Soc. espan. de Hist. nat.*, 1894, Za Ser., vol. XXIII, p. 214.
47. Edinger. *Anat. of central nerv. System* Amer., edit., 1899, p. 124.
48. Van Gehuchten. *Anatomie du système nerveux*, 1900, vol. II, p. 239.
49. Gentès. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1903, t. LV, p. 1560.
50. Andriezen. Loc. cit.
51. Soury. *Système nerveux central*, t. II, p. 1256.
52. Howell. *T b. of Physiol.*, 1905, p. 611.
53. Berkley. *Brain Winter*, 1894.
54. Goltz et Ewald. *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1896, p. 362, 400.
55. Ott. Loc. cit., p. 348.
56. Biedl. *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1897, Bd. LXVII, H. 9 et 10, L. 443.
57. Cruveilhier. *Anatomy Amer.*, édition 1884.
58. Quain. *Anatomy*, seventh edition, 1868, vol. II.
57. Gray. *Anatomy*, fifteenth edition, 1901.
60. François-Franck et Hallion. *Arch. de physiol.*, 1896, t. VIII, n° 5, p. 936.
61. Langley. Schäfer's *T. b. of Physiol.*, 1900, vol. II, p. 644.
62. Bunch. *Journ. of Physiol.*, 1899, vol. XXIV, p. 72.
63. Jacobi, cité par Starling. Schäfer's *T. b. of Physiol.*, 1900, vol. II, p. 313.
64. Schäfer. *T. B. of Physiol.*, 1898, vol. I, p. 955.
65. M. Lœb. *Centralbl. f. inn. Med.*, 3 sept. 1898.
66. Hinsdale. *Acromegaly*, Détroit, 1898.
67. Launois et Roy. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1903, vol. LV, p. 382.
68. Caselli. Loc. cit.
69. Kaufmann. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1894, p. 284.
70. Blum. *Deuts. Arch. f. Med.*, 1901, Bd. LXXI, n°s 2 et 3, L. 146.
71. Croftan. *Amer. Med.*, 18 janv. 1902.
72. Metzger. *Munch. med. Wochens.*, 1902, Bd. XLIX, L. 478.
73. Herter. *Med. News*, 25 oct. 1902, et *Amer. Med.*, 10 nov. 1902.
74. Herter et Wakeman. *Amer. Journ. med. Sc.*, janv. 1903.
75. Kaufmann. *Arch. de physiol.*, 1896, t. VIII, p. 158.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 2 mars 1908)

Recherche spectroscopique de la bile. — M. A. Auché. La bilirubine, en milieu alcalin, et par oxydation au moyen de l'iode en présence de l'oxyde de zinc fournit un spectre caractéristique.

Le liquide contenant les pigments biliaires en solution aqueuse, alcoolique, chloroformo-alcoolique, est placé dans un tube à essai de 10 centimètres cubes environ; ajouter quelques gouttes d'ammoniaque puis quelques gouttes d'un premier réactif (solution saturée d'acétate de zinc) et enfin goutte à goutte un deuxième réactif (solution d'iode à 1/100 dans l'alcool ou dans l'iodure de potassium), en surveillant au spectroscope l'*apparition et la croissance d'une bande dans le rouge*, entre B et C, c'est-à-dire entre 650 λ et 700 λ, et plus ou moins épaisse suivant la richesse du liquide en pigment.

Cette bande est caractéristique de la matière colorante biliaire,

elle ne se produit pas avec les pigments sanguins, ni avec la luthéine, qui a été considérée, par certains auteurs, comme la matière colorante normale du sérum.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 MARS 1908)

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans le cancer des centres nerveux. — M. DUFOUR, à l'occasion de la communication de MM. Widal et Abrami, dans la séance précédente, rappelle qu'en 1904 il a examiné le liquide céphalo-rachidien d'une malade atteinte de méningite sarcomateuse diffuse. La cytologie était positive. Il assimilait les cellules trouvées dans le liquide à certaines cellules que l'on rencontre dans les centres nerveux.

Un cas de paludisme pernicieux d'origine congolaise. Etude du sang et des viscères. — MM. GALLIARD, CAWADIAS et BRUMPT rapportent l'observation d'un malade qui entra à Lariboisière, présentant un état fébrile et des phénomènes comateux. En l'absence de renseignements précis on pensa d'abord à une pneumonie centrale. L'interrogatoire du malade ayant fait connaître tardivement que celui-ci revenait du Congo, on pensa à la maladie du sommeil et au paludisme. L'examen du sang montra la présence du parasite de cette dernière affection : corps en croissant, corps sphériques, leucocytes, mélanifères et en particulier des corps en pessaires, décrits par M. Sergent. Les capillaires du cerveau contenaient des formes jeunes du parasite.

Les paralysies oculaires et le nystagmus au cours de la sclérodermie généralisée. — MM. RAYMOND et Georges GUILLAIN attirent l'attention sur certains symptômes oculaires que l'on peut observer au cours de la sclérodermie généralisée. Chez deux malades atteints l'un et l'autre d'une sclérodermie généralisée avec mélanodermie, ils ont constaté que l'exclusion des yeux en dehors était limitée à droite et à gauche, et s'accompagnait de secousses nystagmiformes ; il existait une paralysie des muscles droits externes.

Les secousses nystagmiformes et la paralysie des muscles des yeux dans la sclérodermie ne sont signalées à leur connaissance, par aucun auteur, à l'exception de M. Logetchnikov, qui a observé, chez une malade atteinte de sclérodermie généralisée, l'immobilité des yeux : cette femme était incapable de porter ses globes oculaires, ni en dedans, ni en dehors, ni en haut, ni en bas.

L'impotence fonctionnelle des muscles des yeux au cours de la sclérodermie leur paraît dépendre non pas d'une paralysie des nerfs moteurs de l'œil, mais d'une lésion des muscles oculaires eux-mêmes, soit amyotrophie, soit myosclérose. Cette pathogénie concorde avec ce qu'ils savent des altérations musculaires dans la sclérodermie où l'on a signalé en effet des lésions des muscles du squelette et même des muscles de la langue.

Les paralysies oculaires dans la sclérodermie méritent d'être connues. Il ne faudrait pas croire chez des malades présentant de tels symptômes à l'existence d'une lésion grave du névraxe, d'une polio-encéphalite supérieure par exemple, les troubles de la motilité des yeux peuvent régresser et guérir en même temps que la sclérodermie elle-même.

Forme scrofuloïde de la syphilis. — Dans une série de publications antérieures, M. Emile SERGENT s'est efforcé de montrer combien sont étroites les relations qui unissent la syphilis et la tuberculose, tant au point de vue des considérations étiologiques — qui font de la syphilisation, acquise ou héréditaire, un terrain d'élection pour la tuberculisation — qu'au point de vue des ressemblances cliniques. Ces dernières sont parfois telles que le diagnostic différentiel peut demeurer hésitant; tel est le cas, non seulement en matière de manifestations cutanées, mais surtout en matière de localisations viscérales, ganglionnaires, ostéo-articulaires. La ressemblance peut être d'autant plus frappante que l'une et l'autre de ces deux grandes maladies peuvent affecter des allures générales identiques et que — abstraction faite des cas où elles évoluent simultanément chez le même sujet — il n'est pas rare de les voir revêtir le masque de la scrofule, telle que la décrivaient les anciens cliniciens Tous les médecins connaissent la tuberculose à type de scrofule, caractérisée par des lésions cutanées, ganglionnaires, ostéo-articulaires, associées ou non à la phtisie pulmonaire ; beaucoup d'entre eux sont moins familiarisés avec la notion de lésions syphilitiques analogues et il n'est point superflu d'insister sur la nécessité de décrire ce qu'on pourrait appeler *la forme scrofuloïde de la syphilis*. Celle-ci est souvent l'apanage des scrofuleux syphilitiques, « la scrofule appelant la syphilis sur son propre terrain » (Fournier). Mais alors, il s'agit d'une hybridité de terrain dont l'étude est complexe et qu'il n'a point en vue ici. M. E. Sergent envisage seulement les cas où la syphilis revêt, par la simultanéité de ses localisations cutanées, ganglionnaires, ostéo-articulaires, le type clinique communément décrit sous la dénomination de scrofule. Dans ces cas, la question de diagnostic seule importe, mais elle est capitale. Il en apporte aujourd'hui un nouvel exemple bien démonstratif dans l'histoire d'une femme qui, durant sept années successives, à partir de son mariage, fut atteinte d'une série de lésions cutanées, ganglionnaires, osseuses et articulaires, considérées comme tuberculeuses par plusieurs médecins et chirurgiens, traitées chirurgicalement, et dont il a pu reconnaître la nature syphilitique grâce à l'apparition d'une exostose frontale et d'une ostéo-arthrite du coude gauche, qui guérirent sous ses yeux par le traitement spécifique.

Syndrome oculaire unilatéral, dû à l'excitation du sympathique cervical, au cours d'un goitre simple. — MM. F. WIDAL et P. ABRAMI rapportent l'observation d'une jeune fille atteinte depuis plusieurs années d'un goitre simple, et qui, à la suite d'une poussée de thyroïdite prédominant sur le lobe gauche, présente un syndrome oculaire localisé également à gauche et caractérisé par une exophtalmie légère, un élargissement de la fente palpébrale et une mydriase très marquée.

Ce syndrome qui n'est accompagné ni des troubles oculaires classiques de la maladie de Basedow, ni d'aucun symptôme d'hyperthyroïdisation, doit être rapporté à l'excitation du sympathique cervical par le corps thyroïde augmenté de volume.

L'existence du syndrome oculo-sympathique inverse, traduisant la paralysie du sympathique ou syndrome d'Horner a été fréquemment observée au cours d'affections diverses, mais le syndrome d'excitation est tout à fait exceptionnel, et c'est là le point qui fait l'intérêt de leur cas.

Tuberculose pulmonaire subaiguë à la suite d'une ovariotomie chez une goitreuse. Régression du goitre. — MM. P. CLAISSE et J. DU CASTEL présentent l'observation d'une malade chez laquelle une ovariotomie pour salpingite détermina la régression du goitre ancien. La malade mourut tuberculeuse dix mois après. Ils rapprochent de leur observation deux faits analogues d'Hamburger et les opinions d'Hamburger, Heitz et Costa.

Syphilis et mercure colloïdal. — MM. J. GALUP et C. STODEL ont précédemment communiqué les résultats des injections intra-musculaires de mercure colloïdal électrique dans la syphilis.

Ils ont entrepris l'étude de l'action des injections intraveineuses, ils ont ainsi traité un certain nombre de malades sans le moindre accident ; et ils présentent une femme qui atteinte d'une syphilide ulcéreuse a été traitée avec succès par cette dernière méthode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 MARS 1908)

Traitement des hémarthroses. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE prend la parole sur la question soulevée par M. Rochard relative au traitement des hémarthroses par l'entraînement musculaire à l'aide des poids lourds. Il rappelle la part qu'il a prise, depuis longtemps, à l'étude de ces questions. Il a écouté avec un vif intérêt la communication de M. Rochard; il a lu la thèse de M. de Champtassin. Il est quelques points sur lesquels il n'est pas d'accord avec ces auteurs.

Cette pratique des poids lourds, dit-il, est vieille comme le monde. L'homme de pierre devait l'employer en prenant des pierres plus ou moins lourdes. Il n'y a donc rien de nouveau ni rien de bien scientifique dans cette pratique des poids lourds. C'est celle des athlètes. Mais pour devenir athlète par l'exercice il faut un système musculaire préexistant.

La théorie des poids légers est aussi empirique que celle des poids lourds, comme le sont d'ailleurs toutes les pratiques d'entraînement physique. Avec les poids légers, le muscle se contracte, pour ainsi dire à petites doses et fréquemment.

C'est ce que l'on appelle l'école nouvelle; Sandoz s'est développé à l'état d'athlète par un entraînement musculaire avec les poids légers. Tout le sport moderne se range à cette théorie de l'entraînement modéré mais constant. De même pour les coureurs, ils s'entraînent à petites vitesses. Les résultats obtenus par le minimum de tension musculaire sont des plus surprenants. C'est ainsi que Hugues Le Roux, dans son livre sur les forains, cite cette observation très juste que les plus forts sont les jongleurs qui, *précisément*, s'entraînent à petites tensions. Le tour le plus fort pour un jongleur est, paraît-il, de jongler avec un boulet de canon et une feuille de papier. Cet exercice, en effet, consiste à localiser tantôt un petit effort, tantôt un grand effort sur un même muscle.

Ce qui se fait si bien sur un muscle physiologique peut aussi se faire sur un muscle pathologique et ici, M. Lucas-Championnière revient à l'objet en discussion.

Voici comment il conçoit l'application de ces théories au traitement des hémarthroses, il prescrit d'abord un massage léger et direct sur les muscles. M. Lucas-Championnière a étudié de très près la méthode de massage de Mervy qui, on le sait, obtenait des résultats surprenants. Or, c'était par le massage léger qu'il arrivait à ces résultats. Ce massage n'a rien à voir avec le massage brutal de certains masseurs professionnels qui ne savent qu'écraser les muscles.

Donc, massage léger essentiellement régénérateur de la force musculaire, massage articulaire qui aura pour effet de résoudre l'épanchement et de calmer la douleur. Des mouvements passifs modérés, faits dès le début, mais avec beaucoup de douceur de façon à ne jamais déterminer de douleurs. Quant aux mouvements actifs, ils doivent être courts, à petite tension et jamais douloureux. Jamais il ne faut recourir au grand effort.

Y a-t-il quelque chose de spécial dans la méthode préconisée par M. Rochard? M. Lucas-Championnière ne le pense pas. La progression dans l'effort musculaire, il y a bien longtemps que Laisné et tous les gymnastes compétents la recommandent. Toute la gymnastique suédoise est basée sur la progression dans l'effort musculaire. Si on force trop les mouvements, on atrophie définitivement le muscle.

Dans le même ordre d'idées la faradisation est mauvaise pour le muscle. MM. Rochard et de Champtassin ont-ils obtenu de meilleurs résultats que ceux qu'a maintes fois signalés M. Lucas-Championnière? Ce n'est pas probable et M. Lucas-Championnière rappelle de nombreux faits dans lesquels la méthode qu'il vient d'exposer lui a donné d'excellents résultats, tant au point de vue de la guérison définitive qu'au point de vue de la rapidité de cette guérison.

Pour ce qui est de l'hémarthrose elle-même, si elle est peu considérable, M. Lucas-Championnière la guérit facilement par le massage léger; si elle est très considérable, alors il a recours à l'arthrotomie.

De la rachistovaïnisation. — M. Chaput fait une communication sur ce sujet. Sur 61 cas de rachistovaïnisation, M. Mesley a observé 3 faits de céphalée et 2 cas d'anesthésie défectueuse, tous les autres cas ont été des plus satisfaisants.

Dans les 3 cas de céphalée, les malades étaient syphilitiques et la céphalée a guéri par le traitement spécifique. M. Chaput pense que la céphalée avait en outre pour cause l'absence d'évacuation primitive de liquide céphalo-rachidien, l'absence d'évacuation tardive et l'absence de repos au lit.

Dans un quatrième fait, l'anesthésie a été défectueuse, ce qui doit être attribué à l'absence d'injection préalable de scopolamine.

Dans la cinquième observation, un malade bien anesthésié quelques mois auparavant ne l'a pas été une seconde fois. M. Chaput pense qu'une première injection produit des exsudats méningés qui s'opposent à une imprégnation complète des centres nerveux.

Il faut en pareil cas employer une dose plus forte de stovaïne.

« En résumé, dit M. Chaput, sur 647 opérations exécutées cette année dans mon service, par moi et mes internes, 435 ont été faites à l'anesthésie lombaire, sans un cas de mort; 181 à l'anesthésie générale et 30 à l'anesthésie locale. J'ai fait personnellement 177 opérations à l'anesthésie lombaire contre 27 anesthésies générales seulement.

Sur ce chiffre je compte 82 grandes laparotomies, 11 opérations sur le thorax, 16 opérations sur le membre supérieur et 3 opérations sur la tête, toutes faites à l'anesthésie lombaire. Je n'ai eu ni échec ni mort.

On évitera les syncopes par l'emploi de la caféine et du sérum intra-veineux.

On évitera les maux de tête et tous les accidents tardifs par l'évacuation préventive de liquide rachidien, par l'évacuation tardive de liquide et par le repos au lit.

Les doses élevées de stovaïne sont contre-indiquées chez les sujets très débiles.

On peut faire sans danger toutes les opérations à la stovaïne lombaire sous la réserve des contre-indications précédentes. »

Cette communication de M. Chaput a suscité de la part de plusieurs membres de la Société un certain nombre d'observations de nature à faire réfléchir ceux qui auraient tendance à recourir à la stovaïnisation.

M. Hartmann a observé deux cas de mort après la rachistovaïnisation. Dans les deux cas la mort est survenue à la suite d'une injection de 6 à 8 centigrammes de cocaïne et de stovaïne dans un cas, de stovaïne pure dans l'autre et, dans ces deux cas, on avait soulevé les malades au cours de l'anesthésie pour placer un coussin sous les reins. Le premier est mort sept heures après l'opération, le second est mort immédiatement.

M. Hartmann pense qu'il ne faudrait pas considérer ce mode d'anesthésie comme étant d'une bénignité absolue.

M. Le Dentu fait remarquer qu'à côté des accidents très graves qu'on vient de citer, il peut y avoir de sérieux inconvénients à la suite de la stovaïnisation. Il a vu une paralysie des muscles de l'épaule, une paralysie momentanée de la vessie. Il pense, en outre, qu'il est dangereux de pratiquer ce mode d'anesthésie chez les malades qu'on doit opérer dans la position inclinée, la tête en bas.

M. Rochard a vu se produire une paralysie du moteur oculaire externe, une incontinence d'urine, une incontinence des matières fécales à la suite de la rachistovaïnisation. Il connaît aussi deux cas de mort qui n'ont pas encore été publiés.

M. Schwartz emploie depuis deux ans la stovaïnisation. Il n'a constaté qu'un cas de rétention d'urine passagère et un cas de paraplégie chez une hystérique qui a été guérie par suggestion. D'une façon générale, il est satisfait de ce mode d'anesthésie.

M. Reynier n'emploie pas la stovaïne, mais on l'emploie dans son service et il a constaté plusieurs sortes d'accidents chez les malades qui avaient été soumis à cette anesthésie : respiration insuffisante, véritable apnée nécessitant la respiration artificielle, accident se produisant quelques heures après l'opération; chez un autre malade, douleurs atroces dans les jambes dix jours après l'anesthésie; même accident chez un troisième malade; paralysie du rectum chez un malade opéré d'appendicite par la voie rectale; hémiplégie ou paraplégie dans un autre cas. Dans ces conditions, M. Reynier s'explique que les malades de son service refusent maintenant de se laisser anesthésier par cette méthode et préfèrent de beaucoup l'anesthésie chloroformique.

M. Guinard pense qu'il est très utile de savoir ce que deviennent dans la suite les malades ainsi anesthésiés. Partisan tout d'abord de la rachistovaïnisation, M. Guinard l'a, aujourd'hui, complètement abandonnée. Une femme chez laquelle il avait pratiqué une hystérectomie vaginale pour cancer du col et qu'il avait anesthésiée par la stovaïne, a été prise six mois après de parésie du membre inférieur et finalement de ramollissement cérébral. Une femme, opérée de périnéorraphie, meurt subitement dans son lit trois semaines

après. Un autre malade chez lequel M. Guinard avait pratiqué un anus iliaque, trois mois après est pris de paraplégie, de ramollissement et meurt dans le gâtisme. Depuis que M. Guinard a complètement renoncé à la rachistovaïnisation, il n'observe plus ces accidents. Bien qu'il ne soit pas possible d'affirmer positivement une relation de cause à effet entre ces accidents et la rachistovaïnisation, M. Guinard n'en a pas moins gardé une telle impression qu'il s'est bien juré de ne plus jamais recourir à ce moyen d'anesthésie.

M. NÉLATON a aussi complètement abandonné la rachistovaïuisation, ayant observé des phénomènes paralytiques trois mois et la mort cinq mois après une stovaïnisation; une mort subite deux mois après chez un autre malade.

M. LABBÉ fait observer qu'il est difficile d'admettre que les faits que l'on vient de citer soient uniquement l'effet du hasard ou des faits de coïncidences fortuites. Il y a donc selon lui un grand intérêt à poursuivre cette étude des complications éloignées de ce mode d'anesthésie.

Peut-être, ajouterions-nous volontiers, l'expérience déjà faite est-elle suffisamment démonstrative et il ne nous paraît pas bien nécessaire de le pousser plus loin.

Toutefois M. TUFFIER pratique la stovaïnisation depuis 1896; il a d'abord employé la cocaïne, puis la stovaïne, à la dose de 5 à 6 centigrammes, toujours avec la même technique. Il n'a jamais constaté d'accidents éloignés. Il a observé un cas de paralysie du moteur oculaire externe, une paraplégie passagère, une céphalée de quelques jours. Il n'a jamais eu d'accidents graves, il est très probable que sur le nombre de malades qu'il a ainsi anesthésiés, s'il avait employé le chloroforme, il aurait eu plus d'accidents. Aussi reste-t-il fidèle à la rachistovaïnisation.

Cette discussion, instructive et intéressante, se poursuivra dans la prochaine séance.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 MARS 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 20 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Branca.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Proust et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Segond, Gosset et Lecène; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 21 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Marion et Morestin.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Jeannin; — M. Brumpt, suppléant.

THÈSES

Mercredi 18 mars 1908, à une heure. — M. KAUFFMANN. L'appendice dans la scarlatine. (MM. Gaucher, président; Reclus, Bar et Marcel Labbé.) — M. LEDUFF. De la réinfection dans la syphilis. (MM. Gaucher, président; Reclus, Bar et Marcel Labbé.) — M. LARDENNOIS. Contribution à l'étude des contusions et ruptures du rein. (MM. Reclus, président; Gaucher, Bar et Marcel Labbé.)

Les médications nouvelles en obstétrique, par le docteur G. KEIM, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18 de 84 p. cart. (Actualités médicales). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archiv für Kinderheilkunde. — (Tome XLVII, fasc. I à III, 1907.) DEUTSCH : Mortalité infantile et alimentation lactée. — RŒDER : Contribution expérimentale à la pathogénèse de la salivation dans les affections digestives. — BIERMER : Contribution à l'étude de l'alimentation naturelle. — FREUDENTHAL : Epidémie de malaria à Penne (Hanovre), observée surtout chez des enfants. — SZANA : Recherches sur les soins donnés aux nourrissons dans les crèches publiques. — JEESKI : Néphrite aiguë hémorragique à la suite d'une parotidite épidémique chez un nourrisson de sept mois. — PASCHEN : Le contage de la variole et de la vaccine.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Janv. 1908.) BAHRDT et LANGSTEIN : L'état des échanges azotés dans le canal intestinal du veau nouveau-né après alimentation artificielle. — LANGSTEIN et SOLDIN : L'existence de l'érepsine dans l'intestin du fœtus et du nouveau-né. — HERBST : Contribution à l'étude des affections chroniques du rein dans l'enfance. — KNÖPFELMACHER : Etiologie de l'ictère des nouveau-nés. — SOKOLOFF : Clinique de la péritonite exsudative chez les enfants. — FRIEDJUNG : Myxœdème avec atrophie et hypertonie.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* (Déc. 1907.) Prof. Giuseppe BETAGH : L'hydronéphrose par sténose congénitale de l'uretère à son extrémité pelvienne. — Nicola LEOTTA : La ligature des grandes veines du corps. — Enrico MARTINI : A propos de deux cas de paraplégie consécutive au traitement de tumeurs malignes par les rayons de Röntgen. — Guglielmo BILANCIONI : Recherche des fibres nerveuses dans les tumeurs par les méthodes photographiques. — (Janv. 1908.) Vincenzo GALETTA : Contribution clinique à l'étude de la rachistovaïnisation. — Nicola LEOTTA : Sur la ligature des grandes veines du corps. — G. FICHERA : Toujours à propos du mécanisme d'action de l'hyperémie par stase dans les infections. — *Section médicale.* (Déc. 1907.) Prof. N. PENDE : La pyopneumocholécystite. — Gino BAGGIO : Contribution expérimentale à l'étude des rapports entre la rate et le foie. — Andrea CONTI : Cancer et cirrhose du foie avec infiltration néoplasique des nerfs et des artères. — (Janv. 1908.) Guido SOTTI : De l'insuffisance capsulaire aiguë en rapport avec les maladies aiguës ou chroniques des glandes surrénales. — Germano MELCHIORRI : Lésions des capsules surrénales dans un cas de purpura. — Publio CIUFFINI : Une méthode d'étude de la coagulation du sang dans divers états morbides. — W. HESS : Un nouvel appareil pour la détermination de la viscosité du sang. — O. TORRI : Les altérations morphologiques et chromatiques des leucocytes et la valeur et la signification des leucocytes à contenu adipeux dans le torrent circulatoire. — (Fév.) Prof. Giovanni GALLI : L'orthodiagraphie dans le diagnostic des maladies du cœur. — Umberto DEGANELLO : Sur un cas de tachycardie paroxystique essentielle. — Publio CIUFFINI : Une méthode d'étude de la coagulation du sang dans divers états morbides. — Romeo RICCI : A propos d'un cas d'endocardite et de deux cas de rhumatisme gonococciques traités par les injections intra-veineuses de collargol.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 30. — JEUDI 12 MARS 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 12 MARS 1908. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 9 mars. — Question : « Rapports du rectum chez l'homme. — Symptômes et diagnostic du cancer du rectum. »

MM. Baufle, 8 + 21 = 29; Roy, 9 + 15 = 24; Baron, 11 + 21 = 32; Delivet, 12 + 15 = 27; Cichmanian, 12 + 15 = 27; Petit (Jacques), 16 + 22 = 38; Sourdille, 12 + 15 = 27; d'Halluin, 17 + 18 = 35; Davesne, 12 + 18 = 30; Guenot, 16 + 22 = 38.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. Berg, suppléant des chaires de physique et de chimie, est nommé professeur d'hydrologie et de minéralogie en remplacement de M. Gerber.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE D'ÉPINAL (VOSGES). — Le poste de directeur de ce bureau est déclaré vacant. Le traitement est de 4500 francs. Les candidats doivent adresser avant le 21 mars 1908, au ministre de l'Intérieur, leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références, permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la Commission du Conseil supérieur d'hygiène.

LA FRAUDE SUR LES MÉDICAMENTS. — La commission parlementaire de l'hygiène publique, dont le rapporteur est M. Cazeneuve, vient d'approuver un projet de loi sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse.

Voici le texte du projet :

« Les dispositions des articles 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal an XI sur l'organisation des écoles de pharmacie sont abrogées et remplacées par les dispositions ci-après :

Art. 29. — En vue d'assurer l'application des lois et règlements en vigueur sur l'exercice de la pharmacie et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse, notamment de vérifier la bonne qualité des produits et de rechercher la fabrication et le débit sans autorisation légale des préparations ou compositions médicinales, il sera procédé au moins une fois l'an à l'inspection des officines des pharmaciens, des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, des magasins de droguistes, herboristes et épiciers, des coiffeurs et parfumeurs, des dépôts d'eaux minérales naturelles, des fabriques et des dépôts d'eaux minérales artificielles, généralement de tous les lieux où sont fabriqués, entreposés ou mis en vente des produits médicamenteux ou hygiéniques.

Les pharmaciens, droguistes et tous détenteurs de produits médicamenteux ou hygiéniques seront tenus de présenter les drogues et compositions qu'ils auront dans leurs magasins, officines, laboratoires et leurs dépendances.

Art. 30. — Un règlement d'administration publique désignera les autorités qualifiées pour effectuer les inspections et visites spéciales prévues à l'article 29 ci-dessus et précisera les pouvoirs qui leur sont conférés par ledit article.

L'inspection des officines de pharmaciens et des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires ne pourra être confiée qu'à des agents pourvus du diplôme de pharmacien.

Art. 31. — Un règlement d'administration publique déterminera les règles de procédure applicables aux substances médicamenteuses et hygiéniques en ce qui concerne les prélèvements d'échantillons, les analyses, expertises et saisies nécessaires à l'exécution de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes. »

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p.* 357.)

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ

LE PROLAPSUS UTÉRIN DES NULLIPARES

Par le professeur Paul RECLUS.

Vous avez actuellement sous les yeux, un prolapsus utérin survenu chez une jeune fille, vierge encore et par conséquent n'ayant jamais accouché. Ce prolapsus des nullipares diffère par son étiologie, par ses symptômes et surtout par son traitement, du prolapsus banal des femmes qui ont eu des enfants. Or, comme cette distinction essentielle est à peine faite, même dans les traités spéciaux, il me semble utile de vous raconter, avec quelques détails, l'histoire de notre malade.

Il s'agit d'une Béarnaise de vingt-quatre ans, nerveuse, d'apparence assez frêle et réglée à dix-huit ans seulement. Vers seize à dix-sept ans, elle s'aperçut, après des marches un peu longues ou quelque fatigue dans la maison, d'une grosseur apparaissant entre les lèvres de la vulve ; elle éprouvait en même temps quelques troubles de la miction, des envies plus fréquentes d'uriner, de la douleur dans les reins et de la pesanteur dans le bas-ventre. L'apparition des menstrues d'abord tous les deux mois, puis tous les mois, ne modifie ni en bien, ni en mal les légers accidents dont souffrait la malade.

Peu à peu ils s'accrurent ; la fatigue fut plus précoce, la pesanteur dans les reins plus lourde ; les troubles de la miction allèrent parfois jusqu'à une rétention momentanée d'urine et, dans l'intervalle des règles, il y eut des pertes blanches abondantes. C'est alors qu'effrayée la jeune fille vint me consulter à la campagne où je me trouvais alors, et je pus constater, sortant à moitié de la vulve, après avoir forcé la membrane hymen, un col utérin et une portion de la matrice entraînant un peu de la paroi antérieure du vagin; mais cette cystocèle ne s'accompagnait pas de rectocèle. Notre jeune compatriote désirait une opération qui la débarrassât de cette infirmité, et je lui conseillai de venir à Paris où elle fut reçue dans mon service.

C'était la première fois que je voyais un abaissement de la matrice chez une jeune fille. Les cas en sont assez rares et peu de chirurgiens ont eu, comme Lapeyre (de Tours), l'occasion d'en opérer quatre. Néanmoins le vieux Nonat avait déjà observé le prolapsus des nullipares; nous pouvons lire dans les comptes rendus de la Société de chirurgie de Buccarest (février 1907), une discussion sur ce sujet à propos d'une communication d'une assistante de Racoviceanu; çà et là on en trouve des faits dans les recueils et le cas est cité partout de cette fillette de quatorze ans chez qui soudainement la matrice apparut à la vulve sous la poussée d'un violent effort. Munde, Miranda, Coffart ont de même vu l'abaissement survenir, tout à coup ou progressivement, chez les jeunes filles, ce qui a permis de distinguer les prolapsus de force des prolapsus de faiblesse. Celui de notre jeune fille appartenait à cette dernière variété et s'établit presque insensiblement.

Les causes de la chute de la matrice ne sont plus chez les nullipares les mêmes que celles que l'on invoque pour expliquer le prolapsus des accouchées. Chez celles-ci le mécanisme semble toujours le même : en passant à travers la filière vagino-vulvaire, avec ou sans l'aide du forceps, l'enfant a parfois distendu outre mesure les tissus et déchiré le périnée; les muqueuses et la peau se cicatrisent, mais pas les muscles : transverses et releveurs de l'anus ont perdu leur tonicité et la matrice, qui repose sur eux, ne trouve plus, en eux, la résistance élastique nécessaire pour s'opposer aux assauts de la pression abdominale ; aussi, grâce au défaut de cette sangle musculaire, peu à peu ou tout à coup, l'utérus entraîne avec lui le vagin, la vessie et le rectum et apparaît à la vulve, d'autant plus facilement que les ligaments suspenseurs de la matrice ont perdu de leur résistance pendant les distensions de la grossesse et de l'accouchement.

Rien de tout cela chez la jeune fille et nous devons faire intervenir ici la laxité congénitale des moyens de suspension de l'utérus : les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés qui maintiennent la matrice en place sont alors de résistance médiocre et de structure peu solide. Dans notre cas, nous avons eu sous les yeux les ligaments ronds ; ils étaient à peine visibles, ils faisaient dans le repli du péritoine une saillie insignifiante et se déchiraient sous la faible traction de nos pinces. On invoque aussi la [faiblesse congénitale du périnée; c'est possible, mais pas dans notre observation : nous avons examiné à loisir les releveurs et leurs faisceaux musculaires nous ont paru normaux. C'est donc la faiblesse de l'appareil suspenseur de la matrice qu'il faut incriminer chez notre jeune fille.

Pourrions-nous pousser plus loin l'étude des causes du prolapsus des nullipares et nous demander le pourquoi de ces insuffisances ? Lapeyre remarque que deux de ses opérées présentaient une débilité générale, presque un arrêt de développement. Notre malade aussi appartenait un peu à cette catégorie et les travaux des champs étaient certainement au-dessus de ses forces. Elle est en outre névropathe et Lapeyre invoque l'hystérie comme s'observant chez les personnes atteintes de prolapsus que compliquent souvent d'autres ptoses viscérales, puis la colite, l'appendicite, l'ovarite scléro-kystique. Mais ces affections sont si fréquentes qu'il faudrait un nombre considérable d'observations où la concomitance s'observe pour savoir s'il y a là autre chose qu'une simple coïncidence.

Bien plus qu'une étiologie différente, ce qui caractérise surtout le prolapsus des jeunes filles c'est la difficulté de trouver un traitement efficace, la ténacité du mal et la tendance à la récidive. Notre observation en est un exemple mémorable. L'opération par excellence contre le prolapsus ordinaire est la colpopérinéorraphie, et, d'accord avec mon

collègue Richelot, à la compétence duquel j'avais eu recours, l'avivement et la suture du périnée fut faite avec le plus grand soin et sous mes yeux par mon chef de clinique, M. Picquand. Les deux faisceaux du releveur de l'anus, de belle apparence et de volume normal, furent solidement unis par du catgut, et le résultat immédiat parut excellent; mais notre joie fut de courte durée et dès que, au bout de trois semaines, la malade se leva, l'abaissement de la matrice se reproduisit avec une rapidité déconcertante. Nous ne devions nous en prendre qu'à notre ignorance : le plancher périnéal n'était pas en cause ainsi que nous l'avait démontré la belle apparence des faisceaux musculaires des releveurs de l'anus, et par conséquent la réfection de ce plancher n'était nullement indiquée.

Nous ne pouvions laisser les choses en l'état, et dès que notre malade nous parut complètement remise de notre première intervention, je me décidai pour la fixation de la matrice par le raccourcissement des ligaments ronds selon le procédé de Doléris, opération à laquelle Racoviceanu et son assistante avaient eu recours dans leur cas. L'intervention fut simple. Dès que la cavité abdominale fut ouverte je saisis le fond de l'utérus pour bien l'amener au niveau du champ opératoire ; puis avec une pince de Kocher ayant traversé l'aponévrose du grand oblique, le muscle droit antérieur et le péritoine, je pris avec une pince le ligament rond qui, formant une anse, fut entraîné au travers du péritoine, du muscle et de l'aponévrose, en sens inverse du chemin d'abord parcouru. Même manœuvre de l'autre côté et les anses des deux ligaments ronds furent suturées l'une à l'autre en avant de la paroi, sous la peau, par quatre points solides, dont deux au catgut et deux à la soie.

Au cours de ces manœuvres nous nous aperçûmes du peu de résistance des ligaments ronds qui formaient sur le repli du péritoine un très mince relief; leur fragilité était telle que, à plusieurs reprises, ils furent rompus par nos faibles tractions. Aussi devions-nous prévoir qu'ils seraient un bien médiocre obstacle à la descente de la matrice. Mais nous espérions cependant obtenir un bon résultat parce que nous avions appliqué étroitement l'utérus contre la paroi du ventre et nous pensions que, grâce à ce changement d'axe, la poussée intestinale, lors des efforts, refoulerait la matrice en avant et en bas, vers le pubis et non en bas dans la filière vaginale. Mais nous eûmes de nombreux déboires : d'abord la chloroformisation amena des accidents pulmonaires, un œdème aigu qui nous inspira de vives craintes pendant deux jours et qui provoqua même une complication aussi innocente que bizarre — un emphysème sous-cutané de la région thoracique : l'air emprisonné dans le ventre pendant la laparotomie en position déclive et chassé par les violentes quintes de toux au travers du péritoine et des muscles sectionnés, était arrêté par la peau étroitement suturée et chemina ainsi sous les téguments jusqu'au niveau de la région mammaire.

Les accidents pulmonaires furent de courte durée, l'emphysème se résorba et la cicatrisation de la plaie opératoire fut obtenue dans les délais normaux. Mais le résultat thérapeutique fut nul et dès notre premier examen, il fallut se rendre à l'évidence : la matrice était au ras de la vulve et, au moindre effort, en écartait les lèvres et semblait prête à prolaber. Certes nous avions espéré mieux, malgré les craintes que nous avaient inspirées au cours de l'opération, la gracilité et la friabilité du ligament rond.

Sous peine de renvoyer notre malade en aussi mauvais point qu'à son arrivée, il fallait recourir à l'hystéropexie, seule intervention qui pût encore nous donner quelque espoir. Nous nous y sommes décidé enfin et, pour ne plus nous exposer aux graves dangers qu'avait fait courir le chloroforme, l'intervention fut faite sous l'anesthésie localisée par la stovaïcocaïne. Elle eut lieu sans incident : une incision de dix centimètres au-dessous de l'ombilic nous permit d'atteindre d'autant plus facilement la matrice que notre malade était en position de Trendelenburg. L'organe fut attiré aussi haut que possible et, avec l'aiguille courte, deux forts fils de soie furent placés au-dessus du col, mais sur le corps, le plus loin possible du fond de l'utérus, et le point supérieur correspondait à la partie moyenne de l'organe. Les plus grandes précautions furent prises d'autre part pour que l'axe de l'utérus fût exactement sur la ligne médiane, sans déviation de la matrice soit à droite, soit à gauche.

Ces précautions, le souci de ne pas mettre de fils sur le fond de l'utérus, celui de fixer la matrice exactement sur la ligne médiane ne sont nullement négligeables et vous n'ignorez pas que l'hystéropexie risque de troubler profondément les fonctions de l'organe de la gestation. C'est même ce qui nous avait fait tant hésiter à y recourir chez notre malade. Depuis Küstner en 1889, les accoucheurs instruisent le procès de cette intervention et déjà nous avons des statistiques qui relatent ses méfaits; en France les travaux de Pinard et le très remarquable rapport de Oui les ont fait connaître au public médical. La ventro-fixation provoque des avortements et des accouchements prématurés; elle peut mal influer sur la présentation du fœtus, sur l'accouchement et sur la délivrance.

Voyons d'abord ce qui a trait aux avortements et aux accouchements prématurés : Demelin en relève 20 sur 112 grossesses survenues après une hystéropexie et Küster 15 sur 95, proportion très supérieure à celles que l'on observe chez les femmes normales. Un cas a presque la valeur d'une expérience : une femme avorte deux fois après une ventro-fixation; l'accoucheur détache les adhérences unissant l'utérus à la paroi abdominale et une troisième grossesse est alors menée à terme. Ces accidents s'expliquent : le fond de l'utérus adhérant à la paroi peut se développer régulièrement au cours de la grossesse. Aussi avons-nous dit avec quel soin il faut, dans les cas où l'hystéropexie est nécessaire, placer les fils le plus loin possible du fond et ne guère dépasser la partie moyenne de l'organe.

Même influence néfaste de l'hystéropexie mal faite

sur la présentation du fœtus ainsi que le démontre une statistique de Pinard, et sur l'accouchement, comme l'établit Oui qui rapporte 3 observations de rupture utérine et 12 cas où l'opération césarienne fut nécessaire. Et si les accidents ne sont pas plus fréquents encore, c'est peut-être parce que les adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale se détruisent souvent au cours de la grossesse et libèrent la matrice qui désormais évolue normalement. La délivrance, chez les femmes à utérus fixé à la paroi, provoque des hémorragies, ainsi que l'établit Demelin; et l'on cite le cas d'une femme chez qui un écoulement sanguin redoutable fut arrêté par la rupture des adhérences utéro-pariétales : la matrice n'étant plus maintenue, la rétraction de l'organe put avoir lieu comme à l'ordinaire.

Et vous comprenez pourquoi je n'ai eu que si tardivement recours à l'hystéropexie : ce n'est que contraint par l'échec brutal des autres méthodes que je m'y suis décidé. La suite de notre intervention a été des plus simples et le résultat immédiat paraît bon. Cette fois-ci le toucher vaginal nous montre un utérus en place, avec un col à cinq centimètres environ de la vulve. C'est peu, mais il ne faut pas oublier qu'on n'obtient guère mieux, sans doute à cause de l'allongement hypertrophique si fréquent de la portion sus-vaginale du col, et, dans son petit mémoire relatant ses quatre observations, Lapeyre a fait la même constatation : le col est encore près de la vulve, malgré le soin avec lequel il fixa l'utérus le plus haut possible sur la paroi du ventre.

Lapeyre fut moins timide que nous et du premier coup, dans ses 4 cas, il eut recours à l'hystéropexie qui répugne encore à tant de nos collègues parisiens. Il accuse quatre succès auxquels nous ajoutons le nôtre; mais ces succès sont-ils durables? N'observera-t-on pas, plus tôt ou plus tard, la séparation graduelle de l'utérus dont les adhérences à la paroi s'étirent, deviennent lâches et se rompent ou se résorbent? L'avenir nous éclairera sur ce point. En tous cas, malgré notre médiocre enthousiasme pour cette intervention, surtout chez une jeune fille dont la vie génitale commence à peine, nous devons reconnaître qu'elle seule ne nous a pas découragé du premier coup et nous donne au contraire de sérieuses espérances.

Je voudrais résumer en quelques phrases les enseignements que nous devons retirer de notre observation. Et d'abord les prolapsus utérins des nullipares bien que fort rares mériteraient de nos traités classiques une mention d'autant plus nécessaire que cette variété se distingue de la forme banale par des caractères étiologiques et cliniques particuliers et qu'elle exige d'autres méthodes d'intervention.

C'est ainsi que cette chute de la matrice semble plus fréquente chez les fillettes débiles, mal réglées, d'aspect infantile, de muscles médiocres et prédisposées aux ptoses viscérales multiples; elle ne s'accompagne pas d'ordinaire d'affaissement du vagin et surtout du rectum. Le périnée est intact ou simplement affaibli, les ligaments ronds sont graciles et d'une extrême friabilité; aussi, ni la colpopérinéorraphie, ni l'opération de Doléris ne sont indiquées et c'est à l'hystéropexie qu'il faudra recourir. Mais n'oublions pas qu'il s'agit de personnes commençant à peine leur vie génitale; c'est pourquoi il faudra prendre les plus grandes précautions, en fixant la matrice, pour ne pas compromettre par des fils mal placés la grossesse, l'accouchement, la délivrance.

FORMULAIRE

L'ASPIRINE DANS LE TRAITEMENT DU DIABÈTE SUCRÉ

L'aspirine, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, serait très efficace dans le traitement du diabète sucré, associé à un régime peu sévère, à base de pommes de terre, de pain blanc, de riz, mais dont le sucre est exclu. Williamson (*Medical Chronicle*) rapporte l'observation d'une dame de soixante-dix ans dont l'urine, qui contenait d'abord 60 grammes de sucre, n'en contenait plus que 1 gramme après trente jours d'emploi de l'aspirine, dans ces conditions.

CONTRE LA DIARRHÉE

Résorcine....................	0g80
Glycérine....................	16 grammes.
Teinture d'opium.............	0g06
Eau de cannelle..............	16 grammes.

M. s. a. Une cuillerée à soupe pour un adulte, 1 à 2 cuillerées à café pour les enfants. (*Bull. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 MARS 1908)

Cette séance, comme les précédentes, a été presque entièrement occupée par des lectures de candidats aux places vacantes dans la section d'anatomie pathologique et autres. Parmi ces travaux il en est qui présentent certainement un réel intérêt; malheureusement nous ne les entendons pas, la fâcheuse acoustique de la salle ne s'améliore pas avec le temps. Les manuscrits restent bien à la disposition des journalistes après la séance; mais si l'on est huit ou dix sur un manuscrit, on voit ce qu'on en peut tirer.

Autrefois, les auteurs avaient la bonne habitude de résumer eux-mêmes leur travail en quelques pages. Pourquoi cette habitude s'est-elle perdue? C'est vraiment regrettable pour nous, pour nos lecteurs et aussi pour les auteurs. Nous ne saurions donc trop engager ceux-ci à penser à la presse dont les représentants sont si mal partagés à l'Académie et à leur faciliter les moyens de parler de leurs travaux comme ils le méritent.

Traitement du rhumatisme par l'iodothyroïdine. — M. Lancereaux a fait un rapport sur un travail de MM. Lévy et de Rothschild relatif à l'emploi de l'iodothyroïdine dans le traitement du rhumatisme chronique. Les résultats qu'ils ont obtenus semblent des plus encourageants.

Classification des sarcomes. — Sous ce titre, M. Ménétrier a lu un travail important qui ne saurait être résumé en quelques mots.

De l'épithélioma. — M. Borrel, de l'Institut Pasteur, a fait, sur ce sujet, une communication dans laquelle il s'attache

à démontrer que l'étiologie de la réaction cancéreuse est encore inconnue. Toutefois, elle n'est pas sans analogie, au point de vue anatomo-pathologique, avec d'autres maladies qu'il appelle les épithélioses et qui sont dues à des microbes extrêmement petits qui passent à travers les filtres, microbes invus mais non invisibles. M. Borrel soutient la nature parasitaire du cancer et pense qu'il doit exister des virus cancéreux. Il considère que l'étude des épithélioses doit servir d'introduction à l'étude des tumeurs cancéreuses.

Esssai de traitement curatif de la tuberculose chez les animaux. — M. Cuguillère (de Toulouse).

— Un léger incident s'est produit dans cette séance. Le public y était plus nombreux que d'habitude; il y avait beaucoup de dames.

Comme nous nous demandions la cause de cette foule élégante et attentive, ne pouvant la trouver dans l'intérêt même des communications d'ordre très technique et plutôt un peu ardu, nous apprîmes, non sans étonnement, que le public avait été, en grande partie, invité par l'un des auteurs qui ont été appelés à la tribune. Ce sont là des mœurs qui ont été jusqu'ici inconnues à l'Académie qui n'est pas une salle de concert.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 5 mars 1908)

Lésion bulbo-protubérantielle probable, unilatérale. — M. R. Voisin. Une jeune fille de dix-neuf ans présente, depuis l'âge de treize ans, les troubles suivants : du côté gauche, nystagmus, atrophie musculaire, exagération des réflexes, la démarche a le caractère cérébello-spasmodique, il n'y a ni troubles de la sensibilité, ni tremblement intentionnel. Il ne s'agit ni d'une tumeur, ni d'une sclérose en plaques, l'auteur pense à un foyer d'hémorragie ou de ramollissement, favorisé, peut-être, par l'albuminurie chronique.

Ataxie périphérique et centrale sans anesthésie. — M. Egger. L'auteur se demande si l'ataxie ne dépend pas plutôt d'un trouble de la sensibilité réflexe que de la sensibilité consciente. Il a, en effet, constaté l'ataxie dans une névrite à forme pseudo-tabétique sans troubles appréciables de la sensibilité. Inversement, dans un cas d'hémiplégie avec hémianesthésie consécutives à une trépanation pour épilepsie jacksonienne, l'ataxie persista, malgré la disparition de l'anesthésie.

Torticolis mental guéri par section du spinal. — M. Babinski. Cette communication soulève, de la part de M. Meige, une discussion sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

Tremblement guéri et reproduit par persuasion. — M. Babinski. Un homme de soixante ans, ayant eu une hémiparésie organique avec clonus, présente de l'instabilité et des crises de tremblement que l'auteur a pu guérir instantanément et reproduire de même. Il s'agit donc d'accidents phitiatiques. — M. Raymond fait observer que le malade, qu'il connaît depuis longtemps, est surtout un staso-baso-phobique : les troubles qu'il présente ont existé, une première fois, bien avant la paralysie ; c'est un psychasthénique avec phobies.

Paralysie radiculaire deux mois et demi après un traumatisme. — M. Renaud. Les accidents, consistant en paralysie des muscles innervés par les quatrième, cinquième, sixième racines cervicales, sont survenus deux mois et demi après une violente constriction des épaules entre les battants d'une porte. L'auteur croit pouvoir les rapporter à ce traumatisme, malgré le long intervalle écoulé entre lui et leur apparition.

Syndrome de la calotte protubérantielle. — MM. Raymond et Rose. Une femme syphilitique présente, à la suite d'un ictus, survenu il y a treize mois : à droite, paralysie périphérique de la septième et de la sixième paires, parésie du droit interne, paralysie du masséter et du temporal. A gauche, paralysie des droits interne et supérieur, hémi-hypoesthésie douteuse, avec ataxie, asynergie cérébelleuse, hémiathéthose, enfin, anesthésie articulaire totale. Il y a donc une lésion des noyaux des sixième, septième et cinquième (moteur) paires droites, des fibres des deuxième, troisième paires, et de la sixième gauche, avec lésion du pédoncule cérébelleux moyen, et compression du ruban de Reil. Les auteurs émettent des hypothèses sur l'entrecroisement des voies conductrices des impressions tactiles et articulaires.

Syringomyélie probable à début sacro-lombaire. — MM. Claude et Rose. Un homme de quarante-cinq ans eut, il y a cinq ans, des douleurs fulgurantes de la jambe gauche, en octobre 1907, des douleurs en ceinture, une paraplégie qui s'améliore, et de gros troubles sphinctériens. Actuellement, il présente, parésie des deux sciatiques, hypoesthésie des racines : D,4-10°, L4° et 5° S1-5, rétention des urines, incontinence des matières, impuissance sexuelle, ébauche du signe d'Argyll. L'absence de lymphocytose rend peu probable l'hypothèse d'une méningo-radiculite : la tendance à la dissociation de la sensibilité rend plus vraisemblable celle d'une syringomyélie.

Dissociation cutanéo-muqueuse de la sensibilité avec astéréognosie, à propos d'un cas de lésion du bulbe. — M. Souques. La lésion bulbaire, probablement due à un ancien mal de Pott sous-occipital, est caractérisée par l'atrophie de la langue, une parésie de la sixième paire droite, une hémiplégie double, avec asynergie. Le sens musculaire est aboli, les sensibilités cutanées, légèrement atteintes. On ne saurait donc inférer de ce cas, que la stéréognosie est sous la dépendance exclusive des sensibilités profondes.

Maladie nerveuse familiale. — MM. Klippel et Monier-Vinard. Une sœur et deux cousines sont atteintes de la même affection. Elle consiste en hypertonie musculaire avec incoordination motrice, de l'inertie, des attitudes catatoniques, l'absence de sensation de fatigue, enfin, de la dysarthrie. — MM. Raymond et Déjerine se demandent s'il ne s'agit pas là de sclérose cérébrale.

Reliquat d'une paralysie obstétricale. — M. Huet. L'atrophie a complètement guéri, mais la malade, âgée de quinze ans, a un raccourcissement des membres supérieurs, avec rotation interne et gêne de la supination et de l'élévation des bras.

Myopathie ancienne avec disparition de nombreuses cellules des cornes antérieures. — MM. Ballet et Laignel-Lavastine. Il s'agit d'un myopathique de trente-sept ans, malade depuis l'âge de dix-sept ans. Dans le cerveau, disparition des fibres tangentielles, à rapprocher de la débilité mentale de ce malade. Dans la moelle, atrophie simple de nombreuses cellules des cornes antérieures, sans signes d'inflammation.

Encéphalomyélite aiguë hémorragique. — M. Laignel-Lavastine a constaté, à l'autopsie d'une maladie de Landry, ayant évolué en seize jours, chez un homme de soixante-six ans, une encéphalomyélite aiguë. Les lésions étaient celles habituellement observées en pareil cas; à noter l'importance de la diapédèse et les hémorragies.

Etude cinématographique des troubles moteurs hystériques. — M. Néri. Les mouvements ne sont pas en rapport avec la modalité, les troubles moteurs; les malades ne se ménagent pas lors des mouvements troublés; la photographie montre une contradiction flagrante entre les mouvements réels et les troubles moteurs.

Mal de Pott sarcomateux. — MM. Raymond et Alquier. Le sarcome vertébral était secondaire à un sarcome du rein gauche, demeuré méconnu. Les accidents nerveux étaient ceux de la compression médullaire ; le malade étant tuberculeux, on avait pensé à un mal de Pott tuberculeux. L'autopsie révéla un sarcome diffus, détruisant les lames et apophyses épineuses des quatrième et cinquième vertèbres dorsales, et envahissant les corps vertébraux correspondants, le quatrième s'était effondré. La moelle était étranglée par l'infiltration sarcomateuse diffuse dans l'espace épidural, la comprimant à travers la dure-mère, complètement respectée. Histologiquement, la myélite, qui semble bien due, ici, à une compression pure, ne diffère en rien de celle qu'on observe dans le mal de Pott tuberculeux. Le rôle des toxines tuberculeuses ne saurait donc être, à l'heure actuelle, histologiquement défini.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 7 mars 1908)

Sur le mécanisme de la leucopénie produite par les rayons X. — MM. Aubertin et Beaujard. Lorsqu'on expose en totalité des animaux à l'action des rayons de Röntgen, on observe d'une part, du côté de la rate, une dégénérescence des follicules de Malpighi, et d'autre part, du côté du sang, une diminution des leucocytes.

Cette diminution leucocytaire n'est pas due à la dégénérescence du tissu lymphoïde; car à la suite d'une irradiation moyenne comparable à l'irradiation thérapeutique, la leucopénie se prolonge pendant quinze jours environ, alors que la lésion splénique est déjà réparée au bout de quarante-huit heures.

Est-elle due à une dégénérescence du tissu myéloïde ? Nos expériences montrent que cette interprétation ne saurait être admise pour les doses moyennes dont nous nous occupons aujourd'hui; en effet, pendant toute cette période de leucopénie qui dure une quinzaine de jours, après une seule séance de dix unités, on trouve dans le sang malgré le faible chiffre des signes évidents d'hyperactivité médullaire (polynucléose relative, éosinophilie, mastzellen-leucocytes), et si l'on sacrifie en séries des cobayes, pareillement irradiés, soit pendant la leucocytose immédiate, soit pendant toute la période de leucopénie. On trouve que la moelle osseuse est en activité notable; par contre, on trouve dans la pulpe splénique des débris leucocytaires en grand nombre inclus dans les macrophages.

La leucopénie observée dans ces conditions n'est donc pas due à une insuffisance médullaire ; elle se produit au contraire malgré une hyperactivité médullaire notable; la destruction se trouvant plus forte que la production. Or, les doses que nous avons en vue sont les doses comparables à celles qu'on emploie dans les leucémies.

Réactions de la moelle osseuse dans les gastro-entérites des nourrissons traités par le sérum physiologique et l'eau de mer. — M. Tixier étudia chez huit nourrissons atteints de gastro-entérite, l'influence des injections sous-cutanées de sérum physiologique et d'eau de mer sur les réactions cellulaires de la moelle osseuse.

La prolifération des éléments myéloïdes produites par l'eau de mer est de même nature que celle produite par le sérum physiologique; mais elle est un peu plus accentuée à la suite des injections d'eau de mer : hématies nucléées, 10,6 p. 100 au lieu de 9,3 p. 100; myélocytes granuleux, 38,5 au lieu de 34,5 pour cent cellules blanches. L'auteur compara ces résultats avec les moyennes des réactions cellulaires de cinq nourrissons ayant succombé de gastro-entérite et n'ayant reçu aucune injection de sérum : hématies nucléées, 5 p. 100; myélocytes granuleux, 29,5 pour cent cellules blanches.

Récidive de la kératite syphilitique du lapin. Mode de division du tréponème. — MM. Levaditi et Yamanouchi ont constaté que la kératite syphilitique du lapin est capable de récidiver à longue échéance, tout comme le syphilome primaire des cathariniens inférieurs. Cent quarante-huit jours après la guérison complète d'une première kératite, la cornée se troubla à nouveau et montra, sur coupes, de très nombreux tréponèmes et des lésions spécifiques. Comme dans l'intervalle qui s'est écoulé entre la première lésion et la récidive, la cornée était restée absolument transparente, les auteurs concluent que le virus syphilitique peut se conserver longtemps au point d'inoculation, sans engendrer la moindre réaction locale visible à l'œil nu.

La solubilité dans l'alcool des antigènes cholériques. — MM. Levaditi et Mutermilch ont recherché si les antigènes extraits du vibrion cholérique, capables de donner en présence du sérum anticholérique, la réaction de Bordet et Gengou, sont solubles dans l'alcool. En traitant des extraits aqueux de choléra avec 5 volumes d'alcool absolu et en évaporant ensuite cet alcool, ils ont obtenu une poudre qui provoquait spécifiquement la fixation du complément. On doit conclure de ces recherches qu'au moins une partie des antigènes microbiens, ceux qui donnent la réaction de Bordet et Gengou, sont solubles dans l'alcool à 80 degrés.

La quatrième étape de l'aérobisation des anaérobies; étape de la variation morphologique : forme diplococcique du vibriogène septique. — M. P. Rosenthal montre qu'il existe une quatrième étape de l'évolution aérobie des microbes, dits autrefois anaérobies stricts. Ce vibriogène septique arrivé au terme de sa vitalité prend la forme de diplocoque en passant par un stade de gros entérocoque de transition ou de streptocoque engainé.

Les lipoïdes du sang. La cholestérine. Son emploi thérapeutique. — M. Iscovesco. La cholestérine protège les globules rouges humains contre les sérums et autres agents hémolytiques. La protection s'exerce de deux manières : la cholestérine diminue le pouvoir hémolytique du sérum et rend les globules humains plus résistants. M. Iscovesco a essayé le pouvoir thérapeutique de la cholestérine chez l'homme. Il l'a administré dans une trentaine de cas dont 1 purpura rhumatoïde, 4 chloroses, 8 tuberculoses pulmonaires et 7 cas de lymphatisme infantile : prétuberculoses, tuberculoses locales ou adénopathies. Il a obtenu dans tous les cas des guérisons ou des améliorations considérables. La cholestérine doit être administrée sous forme d'émulsion. La dose qu'on en donne ne doit pas être inférieure à 1 ou 2 grammes par jour pour un adulte. La cholestérine est indiquée dans toutes les maladies à déglobulisation et dans tous les cas où on prescrit actuellement l'huile de foie de morue. Elle est admirablement supportée par les malades et parfaitement digérée.

Recherches expérimentales et cliniques sur la signification de l'urobilinurie. — MM. Lesieur, Monod et Morel. L'urobiline absorbée par le tube digestif ne passe pas, ou passe très faiblement si la dose est continuée longtemps, dans les urines des grenouilles d'hiver dont le foie est sain. Si le foie est enlevé, elle passe rapidement dans les urines accompagnée de biliverdine.

La séro-réaction de la syphilis et de la paralysie générale. — MM. Levaditi et Yamamouchi. Les lipoïdes pouvant servir au séro-diagnostic de la syphilis n'existent pas exclusivement dans le foie. On les retrouve également dans le cerveau, les hématies, les leucocytes et le sérum sanguin. Ce sont très probablement des complexes dans lesquels la lécithine entre pour une large part.

En outre, ils ont pu établir d'après l'étude des coupes de

cornée syphilitique que le seul mode suivant lequel le tréponème se segmente est celui de la division transversale.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (Washington, 21 septembre-12 octobre 1908). — La plupart des congressistes déjà inscrits ayant le vif désir de faire concorder la visite du Canada français avec celle des Etats-Unis, des arrangements sont à l'étude pour concilier les deux voyages et de façon à donner satisfaction aux sentiments si légitimes qui guideront le groupe français vers la terre canadienne. Cette année doit voir à Québec les fêtes de la célébration du tricentenaire de Champlain, fondateur du Canada, celles de l'inauguration du monument de Montcalm et enfin la réunion du IVe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Si, comme d'actives recherches permettent de l'espérer, ces solennités peuvent se trouver reportées pour une part importante en septembre, l'itinéraire du groupe français allant en Amérique se trouverait ainsi tracé :

Canada, Québec, Montréal, Toronto (six à sept jours environ), puis Niagara, Philadelphie, Washington (trois jours environ) comprenant les séances du grand Conseil de la Conférence internationale, sous la présidence de M. Lawrence F. Flich, directeur du *Philipps Institut à Philadelphie* (grand Institut spécial contre la tuberculose).

Le Congrès de Washington sera ouvert le 21 septembre et fermé le 12 octobre.

Dans cette période seront comprises : les séances de la Conférence internationale de la tuberculose qui s'est tenue en septembre dernier à Vienne ; les démonstrations de clinique, d'hygiène, etc.; les conférences, les expositions, les visites de villes, d'instituts, de sanatoriums, etc., et les six journées de séances officielles : 28, 29, 30 septembre, 1er, 2, 3 octobre.

La cotisation des membres actifs est de 25 francs. Celle des membres associés est de 10 francs.

Les cartes donneront droit pour tous : aux insignes, imprimés divers, invitations officielles, entrées dans les hôpitaux, dans les cliniques, les salles de séances et excursions. Les excursions annoncées sont : Boston, New-York, Philadelphie, Baltimore, Pittsburg, Chicago, Cleveland, Buffalo et Saranac (sanatorium).

Seuls les membres actifs recevront les volumes du Congrès, et pourront prendre part aux votes.

DURÉE. — Pour réaliser ce programme, il faudrait donc compter environ cinq semaines : huit jours de voyage aller, et quinze jours de séjour (Canada et Etats-Unis) avant la date du 28 septembre (ouverture des séances officielles du Congrès); cinq jours de Congrès et huit jours de retour.

Ces cinq semaines seraient comprises approximativement du 5-8 septembre (départ) au 12-15 octobre (retour), dates soumises forcément aux combinaisons proposées par les Compagnies de navigation.

DÉPENSES. — A la demande du président, dans la réunion préliminaire du Comité français du 14 février 1908, et pour dissiper chez les adhérents certaines craintes mal fondées sur l'appréciation du chapitre des dépenses, le secrétaire général a fait un exposé budgétaire aussi précis que possible. Les renseignements venus d'Amérique, et fournis par le docteur Fulton (de Washington), secrétaire général du Comité américain, apprécient à 300 dollars, soit 1500 francs, les frais de voyage et de séjour, dans les conditions maxima, et à 200 dollars, soit 1000 francs, les conditions moyennes très réalisables (tout compris). Les renseignements recueillis près des agences françaises donnent au minimum 1600 francs et divers renseignements précis font osciller le chiffre probable entre 1000 et 1500 francs.

Le Comité américain a obtenu pour les congressistes 50 p. 100 sur les chemins de fer et a prévu un certain nombre de dispositions économiques de résidence.

Nous pouvons affirmer de source certaine que, pourvu que le nombre des congressistes français atteigne la centaine, le chiffre minimum (1000 à 1200 francs) deviendra le plus certain (pour le Congrès) et 1200 à 1500 francs pour Canada et Etats-Unis.

Ces considérations, en calmant les appréhensions des timorés, sont de nature à faire comprendre à tous l'intérêt direct pour les congressistes de se grouper en nombre aussi important que possible.

Dans sa séance préliminaire du 14 février 1908, le Comité français, sous la présidence de M. le professeur Landouzy, a procédé à l'étude de l'organisation scientifique du prochain Congrès international de Washington (21 septembre, 12 octobre 1908).

Au début de la séance ont été nommés secrétaires généraux adjoints : MM. les docteurs Rist et Magnin, délégué officiel de l'ambassade d'Amérique, à Paris.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE (PRÉALABLE). — Conformément au programme préliminaire adressé par le Comité américain, le Comité français a établi sept sections, dans lesquelles les intéressés sont priés de vouloir bien se grouper, en se mettant en relation avec le secrétaire désigné et en constituant des groupements régionaux (Nancy, Lille, Bordeaux, Toulouse, Lyon, Marseille, Alger, Rennes, Angers, Poitiers, etc.).

Le Comité américain n'ayant fixé aucun sujet spécial pour les rapports, ni désigné de rapporteurs officiels, c'est l'œuvre de nos sections de grouper les travaux français et de les classer avant de les transmettre au Comité américain.

SECTION I. — *Pathologie et bactériologie.* — Inscrits : MM. les docteurs Léon Bernard, Bezançon, Griffon, Letulle, Teissier, M. le professeur Pierre Marie ; Secrétaire : M. le docteur Léon Bernard, 36, rue du Général-Foy.

SECTION II. — *Etude clinique et thérapeutique de la tuberculose. Dispensaires, hôpitaux, sanatoriums.* — Inscrits : MM. les docteurs Calmette, Guinard (de Bligny), Küss (d'Angicourt), Rénon, Sersiron ; Secrétaire : M. Guinard, à Bligny, par Bris-sous-Forges (Seine-et-Oise).

SECTION III. — *Chirurgie et orthopédie.* — Inscrits : MM. les professeurs Lannelongue, Kirmisson, MM. les docteurs Bazy, Mauclaire, Villemin ; Secrétaire : M. le docteur Mauclaire, 40, boulevard Malesherbes.

SECTION IV. — *La tuberculose chez les enfants (étiologie, traitement et moyens préventifs).* — Inscrits : M. le professeur Hutinel, MM. les docteurs Barbier, Guinon, Marfan, Méry, Nobécourt, Rist, Triboulet ; Secrétaire : M. le docteur Rist, 37, rue Galilée.

SECTION V. — *La tuberculose au point de vue hygiénique, industriel, économique et social.* — Inscrits : Mlle Chaptal, M. Cheysson, MM. les professeurs Landouzy, Courmont (de Lyon), MM. Fuster, Mamy, M. le docteur L. Petit, MM. André Mesureur, Augustin Rey, Siegfried, M. le docteur Weill-Mantou ; Secrétaire : M. le docteur Weill-Mantou, 28, rue de Châteaudun.

SECTION VI. — *Le contrôle de la tuberculose par l'Etat et par les municipalités.* — Inscrits : MM. Juillerat, Paul Strauss, sénateur ; Secrétaire : M. Juillerat, Hôtel de Ville, Paris.

SECTION VII. — *La tuberculose chez les animaux et ses effets sur l'homme.* — Inscrits : M. le professeur Arloing, MM. Guérin (de Lille), Petit et Vallée (Ecole d'Alfort); Secrétaire : M. Petit, professeur, à l'Ecole d'Alfort.

Le Comité rappelle aux congressistes que la VIIe conférence internationale contre la tuberculose se tiendra à Philadelphie, en septembre 1908, quelques jours avant l'ouverture du Congrès international.

RENSEIGNEMENTS. — Toutes les questions d'ordre scienti-

fique devront être adressées aux secrétaires des sections respectives (consulter la liste) pour être soumises au Comité.

Les questions d'organisation et de fonctionnement seront adressées aux secrétaires généraux : MM. les docteurs H. Triboulet, 25, avenue d'Antin, Paris; Ed. Rist, 37, rue Galilée, Paris; Magnin, 121, boulevard Haussmann, Paris.

EXPOSITION. — Les renseignements et les demandes relatifs à l'Exposition annexée au Congrès international doivent être adressés à M. le docteur Léon Petit, 7, rue de Messine, Paris.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ARTÉRIO-SCLÉROSE AVEC NÉPHRO-SCLÉROSE ET BRUIT DE GALOP

Un granule à 1/10 de milligr. de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième, pendant 10 jours. Suspendre 5 à 10 jours et reprendre une dizaine de jours. Continuer ainsi pendant des mois. Associer la digitaline à la théobromine. Allonger les périodes de suspension digitalique si le malade va mieux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

MARINE. — M. le docteur Vergos, médecin principal de réserve, est nommé officier de la Légion d'honneur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — MM. les docteurs Caulier (de Saint-Quentin) et Knœri (de Reims) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Boutarel et Légier (de Paris), Perdereau (du Merlerault), S. Bernheim (de Paris), Camus (des Lilas), Danos (de Paris), Maire (de Mogador), P.-J. Martin (de Paris), Mas (de Lodève), Régis et Sprécher (de Paris), Andrand (de Bromont-Lamothe), Aron (de Houilles), Attias et Barbarin (de Paris), Barthez (de Pexiora), Baruk (d'Alençon), Baudot (de Pontrieux), Beaudier (d'Attigny), Bergasse, médecin-major à Annecy; Ch.-A.-F. Besson et J.-B.-G.-E. Besson (de Paris), Blanc (de Brignoles), Blanc (de Coutances), Boucheseiche Montigny-le-Roi), Boudon (de Gennevilliers), Bourgeot (d'Arc-sur-Tille), Braun (de Belfort), Brochet, médecin de première classe de la marine; Bruneau (d'Epernon), Buquin (de la Flèche), Burty (de Paris), Cannac (de Lyon), Cavaillé (de Villefranche), Changarnier (de Marseille), Chaplain (de Déville-les-Rouen), Clément (de Reuilly), Corson (de Guingamp), Coste (de Charroux), Cousteau (de Paris), Couvreur (de Rozoy-en-Brie), Delaage (de Paris), Delanoë (de Corbeil), Delcroix (d'Annœulin), Delebecque (de Josselin), Desanti (de Marseille), Dorvaux (de Thiant), Escher, médecin-major; Etienney, médecin aide-major; Fighiera (de Nice), Fischer, médecin-major; Florentin (de Thenon), Force (de Sauxillanges), Gagey (de Paris), Gaillard (de Millau), Gallissot (de Roncq), Ganiayre (de Paris), Garnier (de Moulins-la-Marche), Giraud (de Paris), Grailly (de Corrèze), Grélety-Bosviel et de Guemarquer (de Paris), Guichard (de Marciac), Haret (de Paris), Jouve (d'Aramon), Laborie (de Beaumont-de-Lomagne), Lagriffe (de Quimper), Lavie (de Paris), Leblanc (de Pontarlier), Lecœur (de Paris), Lehmann (de Nevers), Lequeux, P.-E. Lévy, Lévy-Franckel, Lucas et Macaigne (de Paris), Maffre (de Sfax), Martin (de la Foye-Monjault), Martinais (de Vitry), Mas (de Marseille), Mérop (d'Audierne), Mircoucle (de Paris), Oundjian (de Lurcy-Lévy), Pépin (de Paris), Pérès (de Batna), Perlis, Peytel, Piérin et Pitois (de Paris), Pla (de Toulouse), Potelet (de Dunkerque), Poupault (de Dieppe), Pujol (de Tarascon), Rigal (de Chevreuse), Royer (de Neuilly-sur-Seine), Saint-Ange Roger (de Paris), Sauvagnat (de Charenton), Strauss (de Saint-Marcellin), Suzanne (de Targon), Texier (de Bourg-Achard), Tixier (de Clermont-Ferrand), Toubert, médecin-major de première classe; Trémolières (de Paris), Trinche (de Mégalas), Valentin (de Paris), Vallée (d'Anzin), Varenne (de Casablanca), Vernet (de Castel-en-Dorthe), Véron (de Rouen), Vialle, médecin-major; Watering (de Mérignac), Weil Bernard (de Paris).

— Les récompenses suivantes ont été décernées à l'occasion de l'épidémie de scarlatine qui s'est manifestée à Paris en 1907 :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Aviragnet, Bruhl, Griffon, Renault, Talamon et Teissier.

Médailles de bronze. — MM. les internes Fernet, Lian, Lyon-Caen, Norero, Douay, Maillet et Weill.

— Les récompenses suivantes ont été accordées pour services rendus à la Mutualité :

Médaille d'or. — M. le docteur Fissiaux (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Adolphe Bloch, Fouineau, Hennocque, P.-A. Muller, Nogué, Signez, Thoumas, Trouillet (de Paris); Camin (de Saint-Lys); Delmas (de Mende); Marquet (de Rochechouart); Noquet (de Lille); Tucoulat (de Bayonne).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs E.-S. Champion, Labache, Nigay (de Paris); Crouillebois (de Toulouse); Dutilleul (de Lille); Grassel (de Riom); Piédallu (de Morée).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Gaston Alexandre, Dabout, Darses, Dubreuil, Le Pileur, F. Lobligeois, Mabille, Monnet, Thil, Tostivint, Vauthrin, Virey (de Paris); Bouriot (de Lourdes); Ceccaldi (de Sfax); Cerdon (des Ponts-de-Cé); Duprilot (de Chevreuse); Fischer (de Rougemont-le-Château); Gros (d'Auxon); Ch. Lévy (de Nancy); G. Orlowski (de Mirebeau); Patay (de Rennes); Ravarit (de Poitiers); Sockeel (de Lille); Soulages (de Decazeville); Thiéry (de Saint-Mihiel); Verdeley (de Bordeaux).

— Le ministre de la Guerre a adressé ses félicitations personnelles aux officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent, qui ont obtenu des récompenses des Académies de médecine et des sciences (v. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 139, p. 1662, et n° 142, p. 1696) :

MM. les médecins principaux de première classe Collomb et Duvigneau.

M. le médecin principal de deuxième classe Camail.

MM. les médecins-majors de première classe Gaide et Thiroux.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Gauducheau, Lhomme, Martin (G.), Matignon, Noc et Rouffiandis.

M. le médecin aide-major de première classe de Goyon.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — COURS D'AUSCULTATION. — Sous la direction de M. le docteur Mosny, M. Marcel Pinard, interne du service, commencera le lundi 23 mars un cours pratique d'auscultation. Ce cours aura lieu tous les jours à trois heures. Il sera complet en douze leçons. Nombre des élèves limité à six. Droit d'inscription : 40 francs.

NOTES POUR L'INTERNAT

RACINES RACHIDIENNES (1)

RAPPORTS. — Comprennent d'une part les rapports méningés et vasculaires, d'autre part les rapports spéciaux aux racines postérieures, c'est-à-dire les ganglions spinaux : enfin on doit envisager les rapports particuliers des racines rachidiennes avec le nerf spinal.

a. *Rapports méningés.* — Si l'on pratique une coupe transversale, on voit que la moelle est entourée de ses enveloppes, on constate qu'elle ne remplit pas la totalité du canal rachidien. La dure-mère est séparée de la surface osseuse par une graisse molle, fluide, rougeâtre, facilement déplaçable, gélatineuse chez l'enfant; mais ce qui est surtout à retenir, c'est la *gaine durale* formée à chaque racine rachidienne; la racine antérieure traverse la dure-mère par un trou indépendant. La dure-mère se prolonge sur chaque racine; au point où les deux troncs se fusionnent, on ne rencontre plus qu'une seule gaine puisqu'il n'existe plus qu'un tronc nerveux; quant à l'*arachnoïde*, elle présente un feuillet viscéral, un feuillet pariétal se jetant l'un dans l'autre au niveau des racines, alors que celles-ci sont encore contenues dans le cylindre dure-mérien. Quant à la *pie-mère*, elle est importante surtout par les prolongements qu'elle émet, prolongements la reliant à la dure-mère. Ceux-ci se trouvent en avant du niveau du sillon médian antérieur, séparent les racines droites et gauches; mais ce sont surtout les *ligaments dentelés* tendus entre la face postérieure des racines antérieures et la face antérieure des racines postérieures; ces formations ont un bord interne; ce bord est mince, rectiligne, il répond à la partie moyenne de la moelle et se confond avec la pie-mère; le bord externe plus épais que l'interne est festonné, c'est lui qui constitue l'arcade toujours située en regard du trou destiné aux nerfs; la portion externe du ligament est blanchâtre, le ruban est compact, d'aspect nacré; la portion interne est transparente, c'est une sorte de tissu réticulé.

b. *Rapports vasculaires.* — L'origine des *artères radiculaires* varie forcément suivant la région considérée : à la région cervicale, elles viennent de la vertébrale, de la cervicale ascendante; à la région lombaire, des artères lombaires. La branche spinale d'une intercostale pénètre dans le trou de conjugaison, se partage en un rameau vertébral ou osseux, et en un rameau médullaire destiné à la moelle; celui-ci se bifurque en deux artères : radiculaire antérieure et radiculaire postérieure; l'artère radiculaire antérieure suit les filets de la racine antérieure, auxquels elle donne quelques vaisseaux. L'artère s'enfoncera avec la racine antérieure horizontale comme elle, et épanouira en éventail l'angle externe de la corne antérieure. Quant à l'artère radiculaire postérieure, toujours entourée d'un tissu cellulaire dense, elle arrive jusqu'au niveau du sillon collatéral postérieur. Le système postérieur est moins développé que l'antérieur. Les *veines* radiculaires antérieures sont nombreuses, mais elles sont petites et n'amènent que peu de sang; il semble que la plus grosse veine radiculaire soit à la hauteur de la onzième dorsale pour des anatomistes à la hauteur de la troisième lombaire. Les veines radiculaires postérieures sont moins nombreuses, mais volumineuses si on les compare aux artères; les veines radiculaires ne sont pas valvulées quoiqu'on arrive à les injecter à contre-courant. Les veines antérieures et postérieures se réunissent ordinairement en une seule veine qui perfore la dure-mère en même temps que les racines, ou bien à un plexus pouvant être rattaché au plexus du trou de conjugaison.

Les nerfs du système sympathique entrent en rapport avec les racines rachidiennes; en effet, la racine rachidienne immédiatement après sa sortie du trou de conjugaison reçoit un filet sympathique par l'intermédiaire des rami communicantes. Ce nerf *sinus vertébral* présente un trajet récurrent, embrasse dans son anse le pédicule de la vertèbre. Il met dans le canal rachidien en rapport avec les artères spinales situées en avant de lui, il se perdra sur les vaisseaux et sur la dure-mère.

c. *Rapports propres aux racines postérieures.* — Sont constitués par les *ganglions spinaux* ou rachidiens qui se trouvent sur ces racines à la hauteur du trou de conjugaison. Leur forme et leurs dimensions sont variables, les plus volumineux se rencontrent sur les nerfs lombaires, les plus petits sur les derniers nerfs sacrés. Il y a un rapport direct entre le volume du ganglion et le volume de la racine. Le nombre des ganglions est égal à celui des racines rachidiennes, il est de 31. Ces ganglions font rarement défaut. La présence du ganglion au niveau du trou de conjugaison lui a fait donner par quelques auteurs le nom de ganglion *intervertébral*; mais le premier ganglion cervical se trouve tantôt en dedans ou en dehors de l'orifice dure-mérien et les ganglions des quatre premières paires sacrées sont situés dans le canal rachidien entre la dure-mère et la paroi osseuse. On doit mentionner les *ganglions aberrants*. Hyrtl a vu ceux-ci réduits à des formations imperceptibles à l'œil nu et disséminées sur tout le parcours des filets radiculaires; pour Lenhosseck, la présence des formations aberrantes s'expliquerait ainsi : les ganglions spinaux dès qu'ils arrivent dans le trou de conjugaison se fixent solidement au périoste voisin; plus tard lorsqu'un accroissement inégal se produit entre la moelle et le rachis des groupes cellulaires se sont détachés des ganglions et sont entraînés au milieu des fibres radiculaires postérieures.

d. *Rapports spéciaux du spinal et des deux premiers nerfs cervicaux.* — Le XI par sa portion médullaire prend contact avec les racines antérieures et postérieures de ces deux nerfs, entre lesquelles il glisse; nerf spinal et paires cervicales peuvent être anastomosés; mais ces anastomoses sont variables quant à leur fréquence, quant à leur disposition, il est difficile de préciser le sens dans lequel se fait l'anastomose.

Mouty Holl, Trolard ont vu des fibres naissant de la racine postérieure s'accoler au spinal, puis après un trajet plus ou moins long, se séparer de ce dernier nerf pour se jeter dans une racine postérieure.

PHYSIOLOGIE. — Charles Bell, en 1811, entrevit la nature différente des fonctions des racines antérieures et des racines postérieures, mais c'est Magendie, en 1822, qui interpréta les faits expérimentaux; les racines antérieures sont motrices, les racines postérieures sont sensitives, la démonstration des fonctions différentes des racines rachidiennes peut se faire soit chez les vertébrés inférieurs (grenouille), soit chez les vertébrés supérieurs (chien) : 1° on sectionne la *racine postérieure*, l'animal s'agite et manifeste une vive douleur; mais tandis que l'excitation du bout central par le moindre attouchement provoque une vive sensibilité, manifestée par les cris et les mouvements généraux de l'animal, l'excitation du bout périphérique par le pincement est sans effet; 2° on sectionne la *racine antérieure* correspondante, un soubresaut se produit dans des muscles déterminés du membre du même côté sans manifestation de douleur, l'excitation du bout central est sans effet, l'excitation du bout périphérique produit un soubresaut, une secousse musculaire. On peut même produire le tétanos du muscle; d'après de Cyon, l'excitabilité des racines antérieures serait sous l'influence des racines postérieures, celles-ci envoyant aux racines antérieures des excitations continuelles; pour Marcacci, l'excitabilité musculaire augmente après la section des racines; 3° si on recommence les expériences par les racines antérieures on constate que la section du système antérieur donne naissance à des manifestations générales d'une sensibilité plus ou moins vive, et c'est le bout périphérique qui est sensible, mais cette sensibilité disparaît après section des racines postérieures; elle paraît venir des filets récurrents qui partent du ganglion de la racine postérieure et arrivent à la racine antérieure par son bout périphérique. C'est pourquoi si la racine postérieure reste intacte, on coupe la racine antérieure, son bout périphérique est sensible.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 27, p. 321.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 mars : MM. Ferrand et Lortat-Jacob, 20; Grenet, 19; Balthazard, 18.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 11 mars. — Question : « Configuration extérieure et rapports du cæcum et de l'appendice. — Symptômes, diagnostic et traitement des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde. »

MM. Lévy (Pierre), 13 1/2 + 21 = 34 1/2; Sourdel, 15 + 22 = 37; Saint-Girons, 13 + 20 = 33; Gendron, 14 1/2 + 20 = 34 1/2; Rousseau-Longwelt, 13 + 17 = 30; Phélip, 16 + 22 = 38; Philippon, 9 + 20 = 29; Carrié, 9 + 17 = 26.

Prochaine séance samedi 14 mars, à quatre heures et demie, salle des Saints-Pères.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Notes des mémoires.* — Médecine : MM. Barbé, Baudouin, Esmein, Fiessinger, Gougerot et Rendu, 30; Ferrand et Nathan, 28; Ameuille, Camus, François et Lemaire, 27.

Chirurgie et accouchements : MM. Deniker et Mocquot, 29; Guimbellot et Küss, 28; Maugeais, Rouhier et Villandre, 27; Barbier, 26.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Beurnier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Moureu, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, et Soubise (de Fontenay-aux-Roses).

— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Matteo (de Roquebillière).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Capdeville (d'Alfortville), Gourdon (de Bordeaux), Menusier, Stepinski et Georges Tissot (de Paris).

— La médaille des épidémies en argent est décernée à MM. les docteurs Roche (de Saint-Pierreville), Paucot (de Haï-Duong) et à M. Lemaire, interne des hôpitaux de Paris.

La médaille de bronze est accordée à MM. le docteur Pamart (de Paris), Fenestre, interne provisoire, et de Quemper de Lanascol, externe des hôpitaux de Paris.

GUERRE. — M. le médecin aide-major Linchon, des hôpitaux militaires de la division d'Oran, est inscrit d'office au tableau de concours pour le grade de la Légion d'honneur (faits de guerre).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dixième semaine, 1043 décès, au lieu de 952 pendant la semaine précédente et de 1056, moyenne ordinaire de la saison. La rougeole et la scarlatine continuent à être très répandues.

La rougeole a causé 27 décès, au lieu de 21 pendant la semaine précédente (moyenne 15). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 574 au lieu de 563 précédemment et au lieu de 293, moyenne des quatre dernières années.

La scarlatine a causé 6 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 250; il s'élevait à 255 pendant la semaine précédente (moyenne 107).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 165 décès, au lieu de 169 la semaine précédente, et au lieu de 194, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 229 décès (moyenne 228).

SOUSCRIPTION OGIER. — Les amis et les élèves de Jules Ogier, désireux de fêter ses vingt-cinq ans de direction du laboratoire de toxicologie qu'il a fondé à la préfecture de police, ouvrent une souscription pour lui offrir son portrait par le peintre Ludovic Alleaume.

Les souscriptions sont recueillies à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

HOMMAGE AU PROFESSEUR THOINOT. — Le buste offert au professeur Thoinot par ses amis et par ses élèves lui sera remis à l'hôpital Laënnec (42, rue de Sèvres), le dimanche 29 mars 1908, à dix heures et demie du matin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Douvre (de Rouen) et Mignot (de Chantille).

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 369.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA SÉCRÉTION INTERNE DE L'OVAIRE

(LE CORPS JAUNE ET LA GLANDE INTERSTITIELLE)

Par M. Hugues ALAMARTINE,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Considérée au point de vue de son évolution historique, la théorie de la sécrétion interne de l'ovaire a parcouru trois étapes successives. Dans une première période, Brown-Séquard a admis à priori l'existence d'une sécrétion interne de l'ovaire comme la seule hypothèse susceptible d'expliquer les effets de la castration ovarienne.

Puis les physiologistes — période expérimentale — se sont efforcés de déterminer l'agent chimique, les propriétés et le mode d'action de cette sécrétion.

Enfin depuis une dizaine d'années — période histophysiologique — les histologistes ont étudié la glande interne de l'ovaire, et ont localisé les phénomènes sécrétoires dans le corps jaune et les cellules interstitielles. Leurs recherches ont mis en évidence des faits nouveaux très importants qui venant s'ajouter aux connaissances déjà acquises, ont confirmé dans ce qu'elle avait d'essentiel l'ancienne théorie de Brown-Séquard.

Suivant l'évolution historique de la question, nous étudierons donc successivement :

Les effets de la castration ovarienne;

Les propriétés du suc ovarien, l'opothérapie et les greffes ovariennes ;

La glande interstitielle de l'ovaire ;

Le corps jaune.

I

Les effets de la castration ovarienne. — Les modifications apportées dans l'organisme par l'ablation des ovaires constituent un argument de premier ordre en faveur de l'existence d'une sécrétion interne de ces organes.

Les effets obtenus sont différents suivant que la castration est pratiquée avant ou après la puberté.

1° Effets de la castration avant la puberté. — α. *Chez la femme.* — On sait très peu de choses sur les effets de la castration chez la femme avant la puberté.

Les observations d'eunuques femmes sont extrêmement rares. Celles que Richet reproduit d'après Merletti ne méritent pas grande confiance. Par contre, il existe des exemples certains de castrats naturels féminins qualifiés d'infantiles. Tels sont les cas de Meige (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1895) et celui de Dalché (*Gaz. des hôpit.*, 1907).

Les castrations chirurgicales pratiquées avant la puberté sont très rares, et le petit nombre de cas publiés (Johnstone) ne permet pas de se faire une opinion motivée sur les effets obtenus.

β. *Chez les animaux.* — La castration avant la puberté a été pratiquée chez les animaux, soit par des vétérinaires dans un but commercial, soit expérimentalement par les physiologistes.

Les vétérinaires ont surtout opéré des truies et des vaches. Chez la truie, la castration empêche l'apparition du rut, elle accroît l'activité des facultés digestives et assimilatrices; la bête engraisse plus vite, fournit uue chair de meilleure qualité et peut être livrée de très bonne heure à la consommation. A l'autopsie on trouve toujours un arrêt de développement du tractus génital. Les résultats sont les mêmes chez la vache.

En ce qui concerne les recherches physiologiques pures, les principaux travaux à citer sont ceux de Hegar (1878), Kehrer (1887), Weismann et Reissmann (1890), Buys et Vandervelde (1894), Sokoloff, Eckardt (1896), Krukenberg, Gottschalk (1897), Jentzer et Beutner (1900), Briau (1901), Richon et Jeandelize (1903-1905).

Nous nous contenterons de rapporter les résultats obtenus par Sokoloff, Jentzer et Beutner qui reprenant les recherches antérieures ont définitivement mis la question au point.

A la suite de l'ablation des ovaires aussi bien chez le lapin que chez le chien ou la vache, il y a toujours atrophie manifeste des cornes utérines tant au point de vue de la longueur que de la largeur. Au microscope les cils vibratils sont toujours absents.

Les cellules épithéliales, cylindriques avant la castration, ont diminué de hauteur et ont une tendance à devenir cubiques, les noyaux sont ronds et refoulés vers la base. Les glandes sont atrophiées. La zone réticulaire n'est pas diminuée d'épaisseur, mais les artères qui se trouvent à ce niveau présentent des phénomènes de régression, la zone fibrillaire est atrophiée.

La couche musculaire interne circulaire est très dégénérée, par places les fibres musculaires sont remplacées par des îlots conjonctifs avec des capillaires néoformés. Les fibres qui unissent les deux couches circulaires internes sont atrophiées, au point que sur nombre de coupes on ne voit plus que de petits filaments ne dépassant pas la zone vasculaire. La sclérose a également envahi cette couche vasculaire ainsi que les fibres longitudinales. La sous-séreuse a complètement disparu, la séreuse elle-même, quoique sans modifications structurales, a diminué d'épaisseur.

Inversement, l'ablation de l'utérus n'amène pas l'atrophie des ovaires, ce fait est démontré très nettement par les expériences de Grammatikati, confirmées tout récemment par celle de Sellheim (1907) sur la poule.

Chez les femelles castrées en bas âge, l'instinct sexuel n'apparaît pas ou bien est très atténué. Cependant cela n'a rien d'absolu, et Bassi (1891) a signalé le cas de trois vaches parfaitement châtrées et dont l'ardeur génitale ne fut en rien altérée.

Les résultats de l'ovariotomie sur le développement du squelette sont également très variables. Les expériences de Briau (1901), qui lui attribuait une action sur le cartilage de conjugaison, homologue de

celle qu'elle a chez le mâle, ont été infirmées depuis par Richon et Jeandelize (1907). Pour ces derniers l'ovariotomie serait sans effet appréciable sur le système osseux en ce qui concerne la longueur des os longs qui sont tantôt allongés, tantôt raccourcis par rapport à ceux des animaux témoins, et la variation des diamètres du crâne osseux.

En définitive, la castration pratiquée avant la puberté a chez la femelle des effets analogues à ceux observés chez le mâle, elle empêche l'apparition ou tout au moins atténue les caractères sexuels secondaires (tractus uro-génital) et tertiaires (phanères, instinct sexuel, etc.).

2° Effets de la castration après la puberté. — α. *Chez les animaux.* — Pratiquée chez les femelles adultes, la castration agit encore mais d'une façon très atténuée sur les caractères sexuels secondaires et tertiaires. L'atrophie du tractus génital est fréquente et les résultats consignés dans le paragraphe précédent ont également été constatés chez l'adulte.

En ce qui concerne les modifications de l'instinct génésique, elles sont assez variables suivant les individus et les espèces, s'il s'agit de sujets normaux; par contre chez les animaux dont les appétits génésiques sont exagérés, la castration amène en général une sédation marquée, ainsi que de nombreux vétérinaires l'ont constaté chez les juments nymphomanes : Cadiot (1888), Deguée (1876), Delamotte (1889), Floccard (1894).

Les résultats les plus nets obtenus à la suite de l'ovariotomie chez les animaux adultes, l'ont été en ce qui concerne la lactation et l'évolution du tissu adipeux. Levrat (1838), Charlier, Mathis (1854), Floccard (1895) ont montré qu'après la castration la quantité de lait et la durée de la lactation sont augmentées chez la vache dans des proportions extraordinaires. En même temps la qualité du lait s'améliore, il renferme plus de caséine, de sels et de sucre mais surtout beaucoup plus de beurre. Quand la sécrétion lactée vient à diminuer, on remarque une tendance générale à l'engraissement, en même temps qu'une atrophie des voies génitales. Récemment (1905), Océanu et Babes ont repris ces travaux en opérant sur la chèvre et les ont confirmés.

Les effets de la castration sur la nutrition en général ont été soigneusement étudiés par Curatullo et Tarulli (1897). Dans des expériences conduites avec toute la rigueur possible, ces auteurs ont mis en évidence les faits suivants :

Après l'ovariotomie l'élimination du phosphore diminue considérablement, celle de l'azote ne présente que de légères oscillations, la quantité d'acide carbonique expirée diminue seulement jusqu'à une certaine limite, passée laquelle elle demeure stationnaire. L'extirpation simultanée de l'utérus et des ovaires ne provoque du reste pas d'autres modifications que l'ovariotomie seule.

R. Seuer et Seiller (1903) ont trouvé qu'à la suite de la castration, il y avait un abaissement marqué de la quantité d'hémoglobine et du nombre des globules rouges, abaissement du reste temporaire. Heymann (1905) a montré qu'il ne se produisait pas de rétention durable de phosphore dans le sang. On constate même souvent une diminution du phosphore total de l'organisme, portant aussi bien sur le squelette que sur les autres organes.

Pour Lortat-Jacob et G. Sabareanu, l'ovariotomie rend les animaux plus sensibles à la production expérimentale de l'athérome par l'adrénaline. Thévenot (Th. de Lyon, 1906-1907) nie toutefois ce fait.

β. *Chez la femme.* — L'étude des effets physiologiques provoqués par la castration chez la femme, dit Jayle, vient pour une bonne part confirmer cette idée nouvelle de la sécrétion ovarienne, surtout si l'on a soin de comparer entre eux les résultats fournis par l'hystérectomie simple et l'ovariotomie double.

Déjà signalée par Hegar (1878), l'insuffisance ovarienne chirurgicale a été bien étudiée en France pour la première fois par Le Bec (1882). Les discussions du Ve Congrès français de chirurgie (1891), les thèses de Martin (1893), Pinese (1894), Chavin (1896) et surtout les travaux de Jayle (1897) qui à l'aide de questionnaires imprimés a pu passer en revue un grand nombre d'opérées (1897) permettent de se faire aujourd'hui une bonne idée d'ensemble de la question, idée confirmée du reste par les publications de Glœvecke (1889) et de Knauer (1894) en Allemagne, de Grammatikati (1889) en Russie, de W. Lusk (1891) et de Goodell (1893) en Angleterre et en Amérique.

On peut dire avec Jayle que, le plus ordinairement la castration ovarienne produit une ménopause anticipée. Elle a pour résultat l'atténuation des caractères sexuels secondaires; l'atrophie de l'utérus est la règle. Les caractères sexuels tertiaires sont également atténués; les désirs vénériens sont souvent diminués, il se produit une atrophie des seins, l'apparition de poils au niveau des régions normalement glabres chez la femme, la voix est souvent altérée et prend un timbre sénile (Castex, Moure). Les troubles de la nutrition consistent surtout dans une adipose marquée, enfin surviennent toute une série de phénomènes nerveux : céphalée, rachialgie, bouffées de chaleur, etc., qui à eux seuls sont une bonne preuve du rôle dépurateur des ovaires.

Dans la majorité des cas l'ovariotomie est suivie de la disparition des règles [28 fois sur 45 cas (Jayle)]. Chez le singe, Halban a montré que la menstruation est définitivement arrêtée par l'ablation des ovaires. Par contre, elle persiste si on les déplace seulement.

Chez la chienne, Strassmann sans séparer les ovaires de leurs connexions vasculaires les a amenés sous la peau de la paroi abdominale. Injectant alors dans l'ovaire ectopié de la solution salée physiologique, il a pu reproduire les phénomènes du rut avec turgescence des organes génitaux externes et écoulement sanguin par la vulve.

En ce qui concerne les modifications de l'instinct sexuel, les résultats contradictoires obtenus chez la femme s'expliquent bien par l'intervention des causes psychiques. Les résultats de la castration tardive chez l'homme sont du reste à ce point de vue tout aussi inconstants.

Par opposition à la castration ovarienne, l'hystérectomie sans ablation des annexes n'est suivie le

plus souvent que de troubles insignifiants. Ces troubles seraient probablement nuls si l'opération pouvait se faire sans apporter aucune perturbation dans les systèmes vasculaire et nerveux des ovaires.

II

Les propriétés du suc ovarien. L'opothérapie et les greffes ovariennes. — 1° Propriétés physiologiques du suc ovarien et des préparations d'ovaires. — Les effets produits soit par l'ingestion, soit par l'injection sous-cutanée de préparations ovariennes ont été étudiés par toute une série d'expérimentateurs.

α. *Action sur la nutrition en général.* — Aussi bien chez les animaux castrés que chez ceux qui ne le sont pas, les préparations ovariennes agissent comme des excitants de la nutrition.

Curatullo et Tarulli (1896) en injectant sous la peau de chiennes castrées présentant une diminution nette de l'élimination du phosphore, une certaine dose de suc ovarien ont vu le phosphore remonter à son taux primitif; avec des quantités supérieures de suc, ce taux a dépassé la normale. Carlo Fedelli chez une chlorotique a une augmentation du coefficient urotoxique, Dalché obtient le même résultat; avec Lépinois il constate du reste que la poudre d'ovaires ingérée par la bouche produit aussi de la polyurie, l'accroissement du taux de l'acide phosphorique et de l'urée. S. Gomès, chez la lapine castrée, voit également la dose des phosphates remonter considérablement par la même médication.

Les résultats obtenus par Senator chez des femmes ostéomalaciques confirment ces faits ; par contre chez trois ostéomalaciques castrées, Neumann a eu par la médication ovarienne dans deux cas de la diminution de la quantité d'albumine et une fois seulement de l'augmentation. Les expériences de Mossé expliquent ces discordances, pour cet auteur l'ingestion d'ovaires crus à petite dose tend à réduire le taux d'élimination de l'acide phosphorique, tandis qu'à haute dose il l'augmente ; les matières extractives sont au contraire toujours diminuées ; quant à l'azote urinaire il resterait invariable.

Neumann et Vas sont arrivés aux conclusions suivantes :

Chez les animaux sains l'extrait pur d'ovaires augmente le phosphore et la chaux des urines, ainsi que l'azote, surtout si on l'emploie en injections sous-cutanées, les tablettes de Landau n'agissent que sur le phosphore et la chaux, celles de Merk n'ont aucune action. Chez les animaux châtrés mêmes effets, mais plus accentués. Après la suppression de la médication, l'augmentation du phosphore et de la chaux persiste, tandis que celle de l'azote disparaît.

β. *Action sur les systèmes cardio-vasculaire et respiratoire. Actions diverses. Toxicité.* — Carlo Fedelli a noté l'augmentation du nombre des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine du sang; Dalché, la diminution de la fréquence du pouls; S. Fédoroff, le ralentissement du cœur et la baisse de la pression sanguine. Au contraire pour Livon, l'extrait ovarien serait hypertenseur. Parrhon et Papinian ont montré l'action modératrice de l'opothérapie ovarienne dans la tachycardie de l'insuffisance ovarienne.

Pour Fedoroff, la solution aqueuse élève puis ralentit les mouvements respiratoires ; malgré ce fait, Lœwy et Richter soutiennent que la diminution des oxydations respiratoires constatée après la castration disparaît avec la médication ovarienne, ce qui coïncide bien avee le développement exagéré du tissu adipeux qui suit le plus souvent la castration. Par contre, Dalché et Milian ont obtenu une adipose considérable chez une femme soumise au traitement ovarien. Rénon et Hertz ont vu la ménopause faire cesser l'apparition de tumeurs adipeuses multiples.

Jentzer et Beuttner ont cherché si, avec des injections de suc ovarien, on peut éviter l'atrophie de l'utérus consécutive à la castration. Leur action est absolument nulle chez le lapin. A haute dose l'extrait d'ovaires (Ferré, Ferré et Bestion) produit de l'excitation génitale, du tremblement, puis de la paralysie. La dose mortelle pour les femelles serait le double de celle pour les mâles, elle est la même pour les femelles pleines que pour les mâles. Enfin le suc est particulièrement toxique chez les femelles châtrées ou avant la puberté.

2° Effets de l'opothérapie ovarienne. — Peut-on tirer des résultats de l'opothérapie ovarienne (ovaires frais, extrait glycériné, ovaires desséchés) un argument en faveur de la sécrétion interne de l'ovaire?

L'opothérapie ovarienne d'abord employée, à la suite de Brown-Séquard, comme médication dynamogénique, n'a eu sa véritable indication que lorsqu'on l'a dirigée contre les troubles d'insuffisance ovarienne. Régis (de Bordeaux), avec Loumeau a été le premier à préconiser en 1893 l'injection de suc ovarien dans un cas de folie post-ovariotomique. Depuis lors, l'opothérapie ovarienne a été employée avec des résultats extrêmement variables. Cependant dans la ménopause artificielle post-opératoire on a observé souvent la disparition des troubles nerveux et vaso-moteurs. Dans la ménopause naturelle, Mond, Muret, ont eu des améliorations certaines mais transitoires, mêmes résultats dans l'anémie et la chlorose (Muret, Spillmann et Etienne), l'ostéomalacie (Senator, W. Latzko, J. Schmiltzer), l'insuffisance ovarienne primitive ou secondaire (Jayle, Dalché).

En définitive, même en tenant compte de la suggestion, il semble bien établi que dans toutes les maladies liées à un trouble de fonctionnement de l'ovaire, l'opothérapie ait donné d'assez bons résultats, mais sans que l'on puisse nettement préciser la nature de ses effets.

3° Effets des greffes ovariennes. — C'est à la suite des travaux de Christiani (1892) sur les greffes thyroïdiennes, que l'on a entrepris des recherches analogues sur l'ovaire.

Knauer en 1895 fut le premier à transplanter l'ovaire chez des lapines, soit sous le péritoine de la corne utérine, soit dans la paroi abdominale. Il constata que l'ovaire transplanté s'atrophie d'abord légèrement puis revient à la normale. Dans un cas il y

eut grossesse et accouchement à terme. A ces tentatives de transplantation succédèrent des greffes hétéroplastiques proprement dites. Grigorieff, Marchese, Jayle, Mauclaire, Herlitzka, Ribbert, Katsch, Schultz démontrent qu'il est possible de transplanter un ovaire soit sur le même individu, soit sur un autre; la transplantation peut même réussir sur un mâle, quoique plus difficilement. L'ovaire transplanté subit au début une atrophie portant surtout sur l'épithélium germinatif et les cellules qui en dérivent et enfin sur les cellules spécifiques de la couche médullaire. Le tissu conjonctif est beaucoup plus résistant. La dégénération de l'ovaire transplanté se fait de la même façon que sa dégénérescence physiologique, la destruction des follicules progressant de la périphérie vers le centre. La néoformation des éléments folliculaires reproduit leur développement embryonnaire.

Telles sont les conclusions de Katsch, elles ont été complétées par Limon en ce qui concerne l'état de la glande interstitielle dans les ovaires transplantés. Limon a démontré que comme la glande sexuelle, la glande interstitielle passait par deux états successifs de dégénérescence et de régénération. Dans la première phase l'ovaire, ayant perdu son système circulatoire n'est plus nourri que par imbibition « les cellules interstitielles parcourent en sens inverse la série de leurs transformations évolutives, sans toutefois revenir à leur état originel. Elles perdent leurs enclaves, diminuent de volume et reprennent l'aspect qu'elles présentaient avant la puberté. Dans une seconde phase on assiste à la réédification de l'appareil interstitiel ».

En résumé l'étude expérimentale des greffes ovariennes met en évidence la persistance macroscopique de la glande et la régénération après une période de dégénérescence de la glande interstitielle de l'ovaire. Or, d'autre part, Rubinstein, à la suite d'expériences sur le lapin, a démontré *que, lorsque la greffe persiste, l'utérus reste normal, sans tendance à l'atrophie. Quand elle se résorbe, il y a atrophie.*

Les résultats de la greffe ovarienne chez la femme (Morris, Glass, Dudley, Mauclaire, Franck, Delagenière, Martin) ont été également assez concluants. Dans deux cas au moins (Franck, Moris), elle a été suivie de grossesse chez des femmes préalablement castrées. L'apparition des règles, absentes jusque-là, ou bien l'amélioration de la menstruation irrégulière ou douloureuse ont été plusieurs fois notées. Enfin les troubles de la ménopause prématurée ont été quelquefois heureusement modifiés.

De l'ensemble des faits que nous venons d'exposer concernant la castration, les propriétés du suc ovarien et les effets des greffes ovariennes, résulte la notion de l'existence d'une sécrétion interne de l'ovaire.

On a en vain cherché à expliquer par d'autres hypothèses les troubles consécutifs à la castration : Hofmeier, Benkiser attribuent l'atrophie du tractus génital aux lésions des vaisseaux de l'utérus et du vagin produites par l'opération, Buys et Vandervelde à la section des nerfs de ces organes. Les effets de la transplantation ovarienne, ou avec d'aussi grands délabrements, le tractus génital reste intact, ruinent cette hypothèse. Johnstone explique les modifications de la nutrition et des caractères sexuels tertiaires ainsi que les phénomènes nerveux, par la suppression de l'émonctoire menstruel, mais comme le fait remarquer Jayle, deux raisons s'opposent à cette explication : l'absence ou la faible intensité des troubles post-opératoires après l'hystérectomie qui supprime les règles et l'apparition de quelques troubles même légers, mais appréciables après une castration non suivie de la disparition des règles.

III

L'élément endosécréteur de la glande ovarienne. La glande interstitielle. — L'étude méthodique des cellules interstitielles de l'ovaire ne date que de ces dernières années. C'est Limon (Th. de Nancy, 1901) qui sous l'inspiration de Prenant a montré définitivement qu'elles avaient la signification de cellules glandulaires et formaient une véritable glande interstitielle homologue de celle du testicule.

1° Historique. — Pflüger (1863) a été le premier à signaler dans le stroma conjonctif de l'ovaire, la présence de cellules particulières se distinguant des cellules conjonctives ordinaires par leurs grandes dimensions et leur aspect épithélioïde. Tourneux (1879) les homologua aux cellules interstitielles du testicule. Les travaux réellement intéressants les concernant, commencent avec Kölliker (1898) qui montra leur origine aux dépens des faux corps jaunes ou corps jaunes atrésiques, remaniés ensuite par la croissance des follicules voisins et transformés en cordons cellulaires (Bouin, Limon).

Regaud et Policard (1901) en se fondant sur les variations de chromatine de leurs noyaux et sur les enclaves lipoïdes qu'elles contiennent, émirent l'hypothèse qu'elles étaient un agent de la sécrétion interne de l'ovaire, hypothèse confirmée ensuite par Limon (1901) et Bouin (1902), Regaud et Dubreuil (1906).

2° Preuves de la nature glandulaire des cellules interstitielles. — a. *Histogenèse et évolution.* — L'origine des faux corps jaunes dans la thèque des follicules atrésiques et leur transformation en cordons de cellules interstitielles étant admise de tous, deux faits nouveaux sont à retenir : la coïncidence entre les transformations de la glande interstitielle et l'évolution de la sexualité chez la femme, et la néoformation permanente de cellules interstielles chez l'adulte.

Bouin et Limon ont montré que la formation des faux corps jaunes et des cordons de cellules interstitielles a lieu surtout entre la naissance et la puberté, puis au moment de cette dernière une transformation cytologique très nette se produit de proche en proche : les cellules devenant plus grosses et plus riches en enclaves lipoïdes, leur aspect change du tout au tout.

Mais tandis que Bouin et Limon considèrent les cellules ainsi différenciées comme définitives, Regaud et Dubreuil soutiennent que chez l'adulte, pendant toute la période sexuelle de la vie, il y a néoforma-

tion permanente de cellules interstitielles qui passent successivement par les stades jeune, adulte, senescent et décrépit.

b. *Topographie et cytologie des cellules interstitielles.* — Quoique assez variable avec les diverses espèces, la répartition des cellules interstitielles, formant tantôt une masse compacte remplissant presque toute la glande, tantôt des lobules ou des cordons, suffit à montrer qu'il ne s'agit pas de cellules *interstitielles de remplissage*, mais bien *d'un véritable organe*, composé de cellules dont la cytologie révèle du reste la nature glandulaire.

L'aspect glandulaire de la cellule interstitielle est frappant. Son étude cytologique ébauchée par Tourneux, Jannosik, a été reprise par Regaud et Policard (1901), puis Bouin et Limon au moyen des méthodes modernes de fixation et de coloration; Regaud et Dubreuil (1906) l'ont parachevée en montrant la disposition trabéculaire du protoplasma, la fréquence des enclaves, l'absence de karyokynèse, le polymorphisme et la polychromaticité des noyaux, tous caractères particuliers aux cellules glandulaires.

3° Signification physiologique de la glande interstitielle, ses voies d'excrétion. Action de la transplantation ovarienne et des rayons X. — Il n'est pas douteux que les cellules interstitielles aient une fonction glandulaire, mais reste à savoir quelle est cette fonction. La question est intimement liée à celle des voies d'excrétion de la glande.

Les voies d'excrétion exo-cellulaires ne sont pas actuellement déterminées. Plato, reprenant une ancienne hypothèse de Pflüger, pense que la graisse élaborée par les cellules interstitielles transsude à l'état de dissolution dans l'œuf et y est utilisée pour constituer le matériel vitellin. Cette hypothèse est ruinée par ce fait que la glande interstitielle n'est nullement ordonnée par rapport aux follicules. Limon dans quelques cas, a vu les cellules interstitielles groupées autour des vaisseaux, de sorte que chacune d'entre elles entrait en contact avec l'appareil vasculaire par une ou plusieurs de ses faces. En définitive, disent Regaud et Dubreuil, « il n'est nullement certain, et même il est peu vraisemblable que le produit de sécrétion passe dans le sang en nature. Nous croyons plutôt que le produit intra-cellulaire est très différent du produit excrété.

Quant aux voies d'excrétion exo-glandulaires, sont-elles représentées par les vaisseaux sanguins ou les lympathiques? Un fait permet de s'arrêter à cette dernière hypothèse, c'est que nous avons toujours rencontré dans la partie centrale de l'ovaire de la lapine adulte de très gros lymphatiques. Ces vaisseaux sont distendus par une lymphe dense, à en juger par l'épais coagulum qu'y produisent tous les réactifs fixateurs. »

Expérimentalement, on a cherché à élucider la véritable fonction de la glande interstitielle par des procédés analogues à ceux employés pour le testicule, en vue d'obtenir l'atrophie de la lignée séminale sans léser la glande interstitielle.

La transplantation de l'ovaire ne permet pas de réaliser cette dissociation (Limon), la glande interstitielle se régénère, mais il en est de même pour les follicules. On ne peut donc en tirer aucune conclusion en ce qui concerne le rôle des cellules interstitielles.

L'irradiation des ovaires à l'aide des rayons Röntgen a été essayée par Halberstœdter (1905), Bergonié, Tribondeau et Récamier (1905), Roulier (1906), Bouin, Ancel et Villemin (1906-1907). Les résultats obtenus par ces derniers sont particulièrement intéressants. Les voici du reste :

« L'application prolongée des rayons X sur l'ovaire de la lapine a pour résultat de provoquer l'atrophie des ovocytes et des follicules de de Graaf (confirmation d'Halberstœdter, Bergonié et Tribondeau, de Roulier) et d'empêcher la formation des corps jaunes. Dans les conditions où nous nous sommes placés, l'application des rayons X sur l'ovaire de la lapine n'amène pas l'atrophie de la glande interstitielle de l'ovaire. L'application des rayons X sur l'ovaire provoque l'atrophie du tractus génital tout entier et des mamelons; elle agit donc comme la castration. La glande interstitielle de l'ovaire restant intacte après l'application des rayons X, l'atrophie du tractus génital ne peut être attribuée qu'à l'absence des corps jaunes. Cette observation nous permet donc de confirmer, par un procédé expérimental différent, les conclusions de Magnus, Cohn et Frænkel au sujet du rôle du corps jaune. »

Contrairement à Bouin et à Ancel et Villemin, Bergonié et Tribondeau ont obtenu par la röntgénisation de l'ovaire une atrophie nette de la cellule interstitielle, en irradiant l'organe non plus à travers la paroi abdominale, mais directement après laparotomie.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 11 mars 1908)

Cancer du cæcum. — Dans la dernière séance, M. Ricard a présenté un cancer du fond du cæcum et de la base de l'appendice qu'il avait enlevé chez une femme de quarante-deux ans. Il apporte aujourd'hui en quelques mots l'observation de cette malade en insistant sur certaines particularités intéressantes du diagnostic. Cette femme, très anémiée, était atteinte d'occlusion intestinale chronique. Le 29 février, elle fut amenée, dans le service de M. Ricard, pour des phénomènes d'occlusion intestinale. L'interne de garde fit le diagnostic d'occlusion par cancer, prescrivit un lavement évacuateur qui eut un très bon résultat. Mais quelques jours après nouvelle obstruction. M. Ricard montra alors cette malade à M. Mathieu qui constata que, dans le décubitus dorsal, le ventre était ballonné, mais que l'intestin grêle réagissait sous la palpation; il y avait autour de l'ombilic un clapotement assez net, qu'on percevait également en secouant la malade de droite à gauche et de gauche à droite. Quand on inclinait la malade sur le côté droit, la matité se percevait nettement de ce côté; quand on l'inclinait à gauche, la matité passait à gauche. Le cæcum était vide; à l'aide de ces signes, M. Mathieu diagnostiqua une occlusion intestinale portant sur la plus grande partie de l'intestin grêle et n'atteignant pas le gros intestin. L'occlusion devait siéger à la terminaison du

grêle. M. Ricard fit la laparotomie, et trouva, en effet, le cancer du fond du cæcum et de la base de l'appendice qu'il a présenté dans la dernière séance. L'opération confirma donc complètement le diagnostic de M. Mathieu.

A cette occasion, M. Ricard rappelle le travail qu'il a déjà présenté à la Société de chirurgie sur les moyens d'arriver à diagnostiquer le siège d'une occlusion intestinale. Ce nouveau fait confirme pleinement les données présentées dans ce travail.

Traitement des hémarthroses du genou. — M. Rochard répond à M. Lucas-Championnière et maintient, avec M. de Champtassin, que l'emploi des poids lourds tel qu'ils l'ont préconisé, procure une guérison plus rapide des hémarthroses du genou et de l'atrophie musculaire que le massage vanté par M. Lucas-Championnière. Pour ce qui est de la question de l'entraînement, M. Rochard partage l'avis de M. Lucas-Championnière sur l'extrême importance de cet entraînement et rappelle l'histoire de Milon de Crotone qui était arrivé à porter un bœuf en commençant à le porter à l'état de veau.

Pour revenir à la question des hémarthroses, M. Rochard continue à soutenir que la méthode des poids lourds l'emporte sur le massage.

M. Lucas-Championnière maintient avec la même énergie la proposition contraire.

Traitement chirurgical des perforations intestinales de la fièvre typhoïde. — A propos d'une observation présentée par M. Michaux, on reprend la discussion sur ce sujet. M. Morestin pense que les chirurgiens et les médecins se trouvent d'accord aujourd'hui sur ce fait qu'en présence d'une perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde, il est indiqué d'intervenir; M. Morestin est intervenu 6 fois dans ces conditions. Voici, très résumées, ses observations qui sont superposables. Premier cas : hémorragie, signes de perforation intestinale au dixième jour de la fièvre typhoïde, péritonite diffuse, état général très grave. M. Morestin fait la laparotomie, trouve la perforation, la ferme et draine ; la malade va bien, mais quinze jours après nouvelle perforation suivie de mort. Deuxième cas : signes de perforation intestinale au quinzième jour d'une fièvre typhoïde, état général très grave, péritonite diffuse; laparotomie le long du bord externe du muscle droit, on trouve deux perforations qu'on suture; mort le lendemain.

Dans le troisième cas, perforation, laparotomie très précoce, guérison absolue et définitive. Dans la quatrième observation, il s'agissait d'un malade dans un état très grave du fait même de la fièvre typhoïde, avec complication pulmonaire ; on intervient contre la perforation, mais le malade succomba, non pas à la péritonite, mais à la congestion pulmonaire. Le cinquième cas est celui d'un jeune homme de vingt-sept ans, atteint de perforation au vingtième jour de la fièvre typhoïde ; l'intervention ne l'empêcha pas de succomber ; dans le sixième cas, également suivi de mort, la perforation portait sur l'appendice. Enfin chez un septième malade qui présentait tous les signes classiques de la perforation intestinale, M. Morestin fit la laparotomie, ne trouva aucune perforation et le malade guérit, malgré une pleurésie avec épanchement.

Sur les cinq premiers malades, un seul a survécu ; mais l'un a succombé à une seconde perforation, un autre à des complications pulmonaires. Enfin on se trouve en présence, dans ces cas, de malades affaiblis, ayant usé déjà leur résistance. Si l'intervention n'est pas précoce, elle sera stérile.

Keen, qui a étudié cette question, prétend qu'il faut intervenir dans les douze premières heures.

Le diagnostic est souvent difficile. La chute de la température, la fréquence et la petitesse du pouls semblent des signes précieux. Cependant ils ont été constatés dans un des cas de M. Morestin où il n'y avait pas de perforation. Le malade a guéri, ce qui pousse M. Morestin à conseiller la laparotomie exploratrice dans les cas où il y a le moindre doute, l'intervention n'ayant des chances de succès qu'à la condition d'être très précoce.

M. Souligoux apporte trois cas : premier cas très grave, toute petite perforation, suture, mort vingt-quatre heures après. Deuxième cas, diagnostic et intervention immédiats, petite perforation à la base de l'appendice, bon résultat, mais perforation secondaire et mort. Troisième cas, pris pour une cholécystite, intervention, rien aux voies biliaires, la perforation sur l'appendice se fait sous les yeux de l'opérateur.

En somme, les interventions pour les perforations intestinales de la fièvre typhoïde donnent des résultats déplorables. Dans une statistique allemande, sur 362 cas on relève 94 guérisons et 218 morts, soit 74 p. 100 de mortalité. C'est la péritonite généralisée et les perforations secondaires qui sont surtout à craindre. Aussi M. Souligoux se demande s'il ne serait pas préférable d'aller jusqu'à la résection ou à l'exclusion de l'intestin en pratiquant une iléo-sigmoïdostomie.

M. Legueu sur 4 cas a eu 3 morts et une guérison. Ce sont toujours les mêmes faits qui montrent que seule la rapidité du diagnostic et de l'intervention peut donner quelques chances de succès. La chute brusque de la température, la douleur vive dans le côté, l'accélération du pouls semblent des signes nets.

M. Legueu insiste sur la difficulté de faire de bonnes sutures ; il faut les soutenir par des greffes épiploïques. Les fils peuvent couper. Il repousse les interventions plus compliquées auxquelles a fait allusion M. Souligoux.

M. Loison fournit une statistique de 4 malades avec 3 guérisons ; dans un de ces cas de guérison, dû à Herschel, on a fait un anus artificiel temporaire.

M. Tuffier sur 6 cas compte 2 cas de péritonite avec mort, 2 cas de suppuration dont un suivi de guérison, 2 cas d'erreur au point de vue de la perforation. Le diagnostic, en effet, est souvent difficile. La moindre intervention, même la simple laparotomie exploratrice, est dangereuse chez les typhiques. A plus forte raison, faut-il repousser chez eux toute intervention compliquée.

Appareil pour anesthésie par l'éther. — M. Ombrédanne présente un appareil ingénieux pour administrer l'éther sans provoquer de cyanose, ni de congestion pulmonaire consécutive.

Extraction d'une balle du cerveau. — M. Picqué présente un malade chez lequel il a pratiqué l'extraction d'une balle du lobe occipital, grâce au repérage avec l'appareil de Contremoulin.

Paralysie du facial. — M. Tuffier présente une jeune femme de vingt-sept ans qui, à la suite d'une trépanation de l'apophyse mastoïde faite il y a douze ans, a eu une paralysie faciale complète qui a disparu au bout de sept ans.

M. Sébileau a vu souvent des paralysies faciales guérir ainsi spontanément, après un temps plus ou moins long. On peut donc compter, dans une certaine mesure, sur la régénération du nerf facial.

Appareils pour fracture des mâchoires. — M. Sébileau présente deux malades atteints de fracture du maxillaire supérieur, dont la fracture est réduite et maintenue réduite à l'aide d'appareils fort ingénieux fabriqués sur des moulages qui permettent aux malades de se servir de leur mâchoire et de manger comme tout le monde pendant la consolidation de leur fracture.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CERTIFICATS MÉDICAUX

Le 5 janvier 1907, un tramway, dirigé par le mécanicien Marius-Denis P..., heurtait, rue de Maubeuge, un fiacre que conduisait le cocher C... Celui-ci, par suite du choc, fut précipité sur la chaussée où il se fit quelques contusions.

Mais le cocher C... étant décédé quelques mois après, sa veuve, sur le conseil d'un agent d'affaires, poursuivit correctionnellement l'auteur de l'accident en articulant à l'appui d'une forte demande de dommages-intérêts que la mort de son mari était uniquement due à l'accident survenu six mois avant.

A l'appui de ses dires, elle produisait un certain nombre de certificats médicaux dont le tribunal apprécia la valeur.

Voici en quels termes il l'a fait :

Attendu que l'étude du dossier révèle une situation que l'on retrouve trop souvent dans beaucoup d'accidents, à savoir la présence d'un agent d'affaires qui, grâce à des efforts d'imagination et à coups de certificats médicaux, a essayé de faire payer aux civilement responsables des indemnités dont la destination n'est malheureusement que par trop évidente;

Qu'il suffit, pour s'en convaincre, de lire la plainte du 3 avril, rédigée de la main de l'agent d'affaires, signée par C..., à laquelle est joint un certificat d'un certain docteur X..., ancien interne, ex-chef de clinique privée à Paris; de lire encore la copie d'un autre certificat du 27 juin 1907 du même médecin, faite de la main de l'agent d'affaires; de lire une lettre sur papier grand deuil, écrite par la même main, signée par la veuve C... ; et enfin, une lettre du 4 février 1908, sur papier deuil moyen, écrite encore par la même personne, mais qui, cette fois, au lieu de la faire signer par la veuve C..., l'a signée carrément veuve C..., alors qu'il est manifeste que ce n'est pas cette femme qui a pu signer d'une aussi belle écriture...

Attendu que, cité comme témoin à l'audience, le docteur X... ne s'est pas présenté, écrivant qu'il était retenu au chevet d'une femme sur le point d'accoucher;

Attendu, de plus, qu'on a versé aux débats un certificat d'un autre médecin, le docteur Z..., daté du 26 juin, qui atteste avoir soigné aussi C... depuis le 5 janvier et qui dit également catégoriquement que la mort est la conséquence de l'accident;

Qu'on se demanderait comment un cocher de fiacre, n'ayant guère les moyens de se faire soigner en dehors d'un hôpital, où il aurait été soigné par des docteurs de premier ordre, a pu faire appel au concours de deux médecins, si on ne savait déjà qu'un agent d'affaires a eu la main-mise sur lui dès le premier jour;

Attendu, d'autre part, qu'en dehors desdits certificats, la défense en a versé un autre du docteur Y..., qui semble indiquer que C..., ayant été examiné par lui, était rétabli en février 1907 et capable de reprendre son service à la date du 11 du même mois;

Que si ce fait était démontré, P... n'aurait à répondre que du délit de blessures par imprudence;

Par ces motifs :

Reçoit dès à présent, comme intervenante, la Compagnie générale des voitures, qui demande à être exonérée de la responsabilité mise à sa charge par la loi de 1898, et, avant faire droit, commet le docteur Thoinot, lequel, notamment, entendra les médecins dans leurs explications et dira si l'on peut affirmer que la mort de C..., survenue le 25 juin, est la conséquence de l'accident du 5 janvier 1907. — (*Le Journal.*)

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. A. Le Dentu et Pierre Delbet; fasc. VIII, *Arthrites tuberculeuses* (1), par M. Michel Gangolphe.

L'auteur dit, dans son introduction, que le traitement si important des tumeurs blanches doit tenir compte autant de la situation sociale des malades que de l'étendue des lésions; comment parler en effet de séjour à la mer ou dans la montagne à de pauvres gens sans ressources? Aussi pour ceux-là, il n'y a qu'une guérison hâtive et radicale qui soit importante même avec des résultats fonctionnels un peu moins bons ; de là les conclusions fréquemment opératoires auxquelles aboutit le plus souvent M. Gangolphe qui s'est placé surtout au point de vue des malades des hôpitaux.

Il commence par étudier les arthrites rares : temporo-maxillaires, claviculaires.

Puis il consacre une longue étude aux tumeurs blanches bien plus fréquentes des grandes articulations : épaule, coude, poignet, hanche, genou, pied.

Signalons surtout l'important chapitre où est minutieusement examinée la coxo-tuberculose avec ses différentes formes cliniques et les méthodes thérapeutiques qu'on doit employer.

M. Gangolphe nous donne aussi une excellente et très complète description de l'arthrite tuberculeuse de l'articulation sacro-iliaque et insiste sur l'importance et souvent la difficulté du diagnostic avec la coxalgie.

De nombreuses figures illustrent cet intéressant fascicule qu'on lira avec fruit. ETIENNE LE SOURD.

(1) Paris, J.-B. Baillière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE ET « LA MAISON DU MÉDECIN ». — Le président de l'Association générale des médecins de France nous demande de publier la lettre qu'il a adressée le 7 février dernier à M. le docteur Courtault pour lui expliquer les motifs qui empêchent le Conseil général de l'Association de prendre part officiellement à l'organisation qu'il projette en vue de fonder « la Maison du médecin ».

« Paris, le 7 février 1908.

A M. le docteur Courtault, *52, rue Notre-Dame des Victoires.*

Monsieur et honoré confrère,

Lorsque je vous ai écrit que les membres du Conseil général de l'Association des médecins de France ne pouvaient s'associer que par des vœux au projet que vous vouliez bien leur soumettre, je vous disais que le secret professionnel m'interdisait de vous donner explicitement les motifs de cette réserve.

Depuis ce moment, j'ai reçu la visite du généreux donateur dont les dispositions testamentaires m'avaient dicté cette réponse et notre confrère, tout en me demandant de taire son nom et le lieu de sa résidence, m'a formellement autorisé à déclarer :

1° Qu'il maintenait et confirmait les termes précis de son testament qui lègue à l'Association générale la toute-propriété d'un château et d'un parc, permettant d'y installer, dans des conditions exceptionnelles, la *Maison de retraite du médecin*;

2° Qu'il léguait, en même temps, à l'Association générale, des terrains dont la vente ou l'exploitation permettraient d'assurer à tous les médecins qui seraient agréés une rente viagère de 1000 francs;

3° Que toutes les formalités requises seraient remplies pour que, à l'expiration de l'usufruit, si le donateur venait à décéder avant sa femme, l'Association générale pût entrer immédiatement en possession de ce legs.

Vous comprendrez, très honoré confrère, que les membres du Conseil général se trouvent liés par les promesses qu'ils ont reçues du généreux médecin qui m'a si nettement exposé ses vues et confirmé la teneur du testament que nous avons reçu en 1903.

S'ils se décidaient à créer, en dehors et sans l'assentiment de notre confrère, une œuvre que, grâce au don qu'il nous a fait, ils arriveront à faire prospérer sans difficultés et sans frais, ils s'exposeraient à voir le donateur modifier ou même révoquer ses dispositions testamentaires.

Je ne crois pas nécessaire d'insister pour vous expliquer davantage les motifs de notre abstention.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Signé : L. LEREBOULLET,
Président de l'Association générale. »

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (21, rue Hautefeuille). — CONFÉRENCES DE DERMATOLOGIE PRATIQUE. — M. Cl. Simon, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis (service du docteur Brocq), commencera le lundi 23 mars une série de douze conférences de dermatologie pratique avec présentation de malades, spécialement réservées aux membres de l'Association corporative.

Ces conférences auront lieu tous les jours, à deux heures précises, au siège de l'Association.

1. Anatomie de la peau. Lésions élémentaires. Technique et examens des malades. — 2. Eczéma. — 3. Psoriasis. Etats psoriasiformes. Pityriasis rosé de Gibert, etc. — 4. Prurigos. Prurit et urticaire. — 5. Lichen et lichénification. — 6. Erythèmes. Erythèmes polymorphes. Eruptions artificielles. — 7. Lupus vulgaire. Lupus érythémateux. — 8. Tumeurs de la peau. — 9. Pyodermites. Infections cutanées. — 10. Pelade. Teigne. Favus. — 11. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Eczéma marginatum. — 12. Gale. Phtiriase.

Droit d'inscription : 5 francs pour frais de déplacement des malades.

Ier CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE S'OCCUPANT DE PHYSIOTHÉRAPIE (Paris, 22-23 avril 1908). — PROGRAMME. — *Mercredi 22 avril.* — Ouverture du Congrès. Question à l'ordre du jour : « Les agents physiques dans le diagnostic et le traitement des traumatismes articulaires et osseux. » Rapporteurs : MM. Belot (radiographie), Dagron (massage), Laquerrière (électrothérapie), de Munter (mécanothérapie), Durey (méthode de Bier), Pariset (hydrothérapie). Discussion des rapports et communications sur le même sujet.

Jeudi 23 (matin). — Communications diverses.

Jeudi (soir). — Question à l'ordre du jour : « Les agents physiques dans le traitement des névrites et névralgies. » Rapporteurs : MM. Albert-Weil (photothérapie), Haret (radiothérapie), Kouindji (massage et rééducation), Lagrange (mécanothérapie), Libotte (hydrothérapie), Zimmern et Delherm (électrothérapie), Dausset (méthode de Bier), Barca et Faure-Beaulieu (radium). Discussion des rapports et communications sur le même sujet.

Le 24 dans la soirée, a lieu la séance mensuelle de la Société d'électrothérapie; le 25 dans la matinée, l'assemblée générale du Syndicat des médecins électrologistes et radiologistes; les 24, 25 et 26, l'exposition annuelle de la Société de physique.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Laquerrière, secrétaire général, 2, rue de la Bienfaisance.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 MARS 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Delens et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Reclus, Thiéry et Mulon ; — (2e série) : MM. Retterer, Auguste Broca et Rieffel.

2e : MM. Ch. Richet, André Broca et Macaigne.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, André Jousset et Lœper ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Lecène et Ombrédanne ; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 24 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Cunéo et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Maillard et Brumpt.

1er (oral, (1re série) : MM. Prenant, Hartmann et Thiéry ; — (2e série) : MM. Ricard, Launois et Rieffel.

3e (oral, 2e partie) : MM. Dieulafoy, Fernand Besançon et Castaigne.

4e : MM. Thoinot, Langlois et Carnot; — M. Nicloux, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Albarran et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Joffroy, Gouget et Jeanselme ; — M. Claude, suppléant.

Mercredi 25 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Branca et Ombrédanne.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Retterer et Rieffel; — (2e série) : MM. Reclus, Thiéry et Mulon.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Macaigne.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Sicard et André Jousset ; — M. A. Broca, suppléant.

Vendredi 28 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Delens et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

1er (oral, 1re série) : MM. Reclus, Macaigne et Mulon ; — (2e série) : MM. Retterer, Auguste Broca et Rieffel.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Marcel Labbé et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Zimmern ; — M. André Jousset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust ; — (2e série) : MM. Segond, Lecène et Ombrédanne ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Legry, suppléant.

Samedi 28 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Marion et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Letulle, Maillard et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Albarran, Launois et Morestin; — (2e série) : MM. Prenant, Thiéry et Auvray.

3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Maygrier et Retterer; — M. Langlois, suppléant.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaigne, Demelin et Jeannin.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Rénon et Gouget; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Achard et Jeanselme ; — (3e série) : MM. G. Ballet, Fernand Bezançon et Castaigne; — M. Lenormant, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 15 mars : MM. Pagniez et Guillemot, 20; MM. Babonneix et Merklen, 18.

Séance du 16 mars : MM. Géraudel, Decloux et Rathery, 20.

Prochaine séance jeudi 19 mars, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 14 mars. — Question : « Artère sylvienne. — Symptômes de la méningite tuberculeuse. »

Mlle Lévy, 8 + 17 = 25; MM. Léger, 10 + 15 = 25; Corpechot, 14 + 17 = 31; Mutel, 11 + 20 = 31; Samson, 10 + 15 = 25; Maillet, 11 + 20 = 31; Lamouroux, 17 + 20 = 37; Bloch (Marcel), 13 + 10 = 32; Mornard, 13 + 22 = 35; Passot, 13 + 19 = 32.

MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — Le premier prix (médaille d'or) est attribué à M. Gougerot. Le deuxième prix (médaille d'argent) est attribué à M. Fiessinger. L'accessit (livres) est attribué à M. Baudouin, qui est appelé aussi à bénéficier de la fondation Zambaco.

(CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.) — Le premier prix (médaille dor) est décerné à M. Mocquot; le deuxième prix (médaille d'argent) à M. Deniker et l'accessit à M. Küss.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — M. le docteur Gaétan Guilbaud, chirurgien suppléant des hospices, est nommé chirurgien titulaire.

PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 12 mai 1908, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 2 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1908.

Les dispositions des articles 16 et 17 de l'arrêté du 15 mars 1905, relatives à l'épreuve de sous-admissibilité, ne seront pas applicables au concours de 1908.

ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 4 mai 1908, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 25 avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1908.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont reçu les affectations suivantes :

Médecin principal de première classe. — M. Hornus, nommé médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Tours.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Petit (P.-C.), nommé médecin-chef de l'hosp. mixte de Tarbes.

Médecins-majors de première classe. — MM. Delamare, nommé médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de la Fère; Ferrand, médecin-chef des salles mil. de l'hosp. mixte de Montauban; Petit (J.), médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Saint-Mihiel; Quehery, passe au 89e d'inf.; de Vernejoul, à l'hôpit. milit. Bégin, à Saint-Mandé; Viguier, aux hôpit. de la division d'Oran; Braün, affecté à l'hôpit. milit. Saint-Martin à Paris et détaché au ministère de la guerre (7e direction); Biscons, passe au 14e d'inf.; Saltet, aux hôpit. de la division d'Alger.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Crépet, passe au 74e d'inf.; Lions, au 84e d'inf.; Rémond, aux hôpit. de la division de Constantine; Dercle, aux hôpit. de la division d'Alger; Augier, au 4e bataillon de chass. à pied; Ligouzat, à l'École d'artillerie et du génie de Versailles; Picqué, aux hôpit. de la division d'Alger; Gerbaux, aux troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam; Deyrolle, au 1er zouaves; Erutié de Vaucresson, au 7e cuirassiers; Duchêne-Marullaz, aux hôpit. de la division d'Alger; Imbert, aux hôpit. de la division d'Oran; Leguelinel de Lignerolles, à la direction du service de santé du 20e corps d'armée; Ecochard, au 18e bataillon d'art. à pied; Casse, au 36e bataillon de chass. à pied; Talabère, à la place d'Alger; Armeilla, aux hôpit. de la division d'Alger.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Patezon (de Vittel) et de M. Maurice Caillibaud (étudiant à Bordeaux).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'ÉPILEPSIE JACKSONNIENNE

PAR PORENCÉPHALIE TRAUMATIQUE

Par M. JABOULAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

Vous savez que l'une des lésions les plus souvent observées en cas d'épilepsie traumatique, celle sur laquelle l'intervention paraît avoir théoriquement le plus de chances de succès, consiste en kystes ordinairement superficiels et uniques, mais parfois multiples, méritant alors le nom de porencéphalie. Je vous en ai récemment rapporté un cas, je puis vous en citer aujourd'hui deux nouvelles observations.

Ne voulant retenir qu'un ou deux points spéciaux de chacune d'elles, je passerai très brièvement sur le reste de leur histoire clinique.

Je commence celle d'un premier malade à l'intervention qui me fit tomber sur les lésions suivantes, après trépanation au niveau d'une cicatrice de l'enfance chez un épileptique jacksonnien.

Dure-mère d'aspect normal, battante, non soulevée, mais adhérente à l'os; libération de ces adhérences, puis, après incision, libération de nouvelles adhérences des méninges molles à la dure-mère; écoulement modéré de liquide céphalo-rachidien. Le cerveau apparaît alors, non tendu et battant normalement, mais violacé, un peu ramolli et légèrement déprimé en cupule au centre du point trépané ; bref, attrition superficielle de vieille date, sans symptôme de foyer profond ; et je referme les plans superficiels par-dessus la cicatrice à filtration de la dure-mère. Les suites furent simples tout d'abord, lorsqu'au huitième jour, le malade, jusque-là apyrétique, tombe brusquement après quelques accidents convulsifs, dans un coma absolu, avec pouls ralenti et température de 40 degrés. Je défais immédiatement le pansement, et que trouvons-nous, après avoir désuni les lèvres de la plaie? Une énorme cavité, dont nous ne pouvons apprécier les dimensions antéro-postérieures, mais qui en profondeur paraît avoir la longueur de l'index et vraisemblablement s'est rompue dans les ventricules, donnant naissance au syndrome de compression cérébrale diffuse ou mieux d'inondation ventriculaire, en présence duquel nous nous trouvons. Le malade mourut vingt-quatre heures plus tard.

Le kyste, développé en plein centre ovale, avait encore, après effondrement de la substance cérébrale à son intérieur, le volume d'une grosse prune. Il était en réalité séparé des cavités ventriculaires par une mince membrane presque transparente de tissu nerveux, dont la disparition paraissait prochaine. Superficiellement, il avait pu s'étaler largement sous l'écorce, débordant en tous sens la zone rolandique, et s'en approcher jusqu'à moins d'un travers de doigt sans en troubler la vascularisation ni déterminer de paralysie permanente, et je vous rappelle que le cerveau battait au niveau du point trépané.

Ainsi la décompression opératoire a-t-elle été la cause occasionnelle de la rupture d'un gros kyste profond, lésion jusqu'ici relativement silencieuse, mais fatalement mortelle par l'importance de la désintégration cérébrale.

Fort heureusement, Messieurs, ces kystes traumatiques n'affectent guère ce siège et ce volume; et les petits kystes superficiels que l'on rencontre d'ordinaire, apparaissent moins comme des lésions destructives que comme des épines irritatives, laissant plus d'espoir de guérison chirurgicale.

Notre dernier malade est un jeune cultivateur de dix-neuf ans, sans antécédents héréditaires précis. A l'âge de deux ans, on l'aurait laissé tomber de la hauteur du bras sur un sol dur; il se fit, sans plaie extérieure, un enfoncement du crâne au niveau de la région pariétale gauche. Dix-huit mois plus tard, il présente des convulsions; et, à l'âge de cinq ans, commence ses premières crises nettes. Depuis, il est épileptique, prenant ces derniers temps une crise par semaine. Celle-ci s'annonce d'ordinaire par des prodromes lointains (douleurs de tête à gauche la veille ou l'avant-veille) et immédiats (sorte d' « émotion intérieure », sensation très reconnaissable pour le malade, mais qu'il ne peut mieux définir), et d'habitude il ne tombe pas. Dans l'intervalle, quelques absences, parfois quelques secousses dans le bras gauche (côté blessé).

L'intelligence est normale; le pouls n'est pas ralenti; et l'on ne constate aucun des stigmates de l'épilepsie vraie.

De même, pas de titubation, pas d'hémianopsie; pas de surdité ni de cécité verbales; pas d'agraphie.

La cicatrice correspondant exactement aux deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante gauche, l'examen se porte tout d'abord sur les membres du côté droit, et l'on constate, tant au bras qu'à la cuisse, une atrophie d'un centimètre par rapport au côté opposé, d'autant plus significative que le malade est droitier; il existe de même, un peu de parésie faciale droite, mais après les crises seulement.

Quant à la cicatrice elle-même, dont nous avons précisé le siège, il convient que vous l'observiez dans la position horizontale et dans la position basse de la tête.

Dans la première attitude, vous observez une large fente en dépression d'un centimètre, oblique en haut et en arrière parallèlement au sillon de Rolando sur la longueur de l'index; à travers les téguments normaux un peu vascularisés et vierges de toute cicatrice, vous pénétrez dans le crâne usé à ce niveau. On dirait (et l'opération nous a confirmé dans cette hypothèse) qu'il s'est agi d'une ancienne embarrure du crâne, et que le cerveau a résorbé le fragment enfoncé, comme celui de notre premier malade l'avait fait en partie. Cette curieuse résorption est à opposer aux cals exubérants si fréquents dans l'enfance, mais vous savez que le périoste cranien n'est bien fertile à aucune époque de la vie. Si vous faites baisser au contraire la tête au malade ou lui recommandez de souffler ou de se moucher avec

effort, vous voyez saillir peu à peu et se gonfler une poche molle, fluctuante et réductible, présentant la double expansion cardiaque et respiratoire du cerveau. Il s'agit, sans aucun doute, d'une pseudo-méningocèle traumatique, c'est-à-dire d'une hernie des méninges à travers la perte de substance du crâne ; et vous ne vous arrêterez pas à l'hypothèse d'une affection congénitale (tumeur veineuse communicante ou méningocèle), à fortiori d'un gliome ou d'un ostéo-sarcome pulsatile ayant perforé le crâne.

Nous avons opéré ce malade, et, après incision de la dure-mère, ouvert un petit kyste superficiel du cerveau. L'opération ne date que de quelques semaines; mais jusqu'ici les crises ont diminué d'intensité. Contre la hernie nouvelle à redouter, nous n'agirons pas par une autoplastie ostéo-cutanée, par glissement, par crainte de voir résorber à nouveau le fragment osseux détaché, mais nous ferons porter simplement au malade un appareil protecteur.

Un dernier détail. Depuis l'opération, on entend à l'auscultation du crâne en totalité, mais surtout près du point trépané, le double souffle de la respiration. Ce fait curieux, et qui ne s'observe pas chez tous les trépanés, je vous l'avais déjà signalé sur un malade porteur d'un volumineux ostéo-sarcome frontal, avec perforation du plafond des fosses nasales. Cette explication locale ne pouvant être admise ici, j'invoquerai la transmission des bruits respiratoires non par le crâne trépané (puisque encore une fois j'ai cherché ce signe en vain après trépanation simple), mais par le cerveau kystique; et je crois que c'est là, avant ou après trépanation, un signe de l'état porencéphalique du cerveau.

DE L'ANIODOL DANS LA VARIOLE

Par MM. DAUNIC,
Médecin des hôpitaux de Toulouse,
FORGUES et HODÉ,
Internes du service.

Au cours de l'épidémie de variole qui a sévi à Toulouse en 1907, et pendant laquelle nous avons traité 93 cas, nos préoccupations thérapeutiques ont porté non seulement sur le traitement général de cette affection, mais aussi sur le traitement local.

Dans un certain nombre de cas, nous avons employé l'eau oxygénée en pulvérisations, préconisée par M. le professeur Mossé. Cette médication externe nous a donné de très bons résultats en diminuant les démangeaisons et assurant l'antisepsie cutanée. Cependant, à notre avis, l'eau oxygénée ne désodorise point suffisamment le varioleux, atteint de suppuration étendue.

L'aniodol adopté depuis longtemps en chirurgie, et en obstétrique (professeurs Pinard et Queirel), nous paraissait devoir donner dans la variole les brillants résultats qu'il fournit dans les suites de couches, où souvent la fétidité des lochies cède à quelques lavages intra-utérins pratiqués avec cette substance.

En possession de quelques échantillons, nous fîmes une première expérience qui nous parut favorable. Aussi eûmes-nous recours à l'obligeance de la Société de l'aniodol, pour obtenir d'elle une provision abondante de ce produit. Nous étions d'ailleurs servis à souhait par l'épidémie qui prenait rapidement une grande extension.

Nous avons employé l'aniodol contre l'éruption variolique, à ses divers stades, et aussi contre les suppurations multiples qu'entraîne cette affection; nous l'avons employé comme remède préventif et curatif dans les conjonctivites, les angines, la leucorrhée, mettant aussi à contribution ses propriétés antiseptiques dans deux cas touchant à l'obstétrique : un cas d'avortement à trois mois et demi, un cas de variole au cours d'une grossesse de quatre mois, enfin, nous l'avons expérimenté sur un cas de lupus, un cas d'érysipèle, et plusieurs fois dans l'intertrigo.

Sous quelles formes l'avons-nous employé?

A. *En solution.* — Pour les lotions, lavages des plaies, des abcès, injections vaginales, nous avons adopté une solution à 1 p. 100.

Pour les pulvérisations, pratiquées toutes les deux heures, sur toute la surface du corps (exception faite, pour les yeux, les muqueuses, les parties génitales, qui sont protégés pendant la pulvérisation par un imperméable) nous avons employé la solution à 1 p. 200 (1).

Pour les gargarismes et l'antisepsie buccale, nous eûmes recours à une solution plus faible : à 1 p. 400, additionnée d'essence de menthe ou d'anis.

Enfin, pour les lavages obligatoires des yeux de tous les varioleux. Nous avons porté la solution au millième, soit 1 p. 1000.

B. *En pommade.* — Contre les abcès et la séborrhée, fréquente au cours des desquamations lentes et imparfaites (2).

C. *En poudre.* — Pour favoriser la cicatrisation des abcès, contre les plaies anfractueuses et atones (ulcères variqueux, escares), mélangé à parties égales de talc, pour le lupus et l'intertrigo.

D. *En savon.* — Nous avons usé des savons à l'aniodol pour l'antisepsie de nos mains, et regrettons de n'avoir pu l'employer pour savonner les varioleux dans leurs bains.

OBSERVATIONS. — *Obs. I.* — C... (Marie). *Varioloïde*, avec démangeaisons intolérables, n'ayant pas cédé à la médication générale; amélioration rapide par les pulvérisations et les lotions à l'aniodol (deux lotions générales par jour).

Obs. II. — P... (Maria). *Varioloïde.* Affaissement et dessiccation rapide des véscules et des vésico-pustules. Desquamation facile, hâtée et favorisée par l'aniodol.

Obs. III. — R... (Louise). *Variole confluente grave.* Tuméfaction énorme de la tête (dont le périmètre est exactement doublé) et des membres dont la peau semble vouloir éclater par la brusquerie du gonflement, et cela avant toute éruption, même maculeuse; pulvérisations, l'éruption s'opère sans douleurs; dessiccation rapide, pas d'odeur.

Obs. IV. — S... (Victorine). *Variole hémorragique.* Pulvérisations sur les vésicules noirâtres, naturellement peu saillantes. A la jambe droite, large ecchymose, d'origine variqueuse; un énorme placard de peau se sphacèle à ce niveau : écoulement d'un ichor sanguinolent très fétide. Lavages à la solution à 1 p. 100, deux fois par jour, suivis de poudrage à l'aniodol pur. Pansements humides à la solution à 1 p. 200. Résultat très favorable, plus d'odeur, pas d'atonie, la plaie est en voie de cicatrisation. Malheureusement la malade succombe à ce moment (dixième jour de l'éruption) par myocardite.

Obs. V. — B... (Anna). *Variole confluente.* Pulvérisations d'aniodol; affaissement rapide des vésicules, qui donnent des pustules à fleur de peau, tombant sans laisser de

(1) On pouvait craindre une action destructive de l'aniodol sur les pulvérisateurs. Il n'en est rien, l'aniodol respecte les tubes d'ébonite et de métal, ainsi que les bouchons de caoutchouc. Il n'encrasse pas le pulvérisateur.

(2) Poudre d'aniodol........ 5 grammes
Lanoline.............. } *àâ* 20 —
Vaseline.............. }

cicatrices. Cette malade a présenté une série d'abcès rebelles, en particulier dans la région sus-orbitaire, au voisinage de la glande lacrymale ; cette localisation rendait difficile l'emploi de l'aniodol en solution forte, nous employâmes la pommade, et des mèches de gaze imbibées de solution forte placées dans l'intérieur de l'abcès. Guérison rapide.

Obs. VI. — R... (Jean). *Variole hémorragique d'emblée.* Pulvérisations, gargarismes qui paraissent calmer la sécheresse de la gorge, néanmoins la mort survient avec une rapidité foudroyante, au troisième jour de l'éruption.

Obs. VII. — D... (Victorine). *Variole confluente grave.* Heureuse influence des pulvérisations sur les phénomènes cutanés. Une angine grave se déclare. Gargarismes, d'abord bien tolérés, puis déterminant des sensations de brûlure. Nous les cessons pour les pratiquer simplement à l'eau bouillie. La malade succombe au dixième jour, avec de l'œdème de la glotte. C'est le seul cas où les gargarismes furent mal tolérés. Il est bon de dire qu'il existait, dans la gorge et le pharynx, de vastes ulcérations très douloureuses par elles-mêmes.

Obs. VIII. — R... (Césarine). *Varioloïde* et lupus concomitant s'étendant sur le cou, et la partie supérieure du dos. Le lupus du cou est laissé comme témoin, seul le lupus dorsal est traité. Lavages à l'aniodol à 1 p. 100, poudrage avec talc et aniodol à parties égales. Les plaies lupiques ont rétrocédé, le suintement a disparu. La guérison est cependant loin d'être obtenue, mais il existe une très notable différence avec le lupus du cou. La malade rentre dans le service de dermatologie, où elle se trouvait d'ailleurs, lorsque la variole l'atteignit.

Obs. IX. — D... (Gabin). *Variole. Intertrigo.* Pulvérisations, bons effets sur l'élément variole. Après une lotion à l'aniodol, poudrage avec aniodol et talc, l'intertrigo a rapidement disparu malgré les sueurs profuses du malade.

Obs. X. — F... (Gabrielle). *Variole confluente grave.* Abcès nombreux, leucorrhée très abondante. Lavages des abcès avec solution forte. Injections vaginales. En quelques jours, énorme amélioration.

La malade en sortant demande à emporter de l'aniodol.

Obs. XI. — Série de malades atteints de conjonctivite.

1. Bains d'yeux à l'œillère avec une solution chaude d'aniodol à 1 p. 1000 deux fois par jour.
2. Nettoyage minutieux des culs-de-sac lacrymaux, avec la même solution.
3. Dans les cas de suppuration, pansements humides à l'aniodol au millième.

Il est à remarquer que chez les malades traités préventivement par les lavages bi-quotidiens à l'aniodol, nous n'avons jamais constaté de conjonctivites.

Obs. XII. — N... (Marc). *Variole confluente grave* compliquée d'érysipèle de la face. Pendant la convalescence, un érysipèle se déclare; applications de compresses imbibées de solution à 1 p. 200 sur toutes les parties atteintes (joue gauche, cou, partie supérieure du thorax). Guérison rapide. Étonnante modification des phénomènes cutanés liés à la variole. La desquamation de croutelleuse et mellicérique qu'elle était, devient furfuracée et se termine rapidement.

Obs. XIII. — M... (Rachel). *Variole confluente grave.* Avortement de trois mois et demi pendant la période de dessiccation de la variole. Avortement attendu : désinfection préalable par des injections d'aniodol à 1 p. 100. Toilette vulvaire au savon à l'aniodol. Aussitôt après l'avortement, injections vaginales à l'aniodol à 1 p. 100. Dans les jours suivants les lochies sont remarquablement inodores. Les suites de couches sont excellentes. La même malade a présenté une série d'abcès sur la partie inférieure du ventre. Applications de pommade à l'aniodol recouverte de gaze aseptique. Disparition rapide des abcès.

Obs. XIV. — S... (Marie). Agée de vingt-deux ans, entre à l'hôpital, le 12 octobre, avec une *variole* confluente et hémorragique, la surprenant au cours d'une grossesse de quatre mois. (Bruits du cœur et mouvements actifs dûment constatés.) Un pronostic fatal est porté par nous et plusieurs de nos confrères, dont deux, professeurs à la Faculté. Une albuminurie abondante nous gênait pour donner un traitement interne et nous résolûmes de limiter notre action thérapeutique à une médication *purement externe*. La malade fut mise au régime lacté absolu et reçut, toutes les deux heures, une pulvérisation à l'aniodol à 1 p. 100, sur toute la surface du corps. Lotions et lavages buccaux et vaginaux à l'aniodol.

Devons-nous la guérison inespérée de cette femme, qui, nous le répétons, fut condamnée à son entrée dans le service, et dont la variole fut extrêmement confluente et hémorragique, à la suppression de toute médication interne qui aurait pu être nuisible, vu l'état du rein ? La devons-nous au tempérament robuste et à la jeunesse de cette malade ? Ou bien, et il est vraiment bien permis de se le demander, à l'action merveilleuse et étonnante de l'aniodol ? Nous donnons le fait, tel qu'il est, en toute sincérité, et dans toute sa simplicité. Le seul traitement donné à cette femme fut un traitement externe, pulvérisations et lotions à l'aniodol; comme alimentation, régime lacté exclusif, pendant les deux mois qu'ont duré la maladie et la longue convalescence.

L'antisepsie vaginale préventive en vue de l'avortement fut faite à l'aniodol, cet avortement prévu ne se produisit pas. La grossesse a continué normalement son cours, nous avons pu, très facilement, vu l'état de maigreur très prononcé de la malade, constater tous les jours les mouvements actifs, et les bruits du cœur, et Mme Marie S..., que nous nommions « la rescapée », est sortie parfaitement guérie, enceinte de six mois.

A propos de nos observations, nous dirons, que sauf cette dernière malade (Obs. XIV) la plupart des varioleux traités à l'aniodol ont reçu une médication interne; soit celle bien connue de Du Castel, soit une médication récemment préconisée par M. Richard-Lesay (de Lille), basée sur l'administration de fortes doses d'analgésine, et qui paraît être une des méthodes de l'avenir (1).

Telles sont nos observations, dont la dernière est véritablement surprenante, elles montrent très nettement : 1° que l'aniodol est inoffensif chez les varioleux; 2° qu'il est bien toléré par tous les malades; 3° qu'il supprime les démangeaisons souvent intolérables; 4° qu'il assure une antisepsie parfaite de la peau; 5° qu'il supprime l'odeur repoussante des varioleux à la période de suppuration; 6° qu'il est peut-être susceptible de constituer plus tard, lorsque d'autres observateurs l'auront expérimenté, un traitement d'avenir de la variole.

Notre seul regret, est de n'avoir pu pratiquer la balnéation des varioleux à la solution faible (1 p. 1000) d'aniodol. Nos provisions de ce médicament précieux ne nous l'ont pas permis. Nous serions heureux de donner des bains fréquents à toutes les périodes de la variole, avec cet excellent antiseptique et désodorisant, si l'occasion s'en représentait au cours d'une nouvelle épidémie.

Au résumé, l'aniodol a été mis en face d'une maladie nouvelle pour lui : la variole, et les résultats qu'il a donnés permettent de fonder, sur son emploi, de grandes espérances. Nous serons fiers, si, plus tard, ces résultats sont confirmés, d'avoir été les premiers à l'employer sous toutes ses formes, dans le traitement de cette horrible maladie, et d'avoir les premiers signalé ses heureux effets.

Le troisième sexe : Les homosexuels de Berlin, par le docteur Magnus Hirschfeld. Un vol. in-18 jésus, 105 p. — Prix : 2 francs. — Paris, Jules Rousset.

Les ferments métalliques et leur emploi en thérapeutique, par M. le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de médecine : Un vol. in-18 avec nombreux graphiques. — Prix : 4 francs. — Paris, J. Rueff.

---

(1) Richard-Lesay. Traitement de la variole par l'analgésine, *Bull. de la Soc. méd.-chir. de Lille*, 11 avril et 2 mai 1907. — Daunic, Forgues et Hodé. Vingt-cinq cas de variole traités par la méthode du Dr Richard-Lesay, *Arch. méd. de Toulouse*, 15 janvier 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 MARS 1908)

M. le professeur Lannelongue fait hommage à l'Académie, d'un ouvrage intitulé : **Influences modificatrices de l'évolution tuberculeuse; recherches expérimentales**, qu'il a publié en collaboration avec MM. Achard et Gaillard.

— Dans cette séance il n'a été fait aucune communication d'ordre médical.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 MARS 1908)

Cancer latent du cæcum à forme anémique. — MM. P. Lereboullet et L. Tixier rapportent l'observation d'un homme chez lequel, pendant plus d'une année, une anémie marquée fut le seul symptôme apparent d'un cancer du cæcum. Si, à la fin de la vie, quelques troubles intestinaux s'associèrent à l'anémie, qui s'accrut dès lors très rapidement, ce fut l'autopsie seule qui permit de constater l'existence d'un cancer du cæcum resté très limité et non adhérent. L'anémie n'avait d'ailleurs pas les caractères habituels à l'anémie cancéreuse en différant par l'existence d'une leucopénie notable avec présence d'assez nombreuses hématies nucléées. Ce fait, en même temps qu'il établit l'existence d'une forme anémique du cancer du cæcum cliniquement comparable à la forme anémique du cancer de l'estomac, montre donc une fois de plus qu'il n'y a pas toujours des différences hématologiques très tranchées entre les anémies symptomatiques et les anémies protopathiques. Il tend en outre à prouver que l'anémie souvent si marquée des cancers digestifs est bien moins liée à l'étendue du néoplasme qu'aux troubles fonctionnels secondaires qu'il entraîne du côté de l'appareil gastro-intestinal.

Du cardiospasme à forme grave. Diagnostic et traitement rationnel sous l'œsophagoscopie. — M. Guisez relate quatre observations de spasme essentiel du cardia.

Dans un cas il s'agissait d'un spasme à forme aiguë ayant amené l'obstruction de l'œsophage par des fragments alimentaires. L'intervention a consisté à déboucher l'œsophage sous l'œsophagoscopie.

Dans les trois autres cas, le spasme ancien du cardia avait déterminé une très grande dilatation de l'œsophage, et l'alimentation était devenue impossible.

Les malades étaient voués à une cachexie plus ou moins rapide et les diagnostics les plus divers avaient été posés par les moyens ordinaires (cancer, sténose par compression).

L'œsophagoscopie a permis de préciser le diagnostic, d'affirmer qu'il n'y avait aucune lésion épithéliomateuse ou autre et d'instituer un traitement efficace consistant en dilatation forcée du sphincter cardiaque, application de courants antispasmodiques de haute fréquence et d'amener une amélioration rapide chez tous ces malades.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 MARS 1908)

De la toxicité de l'abrine chez les animaux chauffés. — MM. Lesné et Dreyfus ont étudié l'action de l'abrine chez cobayes et les grenouilles chauffés à l'étuve et ont vu que ces animaux meurent toujours avec des doses non mortelles pour les témoins. Les grenouilles chauffées meurent à des doses extraordinairement faibles qui peuvent être de 1/500 et même 1/2000 de milligramme. Elles paraissent, lorsqu'elles résistent dans ces conditions, pouvoir fabriquer des antitoxines. A la température de 15 degrés environ l'abrine ne paraît être ni modifiée ni éliminée, ni détruite comme le prouve la mise à l'étuve de l'animal au bout de quelques jours seulement. Chez la grenouille, la tension toxique pour l'abrine est fonction de la température dans la proportion de 1 à 200.

Action du radium sur le sang. — MM. Aubertin et A. Delamarre ont étudié les modifications sanguines produites chez des souris blanches soumises à des irradiations presque totales au moyen d'un appareil à sels collés de 3 centimètres de diamètre. Au bout d'une heure, il se produit une leucocytose, puis, très rapidement, le chiffre des leucocytes tombe au-dessous de la normale ; cette leucopénie se prolonge quelque temps pour disparaître ensuite; mais si l'on fait des irradiations répétées, le chiffre leucocytaire continue de baisser et le chiffre des globules rouges baisse également.

La rate présente des lésions dégénératives analogues à celles que provoquent les rayons X : toutefois les modifications sanguines sont plus précoces que les altérations spléniques : elles peuvent même, après de courtes irradiations, exister sans lésions spléniques : la leucopénie n'est donc pas due (avec ces doses) à la dégénérescence des veines lymphoïdes.

Le radium semble donc agir sur les organes profonds (et spécialement sur les centres hématopoiétiques) de la même façon que les rayons X.

Antagonisme de la choline et de l'adrénaline. — M. Teissier (de Lyon). M. Desgrez a mis en évidence l'action stimulante que la choline exerce sur les sécrétions externes. Plus récemment, avec M. Chevalier, il a établi l'action hypotensive produite, par la même base sur l'économie, et l'action antagoniste qu'elle peut exercer vis-à-vis de l'adrénaline. Nous nous sommes demandé si la choline n'exercerait pas aussi une action empêchante sur la production des lésions vasculaires par l'adrénaline. Les expériences effectuées sur le lapin nous ont d'abord permis de confirmer les faits établis par les auteurs précédents. Elles montrent, de plus, très nettement, que l'action athéromatogène de l'adrénaline n'est pas empêchée par la choline, ce qui est en même temps, la démonstration que cette action est indépendante de l'effet hypertenseur exercé par cette base.

Toxicité des extraits préparés avec les parois du tube digestif. — En faisant macérer séparément dans de l'eau salée les parois de l'estomac, du duodénum, de la fin de l'iléon, de l'appendice, du cæcum et du côlon, prélevés chez des lapins normaux, MM. Roger et Garnier ont préparé une série d'extraits dont la toxicité fut appréciée par injection intraveineuse chez le lapin. Les parois de l'estomac et celles du cæcum sont peu nocives et ont à peu près la même toxicité; il faut injecter l'extrait de 31 à 32 grammes pour tuer 1 kilogramme de lapin. Les extraits préparés avec le côlon sont un peu plus toxiques et ont la propriété de provoquer des hémorragies diffuses dans les plaques de Peyer. Le duodénum tue à la dose moyenne de 15 grammes par kilo. La deuxième partie de l'iléon semble beaucoup plus toxique; il suffit d'injecter de l'extrait de 3 à 4 grammes pour amener la mort; avec l'appendice, la dose mortelle est de 2 grammes seulement.

La nocivité spéciale de l'iléon et de l'appendice est due à la propriété qu'ont les extraits préparés avec les segments de l'intestin d'amener la coagulation du sang dans les cavités droites du cœur. Or si l'on enlève à l'iléon les plaques de Peyer et qu'on recherche séparément la toxicité de l'extrait préparé avec les plaques de Peyer et de celui préparé avec l'iléon privé de ces organes lymphoïdes, on reconnaît que seules les plaques de Peyer ont la propriété coagulante; elles tuent à la dose de

de 3,8 par kilo; et l'iléon privé de ces plaques ne tue qu'à celle de 15 grammes par kilo comme le duodénum. Ainsi la propriété coagulante qu'ont certains de ces extraits préparés avec les parois de l'intestin semble due à la présence dans l'épaisseur de ces organes de productions lymphoïdes, plaques de Peyer et follicules clos de l'appendice.

Dosage du protoxyde d'azote dans le sang. — M. Nicloux fait connaître une méthode de dosage du protoxyde d'azote dans le sang, basée sur l'extraction de ce gaz dans le vide au moyen de la pompe à mercure et l'analyse ultérieure au moyen de l'endiomètre-grisoumètre de Gréhant.

Un appareil permettant d'observer les cônes de la rétine. — Par le moyen d'un appareil que décrit M. Fortin, on peut étudier le cône lui-même, et, dans son intérieur, les différentes réactions qui s'y produisent sous l'influence des lumières colorées, et affirmer que la transformation de l'ondulation lumineuse en sensation ne se produit pas dans le cylindre même du cône et cela à cause de la netteté de la parallaxe. On peut également constater que l'acuité visuelle sera entièrement sauvegardée tant qu'existera l'intégrité des quelques cônes centraux, quand bien même tout le reste de la rétine serait détruit.

De plus, M. Fortin s'est servi de ce dispositif comme d'un précieux moyen de diagnostiquer de minuscules lésions de la partie la plus intéressante de l'œil, c'est-à-dire de la mosaïque fovéale.

Autres communications :

L'entérite de la muqueuse nasale. — M. P. Bonnier.

Régénération des fragments nucléaires dans les cellules géantes expérimentales. — M. Guieysse.

Mesures en unités M. de la quantité de rayons X réellement absorbée par les tissus. — M. Guilleminot.

Sur les échanges gazeux de la grenouille. Action de la lumière. — M. Weiss.

L'ophtalmo-réaction à la tuberculine est-elle spécifique? — M. Sakorrhaphos.

Gravidité et glande interstitielle de l'ovaire chez la lapine. — MM. Regaud et Dubreuil.

Sur la méthode de Herter et Forster pour la détermination quantitative de l'indol. — MM. Gorter et de Graaff.

Sur l'apparition de la graisse dans l'intérieur des vaisseaux rénaux. — M. Babès.

Note sur les différences qui existent entre les microbes appartenant au groupe des paratyphiques B. — M. Babes.

Lésions des centres nerveux produites par l'injection locale de bile. — MM. Marinesco et Minea.

Sensibilisation à l'infection tuberculeuse par une injection préalable de tuberculine. — MM. Slatineano et Danielopol.

Persistance de la tuberculine dans l'organisme de la chèvre. —MM. Slatineano et Jonesco Mihaiesti.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 13 mars 1908)

Orchidopexie. — M. Coudray présente un jeune homme de vingt-six ans chez lequel il a pratiqué l'orchidopexie, il y a neuf mois, pour une ectopie inguinale, sans hernie. Le testicule est en bonne position, très mobile et sans tendance à remonter sur l'anneau. L'auteur attache beaucoup plus d'importance à la fixation du cordon par suture des plans fibro-conjonctifs en avant de lui qu'à la fixation du testicule lui-même.

M. Desnoyers, professeur de calligraphie, dans un exposé très précis, démontre que l'écriture droite exige une fatigue musculaire favorable à la crampe des écrivains. Par une expérience très concluante, il a prouvé également qu'il est impossible de conserver une attitude naturelle en se servant de cette écriture et que tous ces inconvénients n'existent pas dans l'écriture penchée pratiquée d'après sa méthode.

Sur un cas de rhumatisme tuberculeux ayant évolué pendant cinq ans, terminé par une tuberculose pulmonaire. — M. Laussedat rapporte le cas d'une malade atteinte d'un pied plat douloureux qui se termina tardivement par la tuberculose pulmonaire. L'originalité de cette observation semblable à celle que le professeur Poncet a présentée en mai 1907, à la Société médicale des hôpitaux, consiste dans son début brusque en pleine santé apparente et par la terminaison pulmonaire.

M. Poncet ajoute que la tuberculose se révèle non seulement par des manifestations articulaires ou séreuses, mais encore par des lésions organiques; il ne faut donc jamais oublier la forme larvée de la tuberculose, forme appelée à tort arthritisme. A propos du cas de pied plat publié par M. Laussedat, l'auteur dit avoir vu des pieds plats douloureux classiques, s'accompagner plus tard de tuberculose pulmonaire; bien plus, la scoliose, la coxa-vara, le pied plat douloureux sont souvent d'origine infectieuse tuberculeuse.

M. Dupuy de Frenelle demande si, dans les rhumatismes tuberculeux, il y a avantage à mobiliser l'articulation et à préconiser les massages.

M. Poncet répond qu'il est partisan des mouvements et du massage dans les formes frustes du rhumatisme tuberculeux et que l'immobilisation doit être conseillée dans les cas douloureux à réaction inflammatoire vive. Mais dans tous les cas, la base du traitement sera l'hygiène, la vie au grand air, etc.

Hérédo-syphilitiques et traitement spécifique. — M. Verchère démontre que le mercure agit sur l'élément infectieux, le spirochète en action jeune dans le sang, par suite sur les lésions de réaction, de défense dues à son inoculation ou à son auto-inoculation et sur le sang lui-même modifié dans sa composition par la présence de celui-ci.

L'iodure agit sur les lésions des parois vasculaires, modifiées par l'élément infectieux qui y a circulé autrefois ou qui y circule encore, et sur les lésions dues à des altérations vasculaires ou péri-vasculaires.

M. Antonelli dit que le mercure n'arrête jamais la sclérose optique du tabes : il ne la prévient pas non plus dans les cas où le second œil est atteint bien plus tard que le premier, laissant ainsi le temps d'un traitement mercuriel prolongé et intensif. La bilatéralité et la marche de l'affection sont fatales. Il faut chercher mieux, soit pour le traitement radical de la syphilis récente, soit pour le traitement périodique des premières années, préventif à longue échéance des manifestations dites parasyphilitiques.

Comme équivalent de l'hémophilie, mentionnée par M. Godlewski, il faut citer les hémorragies intra-oculaires profuses, soi-disant spontanées, des jeunes sujets. Ces hémorragies sont la conséquence des lésions hérédo-syphilitiques du fond de l'œil.

La sporotrichose de la muqueuse bucco-pharyngée. — M. Letulle présente une observation ayant occasionné la mort, avec projections des coupes histologiques et cultures du champignon pathogène; diagnostic différentiel avec la tuberculose. Les coupes très intéressantes et les préparations photo-micrographiques ont été faites au laboratoire de l'hôpital Boucicaut par le préparateur M. Eugène Normand.

Les auteurs ont profité des conditions extrêmement favorables qui leur étaient offertes par la Société de médecine de Paris, et grâce auxquelles ils ont pu montrer dans tous leurs détails les projections photo-micrographiques et les préparations.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION DE LA TOUX; L'EFFICACITÉ DE L'HÉLÉNINE ET SES AVANTAGES

Parmi les médicaments que l'on prescrit contre la toux, l'hélénine tient la première place. Qualifiée par Bouchardat de calmant efficace, elle agit plus sûrement et plus promptement que les opiacés, sans avoir comme eux l'inconvénient de troubler les fonctions digestives et de déterminer l'anorexie. Bien au contraire, tout en faisant cesser les quintes les plus rebelles, elle excite l'appétit et facilite la digestion comme les amers aromatiques et tout praticien appréciera l'importance de cette double propriété chez les phtisiques trop souvent atteints d'inappétence. Dans la tuberculose pulmonaire, sous l'influence heureuse de l'hélénine, a écrit Au-d'houi, médecin des hôpitaux de Paris, l'insomnie provoquée par la toux opiniâtre cesse, l'oppression disparaît, l'agitation se calme, l'expectoration se modifie et diminue toujours de quantité; on constate en outre la disparition progressive et parfois complète des bacilles de Koch dans les crachats.

L'hélénine s'administre de préférence sous forme de globules du docteur de Korab à la dose de deux à quatre par jour. Chez l'enfant et surtout dans la coqueluche, où elle donne de merveilleux effets que Dujardin-Beaumetz a relatés dans son *Dictionnaire de thérapeutique*, il est préférable de donner le sirop du docteur de Korab à la dose de quatre à cinq cuillerées à café par jour.

Dans le traitement de la bronchite chronique et de la tuberculose, les globules à l'hélénine créosotée du docteur de Korab donneront les meilleurs résultats, à la dose de deux à quatre par jour, sans incommoder les estomacs les plus délicats.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. A. Le Dentu et Pierre Delbet; fasc. V, *Maladies des os; lésions infectieuses, parasitaires, trophiques, néoplasiques* (1), par P. Mauclaire.

L'auteur étudie, avec sa grande compétence, dans une première partie les lésions infectieuses des os.

Un chapitre très complet est consacré aux ostéomyélites à staphylocoques avec leurs formes cliniques si diverses autant au point de vue de la durée qu'à celui de l'aspect; puis viennent les infections éberthiennes et celles consécutives aux fièvres éruptives.

Signalons une excellente étude sur l'ostéo-tuberculose où les lésions anatomo-pathologiques et les signes cliniques sont minutieusement examinés.

Les infections parasitaires et cliniques des os constituent la deuxième et la troisième partie.

Dans la quatrième, M. Mauclaire passe en revue les maladies tropho-nerveuses : achondroplasie, rachitisme, ostéomalacie, ostéo-psathyrose, atrophies osseuses, hypertrophies, maladie de Paget, acromégalie, leontiasis ossea.

Tous ces chapitres sont particulièrement intéressants à lire, car M. Mauclaire a su très heureusement résumer les nombreux travaux parus sur ces diverses questions en ces dernières années, de façon à nous mettre au courant de l'état actuel de la science; des figures très instructives éclairent le texte et nous donnent une idée exacte des lésions et des caractères de ces affections qu'on a assez rarement l'occasion d'observer.

La dernière partie est consacrée aux néoplasmes des os, elles présentent une très bonne étude de l'ostéo-sarcome qui est la tumeur la plus fréquente et la plus intéressante pour le chirurgien qui lira avec fruit cet important fascicule.

ETIENNE LE SOURD.

(1) Paris. J.-B. Baillière.

Introduction à la psychiatrie clinique de Kræpelin (1). Traduction de M. A. Devaux et de M. le professeur Merklen; préface de M. E. Dupré.

D'après nombre d'années les conceptions et les synthèses pathologiques de Kræpelin se sont imposées à l'attention du monde psychiatrique par leur originalité et leur hardiesse. Si quelques-unes ont été critiquées ou remaniées, si d'autres ont été confirmées et acceptées; il n'en est pas moins fort curieux de voir sur quelles bases cliniques elles ont été édifiées. En raison de cet intérêt et indépendamment de toute autre utilité, la traduction de MM. Devaux et Merklen aurait déjà rendu un service important.

Dans ce livre de leçons cliniques on trouvera, en même temps qu'une instructive présentation des malades les plus démonstratifs et les mieux caractérisés, une analyse psychologique et une mise en valeur des symptômes les plus remarquables à tous égards. Dans cette merveilleuse variété de tableaux cliniques on verra tour à tour défiler et évoluer les formes psychopathiques les plus typiques de la psychose maniaque-dépressive et de la démence précoce, de la paralysie générale et des démences organiques, de la sénilité et de l'épilepsie. Ce seront ensuite les troubles psychiques liés à l'alcoolisme ou à d'autres intoxications, les délires consécutifs aux maladies aiguës ou à la puerpéralité. La paranoïa et les états constitutionnels, les anomalies psychiques congénitales et les agénésies cérébrales constituent enfin autant de chapitres pleins d'originalité et d'intérêt.

Quelques pages de considérations générales sur la pathogénie des troubles psychiques terminent la série de ces leçons et résument en quelque sorte les tendances synthétiques de l'auteur par un essai de classification étiologique des maladies mentales.

Dans cette traduction à la fois fidèlement exacte, claire et élégante, Devaux et Merklen ont su, par un style agréable, conserver la vie et l'originalité des leçons de l'auteur. L'attrait déjà grand de ce livre se trouve dès l'abord encore accru par celui d'une préface dans laquelle un des maîtres de la psychiatrie française, à l'abri de toute partialité d'école et dégagé de tout préjugé doctrinal, analyse et apprécie les conceptions de Kræpelin. A l'œuvre du professeur de Munich il est permis, ainsi que l'écrit M. Dupré dans sa remarquable préface, d'appliquer ces paroles de Lasègue : « On peut modifier, renverser les doctrines magistrales, on n'a jamais le droit de se déclarer indifférent à leur première création. »

C'est pourquoi la lecture de cet ouvrage, si fructueuse pour l'aliéniste, nous semble aussi fort intéressante pour tout médecin instruit, qui ne saurait méconnaître l'existence des problèmes si captivants de la psychiatrie moderne.

P. CAMUS.

Effets de l'ingestion du suc gastrique de porc sur la sécrétion et le fonctionnement de l'estomac au cours de certaines gastropathies (2), par A. Tricart, docteur en pharmacie, chef des travaux de médecine légale à l'Université de Lille.

Dans son important travail, inspiré par le professeur Surmont, M. Tricart, après avoir rappelé le procédé personnel (œsophago-duodénostomie et fistulisation du cardia), par lequel Hepp obtient le suc gastrique du porc, montre que les plus récentes expériences physiologiques ont prouvé l'existence d'une sécrétine spéciale, contenue dans le suc gastrique

(1) In-8°, 430 pages. — Paris, Vigot frères.

(2) Th. de Lille, nov. 1907.

et possédant une action excito-sécrétoire spécifique qui est due ni au pouvoir protéolytique propre, ni à l'acidité du suc gastrique. De là, l'idée logique et qui s'est beaucoup répandue depuis plusieurs mois, d'appliquer le suc gastrique de porc au traitement des diverses hypopepsies. Parmi un grand nombre d'observations que M. Surmont avait mises à sa disposition, M. Tricart en a choisi onze des plus caractéristiques, le suc employé a été la *dyspeptine* de Hepp. Les cas observés ont été :

Observations I et II. — *Hypopepsies primitives simples* : Deux guérisons complètes.

Obs. III et IV. — *Hypopepsies primitives compliquées de diarrhée* : Une guérison complète ; une grande amélioration entretenue par la médication reprise de temps en temps.

Obs. V. — *Hypopepsie nerveuse compliquée de diarrhée* : Amélioration semblable.

Obs. VI. — *Chloro-anémie compliquée d'hypopepsie* : Guérison complète.

Obs. VII. — *Hypopepsie liée à une tuberculose pulmonaire du premier degré* : Guérison complète de la dyspepsie et des signes de tuberculose.

Obs. VIII. — *Cancer de l'estomac* : Amélioration manifeste de la nutrition et du poids, mais naturellement sans effet sur la tumeur.

Obs. IX. — *Achylie d'origine nerveuse* : Guérison complète.

Obs. X. — *Achylie chez une névropathe* : Effet nul.

Obs. XI. — *Hyperchlorhydrie* : Augmentation des symptômes.

M. Tricart conclut que le suc gastrique de porc constitue une médication *fonctionnelle* modifiant heureusement le symptôme hyposécrétion, indépendamment de la cause provocatrice. L'amélioration des symptômes subjectifs avec le retour de la sécrétion au type normal est constante ; mais cette amélioration est fréquemment indépendante d'une modification *appréciable* de la sécrétion, sans que l'on connaisse la cause de cette discordance apparente, mais indiscutable. Dans les hyposécrétions où l'HCl libre n'a pas entièrement disparu, la guérison définitive est la règle, alors que le suc de porc a ramené le chimisme au type normal. Si l'HCl libre a entièrement disparu, cette amélioration *chimique* n'est pas constante, quoique fréquente ; mais l'amélioration *clinique*, rapide, est entretenue par la médication (à dose parfois minime). Dans le cas d'achylies consécutives à des lésions dégénératives de la muqueuse gastrique, l'amélioration n'a été qu'exceptionnelle. Les indications thérapeutiques du suc de porc doivent donc se limiter aux *insuffisances sécrétoires de l'estomac* et son usage peut être même nuisible dans les cas d'hypersécrétion.

Les observations sont toutes accompagnées de nombreuses et très complètes analyses de sucs gastriques, contrôlant les résultats cliniques et dues au docteur Dehon, d'après la méthode Hayem-Winter.

L. GAYARD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 MARS 1908

THÈSES

Mercredi 25 mars 1908, à une heure. — M. Stepanoff. Rapports des auto-infections avec l'hypothyroïdie. (MM. Roger, président ; Pierre Marie, Marcel Labbé et Lœper.) — M. Patry. L'acromégalie avant 1885. (MM. Pierre Marie, président ; Roger, Marcel Labbé et Lœper.) — M. Baldenweck. Etude anatomique et clinique sur les relations de la caisse du tympan avec la pointe du rocher, le ganglion de Gasser et la sixième paire cranienne. (MM. Segond, président ; Delens, Gosset et Lecène.) — M. Caillaud. Coexistence de l'appendicite chronique et de la hernie. (MM. Segond, président ; Delens, Gosset et Lecène.) — M. Daguet. Technique et indications des procédés auto-plastiques dans l'évidement pétro-mastoïdien. (MM. Segond, président ; Delens, Gosset et Lecène.) — M. Daniel. De la colpotomie dans les annexites. (MM. Segond, président ; Delens, Gosset et Lecène.) — M. Milan. Traumatisme et appendice. (MM. Segond, président ; Delens, Gosset et Lecène.)

Samedi 28 mars 1908, à une heure. — M. Chabbert. Contribution à l'étude des réactions méningées aiguës aseptiques. (MM. Raymond, président ; Gilbert, Carnot et Claude.) — M. Prel. Contribution à l'étude de l'endoscopie recto-colique. (MM. Gilbert, président ; Raymond, Carnot et Claude.) — M. Cailliau. Le sort des levures dans l'organisme et leur emploi en thérapeutique. (MM. Hutinel, président ; Bar, Brindeau et Nobécourt.) — M. Descusses. Etude sur l'opération césarienne et l'accouchement méthodiquement rapide post-mortem et pendant l'agonie. (MM. Bar, président ; Hutinel, Brindeau et Nobécourt.)

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 21 janv. 1908.) Dungern et Coca : Sur l'hémolyse par combinaison d'acide oléique ou d'oléate de soude avec le venin de cobra. — Hamburger : Sur les tuberculides cutanées des nourrissons. — Flesch : Sur la neurologie de la langue. — Holzbach : Quatre-vingts anesthésies lombaires sans insuccès. — Gebele : Sur le traitement par l'hypérémie de Bier. — Jolles : Signification des pentoses dans les fèces et leur dosage quantitatif. — Bermbach : Sur l'action de l'injection sous-cutanée de pyocyanase. — Mayer : Sur la transmission du rouget du porc à l'homme. — Uebl : Psychologie et psychopathologie au point de vue de la police. — Duchlacher : But et moyens de l'enseignement de la gynécologie. — Galli : Sur l'histoire et l'indication du traitement par l'oxygène. — Doerfler : Rapport sur la première année du fonctionnement de l'assistance aux nourrissons à Wissembourg. — (N° 4, 28 janv.) Sauerbruch et Heyde : Sur la parabiose des animaux à sang chaud réunis artificiellement. — Liefmann : Intoxication carnée et réaction de Widal. — Fornet : Sur le séro-diagnostic moderne ; sur les précipitines et les opsonines. — Prowazek : Sur l'étiologie du choléra des poules. — Goebel : Expériences sur la cuti-réaction de la tuberculose de v. Pirquet. — Steinthal : Sur la blessure du duodénum par les traumatismes contondants. — Schrötter : Sur la symptomatologie de la pleurite exsudative. — Lehman : Sur la limitation de l'incision abdominale par les méthodes d'opération vaginale. — Oppenheimer : Sur les résultats obtenus dans les postes d'instruction de Munich. — Wiens et Günther : Sur l'ophtalmo-réaction. — Gebele : Sur le traitement par l'hypérémie de Bier. — (N° 5, 4 fév.) Volhard : Sur la respiration artificielle par ventilation de la trachée et sur un dispositif simple pour la respiration artificielle rythmée. — Bacmeister : La précipitation de la cholestérine dans la bile et son importance pour la pathogénie de la lithiase. — Moro : Sur une réaction de la peau applicable au diagnostic, par frottement avec une pommade à la tuberculine.

— Junker : Recherche sur la réaction de la tuberculine de v. Pirquet chez l'adulte. — Kehrer : Sur le traitement de la vaginite par les levures. — Geigel : Le bâillement. — Harnak : Nouvelles études sur l'électricité et le magnétisme cutanés chez l'homme. — Hartleib : Action de l'anesthésie lombaire à la tropacocaïne sur les reins. — Zacharias : Deux cas de tétanos consécutifs à des opérations gynécologiques, traités par l'antitoxine de Höchst. — Heddaens : Tétanos consécutif à une injection sous-cutanée de gélatine; remarques sur l'emploi de la gélatine dans les hémorragies. — Fiedler : Contribution à l'ostéomyélite aiguë primitive des côtes. — Jessen : Sur le traitement de la tuberculose. — Geissler : Nouvelle table à instruments de forme trapézoïde. — (N° 6, 11 fév.) Czerny : Sur le traitement du cancer par les étincelles. — Wolf : Immunisation par la bouche. — Lommel : Sur la polycythémie. — Graff : Contribution expérimentale à l'explication du mode d'action de la stase de Bier. — Hoffmann : Recherches sur les sérums dans les thyréoïdoses. — Schottelius : Savon au lysol et au crésol. — Fornet et Schereschewsky : Existe-t-il une réaction précipitante spécifique dans la syphilis et la paralysie générale ? — Bacmeister : La précipitation de la cholestérine de la bile et son importance pour la pathogénie de la lithiase biliaire. — Harnack : Nouvelles recherches sur l'électricité et le magnétisme cutanés chez l'homme.

Riforma medica. — (N° 50, 14 déc. 1907). G. Pascale : L'intervention chirurgicale dans le traitement des anévrismes des membres, et particulièrement en ce qui regarde l'extirpation du sac. — Maurizio Ascoli : La cranio-puncture exploratrice. — R. Repetto : Observations expérimentales et histologiques sur le fœtus, le lait et le liquide amniotique d'une brebis morte de la rage. — (N° 51, 21 déc.) Fittipaldi : Le chromogène rouge biliaire. — G. Pascale : L'intervention chirurgicale dans le traitement des anévrismes des membres et particulièrement en ce qui regarde l'extirpation du sac (*suite*). — Michele Zedda : L'immunité que l'on obtient par l'inoculation de vaccin filtré à travers le Berchefeld-W, est-elle due à la localisation du virus ou à des substances immunisantes dialysables à travers les membranes de collection ? — Graziadei : La thoracentèse sans aspiration. — (N° 1, 6 janv. 1908.) G. Marini et M. Fiorini : Valeur de l'examen histologique des liquides ascitiques dans le diagnostic des néoplasies péritonéales. — Michelangelo Cipolla : Un cas grave d'ostéopériostite gommeuse de la région nasale avec large perte de substance consécutive, provoqué par une lésion traumatique. — Sante Solieri : Etranglement d'un intestin hernié en rapport avec une disposition spéciale du viscère et indépendante du sac herniaire. — Sebastiano Cannata : Technique de la conservation des sédiments urinaires contenant des éléments organiques. — (N° 2, 13 janv.) Ferdinando Soprana : Un cas d'aphasie par lésion de l'hémisphère droit chez un droitier. Anévrisme de la moelle cervicale. — Roberto Falcone : Contribution clinique à la néphropexie capsulaire par le procédé du professeur Pascale. — (N° 3, 20 janv.) Vincenzo Cocuzza : Quinze cents opérations de cure radicale de hernies inguinales. — Giovanni Fianzo : L'iodure de potassium dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ; — Contribution à l'étude du signe palmo-plantaire dans la fièvre typhoïde. — (N° 4, 27 janv.) Umberto Gabbi : La fièvre de Malte ou de la Méditerranée (septicémie de Bruce) en Italie. — Tommaso Secchi : Contribution à l'étude de la syphilis secondaire du foie. Syphilis et malaria. — Enrico Cortona : L'europhène dans le traitement des chancres mous. — (N° 5, 3 fév.) Michele d'Amore : A propos de la valeur diagnostique de l'ophtalmo-réaction de Calmette. — Ferruccio Sicuriani : L'hyperélimination pathologique du phosphore, spécialement dans les ostéoclasies, se fait par la voie intestinale. — Luigi Soava : Contribution à la chirurgie du cœur, avec un cas de suture du ventricule droit. — Pietro Timpano : Hémichorée par malaria grave. — (N° 6, 10 fév.) Pietro Fiorentini : La distribution de la fièvre de la Méditerranée dans l'Italie méridionale et en Sicile. — Vincenzo Chirivino : Syphiloderme psoriasiforme tardif des paumes des mains. — Armando Testi : L'ophtalmo-réaction dans le diagnostic de la tuberculose. — Aldo Reggianini : A propos de l'étiologie, de la pathogénie et de la thérapeutique des spasmes de l'œsophage. — (N° 7, 17 fév.) Domenico de Sandro : Un cas d'astasie-abasie émotive. — Angelo Braga : L'ophtalmo-réaction de Chantemesse dans le diagnostic de la fièvre typhoïde. — Guido Lerda : Le cinquième cas guéri d'occlusion intestinale par rotation de tout le mésentère autour de son axe. — Ilario Scurati : Tumeur de la mamelle chez un homme.

Therapie der Gegenwart. — (Fév. 1908.) E. Sonnenburg : De quelques moyens adjuvants devant servir à un diagnostic précoce de l'appendicite aiguë. — W. Körte : Question de l'emploi du ricin dans les accès de pérityphlite aiguë. — J. Rotter : Comment agit l'huile de ricin dans la pérityphlite aiguë. — F. Karewsky : Discussion sur le traitement riciné de l'appendicite. — Salzwedel : Traitement du rhume et du catarrhe nasal et pharyngien chronique. — Hans Elsner : Traitement de l'ulcère du ventricule. — A. Hecht : Remarques critiques sur le traitement chologène de la lithiase biliaire. — Wilhelm Sternberg : Recettes de pommes de terre pour diabétiques et obèses. — Georg. Flatan : Traitement de l'épilepsie par le médecin praticien. — Wilhem Osborne : Des astringents organiques et de leur parenté chimique avec les phénols.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 4, 23 janv. 1908.) Benedikt : Etude sur la contraction musculaire volontaire, sur la contracture et sur les formes de contracture. — Woltär : Sur les confins de la psychiatrie et de la neurologie. — Gobiet : Contribution à la chirurgie cérébrale. — Damask : Sur l'importance de l'ophtalmo-réaction sur la tuberculine. — (N° 5, 30 janv.) Foges : Rapports entre la glande mammaire et les organes génitaux. — Rethy : L'opération radicale de l'empyème du sinus maxillaire par voie nasale. — Wolff Eisner : Les cutiréactions tuberculeuses différenciantes. — Weil et Braun : Le rôle des lipoïdes dans la réaction de la syphilis. — Oefele : L'anorrhol dans les hémorroïdes. — (N° 6, 6 fév.) Detre : Réactions différentielles de la tuberculine. — Javorski et Lapinski : Recherches cliniques sur 800 cas au point de vue de la palpation de l'appendice, du cæcum et de leurs points douloureux. — Heyrowski : Contribution à l'étude des tumeurs kystiques rétro-péritonéales. — Polland : Traitement abortif de la blennorragie avec succès. — Konried : Un cas de pseudo-tumeur de l'estomac.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 16 mars. — Question : « Configuration extérieure et rapports des trompes utérines. — Hémorragies de la délivrance. »

MM. Bertier, 13 + 22 = 35 ; François (Paul), 13 + 21 = 34 ; Bernard, 11 + 19 = 30 ; Mondor, 12 + 20 = 32 ; Collin, 14 1/2 + 21 = 35 1/2 ; Salin, 15 + 20 = 35 ; Weissembach, 15 + 19 = 34 ; Marie, 15 + 25 = 40 ; Chauvet, 16 + 18 = 34 ; Croissant, 12 + 17 = 29.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. de Lapersonne, Morax, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Richelot, Guillemain et Dufour.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont reçu les affectations suivantes :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Beau, passe au 153e d'inf. ; Barailhé, au 21e d'inf. et détaché à Belfort ; Ortinoni, aux hôpitr de la division d'Oran ; Guenot, au 160e d'inf. ; Fontanel, au 157e d'inf. ; Ferras, au 9e chass. à cheval.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Mathieu des Fossey, au 138e d'inf. ; Lescuyer, au 2e d'inf. ; Walter, au 35e d'inf.

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Martin, médecin principal de première classe (opérations contre les Beni-Snassen).

Au grade de chevalier. — M. Pinchon, médecin aide-major de première classe (blessé au cours des opérations contre les Beni-Snassen).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les docteurs Dautheville, médecin aide-major à In-Salah, et Leroy à Constantine, sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

CONGRÈS DES PRATICIENS. — La sous-commission de l'enseignement vient de voter dans sa dernière séance l'ordre du jour suivant :

« La commission de l'enseignement au Congrès des praticiens, considérant que l'étudiant en médecine doit remplir dans les hôpitaux un rôle actif et utile ;

Que sa présence dans les services doit assurer aux malades une surveillance plus exacte et des soins plus efficaces ;

Que les internes doivent avoir, avant de remplir leur internat, une éducation pratique ;

S'appuyant sur les délibérations et les vœux du Congrès des praticiens, émet le vœu que, dans tous les hôpitaux, les stagiaires et les externes collaborent au service de garde. »

Ce vœu sera envoyé aux commissions hospitalières des villes de province.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Dans le but d'aider à l'amélioration de la situation morale et hygiénique des marins pêcheurs, la Société française d'hygiène a décidé, sur la proposition de son président honoraire, M. E. Cacheux, d'ouvrir pour l'année 1908 un concours sur la question suivante :

Enquête sur les habitations des marins pêcheurs d'une région déterminée au choix des candidats. Le programme se composera de deux parties :

1° Statistique de la natalité, de la mortalité et de la morbidité limitée aux maladies évitables ; description de quelques maisons de marins pêcheurs avec leurs dépendances ; prix de revient d'une habitation, détails sur les services relatifs à la fourniture d'eau potable, à l'utilisation des eaux ménagères, à l'écoulement des eaux pluviales et usées.

2° Marche à suivre pour améliorer les conditions hygiéniques des habitations, en assainissant les quartiers ou les communes qui se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques, en créant de nouveaux quartiers dans les environs des villes maritimes encombrées, notamment dans celles qui sont encore fortifiées et dont le déclassement s'impose.

Plusieurs prix, dont une médaille d'or de 200 francs offerte par M. Cacheux, seront affectés à ce concours.

Les mémoires devront être adressés avant le 31 décembre 1908, dernier délai, au siège social de la Société, à Paris, rue Serpente, 28.

LE LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE DU PUITS-D'ANGLE expose à la Galerie des Machines, du 19 au 24 mars, au Concours général agricole, quelques-uns de ses porcs à estomac exclu, pour la production du suc gastrique (dyspeptine du docteur Hepp). Le suc gastrique sera recueilli chaque jour à trois heures après-midi (Section des animaux gras).

Iodone ROBIN

Combinaisons métallo-peptoniques découvertes par l'auteur en 1881.

Communication à l'Académie des Sciences, par BERTHELOT, en 1885.

IODONE.—*Thèse sur les composés Iodés,* Dr BOULAIRE 1906 F. M. P.— *Communication à l'Académie de Médecine de Paris* (Séance du 26 Mars 1907)

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET ÉTRANGER

L'***Iodone,*** combinaison d'**Iode** et de **Peptone** entièrement assimilable, remplace avec avantage l'*Iode* et les *Iodures*, sans craindre les conséquences de l'*Iodisme.*

5 Gouttes = 0.01 cent. d'Iode métallique.
20 Gouttes d'Iodone correspondent à 1 gr. d'Iodure alcalin.

DOSE MOYENNE { 5 à 20 Gouttes pour Enfants. / 10 à 50 Gouttes pour Adultes. } *2 fois par jour.*

Se prend facilement dans du lait le matin à jeûn ou aux repas.

L'***Iodone*** est un véritable Peptonate d'Iode. Ce produit est bien supérieur aux préparations similaires, dites Iodés organiques.

1° Par son procédé de préparation spéciale;
2° Par la qualité et la pureté de la Peptone employée, ne provenant ni d'origine végétale, ni d'albumoses, et dépourvue de toutes les impuretés, ptomaïnes, etc., pouvant amener la décomposition et la précipitation de l'iode organique.

L'***Iodone*** est entièrement assimilable et ne contient aucune trace d'iode en liberté (*Voir Thèse du Dr Boulaire 1906*).— Les observations recueillies dans les Hôpitaux ont été remarquables.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES : Artériosclérose, Affections cardiaques, Asthme, Emphysème, Obésité, Goutte Rhumatisme, Faiblesse générale et Lymphatisme.

Dans toutes les principales Pharmacies.-VENTE en GROS : Mon **ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS.**-*Échantillons à MM. les Médecins.*



PEPTONATE de FER ROBIN

DÉCOUVERT PAR L'AUTEUR EN 1881.

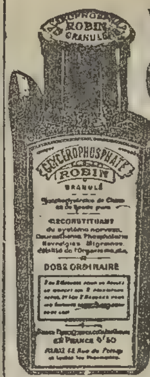
ADMIS OFFICIELLEMENT dans les HOPITAUX de PARIS et par le MINISTÈRE des COLONIES.

Guérit : **ANÉMIE, CHLOROSE, DÉBILITÉ**

Ne fatigue pas l'Estomac, ne noircit pas les Dents, ne constipe jamais.

Ce FERRUGINEUX est ENTIÈREMENT ASSIMILABLE.

VENTE EN GROS · **Paris, 13, Rue de Poissy.**
DÉTAIL : PRINCIPALES PHARMACIES.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

(GLYCÉROPHOSPHATE de SOUDE et de CHAUX)

Le Seul Phosphate assimilable ne fatiguant pas l'Estomac

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Infaillible contre : **Rachitisme, Faiblesse des Os, Croissance** chez les **Enfants, Allaitement, Grossesse, Neurasthénie, Surmenage intellectuel,** etc. Très agréable à prendre dans un peu d'eau ou de lait. — Pour les diabétiques se prépare sous forme de comprimés.

VENTE en GROS : **PARIS, 13, Rue de Poissy.**— DÉTAIL : *Principales Pharmacies.*

BISCOLS

BISCUITS PRÉPARÉS SANS FARINE
au Charbon de Peuplier
et Peroxyde de Magnésium (MgO_2)
DÉGAGEMENT D'OXYGÈNE A L'ÉTAT NAISSANT

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

CHARBON GRANULÉ SIMPLE

SANS NAPHTOL
lorsque le Naphtol est contre-indiqué

FIÈVRES INFECTIEUSES
INFECTIONS
POST-GRIPPALES
DIARRHÉES REBELLES
DES PAYS CHAUDS
INTOXICATIONS

CHARBON FRAUDIN GRANULÉ NAPHTOLÉ

AFFECTIONS NERVEUSES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

PHARMACIE FRAUDIN BOULOGNE-PARIS

3 A 6 CUILLEREES A CAFÉ PAR JOUR

DYSPEPSIE 3f50 le flacon GASTRALGIE

ANTISEPSIE 3f50 le flacon INTESTINALE

DYSPEPSIE — GASTRALGIE
FLATULENCES
EMBARRAS GASTRIQUE
DILATATION DE L'ESTOMAC
FIÈVRE TYPHOIDE
EMPOISONNEMENTS

LAXOL

GRANULÉ
Constipation chronique

SPÉCIFIER LE NOM
FRAUDIN
pour éviter la substitution de similaires inactifs impurs ou mal dosés.

BENZONAPHTOL

GRANULÉ PUR SUCRE
Antiseptique intestinal

CLINIQUE MÉDICALE

LITHIASE BILIAIRE ET FIÈVRE TYPHOIDE [1]

Par P.-E. LAUNOIS,

Médecin de l'hôpital Lariboisière, Agrégé, chargé de cours.

Il va vous paraître au premier abord bien banal le fait clinique qui servira de thème à la leçon de ce jour: mais j'espère, après l'exposé des considérations générales qu'il comporte, modifier votre opinion première et vous en faire comprendre toute l'importance. Il nous permettra, en effet, d'aborder un des plus intéressants problèmes de pathogénie, celui de la lithiase biliaire.

La jeune domestique, âgée de vingt-quatre ans, qui, depuis le 26 janvier dernier, occupe le lit nº 40 de la salle Trousseau, ne présente rien d'important à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Née dans le département de la Loire-Inférieure, habitant Paris depuis deux années, elle a été réglée pour la première fois à treize ans et a fait, il y a deux mois, une fausse couche.

A l'âge de dix-sept ans, elle a eu une fièvre typhoïde, pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital de Nantes, dans le service du professeur Hervouët. L'affection semble avoir été, chez elle, aussi longue que grave : la malade a dû séjourner pendant six mois à l'hôpital; la perte de l'intelligence demeura complète pendant près de trois mois, celle de la vue pendant trois semaines.

Deux ans après sa guérison, c'est-à-dire il y a cinq ans, la jeune fille eut une première crise de colique hépatique. Chaque année, depuis cette époque, des crises se répétèrent et furent toujours de courte durée.

Depuis le dernier Noël, elles se sont rapprochées et sont, pour ainsi dire, devenues subintrantes. Elles sont tout à fait classiques, caractérisées par des sensations douloureuses dans l'hypocondre droit avec irradiations dans la région dorso-scapulaire, par des vomissements bilieux et presque toujours par de la décoloration des garde-robes.

A l'examen, le jour de l'entrée, la peau et les muqueuses présentent une teinte sub-ictérique; l'urine est chargée de pigments biliaires facilement décelable par la réaction de Gmelin, les fèces ne sont pas décolorées, mais elles sont fétides.

Le foie n'est pas augmenté de volume. La palpation, la pression légère déterminent une douleur assez vive, plus particulièrement dans la région où le muscle grand droit se rapproche du rebord costal.

Le pouls, un peu ralenti, bat 66 fois à la minute; il n'y a pas d'élévation thermale vespérale, ni de poussées fébriles dans la journée.

La séro-réaction faite avec le sérum sanguin et une culture fraîche de bacilles d'Eberth est négative.

On constate une légère hyperesthésie cutanée et les signes habituels d'une névralgie sciatique gauche.

En résumé : fièvre typhoïde grave il y a sept ans, crises de coliques hépatiques depuis cinq ans, symptomatiques d'une lithiase biliaire.

Une association de ce genre est-elle un fait isolé ou bien est-elle d'observation courante? Si vous dirigez avec méthode l'interrogatoire des lithiasiques qu'il vous sera donné d'observer, vous en reconnaîtrez aisément la fréquence et, peu à peu, s'affermira dans votre esprit, comme dans celui de tout bon clinicien, l'étroitesse des relations qui rattachent la lithiase biliaire à la fièvre typhoïde, la première étant souvent la conséquence d'une infection antérieure par le bacille d'Eberth.

En France, dès 1891, E. Dupré avait fait remarquer que « les voies biliaires peuvent, au cours de la fièvre typhoïde, s'infecter par le bacille d'Eberth-Gaffky ». Il avait ajouté à cette donnée la remarque suivante, que des faits nombreux et bien observés sont venus depuis confirmer : « Cette infection peut être latente dans ses symptômes, ou, au contraire, déterminer de graves désordres du côté des voies biliaires; *elle peut également survivre plusieurs mois à la fièvre typhoïde guérie et devenir la cause, par le réveil d'un microbisme latent, d'accidents fébriles mortels, dans des voies biliaires, dont la lithiase a déjà compromis la résistance.* »

On ne pouvait mieux dire, ni voir plus juste. Parmi les observations qu'a rassemblées Dupré, laissez-moi choisir celle d'une malade qui, ayant eu une fièvre typhoïde grave huit mois auparavant, fut prise d'accidents de lithiase biliaire assez sérieux pour nécessiter une cholécystentérostomie. La malade succomba et son autopsie, complétée par un examen bactérioscopique, permit de constater une infection typhique pure des voies biliaires.

De ce fait je rapprocherai celui qu'ont publié, vers la même époque, Gilbert et Girode. Il concerne une femme atteinte de fièvre typhoïde de moyenne gravité, au cours de laquelle des manifestations d'une certaine importance avaient attiré l'attention du côté des voies biliaires. Après une assez longue période d'accalmie, la patiente fut reprise de douleurs très intenses du côté du foie. Cinq mois après la terminaison de sa fièvre typhoïde, elle se fit admettre dans un service de chirurgie, où l'on porta le diagnostic de cholécystite calculeuse. La malade subit l'opération de la cholécystectomie. L'examen bactériologique du contenu de la vésicule et du produit de râclage de la muqueuse a démontré la présence du bacille typhique à l'état de culture pure.

Non moins probants sont les documents rassemblés, quelques années plus tard, par Dauriac et qui lui permirent d'affirmer que, longtemps après une fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth peut demeurer et conserver sa virulence dans la vésicule biliaire et est capable de manifester sa présence par la provocation d'une lithiase ou d'une cholécystite. Il ajoutait même que, « *en dehors de la fièvre typhoïde, des cholécystites peuvent être occasionnées par le bacille d'Eberth et cela, chez des sujets indemnes jusqu'alors de fièvre typhoïde antécédente ou concomitante* ».

Les faits, recueillis tant à l'étranger qu'en France, ne devaient pas tarder à démontrer l'exactitude de

(1) Leçon faite à l'hôpital Lariboisière, le 10 février 1908.

cette assertion qui fut, tout d'abord, accueillie avec un certain scepticisme.

Ehret et Stolz démontrèrent, par exemple, que, dans certaines conditions déterminées, on réussit à maintenir le contenu de la vésicule biliaire en état d'infection persistante, celle-ci pouvant être effectuée par des microbes d'espèces très variées, entre autres par le bacille d'Eberth, qui trouvent dans la bile un milieu de culture favorable.

Bryon et Kayser ont fait des constatations analogues.

A plusieurs reprises, Blumenthal a réussi à isoler le bacille d'Eberth par voie de culture, de la bile et des calculs biliaires, provenant de malades qui étaient venus réclamer une intervention pour des accidents en rapport avec la lithiase hépatique. Particularité fort importante à vous signaler, aucun de ces malades n'avait présenté le moindre indice d'une fièvre typhoïde actuelle ou récente.

Six mois après une fièvre typhoïde légère, un malade de Dörr fut opéré d'une cholécystite suppurée. Dans la bile et dans l'épaisseur des concrétions biliaires, on trouva une énorme quantité de bacilles d'Eberth à l'état de culture pure.

Faitout et Ramond ont noté la présence du bacille d'Eberth dans la bile au cours d'une opération pratiquée sur la vésicule chez un sujet qui avait eu la fièvre typhoïde six années auparavant.

Pareille constatation a été faite par Droba chez un malade qui avait souffert de la fièvre typhoïde dix-sept ans auparavant et par Hunner chez un sujet, dont l'infection éberthienne remontait à vingt ans.

C'est en s'inspirant de ces faits et de nombre d'autres que je ne vous ai pas mentionnés, que Förster et Kayser ont entrepris des recherches systématiques dans le but de se renseigner sur la présence éventuelle de bactéridies pathogènes, et en particulier du bacille d'Eberth, dans la bile des cadavres qu'ils avaient l'occasion d'autopsier. Sur 140 individus morts d'une infection autre que l'infection éberthienne, 2 qui étaient d'ailleurs en puissance d'une lithiase biliaire, recélaient dans leur bile des bacilles du groupe typhique, le bacille d'Eberth, le bacille du paratyphus. Chez 7 des 8 typhiques qu'ils ouvrirent, ils ont rencontré le bacille d'Eberth à l'état de culture pure; chez le huitième, il s'agissait de colibacille.

Pour expliquer cette quasi constance du bacille d'Eberth dans les voies biliaires des typhiques, on avait tout d'abord admis le mécanisme de l'infection ascendante. Malgré un appareil de défense, auquel prend part le sphincter d'Oddi, le canal cholédoque est mal protégé et son tiers interne est habituellement colonisé. Au cours des infections, de la fièvre typhoïde en particulier, le barrage, devenu insuffisant, était, supposait-on, incapable de s'opposer à l'invasion microbienne, qui gagnait les conduits, le réservoir biliaire et même les plus fines ramifications intralobulaires. Une semblable doctrine était d'autant plus acceptable que l'on localisait la pullulation microbienne dans l'intestin et, qu'en injectant des cultures de bacilles d'Eberth dans le cholédoque d'animaux, Gilbert et Dominici avaient pu reproduire des cholécystites suppurées.

Mais les conceptions se modifièrent le jour où les progrès de la technique bactériologique permirent de déceler le bacille d'Eberth dans le sang, dès les premières phases de l'infection, et de considérer la fièvre typhoïde, non plus comme une entérite mais comme une véritable septicémie. Quel que soit le mode d'introduction du bacille d'Eberth dans l'organisme (voie digestive, voie respiratoire) il pénètre et se multiplie rapidement dans l'appareil circulatoire, et est, par lui, disséminé dans l'économie. En ce qui concerne plus particulièrement les voies biliaires, *à la doctrine de l'infection ascendante, c'est-à-dire d'origine intestinale, se substitua celle de l'infection descendante, c'est-à-dire d'origine sanguine*.

Cette conception nouvelle repose sur de nombreuses données anatomo-pathologiques et sur des recherches expérimentales. Parmi ces dernières, je vous citerai celles qui ont été poursuivies en Allemagne par Förster et Kayser, par Dörr et, tout récemment, chez nous par Lemierre et Abrami. Injectant dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin des cultures de bacilles d'Eberth, ces observateurs ont constaté l'élimination des germes par le foie, leur passage dans la bile, qui les charrie au travers des conduits biliaires jusque dans l'intestin. Les lésions de cet organe ne seraient pas dues à l'action directe des microbes sur la muqueuse, mais représenteraient des localisations métastatiques de la septicémie éberthienne.

Il est une objection à laquelle je dois répondre et la chose m'est facile en mettant à profit les récentes acquisitions expérimentales : elle concerne *le rôle que l'on fait jouer à la bile dans l'infection éberthienne*. La bile fraîche des animaux et de l'homme est bactéricide. Cette conception, une des premières établies, est encore vraie aujourd'hui, mais on a pu déterminer quelques-unes des conditions qui lui font perdre son pouvoir bactéricide. Pies, en particulier, a constaté que la bile devient un bon milieu de culture quand elle a été exposée au contact d'un exsudat séro-purulent, et aussi quand on l'additionne de certaines substances nutritives, telles que le peptone, le sucre de raisin. L'infection éberthienne imprime à la bile des modifications dont la nature n'a pas encore été nettement déterminée, mais qui la transforment en un milieu de culture très propice à la végétation et à la conservation des bacilles pathogènes. Ainsi s'explique la persistance, plus ou moins longtemps prolongée, de l'infection des voies biliaires (*microbisme latent*) à la suite d'une atteinte de fièvre typhoïde. Exceptionnellement cette infection localisée donnera lieu, dans le décours de la fièvre typhoïde, à une inflammation des voies biliaires (cholécystite), dont les symptômes ou s'enchevêtreront étroitement avec ceux de l'infection générale, ou évolueront après sa défervescence. On pourra observer un des types si bien différenciés par Lejars : la cholécystite aiguë non suppurée; la cholé-

cystite suppurée ou empyème aigu de la vésicule, parfois greffé sur une calculose ancienne et méconnue; la cholécystite nécrosante et perforante d'emblée.

Beaucoup plus souvent l'infection des voies biliaires, persistant après une atteinte de fièvre typhoïde, sera le point de départ d'une lithiase biliaire qui, elle-même, pourra demeurer latente pendant longtemps ou s'accompagner de complications imputables, en dernière analyse, à l'infection typhique primitive.

Il est dans l'histoire clinique de la lithiase biliaire deux données dont la constance est si grande qu'elles sont, pour ainsi dire, devenues banales. La première, c'est que l'affection est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme; la seconde c'est que souvent, pour ne pas dire dans la majorité des cas, elle peut demeurer latente et ne donner lieu à aucune manifestation susceptible de trahir son existence. Ces deux données, on les retrouve précisément réunies quand on étudie les sujets qui deviennent porteurs chroniques de bacilles d'Eberth, auxquels je donne volontiers le nom de *bacillifères éberthiens*. La grande majorité de ces sujets est représentée par des femmes et chez la plupart encore l'infection typhique demeure essentiellement latente, ne se laissant dépister que par une enquête minutieuse, portant en particulier sur le contenu microbien des excreta.

On tend à admettre actuellement que la lithiase biliaire ne donne lieu à des manifestations bruyantes, susceptibles de provoquer l'intervention du médecin et notamment à des crises aiguës de coliques hépatiques, qu'autant que la présence de concrétions dans les voies biliaires se complique d'un état inflammatoire de ces canaux, en particulier de la vésicule. En d'autres termes, l'élément qui domine l'histoire clinique de la lithiase biliaire est représenté, non pas tant par la présence, dans la vésicule et les canaux biliaires, de concrétions connues sous le nom de calculs que par les processus inflammatoires plus ou moins intenses (cholécystite, angiocolite) qu'elles provoquent. Or ces complications inflammatoires sont d'origine essentiellement infectieuse, bactérienne. Au premier rang des bactéries, qui interviennent comme fauteurs de ces complications, figure le bacille d'Eberth. Est-il nécessaire, pour qu'elles éclatent, que la virulence de ce bacille soit momentanément exaltée? Ou bien faut-il qu'à une infection jusqu'alors exclusivement typhique se substitue une infection mixte, par suite de l'immigration accidentelle de colibacilles, appartenant à une race particulièrement virulente? Ce sont là questions auxquelles on ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, donner une réponse précise. En tout état de cause, il semble bien démontré que l'infection typhique latente, qui persiste pendant un temps variable à la suite d'une atteinte de fièvre typhoïde, joue dans la genèse de la lithiase biliaire et de ses complications habituelles un rôle de toute première importance. Que nous voilà loin de la doctrine des lithiases par ralentissement de la nutrition!

Quelles conclusions générales devons-nous tirer de ces données cliniques et expérimentales? C'est tout d'abord que, *dans la fièvre typhoïde, les voies biliaires sont infectées, que la bile devient un excellent milieu de culture pour le bacille d'Eberth*; c'est aussi que *le bacille d'Eberth peut persister d'une façon prolongée, je dirais presque indéfinie, dans les voies biliaires après une atteinte de fièvre typhoïde, le sujet demeurant un bacillifère éberthien; c'est qu'enfin l'infection éberthienne latente peut être la cause de la lithiase et de ses complications habituelles (cholécystite, angiocolite)*.

Vous comprenez maintenant, je l'espère, toute l'importance que j'attache, dans l'interrogatoire des lithiasiques, à la notion d'une fièvre typhoïde antérieure. Vous vous expliquerez aussi pourquoi je ne manque jamais de *recourir à la séro-réaction de Widal chez les lithiasiques*. Si elle a été négative chez notre malade, dont la crise était déjà atténuée, j'ai eu plusieurs fois, avec le concours de mon interne Octave Claude, l'occasion de la trouver suffisamment positive pour lui accorder toute l'importance qu'elle mérite. Si nous n'avons pas recherché les bacilles dans les excreta, c'est que les ressources de notre laboratoire sont trop modestes pour nous permettre de semblables investigations cependant bien inutiles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 MARS 1908)

Variations de la glycosurie dans le cancer du pancréas. — M. Brault a fait une intéressante communication sur ce sujet.

Les ostéoblastes. — M. Prenant a présenté une étude complète de ces grandes cellules multinucléées de la moelle des os auxquelles on a donné le nom d'ostéoblastes. Il passe en revue leurs caractères, leur structure, leur origine et fait connaître leur rôle de résorption de la substance osseuse.

La polyspermie pathologique chez les vertébrés. — M. Nicolas donne lecture d'un travail sur ce sujet.

Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë non suppurative. — M. Coudray lit une note dont voici le résumé :

On connaît bien, surtout depuis les travaux de Lannelongue, les diverses variétés anatomo-cliniques de l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. On est armé en général contre les méprises, lorsqu'on a affaire aux formes communes, suppurées. Mais lorsque l'ostéomyélite est juxta-épiphysaire, qu'elle ne suppure pas et que son processus envahit l'articulation, on a une tendance naturelle à penser à un rhumatisme articulaire aigu. Les faits de ce genre sont rares, mais lorsqu'on les connaîtra mieux, il sera plus facile d'éviter les erreurs; c'est ce qui a engagé M. Coudray à publier le fait suivant :

Le 4 mai 1903, il voyait une fillette de quatorze ans, atteinte depuis dix-huit jours d'accidents aigus et graves du côté de la hanche droite : vives douleurs, température oscillante à 39 degrés et 39°4 pendant les huit ou dix premiers jours, un peu moindre ensuite, encore à 38°5 au moment de l'examen. Les signes locaux indiquaient une arthrite aiguë de la hanche, mais le salicylate de soude était resté impuissant.

Le diagnostic d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du

fémur était porté, et l'intervention éventuelle décidée pour trois jours plus tard, malgré l'absence de suppuration.

Contre toute attente, sous l'influence peut-être des frictions au collargol, les phénomènes généraux et locaux se trouvèrent tellement amendés que l'opération fut écartée. Survinrent des arthrites subaiguës du cou de pied et du genou. On put alors penser au rhumatisme tuberculeux de Poncet. Bref, les accidents aigus disparurent, la hanche resta ankylosée.

La guérison apparente dura quatre ans; puis il y eut un retour des accidents, avec suppuration cette fois. Le foyer contournait le grand trochanter et descendait sur la cuisse; il était en rapport avec une dénudation du fémur immédiatement au-dessous de la base du grand trochanter; près de la dénudation l'os était irrégulier et hyperostosé. Le pus renfermait le staphylocoque doré presque à l'état pur.

Il est bien évident que l'arthrite de la hanche d'origine mal expliquée était liée à l'ostéomyélite non suppurée de la base du col, du grand trochanter ou du tissu spongieux sous-cervico-trochantérien, lésion qui ne s'était pas guérie en réalité et qui avait sommeillé pendant quatre ans. Il y a donc lieu d'attirer l'attention sur ces faits rares qui rentrent dans le groupe des ostéomyélites atténuées. M. Coudray a trouvé un cas assez analogue dans le mémoire de M. Lannelongue sur les ostéites apophysaires (Obs. IV). La trépanation précoce est indiquée dans ces formes non suppurées comme dans les formes communes ou suppurées.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux.

MM. Lagrangé (de Bordeaux) et Martin (de Lyon) ont été élus.

A quatre heures vingt, comité secret.

ANALYSES

MÉDECINE

Méningocoque et bactéries voisines. (A. Ghon, *Wien. klin. Wochens.*, 17 oct. 1907, nº 42.) — La connaissance du diplococcus intra-cellularis meningitidis découvert il y a vingt ans par Weichselbaum a été obscurcie particulièrement par les travaux de Jäger en 1895. Les épidémies récentes d'Allemagne et des Etats-Unis ont donné lieu à des recherches nouvelles : actuellement l'individualité et le rôle pathogène du méningocoque semblent hors de doute et Ghon peut reprendre complètement et fixer les propriétés de ce microbe.

On connaît, depuis Weichselbaum, la situation intra-cellulaire du méningocoque et sa propriété constante de se décolorer vite et complètement par la méthode de Gram. Le méningocoque subit très facilement et très rapidement des modifications dégénératives s'accusant par des changements de forme et de volume des coccus et la perte de leurs affinités tinctoriales : cela serait dû, d'après Flexner, à la présence d'un ferment autolytique très actif qui entre en œuvre aussitôt après la mort des coccus.

Les caractères des cultures indiqués par Weichselbaum : formation d'un voile dans les milieux liquides, développement abondant sur les milieux contenant de l'albumine, acclimatement relativement facile aux milieux de culture usuels, développement strictement aérobie, inaptitude à coaguler le lait, absence de formation d'indol, limitation assez étroite du développement des cultures, durée de vie assez courte: tout cela a été confirmé par les récents observateurs.

Mais des observations nouvelles ont été faites sur le méningocoque.

Libman et Celler ont montré en 1902 que ce microbe fait fermenter le glycose et le maltose. L'action sur le lactose est discutée.

Ghon a pu constater que le méningocoque fait fermenter : parmi les monosaccharides, le glycose; parmi les disaccharides, le maltose; parmi les polysaccharides, la dextrine. Mais ces propriétés sont inconstantes et des échantillons authentiques de méningocoques n'exercent aucune action sur ces trois sucres, ou n'en font fermenter qu'un ou deux; parfois cette action disparaît temporairement et est plus ou moins accentuée.

Les expériences récentes montrent que l'on provoque facilement la méningite cérébro-spinale chez le singe par injection subdurale de méningocoque.

La recherche des toxines méningococciques a donné peu de résultats. De même les différences d'agglutinabilité des différents échantillons de méningocoques rend ce procédé inapplicable au diagnostic bactériologique.

Ghon affirme donc que le méningocoque forme bien une espèce spéciale déterminant une maladie spécifique et il a pu constater que les échantillons isolés dans la méningite cérébro-spinale à Khartoum par Ensor et Balfour, à Pretoria par Stewart, à Ceylan par Castellani, au Bengale par Buchanan sont absolument identiques.

Dans la plupart des cas la méningite cérébro-spinale est causée par le méningocoque de Weichselbaum; rarement s'y associent le bacille tuberculeux, le pneumocoque, le streptocoque pyogène et le bacille de l'influenza; par contre l'association au diplococcus crassus de Lingelstein, identifié au coccus de Jäger, n'a été observée par aucun des auteurs récents, ni par Ghon lui-même au cours de l'épidémie silésienne.

La méningite cérébro-spinale est une localisation secondaire de l'infection méningococcique; la localisation primitive se trouve au niveau du naso-pharynx. Pour les uns elle gagne les méninges par voie lympathique, pour les autres par voie sanguine. En tous cas l'existence de métastases témoignant de la septicémie méningococcique a été fréquemment observée : endocardites, péricardites, pleurésies, néphrites, arthrites, spermatocystites, etc. Plus curieux encore sont les cas de septicémie métastatique méningococcique sans méningites observés parfois et dont Andrews a rapporté récemment un cas.

L'infection méningococcique a donc une affinité spéciale pour le système nerveux central, mais elle peut rester localisée au pharynx sous forme de pharyngite méningococcique. Il existe même des « porteurs de méningocoques » qui ne présentent aucune manifestation morbide, et qui conservent pendant des mois des méningocoques virulents dans leurs sécrétions nasales, constituant ainsi un danger public et expliquant les cas sporadiques de méningite.

On comprend combien il est important de reconnaître la présence du méningocoque dans le naso-pharynx. Parmi les microbes qui lui ressemblent morphologiquement et se décolorent par le Gram, il faut citer le micrococcus catarrhalis; Droba et Kùcera ont décrit pendant la dernière épidémie de Galicie un *micrococcus meningitidis spurius* ou *pseudo-méningocoque* dans les sécrétions nasales des personnes de l'entourage des malades; mais Ghon n'est pas convaincu qu'il ne s'agit pas là de méningocoque vrai.

Mais surtout il faut savoir que le gonocoque de Neisser peut exister parfois dans le nez et dans la gorge, particulièrement chez les nouveau-nés, atteints d'ophtalmie blennorragique. Chez ces enfants peuvent survenir des manifestations septico-pyohémiques d'origine gonococcique; il pourrait même y avoir des infections mixtes à gono et méningocoques.

Il est donc très important de différencier les deux microbes : l'examen direct montre pour l'un et l'autre la situation intracellulaire et la décoloration par le Gram. Il ne faut donc pas se contenter de cette seule recherche et il faut procéder à l'étude des cultures du microbe isolé. A. Lemierre.

Traitement de la scarlatine par le sérum de Moser. (Egis et Langowoy. *Jahrb. f. Kind.*, nov. 1907, p. 514-571.) — Les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes : 1. Dans les formes graves, les injections de sérum de Moser font baisser la mortalité de 47,4 à 16,1 p. 100; 2. Le sérum possède surtout une action antitoxique; 3. Son influence sur les complications de la scarlatine est négligeable; 4. Il doit être injecté au cours des trois premiers jours, et, dans les cas les plus graves, jusqu'au quatrième jour; 5. La température tombe d'autant plus brusquement que le sérum a été injecté plus tôt : dans les cas purs, elle tombe plus vite que dans les cas compliqués; 6. Tant qu'on ne pourra pas doser le sérum,

il faut en injecter en une fois 200 centimètres cubes, sauf chez les tout jeunes enfants, où 100 à 150 centimètres cubes suffisent; 7. Le tempérament du cheval qui a fourni le sérum exerce une grosse influence sur la valeur du sérum et explique que, suivant les cas, il soit plus ou moins actif; 8. Dans les cas d'infection mixte (scarlatine et diphtérie) on pourrait, à la suite d'injection simultanée de sérum de Moser et de sérum antidiphtérique, observer les bons effets du premier, bien que cet effet soit un peu moindre que dans les formes pures; 9. Les injections prophylactiques, exécutées avec un matériel restreint, confirment les résultats de Moser; 10. Les inconvénients sont : la fréquence des accidents sériques et leur gravité. L. BABONNEIX.

La réalisation pratique de la recherche du spirochæte pallida dans le mouvement d'un grand hôpital. (ARNING et KLEIN. *Deuts. med. Wochens.*, 12 sept. 1907, n° 37, p. 1482.) — Arning et Klein ont recherché, à l'hôpital général de Hambourg, le spirochæte pallida chez un très grand nombre de malades, et afin de donner à cette recherche une valeur diagnostique réelle, ils ont cherché à simplifier autant que possible le manuel opératoire. Ils conseillent de procéder de la façon suivante :

Pour obtenir des succès dans la recherche du spirochæte, il faut s'adresser à des malades n'ayant subi aucun traitement tant par le mercure que par l'iode. Les éléments suspects sont nettoyés soigneusement avec un tampon d'ouate imbibé d'éther de pétrole, puis on les gratte ou on les râcle avec l'angle d'une lamelle de verre, jusqu'à ce qu'on ait recueilli, sur les bords de la lamelle, du sang ou du sérum mélangé de sang. La présence du sang est absolument nécessaire. Parfois les auteurs ont trouvé des spirochætes dans les chancres indurés guéris en pénétrant avec un scalpel effilé jusqu'à un demi-centimètre de profondeur, alors que les couches superficielles n'en montraient pas.

La sérosité mélangée de sang obtenue sur le bord de la lamelle est étalée sur une lame porte-objet, soigneusement dégraissée à l'alcool-éther. On fixe la préparation en la passant trois fois sur la flamme et on la colore avec le procédé rapide de Rona-Preis.

On fait un mélange de :

Eau distillée...............	10 cent. cubes.
Solution de Giemsa.........	x à xv gouttes.

On verse 4 ou 5 fois ce mélange colorant sur la lame porte-objet et chaque fois on la chauffe légèrement.

Les spirochætes sont recherchés à l'immersion; les préparations sont montées à l'huile de cèdre. Les auteurs recommandent, pour éviter de chauffer trop les préparations, de faire un trait au crayon gras à un demi-centimètre d'une des extrémités de la lame : quand on chauffe trop, le trait de crayon gras se détache de la lame.

Pour rechercher le spirochæte vivant les auteurs déposent sur une lame porte-objet bien propre et dégraissée, une goutte de solution physiologique de NaCl. Une goutte de sérosité sanglante, obtenue comme nous l'avons dit plus haut, est prélevée avec l'anse de platine et mélangée à la goutte d'eau physiologique. On recouvre le tout avec une lamelle couvre-objet en ayant bien soin qu'aucune bulle d'air ne reste emprisonnée et on lute à la paraffine. Arning et Klein ont pu se convaincre que, dans de semblables préparations conservées dans l'obscurité, à la température de la chambre, les spirochætes, ainsi que l'a bien vu Hoffmann, peuvent rester vivants jusqu'à quatre semaines. Les préparations de spirochætes vivants sont surtout intéressantes à examiner avec de nouveaux appareils à éclairage spécial qu'on fabrique maintenant en Allemagne et qui remplacent avantageusement les ultra-microscopes.

Quand les auteurs ont recherché les spirochætes dans les coupes, ils ont employé la méthode de Levaditi.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Accidents primitifs examinés,	140; résultats positifs,	136
Accidents secondaires,	247 —	235

Parmi les malades examinés, 32 fois le diagnostic clinique ferme était impossible : seule la découverte du spirochæte permit d'affirmer la syphilis, ce que l'avenir confirma.

Dans 18 autres cas douteux, l'absence du spirochæte à l'examen fit porter le diagnostic de chancre mou. Pourtant deux fois l'apparition d'accidents secondaires montra qu'il s'agissait bien de syphilis.

Ces résultats brillants montrent quels services peut rendre dans la pratique une technique simple et rapide dans la recherche du spirochæte de Schaudinn. A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Arrachement de l'épine du tibia. (J. Hogarth PRINGLE. *Ann. of surg.*, un vol. XLVI, n° 2, août 1907, p. 169-178.) — Dans les trois cas rapportés dans la littérature, la lésion fut découverte après la mort ou l'amputation. Dans le premier cas de Pringle, l'épine fut rattachée au plateau tibial par suture : Homme de 36 ans, reçoit un coup violent sur la face externe du genou gauche. Contusion superficielle violente et grosse hémarthrose. Diagnostic : rupture du ligament latéral interne. Mais à l'opération, celui-ci est trouvé intact; mais l'épine tibiale a été arrachée par le ligament croisé. Elle est suturée. Guérison parfaite.

Le second est un cas de rupture du ligament croisé antérieur à son insertion fémorale. Pringle le sutura aux tissus fibreux péricondyliens. Guérison parfaite; le malade reprend tous les sports, se donne une entorse, mais celle-ci guérit bien sans intervention. Actuellement, il y a un très léger degré d'abduction possible.

La rupture des ligaments croisés est un peu plus fréquente que l'arrachement de l'épine tibiale. Il y en a cinq cas opérés, sans compter celui résumé plus haut. A cause de la solidité desdits ligaments, il faut un traumatisme considérable. Le mécanisme n'est pas très clair. Pagenstecher a réussi à arracher le ligament antérieur par flexion forcée de la jambe autour d'un billot de bois, et aussi en frappant par derrière sur le plateau tibial, la jambe étant en flexion. Il ne put rompre que l'insertion fémorale, jamais la tibiale. Honigschmied rompit expérimentalement le ligament antérieur par hyperflexion, le postérieur par hyperextension. Les expériences de Pringle confirment celle de Pagenstecher.

Les couches profondes du ligament latéral interne sont généralement rompues en même temps que le ligament croisé, ce qui explique le degré d'abduction souvent énorme qu'il est possible d'imprimer à la jambe. Le diagnostic n'est pas facile et ne sera souvent fait qu'au cours d'une arthrotomie exploratrice. F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE LA DIATHÈSE URIQUE

Les découvertes modernes ont quelque peu jeté le discrédit sur la doctrine des diathèses. Cependant, comme le faisait remarquer sir Dyce Duckworth dans sa récente lecture à la Faculté de médecine de Paris, l'étude de toutes les découvertes ne doit pas nous faire oublier les leçons du passé et nous devons ajouter le neuf au vieux et nous méfier de ce qui est simple nouveauté. Le célèbre médecin anglais rappelait dans sa conférence la nécessité de ne pas oublier les quatre types de diathèses : arthritique, scrofuleux, nerveux, bilieux.

Nous ne voulons point faire ici ni l'examen ni la critique de cette classification. Il nous paraît cependant qu'avant cette légitime protestation de sir Dyce Duckworth contre l'oubli de l'étude du *terrain et du facteur personnel dans les maladies*, l'opinion courante avait gardé intacte la notion de la diathese arthritique, c'est-à-dire de cet état morbide qui se manifeste par des alternances pathologiques : goutte, gravelle, lithiase rénale, migraines, asthme, etc.

Dans cette diathèse arthritique, bon nombre d'accidents semblent relever d'un état particulier des humeurs dans lequel l'acide urique joue un rôle primordial. Cet état a été désigné souvent sous le nom de diathèse urique.

Prenons en effet la goutte qui est la manifestation type de cette diathèse. Médecins et biologistes s'accordent sur le rôle primordial de l'acide urique dans la pathogénie de ces accidents et quels qu'aient été les efforts pour diminuer l'impor-

tance de l'acide urique comme facteur de la maladie, nous devons rester attachés à la théorie de l'acide urique, d'autant plus que les déductions thérapeutiques tirées de cette pathogénie semblent la confirmer.

Les origines de l'acide urique, les causes de son accumulation dans le sang et dans les tissus nous feront comprendre comment nous pouvons lutter contre cette diathèse.

L'acide urique est un des composés du groupe des purines de Fischer, les bases xanthiques et nucléiques constituant le reste du groupe. Il dériverait, suivant Horbaczewski et d'autres auteurs, sinon entièrement, du moins en grande partie, de la nucléine et serait un produit de la désintégration nucléaire. Cette nucléine provient pour une partie des aliments ingérés (nucléine exogène) et pour une autre part des tissus du corps.

L'acide urique se trouve dans le sang, d'après Bence Jones et Roberto, sous forme d'un quadriurate composé d'acide urique et d'urate acide.

Il est éliminé par les urines dans la proportion de 40 centigrammes à 1 gramme par jour (W. Osler), de 70 centigrammes en moyenne (Hammarsten).

Il est très peu soluble : pour 1 partie d'acide urique à dissoudre, il faut 14000 parties d'eau chaude ou 1800 parties d'eau froide. Aussi ne peut-il être dissous dans l'urine qu'à la faveur de phosphates tribasiques qui donnent lieu à la formation d'urates plus solubles en cédant à l'acide urique un équivalent de base.

Comment se produit dans le sang l'accumulation de l'acide urique?

Ce peut être par élimination insuffisante de l'acide urique, par suite d'insuffisance rénale (théorie de Garrod, d'Ebstein).

On peut invoquer encore la destruction trop lente d'acide urique par ralentissement de la nutrition (théorie de Bouchard). Les combustions organiques ne se font pas complètement et les aliments introduits au lieu d'arriver à la transformation en urée n'arrivent qu'à la transformation en acide urique. La destruction peut encore être rendue insuffisante par suite d'une névrose primitive (théorie de Lancereaux). C'est là également la théorie de Cullen.

Il peut y avoir production exagérée de l'acide urique par augmentation exagérée des échanges (Lecorché) ou par déviation nutritive dans le foie (théorie hépatique de Murchinson).

Enfin l'accumulation de l'acide urique peut être due à un défaut de solubilité, dont la cause est variable du reste, suivant les auteurs. Ce défaut de solubilité tiendrait, d'après Minkowski, à l'insuffisance d'acide nucléique, d'après Schmoll à l'insuffisance d'acide thymique. L'acide urique circulerait dans le sang en formant une combinaison organique différente de celle des personnes bien portantes.

On a pensé aussi que ce défaut de solubilité tenait à une diminution constante de l'alcalinité du sang (Garrod, Haig), mais les travaux de Magnus Lévy nont pas révélé d'une façon constante cette diminution d'alcalinité.

D'après sir William Roberts, l'acide urique accumulé à l'état de quadriurate soluble dans un milieu riche en carbonate de sodium fixe un atome de la base et se convertit en biurate insoluble qui se dépose dans les tissus.

Nous ne poursuivrons pas plus loin les causes de la diathèse urique. Nous sommes maintenant suffisamment documentés pour comprendre qu'un bon traitement de la diathèse urique doit modifier l'élimination de l'urate de soude et doit modifier la qualité du sang altéré pour ralentir la production de l'acide urique en excès.

Biesenthal et Schmidt ont montré que l'emploi des alcalins dans le traitement de la diathèse urique devait remplir les conditions suivantes : ne donner qu'un sel neutre facilement soluble et traverser l'organisme sans se modifier.

De tous les alcalins organiques, la pipérazine, associée en solution aqueuse à l'acide urique, répond le mieux aux desiderata qui résultent des travaux de Biesenthal et Schmidt : elle donne en effet toujours naissance à un urate neutre de pipérazine facilement soluble.

Comparée aux autres dissolvants de l'acide urique, elle présente une supériorité incontestable. Elle se dissout en effet dans 47 fois son poids d'eau, alors que l'urate de lithine a besoin de 367 fois son poids d'eau et alors que l'urate acide de soude a besoin de 1200 fois son poids d'eau.

Si l'on calcule ce que devient un calcul d'acide urique de 50 centigrammes traité pendant soixante et onze heures par divers dissolvants de l'acide urique, on voit qu'il reste au bout de ce temps 46 centigrammes du calcul traité par le citrate de potasse et le bicarbonate de soude, 40 centigrammes du calcul traité par le carbonate de soude et le citrate de lithine, 30 centigrammes du calcul traité avec le biborate de soude, et 4 centigrammes du calcul traité par la pipérazine.

Ces propriétés expliquent la grande efficacité de ce médicament dans toutes les manifestations de la diathèse urique.

Dans la lithiase urique, ses succès ont été enregistrés par un nombre d'auteurs que nous ne pouvons tous citer : Bardet, Henbach et Kuh, Brick, Brown, Wittzach, etc.

Dans la goutte et la gravelle, la pipérazine a donné les plus remarquables résultats. Elle est le médicament de choix aussi bien dans la goutte aiguë que dans la gravelle et peut-être son emploi peut-il être très efficace dans certains rhumatismes aigus.

Dans la goutte chronique et dans les autres manifestations de la diathèse urique : rhumatismes, dermatoses, névralgies, sciatique, angine granuleuse (Fauvel), artério-sclérose, la pipérazine a une action remarquable.

Dans toutes les affections où elle a été employée, elle a toujours été inoffensive et très bien tolérée par les malades, car elle n'a aucune action sur l'estomac, sur les reins, sur le cœur ni sur les vaisseaux.

La pipérazine se prescrit à la dose de 60 centigrammes à 1g20 dans les états aigus : on peut même atteindre sans danger la dose de 3 grammes. Dans les états chroniques, une dose de 20 à 60 centigrammes sera suffisante.

La pipérazine a un inconvénient, elle est déliquescente et ne peut être prescrite en nature soit en paquets, soit en cachets. La meilleure préparation est le granulé effervescent exactement dosé dont la conservation est indéfinie et qui est rapidement assimilé, grâce à sa stabilité en présence de l'acide carbonique naissant.

LIVRES NOUVEAUX

Syphilis et cancer (1), par le docteur René HORAND, ex-interne des hôpitaux et de la clinique de l'Antiquaille, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.

La question des rapports de la syphilis et du cancer est pleine d'attraits par les intéressantes conséquences que peuvent en tirer cliniciens, anatomo-pathologistes, pathogénistes et psychologues. De récents débats à l'Académie de médecine l'ont rendue brûlante d'actualité. Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique et de la bactériologie est née la conception nouvelle des associations microbiennes, des symbioses possibles.

Le docteur Horand résume les relations qui existent entre les deux maladies. Il insiste sur le rôle important que joue la syphilis dans l'éclosion du cancer, ainsi que sur l'utilité qu'il y a pour le praticien à faire un diagnostic précoce du cancer chez un syphilitique, et sur l'importance d'appliquer un traitement énergique aux syphilides rebelles, à la syphilis chez un cancéreux, enfin au cancer chez un syphilitique.

Œuvre pratique avant tout, le livre de M. Horand sera lu avec intérêt et avec fruit par tous les praticiens.

L. GAYARD.

CLINIQUE THÉRAPEUIQUE

LE PRINCIPE ACTIF DE LA VALÉRIANE PEUT ÊTRE PRÉSENTÉ SANS ODEUR

La valériane agit sur le système cérébro-spinal par la voie du système ganglionnaire.

Les états d'excitabilité morbide que l'on désire combattre proviennent d'un épuisement nerveux (faiblesse irritable des auteurs anglais).

(1) In-16 (Act. méd.) — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

La valériane agit en augmentant la puissance des centres nerveux.

Le principe actif de la valériane est le bornéol (0,02 à 0,03 p. 100 dans la racine fraîche et le double dans la plante sèche).

Le bornéol ne peut se donner pur, il est trop irritant.

On a fait une combinaison de bornéol, appelée neurène, qui a le précieux avantage d'être sans odeur, sans goût et soluble dans l'eau.

Une cuillerée à café de ce neurène liquide contient 10 centigrammes de bornéol et agit comme 150 grammes de racine sèche de valériane.

Il est facile de comprendre que cette combinaison est un puissant régulateur des centres nerveux.

Son absence d'odeur fait qu'elle ne répugne pas au malade.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 5, 1er fév. 1908.) TSUCHIYA : Une nouvelle mesure volumétrique de l'albumine au moyen de l'acide phosphotungstique. — (N° 6, 8 fév.) WAGNER : Sur la question de l'éosinophilie dans les kystes hydatiques des organes internes.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 13 fév. 1908.) ROSENBACH : Sur la colite grave chronique. — STRASBURGER : Nouvelles données sur la physiologie, la pathologie expérimentale et la thérapeutique de l'estomac. — STADELMANN : Sur l'emploi cutané et conjonctival de la tuberculine. — GAUPP : Sur l'ophtalmo-réaction de la tuberculose. — SCHULTZ : Recherches biologiques sur la connaissance de la liqueur d'albuminate de fer. — SULTAN : Sur la suture du cœur dans les plaies du cœur par coup de feu. — BAIRCH : Recherches sur les parasites à l'aspect de protozoaires trouvés par O. Schmidt dans le cancer et sur la cancroïdine. — BECKER : Sur la question de l'amblyopie des yeux strabiques. — EISELT : Un appareil à pulvérisations laryngées, aseptique et démontable. — BERLINER : Le traitement par la salipyrine.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 150, 15 déc. 1907.) Alberto ZIVERI : Cysticerques cérébraux et folie. — Prof. G. MIRTO : Sur la nature psychogène du blépharospasme. — Emilio NAPOLEONE : L'air atmosphérique dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. — G. PISANO : Méthode pour la recherche de la méningée moyenne. — Mauro GIOSEFFI : Un cas d'ataxie infantile aiguë d'origine insolite. — Alfonso PACCIARINI : Un cas de vagin et d'utérus doubles. — (N° 153, 22 déc.) Gaetano LA ROSA : Anomalie rare rencontrée dans le foie d'un enfant de huit mois. — Angelo BRAGA : L'emploi du nitrite d'amyle dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses. — B. NICOLA : Observations sur le symptôme de Köplik dans la rougeole. — Nicola GIANNETTASIO : Ankylose osseuse post-typhique de l'articulation temporo-maxillaire. Résection. Guérison. — G. DAMENO : Observations sur la valeur diagnostique de l'ophtalmo-réaction par la tuberculine. — Raniero CINAGLIA : Contribution clinique à l'étude de la rachistovaïnisation. — Filippo SOLIMANN : Influence de la malaria sur le mouvement de la population à Ajello et à Terrati, — Tito GIUSEPPE : La maladie de Riga. — (N° 156, 29 déc.) Prof. DE RANZI : Le diabète sucré. — G. GHODINI : Adipose non douloureuse. — Giovanni ROMANELLI : Influence de l'infection préalable par le diplocoque lancéolé de Fränkel sur l'évolution de la tuberculose expérimentale. — PARONZINI : L'ophtalmo-réaction à la tuberculine chez l'homme. — F. BAMBACE : Apoplexie spinale par refroidissement. — (N° 2, 5 janv. 1908.) Prof. MONTI : Nouvelles communications sur le traitement de la tuberculose par le sérum de Maragliano. — ACCORNERO : Rétraction de l'aponévrose palmaire et dégénérescence neuropsychique. — Claudio VENTURA : A propos du diagnostic de l'ulcère vénérien et de son traitement. — V. FONTANA : Sur la thoracentèse pneumatique. — Aliprando CICCARELLI : Le sulfate de soude dans les entérocolites des enfants. — Giuseppe BOSSI : Les paralysies ostéomalaciques. — Ettore PIPERNO : Kyste échynococcique suppuré du poumon gauche, guéri spontanément. — Amedeo GASPARINI : Hydrocéphalie chronique et ponction lombaire. — Antonio NALDONI : Péritonite par perforation suivie de guérisou spontanée.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 18 fév. 1908.) WEBER : Les recherches chez l'animal dans le diagnostic des affections tuberculeuses. — SEHLBACH : Sur la fréquence de la tuberculose et les deux moments principaux de l'infection par cette maladie chez les nourrissons. — RENSCHEL : Valeur comparative des réactions de la tuberculine chez les enfants. — WOHLWILL : Sur la recherche des bacilles de l'influenza dans l'arbre bronchique. — V. HERFF : Le chlorure de zinc contre le carcinome, le phénol contre l'endométrite. — VULPIUS : Sur la valeur de l'arthrodèse. — POTOTZKY : Bains de mains et de pieds à l'acide carbonique. — VOIGT : Un cas d'opération césarienne vaginale motivée par une indication rare. — BEYER : Un cas de cholestéatome. — SCHEUNNEMANN : Une amélioration de la canule vaginale. — ZACHARIAS : Deux cas de tétanos opératoire traités par l'antitoxine Höchst. — BACMEISTER : La précipitation de la cholestérine dans la bile et son importance dans la pathogénie de la lithiase biliaire.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 7, 13 fév. 1908.) SZALAÏ : Sur l'hyperémie dans la pratique médicale générale.

Semaine gynécologique. — (N° 5, 4 fév. 1908.) PICHEVIN : La lutte contre le cancer de l'utérus en France. — (N° 6, 11 fév.) PICHEVIN : Du massage en gynécologie. — (N° 7, 18 fév.) PICHEVIN : De la ponction des collections liquides au cours des laparotomies pour lésions développées aux dépens des organes génitaux internes de la femme. — (N° 8, 25 fév.) PICHEVIN : A propos du pessaire dans la rétro-déviation. — (N° 9, 3 mars.) PICHEVIN : Laparotomie ou incision vaginale dans les cas de rupture ou d'avortement tubaire. — (N° 10, 10 mars.) PICHEVIN : A propos d'un fibro-myome utérin.

Semaine médicale. — (N° 6, 5 fév. 1908.) LEJARS : Les épithéliomas kystiques de l'ovaire. — (N° 7, 12 fév.) R. DE BOVIS : Le traitement ambulatoire des opérés de laparotomie.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 9, 13 fév. 1908.) EXNER et HEYSOWSKY : Sur la pathogénie de la cholélithiase. — KREIDL et NEUMANN : Sur un nouvel élément figuré dans le lait. — KLAUSNER : Sur une nouvelle méthode du séro-diagnostic dans la syphilis. — GOLDZICHER et MOLNAR : Contribution à l'étude de l'adrénalinémie. — ARZT et BOESE : Sur la méningite paratyphique chez le nourrisson. — NICOLICH : Deux cas de lithiase rénale aseptique. — VECSEY : Expériences avec le bromural. — LANDSTEINER et MÜLLER : Remarques sur la communication : « Sur l'influence des extraits alcooliques d'organes sur les anticorps. »

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATURIE

I. DÉFINITION. — L'hématurie est l'émission par l'urètre, au moment de la miction, d'une certaine quantité de sang pur ou mélangé à l'urine. C'est un symptôme toujours important de la pathologie urinaire; mais, s'il révèle le plus souvent une affection ayant son siège primitif dans l'appareil urinaire, il faut quelquefois en rechercher la cause première en dehors de celui-ci. Aussi l'étude de l'hématurie doit-elle avant tout se proposer d'indiquer ses caractères, ses variétés, ses symptômes concommitants, dans le but d'en déterminer la cause, car de celle-ci dépend le traitement.

II. SYMPTOMES. — 1° DÉBUT. — L'hématurie peut être précédée de quelques *prodromes*, soit locaux (douleurs lombaires, syndrome de la colique néphrétique, ténesme vésical), soit généraux (malaise, fièvre), ou bien au contraire l'écoulement du sang par l'urètre est le premier phénomène observé. Tantôt elle survint au cours d'une affection caractérisée des voies urinaires, tantôt elle survient *brusquement* en pleine santé apparente.

2° ETAT. — a. L'*écoulement du sang* se fait de façons variables. L'urine peut être plus ou moins colorée, suivant l'abondance de l'hémorragie; la coloration peut varier au cours de la miction, faible au début, forte à la fin, ou inversement. L'urine peut contenir encore du pus, des caillots.

b. L'examen de l'urine sanglante *après son issue des voies urinaires* montre : α. *A l'examen macroscopique*, un liquide dont la coloration varie du jaune à peine rosé à la teinte café noir; après repos, il se forme un dépôt constitué d'une mince couche brunâtre dans les hémorragies légères, de caillots noirs ou décolorés dans les hémorragies abondantes. En outre, on pourra trouver dans le dépôt du pus plus ou moins coloré par le sang (aspect strié ou ponctué), des sédiments urinaires (acide urique, urates, phosphates), des fragments de tumeur. Dans quelques cas, l'urine présente un aspect particulier : il existe une couche supérieure crémeuse formée de globules blancs (hématurie chyleuse ou *hémato-chylurie*); parfois, l'hématurie est précédée de *fibrinurie*.

β. *A l'examen microscopique*, on trouvera *des globules rouges*; ils présentent d'abord leur aspect normal, mais plus on s'éloigne du moment où l'urine a été recueillie, plus ils se déforment, l'hémolyse allant de la dissolution de l'hémoglobine (décelable par l'examen *spectroscopique*) à la destruction du stroma globulaire; des *globules blancs*, des cellules *épithéliales*, des *cristaux*, des *cylindres* épithéliaux ou hématiques; dans certains cas des *microbes* (bacille de Koch, coli) ou des parasites d'ordre plus élevé (œufs de Strongylus, de la Bilarzhia, crochets d'hydatide).

c. Les *signes concommitants* sont les uns fonctionnels : douleur sur le trajet de l'uretère, ténesme vésical, miction douloureuse; les autres généraux : lipothymie, hémorragies multiples. Mais dans la majorité des cas tout se borne à l'émission de l'urine sanglante.

3° MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — L'évolution des hématuries est en relation avec leur cause; mais des facteurs secondaires, au premier rang desquels la congestion, peuvent leur donner des caractères différents dans une même affection. L'hématurie peut être unique ou très rare, ou au contraire, répétée, entraînant alors un état anémique.

III. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — 1° EST-CE BIEN DU SANG QUE CONTIENT L'URINE? — L'urine peut avoir une coloration rappelant celle qui est due à la présence du sang : il en est ainsi des urines fébriles, des urines ictériques, des urines de sujets ayant absorbé certains médicaments (rhubarbe, séné, semen-contra, acide phénique, salol). Ce sont des erreurs faciles à éviter. L'hémoglobinurie donne à l'urine la même teinte que l'hématurie; le diagnostic, en dehors des données cliniques, se fondera sur l'examen microscopique décelant l'absence de globules rouges, alors que l'examen spectroscopique sera positif.

2° LE SANG VIENT-IL DES VOIES URINAIRES? — L'hémorragie de l'urètre antérieur, due ordinairement à un traumatisme, et caractérisée par l'écoulement lent de sang pur, en dehors de la miction, non plus que la spermatorragie, n'appartiennent pas au syndrome hématurie. Il faut savoir aussi que l'urine peut contenir du sang provenant des règles, d'une métrorragie, et qu'il existe aussi des cas de simulation. *En résumé*, le diagnostic différentiel ne présente pas de réelle difficulté. Il n'en est pas toujours de même en ce qui concerne la recherche de la cause.

IV. PATHOGÉNIE. — L'hémorragie peut être due à des causes *générales* ou *locales*. Parmi les premières prennent place les altérations sanguines dues soit à une toxi-infection (maladies hémorragipares telles que : ictère grave, scorbut, formes hémorragiques de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde), soit à une prédisposition congénitale (hémophilie); les troubles nerveux (néphralgies).

Parmi les secondes, de beaucoup les plus fréquentes, se placent les traumatismes directs (lésions provoquées de l'urètre ou de la vessie, lithiase) ou indirects (contusions du rein), les inflammations aiguës (néphrites, cystites, urétrites) ou chroniques; les lésions spécifiques, qui peuvent agir par destruction des tissus ou par la présence de substances toxiques (tuberculose, cancer, parasitoses).

On sait que par l'injection expérimentale de tuberculine on a obtenu des hématuries.

Dans tous les cas, la production de l'hémorragie suppose toujours, en dernier lieu, l'effraction des vaisseaux, que celle-ci soit produite d'emblée ou qu'elle soit le résultat d'un processus inflammatoire; elle peut être favorisée par les phénomènes de congestion active ou passive qui accompagnent celui-ci. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 mars : MM. Bensaude, Herscher et Le Sourd (L.), 19.

Séance du 20 mars : MM. Comte, Laubry et Sainton, 20; Ribierre, 19.

Prochaine séance dimanche 22 mars, à neuf heures du matin, à Beaujon.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 18 mars. — Question : « Rapports de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton. — Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. »

MM. Ménard, 16 + 23 = 29; Velter, 15 + 22 = 37; Gastinel, 13 + 23 = 36; Vignéras, 5 + 15 = 20; Bollack, 11 + 20 = 31; Doucet, 9 + 15 = 24; Douay, 17 + 24 = 41; Logre, 5 + 19 = 24; Dournay, 10 + 19 = 29; Zislin, 12 + 22 = 34; Jolivet, 15 + 23 = 38.

La prochaine séance aura lieu le samedi 21 mars, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

GUERRE. — Sont nommés membres du Conseil supérieur de surveillance des eaux d'alimentation destinées à l'armée :

Membres de droit : MM. le président de la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires; le directeur du génie au ministère de la Guerre; le directeur du service de santé au ministère de la Guerre.

MM. Paul Strauss; les docteurs Chautemps, Piettre et Léon Labbé, sénateurs.

MM. les docteurs Villejean, président de la commission d'hygiène de la Chambre, et Levraud, députés.

MM. Miquel, chef du service bactériologique de l'observatoire de Montsouris; le docteur Courmont, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon.

MM. le médecin-inspecteur général Delorme; le professeur d'hygiène du Val-de-Grâce; le professeur d'épidémiologie du Val-de-Grâce; le pharmacien-inspecteur.

MARINE. — M. le médecin de première classe Barbe est désigné pour embarquer sur le *D'Estrées*.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille des épidémies en argent est décernée à M. le docteur Monard (de Sains).

La médaille de bronze est décernée à M. Chaplain, interne au sanatorium de Larue.

LA TUBERCULOSE EN ALLEMAGNE. — Le docteur Frænkel a lu à la Société de médecine de Berlin un rapport sur la mortalité en Allemagne pendant les trente dernières années et principalement sur la mortalité par la tuberculose. La mortalité générale a passé de 263 et 249 pour 10000, en 1875 et 1881, à 193, 199 et 197 durant les trois dernières années. Les décès par suite de tuberculose, qui étaient de 32 1/2 par 10000 en 1881, sont descendus à 17 1/4. Le docteur Frænkel attribue ces progrès, en ce qui concerne la tuberculose, en partie aux découvertes du professeur Koch, qui ont permis de trouver des moyens prophylactiques, et aussi à l'influence de l'assurance contre les maladies. Il estime que les nombreux établissements où les tuberculeux sont traités et isolés ont également contribué à combattre le mal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Mierzejewsky, professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Sous la direction de M. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie, et avec l'assistance du docteur L.-M. Pautrier, un cours complémentaire d'anatomie pathologique est organisé au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie.

L'accès à ce cours est libre pour les internes des hôpitaux, qui devront simplement acquitter un droit global de 25 francs pour la totalité des conférences.

Pour tous les autres auditeurs, non internes des hôpitaux, un droit d'inscription sera exigé pour chaque série de conférences; mais il leur sera loisible de s'inscrire pour l'ensemble du cours complémentaire, moyennant un droit de 200 francs.

Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie : 17, rue du Fer-à-Moulin.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA SÉCRÉTION INTERNE DE L'OVAIRE

(LE CORPS JAUNE ET LA GLANDE INTERSTITIELLE)

Par M. Hugues ALAMARTINE (2),
Interne des hôpitaux de Lyon.

IV

Le corps jaune. — I. Le corps jaune. — Grâce aux travaux récents de Skrobansky, Prenant, Born, Magnus, Cohn et Frænkel, la physiologie du corps jaune, organe resté pendant longtemps énigmatique, tend à s'élucider aujourd'hui.

1° Historique. — C'est Malpighi qui, en 1681, a donné son nom au corps jaune. Pendant tout le xviie et le xviiie siècle cette formation fut regardée comme un corps glanduleux. La connaissance exacte des phénomènes de l'ovulation marqua un recul dans la physiologie du corps jaune. On le considéra uniquement comme une cicatrice destinée à fermer la plaie laissée par la ponte ovulaire. Dans ces dernières années les recherches des histologistes (Sobotta, Cornil, Prenant), en montrant le caractère nettement glandulaire des cellules du corps jaune, provoquèrent un revirement.

Beard fut le premier (1897) à émettre l'opinion que le corps jaune sert à supprimer ou à faire avorter l'ovulation pendant la grossesse. Prenant (1899) adopta et vulgarisa cette théorie.

Il ne manquait dès lors à l'idée du corps jaune régulateur des phénomènes de la menstruation et de la fécondation, que la confirmation expérimentale. Elle lui a été fournie par les expériences de G. Born (de Breslau) et de ses trois élèves, Magnus, Frænkel et Cohn (1901-1904). D'autre part, Lebreton et Skrobansky ont étudié le rôle antitoxique du corps jaune.

2° Preuves de la nature glandulaire des cellules du corps jaune. — Ce que l'on sait actuellement de l'histogenèse du corps jaune met en évidence son analogie complète avec les autres glandes à sécrétion interne. Comme le thyroïde ou le thymus il succède ontologiquement à une glande à sécrétion externe qui est le follicule de de Graaf. En effet l'ancienne opinion de Baer (1827) soutenue plus récemment par Ch. Robin, His, Kölliker, Clark, Paladino, suivant laquelle les cellules du corps jaune dériveraient des éléments conjonctifs de la thèque folliculaire est définitivement abandonnée. Sobotta, Belloy, Marshall, Cohn, ont montré que Bischoff (1842) avait raison en disant que les cellules à lutéine provenaient de la transformation directe de l'épithélium folliculaire, remanié par les cellules interstitielles de la thèque (Rabl, Van der Stricht).

D'origine épithéliale, les cellules du corps jaune présentent tous les caractères cytologiques d'éléments glandulaires. « Les corps jaunes, dit Bouin, sont délimités par une couche de nature conjonctive et sont constitués par des cellules pressées les unes contre les autres et présentant dans leur structure intime, leur disposition et leurs rapports avec les vaisseaux sanguins, non seulement les attributs des cellules glandulaires ordinaires mais surtout ceux des éléments glandulaires à sécrétion interne. Elles renferment en effet des produits de sécrétion (lutéine, graisse), les formations cytoplasmiques caractéristiques des cellules à métabolisme glandulaire actif (ergastoplasma) et une orientation spéciale vis-à-vis des vaisseaux sanguins. »

3° Résultats de l'expérimentation. — G. Born, à la suite des travaux de Sobotta, avait conçu l'idée que le corps jaune pouvait bien agir sur l'utérus de façon à permettre la nidation de l'œuf fécondé. Frænkel a montré en outre avec Cohn et Magnus, tous élèves de Born, qu'il agit également sur l'utérus non gravide, et qu'après la fécondation il garde encore sa fonction pour subvenir à la nutrition exagérée de la matrice et assurer le développement du fœtus.

a. *Action sur l'utérus non gravide* (Frænkel). — La destruction des seuls corps jaunes chez le lapin a amené l'atrophie complète avec dégénérescence graisseuse de l'utérus, comme cela se passe après la castration double. Frænkel a fait au cours de laparotomies la même expérience chez la femme, la menstruation suivante fut troublée ou complètement supprimée.

Pratiquée chez la lapine entre le premier et le sixième jour après la fécondation, la destruction partielle des corps jaunes est sans effet, la destruction totale arrête la grossesse. Du reste pour se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, Frænkel a, dans des conditions variées, traumatisé l'ovaire et n'a obtenu aucun effet comparable, chaque fois que les corps jaunes sont restés intacts.

b. *Action sur l'utérus gravide.* — Frænkel dans une autre série d'expériences, a montré l'action du corps jaune sur l'évolution ultérieure de l'œuf fécondé. A des lapines pleines il a enlevé les deux ovaires, ou bien détruit les corps jaunes et il a toujours vu les œufs subir dans la suite une régression; au delà seulement du vingtième jour, la gestation va à terme. Magnus a obtenu les mêmes résultats.

Frænkel est ainsi arrivé à cette conclusion, que la sécrétion interne du corps jaune agit sur la nutrition de l'utérus, empêchant son atrophie et préparant la muqueuse à recevoir l'œuf fécondé. Le corps jaune assurerait ensuite la nutrition du fœtus.

En collaboration avec Lichnitz, il a cherché à résoudre le mécanisme de cette action.

Inoculant des lapins avec des corps jaunes de vaches, il constata que le sérum de ces animaux avait la propriété de dissoudre les cellules lutéiniques, d'où la possibilité d'obtenir un sérum immunisant contre la formation du corps jaune et par suite contre la conception. Lindenthal (1903) a cliniquement confirmé chez la femme les expériences de Frænkel. Néanmoins il existe un certain nombre de faits contradictoires qui sont les suivants :

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 31, p. 363.

Skrobansky ayant castré des lapines gravides, du dixième au quinzième jour de la gestation, constata l'interruption de la grossesse une fois sur trois seulement. Dans les mêmes conditions la destruction du corps jaune seul, détermine tantôt l'avortement, tantôt la résorption du produit. Il existerait donc un équilibre entre la sécrétion interne de l'ovaire et celle du corps jaune ; la première agit sur l'utérus et sa muqueuse et y prépare la greffe de l'ovaire, la seconde exerce une action d'arrêt sur la fonction précédente. Mandl (1904) transplante l'ovaire chez une lapine gravide, sous la paroi abdominale. L'animal met bas, puis est de nouveau fécondé. Au quatrième jour de cette gestation, Mandl lui enlève l'autre ovaire. La gestation va pourtant à terme bien que l'animal ne soit plus en possession que d'un ovaire transplanté où le corps jaune est atrophié.

Indépendamment de son action sur l'utérus le corps jaune concourt au rôle antitoxique de la sécrétion interne de l'ovaire. La toxicité des extraits de corps jaune [M. Lambert (1907)], l'augmentation de volume de cet organe dans les infections, l'asystolie, les maladies dyscrasiques (Cornil) en sont de bonnes preuves.

II. Les follicules ovariens et les corps jaunes atrésiques. — 1° Rôle du follicule ovarien. — Pour les auteurs classiques le follicule ovarien n'est pas autre chose qu'une sorte de nid, destiné à abriter l'ovule pendant son développement et à lui fournir les matériaux nécessaires à son accroissement.

Loisel fait au contraire des cellules folliculaires une formation glandulaire dont une des fonctions est la ponte ovulaire. Cette opinion semble justifiée par la présence de produits d'élaboration au niveau du follicule, par le défaut de synchronisme entre son développement et celui de l'ovule. Le volume que le prétendu nid acquiert chez les mammifères n'est vraiment pas en rapport avec le rôle qu'il aurait à jouer. Enfin l'histo-physiologie montre que le follicule n'a pas achevé son rôle quand l'ovule est pondu, car c'est lui qui donne alors les corps jaunes vrais ou faux.

2° Rôle des corps jaunes atrésiques. Signification des résorptions d'ovules non pondus. — « Au point de vue physiologique, dit Loisel, cette résorption doit être considérée comme une véritable sécrétion interne. Elle l'est également au point de vue morphologique, car elle s'accompagne d'un développement de capillaires sanguins comparable à celui qui se présente dans les glandes à sécrétion interne proprement dites (Perez). C'est là peut-être, dans cette résorption continue des ovules, la sécrétion interne la plus active puisqu'elle fait rentrer dans l'organisme non seulement les nucléo-albumines du noyau, mais encore les premières réserves nutritives que le cytoplasma ovulaire avait pu déjà commencer à élaborer et qui devaient servir à la vie de l'embryon. »

L'activité de la résorption ovulaire suit d'ailleurs un rythme très significatif, compensateur du développement des corps jaunes; elle est intense surtout chez les jeunes animaux avant la puberté (Dubuisson), puis quand l'époque de la ponte est terminée pendant la gestation (von Brunn).

V

Mode d'action et signification physiologique de la sécrétion interne de l'ovaire. Conclusions. — *A.* Nature des produits chimiques élaborés dans l'ovaire, toxicité de ces produits. — « Les produits élaborés dans les sécrétions internes de l'ovaire peuvent, dit Loisel, être classés provisoirement sous quatre chefs : des albuminoïdes figurés (plaquettes et vésicules vitellines), des graisses, des pigments et des substances liquides complexes. Malheureusement, on ne sait rien de la composition des plaquettes vitellines, et pour le reste, si l'on peut localiser la production des graisses et des pigments, on a à peu près tout dit de leur nature chimique, quand on prononce les noms de graisses neutres et de lécithines, de mélanines et de lysochromes. »

La nature chimique des sécrétions internes de l'ovaire est donc en réalité fort mal connue. Les produits thérapeutiques, tels que l'ovarine de Merk ou l'ocréine, n'ont pas de composition fixe. Hugounenq a montré que les albuminoïdes différaient de nature suivant les espèces.

Ce qui est beaucoup plus intéressant au point de vue physiologique, c'est la présence dans l'ovaire de substances toxiques, déjà étudiées par Rochas (1857), Rémy et plusieurs physiologistes japonais dans les ovaires de tétrodons. Loisel en a récemment repris l'étude en s'adressant à des animaux d'espèces très diverses. La toxicité des extraits d'ovaires est un fait général, elle est beaucoup plus grande que pour la plupart des autres organes, notamment que pour le testicule. Ces poisons proviendraient, pour une partie du moins, non des cellules ovariennes, mais de leurs produits d'excrétion. « Ainsi une des fonctions de l'ovaire serait d'épurer l'organisme des substances nuisibles qu'il renferme, auto-toxines ou hétéro-toxines. »

S. Dobrowolski a réussi à obtenir des sérums ovariens cytotoxiques, toxiques surtout pour les animaux en activité sexuelle.

B. Les associations glandulo-ovariennes. — L'existence de corrélations intimes entre les diverses glandes à sécrétion interne de l'organisme, est aujourd'hui parfaitement démontrée.

1° *Ovaires et corps thyroïde.* — Les rapports de l'ovaire et du corps thyroïde étudiés déjà par Gomez, Ocana, Herthoghe, Blondel, Dupré et Pagniez ont tout récemment été repris par Parrhon et Goldstein qui ont précisé l'action antagoniste de ces deux organes.

L'action antagoniste directe de l'ovaire sur le corps thyroïde et de ce dernier sur les ovaires, est bien établie. Expérimentalement, Cecca a vu la thyroïde s'hypertrophier après l'ablation des ovaires. Lange a constaté le même fait pendant la grossesse où la fonction des ovaires est assurément bien réduite. Inversement, Hofmeister après la thyroïdectomie, a vu les ovaires s'hypertrophier.

Le corps thyroïde favorise le développement et la croissance des os (Poncet, Jeandelize). L'ac-

tion de la sécrétion interne des ovaires sur le système osseux est tout à fait opposée. Fehling regarde l'ostéomalacie comme due à une exagération des fonctions ovariennes. Il en serait de même pour Parrhon et Goldstein, en ce qui concerne l'action de l'ovaire et de la thyroïde sur le tissu adipeux, le système pileux, les appareils cardio-vasculaire et vasomoteur, les sécrétions sudorale et lactée, et enfin sur les échanges nutritifs (élimination urinaire). Les bons effets de l'opothérapie ovarienne dans le goitre exophtalmique (Delaunay, Tillé, Moreau) viennent à l'appui des idées soutenues par Parrhon et Goldstein.

Hallion (1907), par injection d'extraits d'ovaires chez des chiens, dont il explorait le corps thyroïde au moyen du plétysmographe de Morat, a constaté dans cet organe une vaso-dilatation intense. Il s'agit bien là d'une congestion active, car elle coïncide avec une diminution de la pression artérielle générale. L'ovaire agit donc sur le corps thyroïde par l'intermédiaire de sa sécrétion interne.

2° *Ovaires et thymus, surrénales, hypophyse.* — Le thymus s'atrophie à mesure que les ovaires se développent, sa fonction paraît limitée à la vie embryonnaire et aux premières années de la vie extra-utérine. On tend aujourd'hui à admettre qu'il remplace la glande ovarienne dans sa fonction antitoxique jusqu'au moment où l'ovaire entre en activité chez l'adulte (Schedel et Flemming, Henderson). Cette idée est fondée sur l'analyse des effets sur la nutrition des extraits ovarien et thymique (Tarulli et Lo Monaco), sur l'influence exercée par la castration sur la structure du thymus (Goodall), et enfin sur l'apparition précoce de la chlorose chez des sujets ayant une atrophie primitive du thymus (Blondel). Du reste Calzolari a démontré directement que chez les animaux mâles castrés de très bonne heure, le thymus s'atrophiait beaucoup moins vite et inversement qu'après l'ablation du thymus les testicules s'hypertrophiaient.

Pour Loisel, les capsules surrénales et l'ovaire auraient une fonction épuratrice analogue. Cette opinion est basée sur l'embryologie (Miahlkowicz, Gottschau, Jannosik, Loisel) qui démontre l'origine ancestrale commune des cellules des surrénales et de celles de l'ovaire et du testicule, et sur la ressemblance histologique (Greighton, Tourneux, Jannosik, Mulon) entre les cellules interstitielles de l'ovaire ou du corps jaune et les éléments épithéliaux de la surrénale corticale (pigments lipochromes, graisses phosphorées). D'ailleurs les médecins ont constaté qu'il existait une corrélation fonctionnelle entre les glandes génitales et les capsules surrénales, susceptible de se traduire par exemple sous forme d'hypertrophie vicariante des cellules surrénales dans l'atrophie des ovaires ou des testicules.

Dans le même ordre d'idées, il faut signaler l'arrêt de fonctionnement des glandes cutanées à venin du crapaud au moment de la maturité des ovaires (Phisalix).

Les rapports des ovaires et de l'hypophyse commencent à être connus, l'hypertrophie et la vascularisation anormale de la glande au moment de la menstruation et dans le cours de la grossesse, sont des faits admis aujourd'hui sans conteste.

C. Mode d'action de la sécrétion interne de l'ovaire et conclusions. — A l'heure actuelle la corrélation de cause à effet existant entre la présence des ovaires et l'état général de l'organisme n'est susceptible que d'une seule explication : l'existence d'une sécrétion ovarienne interne.

Cette sécrétion agit tout d'abord sur le tractus génital lui-même (caractères sexuels secondaires) assurant son développement et maintenant son intégrité ultérieure. Elle exerce la même action sur les caractères sexuels tertiaires (instinct sexuel, squelette, phanères).

Les agents de cette sécrétion interne sont les cellules interstitielles, les corps jaunes, les cellules folliculaires et enfin les corps jaunes atrésiques. Le corps jaune semble tenir plus particulièrement sous sa dépendance les phénomènes de la menstruation, de la fécondation et de la gestation. C'est peut-être à lui aussi qu'il faut attribuer le principal rôle dans le maintien de l'intégrité des caractères sexuels.

En ce qui concerne la glande interstitielle on ne peut actuellement affirmer qu'une seule chose, sa nature de glande à sécrétion interne. Du reste son développement est extrêmement variable chez les différentes espèces animales, chez la femme elle est presque absente.

La sécrétion interne de l'ovaire n'a pas une signification exclusivement sexuelle. Son action sur la nutrition en général, les corrélations qui existent entre elle et les autres glandes à sécrétion interne, la ressemblance des cellules de la glande interstitielle et du corps jaune avec celles des surrénales et leur origine commune, l'indépendance relative entre les cellules interstitielles et les ovules (Regaud, Bouin, Limon, Loisel), le fait que le corps jaune n'acquiert tout son développement qu'après l'ovulation, enfin la présence de substances toxiques dans les ovaires établissent d'une façon définitive que les *ovaires ont à remplir une fonction épuratrice de l'organisme consistant à fixer, à transformer ou à détruire certains produits solubles nuisibles versés dans le sang par le fonctionnement des tissus somatiques, et apportés à l'ovaire par le système artériel* (Loisel).

Du reste pour Loisel il n'y a pas lieu de dissocier ces deux fonctions sexuelle et antitoxique. Ce sont les toxines qui élaborées par l'ovaire sont transformées en produits utiles. De ces produits, les uns sont rejetés avec les ovules et utilisés alors pour la reproduction sexuelle, les autres réabsorbés par l'organisme sous forme de sécrétions internes vont agir sur l'utérus pour préparer la muqueuse à la fécondation et assurer le développement de l'embryon, et sur l'organisme tout entier dans la production des phénomènes du rut et des caractères dits sexuels secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

(Jusqu'au 1er janvier 1908).

Aimé (H.). Les cellules interstitielles de l'ovaire chez le cheval, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1906, p. 250-252. — Ancel (P.) et Bouin (P.). Glandes génitales et rayons X, *Presse méd.*, 10 avril 1907.

Baudron (E.). *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes*, Th. de Paris, 1894. — Beard (J.). The rythm of reproduction in

mammalia. *Anatom. Anz.*, 27 oct. 1897. — Le Bec. Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus, *Arch. gén. de méd.*; janv. et juillet 1882. — Berger. *Castration et élimination des phosphates*, Th. de Griesswald, 1903. — Bergonié, Tribondeau et Récamier. Action des rayons X sur les ovaires de la lapine, Soc. de biol., fév. 1905. — Bovis (de). Le corps jaune. Revue générale, *Semaine méd.*, 1906, p. 61. — Bouin (P.). Atrésie des follicules de Graaf et formations des faux corps jaunes, *Bibliog. anat.*, 1899, p. 296-300; — La glande à sécrétion interne de l'ovaire, *Revue méd. de l'Est*, 1902, p. 405; — Bouin (P.) et Ancel (P.). Recherches sur les cellules interstitielles du testicule des mammifères, *Arch. de zool. expérim.*, 1903. — Bouin, Ancel et Villemin. Physiologie du corps jaune de l'ovaire, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1906, p. 417-419; — Glande interstitielle de l'ovaire et rayons X, Soc. de biol., 2 mars 1907. — Briau (E.). De l'influence de la castration testiculaire et ovarienne sur le développement du squelette, *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1901, p. 769. — Brown-Séquard. *C. r. de la Soc. de biol.*, 15 juin 1887. — Buys und Vandervelde. Experimentelle Untersuchungen über Uterusveranderungen nach doppelseitigen Ovariotomie, *Centralbl. f. Gynæk.*, 1894.

Calzolari. Recherches expérimentales sur un rapport possible entre la fonction du thymus et celle des testicules, *Arch. ital. de biol.*, 1898, p. 71. — Cana. *Résultats thérapeutiques de la castration*, Th. de Paris, 1896. — Carrel (A.) et Guthrie. Technique de la transplantation homoplastique de l'ovaire, Soc. de biol., 3 mars 1900. — Castex. Effets de l'ablation des ovaires sur la voix, Soc. franç. d'otol., de laryngol., de rhinol., mai 1896. — Chavin. *Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Résultats éloignés*, Th. de Paris, 1896. — Charrin et Jardry. Influence de l'ovaire sur la nutrition. Synergie thyroïdienne, Acad. des sc., 18 janv. 1900. — Chrobak (R.). Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe, *Centralbl. f. Gynæk.*, 1890, p. 521. — Cohn (F.). Zur Histologie und Histogenese des Corpus luteum und des interstitiellen Ovarialgewebes, *Arch. f. mikros. Anat. u. Entwicklungsgeschichte,* 1903, p. 745. — Congrès français de chirurgie (V^e session), Paris 1891. — Cornil (V.). Note sur l'histologie du corps jaune chez la femme, *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, 1899. — Curatullo et Tarulli. La secrezione interna delle ovarie. Studio clinica sperimentale, *Boll. della reg. Acad. med. di Roma*, 22e année, fasc. 5 et 6.

Dalché. Opothérapie ovarienne contre les troubles attribués à une hypoplasie de l'ovaire, *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1898, p. 675; — Insuffisance ovarienne, *Gaz. des hôpit.*, 1906. — Dobrowski (S.). Sur la cytotoxine ovarienne. *Rocznik Lekarski*, 1906, p. 129-146. — Dubois. Sur la spermase et l'ovulose, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1900, p. 197. — Dudley. Implantation intra-utérine de l'ovaire, *Med. Record*, 1900, p. 849.

Eckardt. Ueber die Beschoffenheit der Uterusmucosa nach Castration, *Centralbl. f. Gynæk.*, 1896. — Ellenberger. Vergleichend anatomische Untersuchungen über die histologische Einrichtung des Uterus der Thiere, *Arch. f. vissench. u. prak. Thierheilk.*, 1897.

Fedeli (Carlo). *Recherches sur l'action thérapeutique de l'ovarine*, 1896. — Fedoroff. Soc. méd. russe, in *Wratch*, 1897, p. 793. — Feré et Bestion. Action du suc ovarien, Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1897. — Fränkel (L.). Ueber Corpus luteum Cysten, *Arch. f. Gynæk.*, 1895; — Des corps jaunes, leurs fonctions, leurs applications thérapeutiques, *Journ. d'accouch. de Liége*, 13 mars 1904; — Die Funktion des Corpus luteum, *Arch. f. Gynæk.*, 1903; — Weitere Mitteilungen über die Funktion des Corpus luteum, *Centralbl. f. Gynæk.*, 1904, p. 621; — Vergleichend histologische Untersuchungen über das Vorkommen drüsiger Formationen in interstitiellen Eierstocksgewebe, *Arch. f. Gynæk.*, 1905. — Frænkel (L.) et Cohn (F.). Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Corpus luteum auf die Insertion des Eies, *Anatom. Anzeiger*, 30 nov. 1901.

Le Jardry. *La sécrétion interne de l'ovaire*, Th. de Paris, 1906-1907. — Jayle (F.). Opothérapie ovarienne, *Presse méd.*, 1896, p. 438; — Effets physiologiques de la castration chez la femme, *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1897, p. 403; — Greffes d'ovaires, *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 641; — Opothérapie ovarienne dans la ménopause artificielle et naturelle, *Revue de gynécol.*, avril 1898; — De l'insuffisance ovarienne, *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1901, p. 905. — Jentzer et Beuttner. Experimentelle Untersuchungen z. Frage des Castrationsatrophie, *Zeits. f. Geb. u. Gynæk.*, 1901, n° 1. — Johnstone. Sécrétion interne de l'ovaire, *Med. News*, 1900, p. 519. — Jouin. Ovaires et corps thyroïde, Cong. franç. pour l'avancement des sciences, Paris 1900. — Julien (L.). *Recherches sur les suites éloignées de la castration chez la femme et la valeur de l'opothérapie ovarienne*, Th. de Lille, 1899-1900.

Gilbert. *Etude sur l'opothérapie ovarienne*, Th. de Paris, 1897. — Glass. An experiment in transplant. of the entire human ovary, *Med. News*, 1891. — Glœvecke. Körperliche und geistige Veründerungen im weiblichén Körper nach Künstlichen Verlust der Ovarien einerseits und des Uterus anderseits, *Arch. f. Gynæk.*, 1889, p. 1. — Goodall. The post natal changes in the thymus and the effect of castration on thymus structure, *Journ. of phys.*, 1905. — Goodell (W.). The effect of the castration, *Med. News*, 1898. — Gomez (Occana). Association fonctionnelle entre le corps thyroïde et les testicules ou les ovaires, *Interm. des biolog. et des méd.*, 1899, n° 1. — Gottschalk. Ueber die Castrationsatrophie der Gebärmutter, *Arch. f. Gynæk.*, 1897. — Grammatikati. Experimentelle Untersuchungen über das weitere Schiksal der Ovarien und Tuben nach der Totalextirpation des Uterus bei Kuninchena, *Centrabl. f. Gynæk.*, 1889. — Grigorieff. Die Schwangerschaft bei der transplantation des Eierstocke. *Centralbl. f. Physiol.*, 1899. — Guinard (L.). Art. castration, *Dict. de pkysiol.*, t. II, p. 487.

Halban. Ueber den Einfluss der Ovarien auf die Entwickelung des Genitales, *Monats. f. Geb. u. Gynæk.*, Bd. XII. — Hallion (M.). Influence vaso-dilatatrice des produits ovariens sur le corps thyroïde, Soc. de biol., 6 juillet 1907. — Halberstædter. Die Einwirkung der Röntgen strahlen auf Ovarien, *Berl. klin. Wochens.*, 1905. — Henderson (J.). On the relationship of the thymus tho the sexual organe, *Journ. of physiol.*, 1904. — Herlitzka. Sur la transplantation de l'ovaire, *Arch. ital. de gynécol.*, 1898, p. 340. — Heymann (E.). Zur Einvirkung der Kastration auf den Phosphorgehalt des veihlichen Organismus, *Zeits. f. physiol. Chemie*, 1904.

Katsh. Sur l'histologie des ovaires transplantés, *Russ. med. Rundschau*, Berlin 1904, p. 462-522. — Kermarrec. *Contribution à l'étude des greffes de l'ovaire*, T. de Paris, 1903. — Knauer. Beit. z. den Dauererfolgen bei Adnex-Operationen, *Wiener klin. Wochens.*, 1893; — Einige Versüche über Ovarien-transplantation bei Kaninchen, *Centralbl. f. Gynæk.*, 1896; — La transplantation des ovaires. Etude expérimentale, *Arch. f. Gynæk.*, 1899. — Kreiss (O.). Die Entwicklung und Rückwirkung des Corpus luteum beim Menschen, *Arch. f. Gynæk.*, 1899. — Krukenberg. Castration und Flimmerepithel. Verhandlungen, *Deuts. Gesel. f. Gynæk.*, Bonn 1891.

Labusquière. Les corps jaunes. Leurs fonctions d'après L. Frænkel, *Arch. de gynécol. et d'obstét.*, fév. 1904. — Lambert (M.). Influence de la castration ovarienne sur la nutrition, Soc. de biol., 1903; — Sur l'action des extraits de corps jaunes de l'ovaire, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 18-20. — Latzko et Schmitzler. Ein Beitrag zur Organotherapie bei Osteomalacie, *Deuts. med. Wochens.*, 1897, p. 587. — Lebreton. Corps jaune et auto-intoxication gravidique, *Semaine méd.*, 1899, p. 237. — Leopold et Mironow. Beitrag zur Lehre von den Menstruation und Ovulation, *Arch. f. Gynæk.*

1894. — LERDA. Sulle alterazione delle ovaie in sequito lesione chirurgiche dell' utero e delle trombe, *R. Accad. med. di Torino*, 1905. — LIMON. *Etude histologique de la glande interstitielle de l'ovaire*, Th. de Nancy, 1901; — *Arch. d'anat. microsc.*, 1902, t. V; — Observations sur l'état de la glande insterstitielle dans les ovaires transplantés, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1904, p. 864; — Soc. de biol., 1904; — LINDENTHAL. Menstruation und Corpus luteum, *Wien. klin. Wochens.*, 1903. — LISSAC. *Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme*, Th. de Paris, 1896. — LŒWY et RICHTER. Zur Frage nach den Einfluss der Castration, *Centralbl. f. Physiol.*, 1902. — LE LORIER. *De l'aménorrhée primitive*, Th. de Paris, 1904. — LOISEL (Gustave). Les poisons des glandes génitales, Soc. de biol., 1903-1905; — Les phénomènes de sécrétion dans les glandes génitales, *Journ. de l'anatomie*, 1904, p. 536, et 1905, p. 58.

MAGNUS (V.). Ovariets betydning for svangers Kabet med saerligt hensyn til corpus luteum, *Norsk. mag. for Lægevidens.*, oct. 1901. — MAIZNER. Vorschlag zur Behandlung der Ausfallsercheinungen nach Castration, *Deuts. med. Wochens.*, 1876, p. 188. — MANDL. *Centralbl. f. Gyn.*, 1904, p. 632. — MARTIN (Albert). *Résultats éloignés de l'ablation des annexes par la laparotomie*, Th. de Paris, 1893. — MARCHESE. Sur la transplantation de l'ovaire, *Arch. ital. de gyn.*, Naples 1898, p. 340. — MATCHINSKY. De l'atrophie des ovules dans l'ovaire des mammifères, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1900, p. 113. — MATHIEU. Goître exophtalmique après ablation des ovaires, *Gaz. des hôpit.*, 1890. — MAUCLAIRE. Auto-greffes sous-cutanées des ovaires, XIII[e] Congrès international de médecine, Paris 1900; — Insuffisance ovarienne, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 23 juillet 1904. — MERLETTI. Fonction menstruelle, *Ann. di obst.*, Milano 1900. — MOND (R.). Kurze mittheilungen uber die Behandlung der Beschwerden bei Amenorrhœ mit Eierstochsconserven, *Munch. med. Wochens.*, 1896. — MOREAU (U.). *Traitement de l'insuffisance ovarienne par des greffes d'ovaires*, Th. de Paris, 1905. — MORRIS. The ovarian Grafts, *N. Y. med. Journ.*, 1895. — MOSSÉ. Opothérapie ovarienne, *Gaz. des hôpit.*, oct. 1899. — MULON (P.). Parallèle entre le corps jaune et la cortico-surrénale chez le cobaye, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1906, p. 292-298. — MURET (M.). De l'organothérapie par l'ovaire, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1896, p. 317.

OCÉANU et BABÈS. Effets physiologiques de l'ovariotomie chez la chèvre, Acad. des sciences, Paris 1905. — ORMIÈRES. *Sur la menstruation après ovariotomie et hystérectomie*, Th. de Paris, 1880. — ORTHMANN. Zur Pathologie des Corpus luteum, *Centralbl. f. Gyn.*, 1897.

PASCAL (A.). *La ménopause prématurée par castration ovarienne*, Th. de Bordeaux, 1887. — PARRHON et GOLDSTEIN. Sur l'existence d'un antagonisme entre le produit de l'ovaire et celui du corps thyroïde, *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 142. — PICHON. Influence de la castration, Soc. de biol., 1903. — PHISALIX. Corrélations fonctionnelles entre les glandes à venin et les ovaires chez le crapaud commun, Soc. de biol., 19 déc. 1903. — PRENANT (A.). La valeur morphologique du corps jaune, *Revue gén. des sc.*, 30 août 1898. — PREOBRACHENSKY. Les changements du tissu des ovaires dans les différentes conditions de leur transplantation, *Journ. f. Geburts. und Frauenkr.*, Saint-Pétersbourg 1900, p. 461. — PRZECISZHEVOSKA. *Insuffisance ovarienne*, Th. de Paris, 1900.

RABL (H.). Ueber Atresie der Follikel und Bildung des Corpus luteum beim Menschen und beim Säugthieren, *Centrabl. f. Gyn.*, 1899, p. 486. — REGAUD (A.) et POLICARD (A.). *Bull. de la Soc. de biol.*, 1901, p. 449, 470, 615; — Notes histologiques sur l'ovaire des mammifères, *C. r. de l'Assoc. anat.*. Lyon 1901, p. 45. — REGAUD et DUBREUIL. Recherches sur les cellules interstitielles de l'ovaire chez le lapin, *Bibl. anat.*, t. XV, p. 169. — RICHON (L.) et JEANDELIZE. Effets de la castration et de la thyroïdectomie combinées chez le jeune lapin, Soc. de biol., 14 nov. 1903; — Influence de la castration et de l'ovariotomie tardives sur le développement des organes génitaux externes chez le lapin jeune, Soc. de biol., 14 déc. 1903; — Effets de l'ovariotomie sur la croissance chez la lapine, Soc. de biol., 22 avril 1907. — RIBBERT. Sur la transplantation des ovaires, *Arch. f. Entowckelung.*, 1898, p. 688. — RIES (E.). A contribution to the fonction of the corpus luteum, *Amer. journ. of Obstetrics*, fév. 1904. — ROULIER. *Action des rayons X sur les glandes génitales*, Th. de Paris, 1906. — RUBINSTEIN. Extirpation des deux ovaires et transplantation, *Saint-Petersburg. med. Wochens.*, 1899, n° 31.

SANTI (E.). Die Pathologie des Corpus luteum, *Monats. f. Geburts. und Gyn.*, 1904. — SCHALLER et OFERRINGER. Zur Kenntnis der von Corpus luteum ausgehenden Neubildungen, *Beitr. Gebursth. und Gyn.*, 1899. — SCHULTZ. Sur la transplantation des ovaires, *Monatgeburts. und Gyn.*, 1902, p. 869. — SEITZ (L.). Die Luteinzellenwucherung in atretisch Follikeln, eine physiologische Erscheinung während der Schwangerschaft, *Centralbl. f. Gyn.*, 1905; — Die Follikell Atresie und Hyperplasie der Theca interna Zellen und ihre Beziehungen zur Corpus luteum Bildung, *Arch. f. Gyn.*, 1905. — SELLHEIM (H.). A propos des effets de l'extirpation de l'utérus sur les ovaires, *Centralbl. f. Gyn.*, 1905. — SEUER (R.) et SEILLER (R.). Ueber den Einfluss der Castration auf den Bluthefund weiblicher Thiere, *Arch. f. exper. Pathol.*, 1903, p. 169-197. — SKROBANSKY (K.). *Contribution à l'étude des plaies de l'ovaire et de leur cicatrisation*, Th. de Saint-Pétersbourg, 1901; — Beitrag zur Immunisierung mit Eierstock, *Munch. med. Wochens.*, 3 nov. 1903. — SOBOTTA. Ueber die Bildung des Corpus luteum bei Maus, *Arch. f. mik. Anat.*, 1896, Bd. XLVII; — Ueber die Bildung des Corpus luteum be Kaninchen, *Anat. hefte*, 1897, Bd. VIII. — SOKOLOFF. Ueber der Einflus der Ovarien extirpation auf Structurveranderungen des Uterus, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LI, heft. 2. — STRASSMANN. Rapports sur les questions d'ovulation, menstruation et conception, *Arch. f. Gyn.*, t. LII, p. 134-234.

TARULLI et LO MONACO. Recherches expérimentales sur le thymus, *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Rome*, 1896. — THAON (O.). *L'hypophyse*, Th. de Paris, 1906-1907. — TISSIER. *De la castration chez la femme en chirurgie*, Th. de Paris, 1885. — THÉVENOT (L.). Th. de Lyon, 1906-1907.

VILLEMIN (F.). Rayons X et activité génitale, Acad. des sc. de Paris, 19 mars 1906.

WEBER (A.). Die Histologie des Eierstokes im Klimakterium, *Monats. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1904. — WELLS (Spencer). Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus, *Cong. franç. de chir.*, V[e] session, Paris 1891, p. 158-159. — WEISSMANN et REISSMANN. Die consecutiven Veränderungen der Weibl. sexual Organe nach Extirpation der Geschechtstrüsen, *Noth. wis. Beitr. aus Ungarn*, 1890, Bd. VII.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 MARS 1908)

Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. — La discussion continue sur ce sujet. Chacun apporte ses observations qui sont toujours les mêmes : signes de perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde, intervention plus ou moins précoce, suture de la perforation et, très généralement, mort après quelques jours due, le plus souvent, à une nouvelle perforation. Sauf les deux cas présentés par M. RICARD, et terminés par la guérison, c'est sur ce même type que sont calquées presque toutes les observations.

M. Sieur nous apporte trois observations que nous résumons en quelques mots :

Premier cas : jeune homme atteint de fièvre typhoïde avec complications pulmonaires, pris brusquement d'une douleur intense dans le flanc droit, sans vomissements ni nausées, température, 38°2, pouls à 120.

Le médecin traitant pense à une perforation intestinale sans la diagnostiquer d'une façon ferme; le lendemain à cinq heures du soir, il appelle M. Sieur qui confirme le diagnostic de perforation, mais qui n'ayant rien de prêt, remit forcément au lendemain matin l'intervention. Celle-ci est pratiquée en effet le lendemain matin, bien que les symptômes ne se soient pas aggravés. On trouve une perforation sur l'intestin grêle tout près du cæcum, suture, lavage au sérum chaud, drainage. Tout alla bien pendant quarante-huit heures, puis survint une syncope et le malade succomba A l'autopsie, on constata que les lésions péritonéales ont été très amendées, mais qu'il existe des lésions du foie qui ont entraîné la mort.

Deuxième cas : soldat libéré, fièvre typhoïde moyenne au cours de laquelle le malade fut pris d'une douleur vive dans le ventre et présenta tous les signes d'une perforation. M. Sieur intervient, il trouve une perforation à 10 centimètres au-dessus de l'union de l'intestin grêle avec le cæcum; il constate la présence de plaques de Peyer énormes; il suture la perforation et draine. Le malade va bien pendant trois jours, puis les accidents infectieux s'aggravent et il succombe. A l'autopsie, on constate que la perforation suturée est restée bien fermée, mais que plusieurs plaques de Peyer étaient sur le point de se rompre. Le malade est mort par infection généralisée.

Troisième cas : Malade atteint de fièvre typhoïde, ayant eu des hémorragies intestinales profuses, étant exsangue. On fit des injections de sérum et un traitement par l'adrénaline. Le malade était mieux quand il fut pris de nausées, de vomissements, d'une douleur intense dans le flanc droit; on diagnostiqua une perforation; M. Sieur intervient immédiatement. La vie du malade est prolongée de vingt-quatre heures. A l'autopsie, on voit que la perforation est restée étanche. Du côté du cæcum existe une vaste ulcération. Il n'y a rien du côté de l'estomac, bien qu'il y ait eu des hématémèses qui étaient d'origine infectieuse.

Résumons ces trois cas : dans le premier l'intervention n'a pu être faite que trente heures après le début des accidents, trop tard. Dans le second cas l'intervention a pu être pratiquée après dix heures, mais le malade a succombé à l'état avancé de ses lésions intestinales. Enfin le troisième malade était exsangue quand il a dû être opéré. Dans les cas de lésions très graves, M. Sieur serait d'avis, qu'après avoir fermé la perforation, on établisse un anus artificiel momentané.

Traumatismes du poignet. — M. Delbet lit un important travail d'ensemble sur cette question.

PRATIQUE MÉDICALE

ANTISEPSIE INTESTINALE ET FERMENTS LACTIQUES

Par M. le docteur Sempé (de Paris).

Malgré une variété de symptômes morbides affectant les systèmes les plus différents et engendrant la description de formes cliniques trop nombreuses, il est possible de dépister aujourd'hui, le plus souvent, une même origine à ces manifestations si diverses qui se rapportent toutes à des phénomènes d'empoisonnement, d'intoxication se produisant au cours des transformations alimentaires digestives. Ces transformations donnent en effet naissance à des poisons solubles et l'étude de la flore intestinale est venue en ces dernières années confirmer et compléter la conception de *l'intoxication d'origine gastro-intestinale*. Les recherches bactériologiques récentes ont démontré que cette toxicité était due aux produits des fermentations putrides; dans les entérites, l'appendicite, l'examen bactériologique des matières fécales accuse un trouble de l'équilibre normal de la flore intestinale et une prédominance d'anaérobies vivant aux dépens des albumines et donnant naissance à des putréfactions basiques hautement toxiques.

Cette conclusion n'est, à vrai dire, qu'une confirmation de théories anciennes, mais elle ne se borne pas à n'être qu'une démonstration expérimentale. Elle engendre des déductions nouvelles et originales d'ordre thérapeutique.

Les putréfactions ainsi engendrées par cette flore anormale sont donc basiques : en lui substituant une flore qui produira des fermentations acides, on créera un antagonisme tel que les microbes putréfiants ne pourront se développer. Les ferments lactiques vraiment actifs et bien sélectionnés sont venus réaliser de façon scientifique et élégante une antisepsie intestinale relative mais suffisante.

Tous les agents chimiques employés dans ce but ne peuvent lui être comparés : si ces substances sont données à dose active, elles diminuent la résistance des tissus en attaquant les cellules dans leur vitalité défensive et permettent ainsi indirectement le développement des microbes qu'elles ne peuvent songer à détruire; si, au contraire, elles sont données à doses trop fractionnées, elles ne peuvent être qu'insuffisantes à compter même qu'elles ne stimulent pas la vitalité microbienne, comme il arrive dans les cultures auxquelles on ajoute des agents antiseptiques chimiques à dose minime.

Cette étude permet une fois encore à la méthode expérimentale d'éclairer une thérapeutique empirique.

Les *laits caillés*, les *babeurres*, les *fromages fermentés*, recommandés par l'ancienne médecine et considérés comme des aliments très sains par l'expérience, sont, en effet, des antiputrides qui contiennent des proportions plus ou moins considérables d'acides lactique et succinique, empêchant les bacilles protéolytiques de faire subir la putréfaction aux albumines des aliments azotés. Le *koumys*, lait fermenté des juments, le *kéfir*, lait fermenté au moyen d'une levure spéciale, tous deux originaires de Russie et du Caucase, ne sont que des laits acidulés antiputrides. Mais pour recommandables que soient ces aliments, ils ne sont et ne peuvent être que des aliments incapables d'une action thérapeutique active.

L'administration des ferments lactiques n'est entrée dans une voie vraiment thérapeutique que lorsque l'on a pu donner la flore microbienne lactique sans l'intermédiaire du lait, en sélectionnant les bacilles lactiques les plus résistants, les plus actifs et les plus puissants, incorporés à un milieu de culture approprié; entendant par là, suivant l'heureuse formule d'Albert Fournier (1), qu'un ferment est d'autant plus actif qu'il forme la plus grande quantité d'acide lactique en l'unité de temps, en présence d'un neutralisant de l'acide, d'autant plus puissant qu'il élève davantage le taux de l'acide lactique en lui résistant jusqu'à l'équilibre final. Ces considérations ont le plus grand intérêt, car elles montrent l'importance d'une sélection et d'une préparation rigoureuses.

L'auto-intoxication intestinale étant fonction, pour une part du moins, mais part considérable, de la putréfaction azotée, les indications d'une médication capable de diminuer ces putréfactions se dégagent nettement. Ces intoxiqués sont, en effet, très fréquemment observés. C'est l'enfant céphalalgique, pâle, impressionnable, se plaignant d'essoufflements, de palpitations, de démangeaisons, d'éruptions cutanées. C'est le jeune homme au visage subictérique, présentant toutes les marques d'une nutrition défectueuse, amaigrissement, sécheresse de la peau, transpirations profuses, anorexique ou boulimique, grand buveur. C'est plus tard, lorsque

(1) Albert Fournier. Quelques aperçus sur la nutrition et les fermentations. (Leçons faites à l'hôpital Tenon), Paris, Masson.

le foie deviendra insuffisant, le cholémique, le cirrhotique. Ce sont enfin les malades atteints de cardialgies et pseudo-angines de poitrine, les tachycardiques, les asthmatiques dyspeptiques, les migraineux, les neurasthéniques.

En outre de ces intoxications par excès de fermentations putrides, la médication par les ferments lactiques trouvera des indications résultant des fermentations exceptionnelles se produisant dans le cours des affections du tube digestif (dilatation de l'estomac, entérites aiguës et entérite muco-membraneuse, diarrhées infectieuses, dysenteries) et dans les maladies générales à localisation intestinale, comme la fièvre typhoïde.

En définitive, cette médication par l'absorption de cultures de ferments lactiques sélectionnés, absolument inoffensive, vraiment physiologique puisqu'elle repose sur la double connaissance de la physiologie du malade et de la physiologie du médicament, est formellement indiquée dans tous les cas où il est utile — aussi bien pour combattre la formation des toxines digestives que pour venir au secours du foie et des reins, impuissants à débarrasser l'organisme des poisons produits — de réaliser l'antisepsie intestinale.

LIVRES NOUVEAUX

Calculs des voies biliaires et pancréatites (1), par René GAULTIER.

Cette intéressante monographie est consacrée à l'étude d'une complication de la lithiase biliaire connue depuis quelques années et d'une grande importance pour le pronostic : la pancréatite. On y trouvera un exposé très clair des diverses formes anatomiques de lésions pancréatiques au cours de la lithiase biliaire, des symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic et des indications chirurgicales fournies par ce diagnostic.

C'est surtout la lithiase du cholédoque qui peut se compliquer de pancréatite. L'infection du pancréas se fait par voie ascendante canaliculaire, elle est d'origine duodénale ou d'origine biliaire. La pancréatite est habituellement parenchymateuse ou interstitielle et scléreuse, plus rarement suppurative ou gangréneuse. Une forme très spéciale est constituée par la pancréatite hémorragique, accompagnée de lésions péritonéales avec nécrose du tissu graisseux (stéato ou mieux cystostéatonécrose).

Ces deux dernières variétés (pancréatite suppurative et hémorragique) sont d'allures foudroyantes et le tableau clinique rappelle celui de la péritonite par perforation ; c'est le drame pancréatique de M. Dieulafoy. La pancréatite chronique, complication d'une lithiase du cholédoque, a comme symptômes principaux la douleur au point pancréatique de Desjardins ou plutôt dans la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard, les vomissements, l'ictère, l'amaigrissement extrême. L'analyse des urines ne fournit pas beaucoup de renseignements au diagnostic, car la glycosurie est rare, l'épreuve du salol est aujourd'hui reconnue sans valeur, les réactions de Cammidge sont discutables ; au contraire l'analyse clinique des fèces, la coprologie faite selon la méthode de Gaultier, renseigne bien sur le fonctionnement de la glande pancréatique, car l'auteur a pu donner la formule coprologique du déficit biliaire et la formule coprologique du déficit pancréatique, celle-ci caractérisée surtout par la stéatorrhée et l'hypostéatolyse.

Le diagnostic bien établi, l'intervention chirurgicale s'impose ; c'est le drainage des voies biliaires avec ou sans cholécystectomie.

L. BABONNEIX.

(1) Un vol. in-16 (*Les Actualités médicales*). — Paris, 1908. — J.-B. Baillières et fils, édit.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 MARS AU 4 AVRIL 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Delens et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cautier, Pierre Marie et Macaigne.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Thiéry et Mulon ; — (2e série) : MM. Brissaud, Reclus et Rieffel.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et André Jousset ; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust ; — (2e série) : MM. Segond, Lecène et Ombrédanne ; — M. Legry, suppléant.

Mardi 31 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Hartmann et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Maillard et Brumpt.

1er (oral, (1re série) : MM. Prenant, Ricard et Thiéry ; — (2e série) : MM. Retterer, Rieffel et Morestin.

3e (oral, 2e partie) : MM. Joffroy, Jeanselme et Castaigne.

4e : MM. Thoinot, Langlois et Carnot ; — M. Nicloux, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Albarran et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget ; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 1er avril, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Tuffier et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique, (1re série) : MM. Gautier, Pierre Marie et Lœper ; — (2e série) : MM. Roger, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Retterer et Rieffel ; — (2e série) : MM. Segond, Thiéry et Mulon ; — M. A. Broca, suppléant.

Jeudi 2 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Rieffel et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Thiéry et Marion ; — (2e série) : MM. Launoy, Auvray et Morestin.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Retterer et Lenormant.

4e : MM. Thoinot, Langlois et Richaud ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 3 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Delens et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gautier, Roger et Legris ; — (2e série) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Retterer et Rieffel ; — (2e série) : MM. Reclus, Macaigne et Mulon ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust ; — (2e série) : MM. Segond, Lecène et Ombrédanne ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Sicard, suppléant.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 25 janv. 1908.) GENGOU : Du pouvoir agglutinant de divers liquides de l'organisme sur les substances inorganiques insolubles. — MASOIN : Etude médicale sur Chateaubriand. — VAN GEHUCHTEN : Un cas de rage humaine évoluant cliniquement comme une poliomyélite antérieure aiguë. — DEPAGE : De l'intervention chirurgicale dans les plaies de la poitrine, avec application de la respiration sous pression par l'appareil des docteurs Mayer et Danis. — HERMAN et DASCOTTE : Examen du sang dans deux cents cas d'anchylostomiase.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, fév. 1908.) NICOLAS et JAMBON : L'albuminurie chez les galeux. — CARLE : Notes sur l'influence comparée des générateurs dans l'hérédo-syphilis. — SABOURAUD : Milieux de culture des champignons dermatophytes (technique de fabrication des géloses sucrées dites milieux d'épreuve). — Cl. SIMON : Un cas de phagédénisme sur syphilides traité et guéri par l'exérèse chirurgicale. — P. MERKLEN : Hérédo-syphilis linguale précoce.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 1, janv. 1908.) ROZIER et TISSIÉ : Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire après l'opération adénoïdienne. — H. LUC : Abcès cérébral d'origine otique du côté gauche diagnostiqué et ouvert. Survie d'un mois. Mort par infection ventriculaire. — I. BRAULT : Deux cas de macroglossie. — M. PHILIP : Electrolyse professionnelle de la langue. — J. FOURNIÉ : Des mastoïdites aiguës latentes. — J. GUISEZ : Nouveaux faits de broncho-œsophagoscopie. — R. DUCHESNE : Corps étranger des voies aériennes (haricot sec). Trachéotomie, guérison. — LEDOUX : Nouveau procédé de drainage du sinus maxillaire.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1908.) F. TERRIEN : Des troubles visuels dus à l'abus de l'alcool et du tabac. — PERREAU : Du rôle juridique des syndicats médicaux pour la protection des intérêts professionnels. — Georges LAMBERT : Note sur une nouvelle méthode pratique d'analyse des beurres destinés à l'alimentation. — (Mars.) THOINOT et SOCQUET : La seconde affaire Weber.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 231, 10 fév. 1908.) HEÜMAN : Sur les courants de polarisation électrique dans le corps humain. — JAULIN : Traitement de l'otite scléreuse par les rayons X. — René DESPLATS : Contribution à l'étude du traitement de l'acné inflammatoire par les rayons X. — GILLET : Nouvelle méthode stéréoscopique servant à la localisation des corps au moyen de la radiographie. — Virgilio MACHADO : A propos de l'instrumentation américaine. — (N° 232, 25 fév.) LAQUERRIÈRE et DELHERM : Application du wave current du docteur W. J. Morton à l'électromécanothérapie. — BORDIER : A propos du wave current. — H. GUILLEMINOT : Nouveau quantitomètre à rayons X. — C. RENAULT : Les rayons X à la Compagnie du chemin de fer du Nord. — (N° 232, 10 mars.) William J. MORTON : Le « wave current » et les courants de haute fréquence. — Alfredo LANARI : Action des rayons X sur la prostate. — E. BORDET : Deux observations de verrues planes rapidement guéries par l'ion magnésium. — E. LEGROS : Examen radiologique des fractures.

Archives de médecine navale. — (N° 1, janv. 1908) BARTET : Lombrics et troubles intestinaux. — PFIHL : Plaie de poitrine par arme à feu. — D'AUBER DE PEYRELONGUE : Hygiène à bord des croiseurs américains et japonais. — (N° 2, fév.) CHAMPEAUX : Quelques considérations sur l'oculo-réaction. — MAILLE : Une épidémie de dysenterie à Cherbourg. — SEGUIN : L'électrolyse circulaire dans les rétrécissements de l'urètre. — MOREAU : De l'étiologie du strabisme. — LABADENS : Note sur l'hôpital de Sidi-Abdallah. — D'AUBER DE PEYRELONGUE : Hygiène à bord des croiseurs américains et japonais.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 5, 12 janv. 1908.) GOGGIA : La valeur diagnostique du myxœdème réflexe dans la fièvre typhoïde. — J. BRUCHI : Contribution à la cure sanglante de la luxation supra-acromiale de la clavicule. — Sante SOLIERI : L'utilité de l'acétylène pour un institut chirurgical dans les pays où n'existe pas le gaz d'éclairage. — Donato DE FRANCESCO : Division instrumentale du pylore comme traitement des vomissements incoercibles. — Umberto MASI : La saignée dans la thérapeutique moderne et en particulier dans le traitement de la pneumonie. — Mazzini VOLPE : La crème de tartre en chirurgie et son mode d'action. — (N° 8, 19 janv.) Silvio RADAELI : Un cas d'endocardite puerpérale associée à une thrombo-phlébite de la sous-clavière gauche et suivie de guérison. — Prof. Ferruccio SCHUPFER : A propos de la maladie de Banti. Splénomégalie avec cirrhose du foie. — Attilio BALDUZZI : Méningite par diplocoque lancéolé consécutive à une fracture de la base du crâne. — Giulio BARONI : Pyélorragie survenue au cours de la grossesse. — Emilio DEBENEDETTI : Hématimétrie par la méthode décolorante au moyen du ferrimètre modifié. — R. BABINI : Ulcère simple de la paroi antérieure de l'estomac avec périgastrite adhésive et gastrectasie. — (N° 11, 16 janv.) Carlo TRAVISANELLO : Anilisme et aniline. — C. OTTONE : L'organothérapie ovarique et l'ovaripine. — G. CAMPANELLA : L'élimination de l'urée dans les maladies chroniques. — E. BRACCHI : Le forceps au détroit supérieur. — Luigi FOCHI : Le nitrite d'amyle dans les hémoptysies tuberculeuses. — Corrado GIGLIO : Un nouveau vaporisateur à vapeur ou à air comprimé. — CAPUTO : A propos d'un cas de méningite malarienne. — (N° 14, 2 fév.) Prof. Giovanni GALLI : Spasme vasculaire avec terminaison fatale. Angine de poitrine vraie sans lésion des coronaires. — G. POGGIO : Sur la claudication intermittente de la moelle épinière. — G. GHEDINI : Etudes sur la pathologie de la moelle osseuse humaine vivante. Première note. Technique de la ponction exploratrice. — C. RUBINO : Coefficient de la viscosité dans les différentes valeurs de pression. — Ubaldo GERVINO : L'influence de la thiosinamine sur les adhérences péritonéales. — Rocco BELLANTONI : A propos d'un nouveau cas de cancer de l'appendice. — (N° 17, 9 fév.) Prof. E. MARAGLIANO : Les pneumokonioses. — Calcaterra EZIO : A propos de certains cas de dermatose secondaire. — C. P. GOGGIA : A propos de l'action manifestée par les bacilles tuberculeux cultivés en sacs de collodion dans le péritoine du chien sur les qualités défensives du sérum. — Alberto MICHELAZZI : Syndrome appendiculaire au cours de la pleurésie diaphragmatique. — Guido PICCININI : Fièvre syphilitique tertiaire. — Giuseppe PACINOTTI : Sur un cas de luxation congénitale bilatérale de la hanche. — (N° 20, 16 fév.) Dario MARAGLIANO : Contribution à l'étude de la chirurgie cérébrale. — Guido SALMONI : Le signe de Kernig dans les affections vertébrales. — BALLERO : Contribution clinique à la thérapeutique spécifique anti-tuberculeuse.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 mars : MM. Gaultier, Crouzon et Nathan-Larrier, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Question donnée : « Appareil ligamenteux de l'articulation scapulo-humérale; — Signes, diagnostic et traitement des luxations anciennes de l'épaule. »

Questions restées dans l'urne : « Appareil ligamenteux de l'articulation du genou; — Signes, diagnostic et traitement de la tuberculose articulaire du genou; — Rapports du rectum chez l'homme. — Des rétrécissements non congénitaux du rectum. »

Prochaine séance, mardi cinq heures, à la Charité.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 21 mars. — Question : « Canal crural. — Hernie crurale étranglée. »

MM. Malterre et Morellet, 8 + 18 = 26; Cotoni, 14 + 24 = 38; Gauthier, 9 + 20 = 29; Bienvenüe, 16 + 22 = 38; Crétaux, 11 + 19 = 30; Thiel, 8 + 15 = 23; Mlles Dechaux, 17 + 22 = 39; de Jong, 7 + 18 = 25; M. Bith, 11 + 23 = 34.

HOPITAUX DE PROVINCE. — HÔTEL-DIEU D'ANGERS. — Le concours de l'externat vient de se terminer par la nomination de MM. Barbary-Ménard, Tresvaux du Fraval, Lepage, Tézé, Hébert de la Rousselière, Leroy et Pasquier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Boye (de Grandvilliers), Drouin (de Beaumont-sur-Sarthe), Dubrandy (d'Hyères), Fauconnier (d'Hesdin) et Regnis (d'Avignon).

AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (Directeur : M. Pierre SÉBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière). — *Semestre d'été 1908. Cours et exercices de médecine opératoire générale et spéciale.* — CHIRURGIE DE LA TÊTE ET DU COU : M. Etienne Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, jusqu'au 6 avril, les lundis, mercredis, vendredis, à deux heures et demie.

CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF ET DES ANNEXES : M. Antonin Gosset, agrégé, chirurgien des hôpitaux, du 28 avril au mardi 19 mai, les mardis, jeudis, samedis, à trois heures.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE : M. Ch. Walther, agrégé, chirurgien de la Pitié, et M. Joseph Arrou, chirurgien des hôpitaux, du 29 avril au 30 mai, les lundis, mercredis, vendredis, à deux heures.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE : M. F. Legueu, chirurgien de Tenon, et R. Proust, agrégé, chirurgien des hôpitaux, du 22 mai au 19 juin, les lundis, mercredis, vendredis, à deux heures.

CHIRURGIE D'URGENCE ET DE PRATIQUE COURANTE : M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux, du 23 mai au 20 juin, les lundi, les mardis, jeudis, samedis, à trois heures et demie.

CHIRURGIE DE L'ŒIL ET DE L'ORBITE : M. Morax, ophtalmologiste de Lariboisière, du 1er au 24 juin, les lundis, mercredis, vendredis, à deux heures.

Chacun de ces cours comprendra dix leçons suivies d'exercices de technique chirurgicale.

Les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux. Le droit d'inscription est de 50 francs pour les étudiants immatriculés et de 80 francs pour les docteurs en médecine français et étrangers. Le nombre des élèves est limité.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

ŒUVRE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE. — A l'occasion du voyage d'études médicales EMI-1908 en Italie (12-28 avril, s'inscrire avant le 29 mars), les Compagnies de chemins de fer français viennent d'accorder une nouvelle et aimable faveur : les bons de retour de Nice à demi-tarif seront valables jusqu'au 15 mai, pour permettre aux adhérents de séjourner sur la Côte d'Azur; en outre la Compagnie P.-L.-M. avec sa coutumière bonne grâce délivrera des permis avec arrêts facultatifs de Nice à Marseille.

Renseignements : mardi et vendredi, de dix heures à midi, mercredi et samedi de deux à quatre heures, 8, rue François-Millet, à Paris.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — Exercices d'auscultation et traitement des affections broncho-pulmonaires au moyen de l'injection trachéale par le docteur Mendel, ancien interne des hôpitaux, à sa clinique, 85, rue Rambuteau (aux Halles). On s'inscrit tous les jours de quatre à six heures.

SURDITÉ, BOURDONNEMENTS ET CERUMEN

Rééducation méthodique de l'oreille par des exercices acoustiques au moyen des diapasons (avec 2 fig.)

Par Marcel NATIER.

I

Serait-il donc exact, qu'en fait de surdité, les seuls succès auxquels pussent prétendre les auristes, seraient obtenus alors que l'affection se rattacherait à la présence d'un bouchon de cérumen dans le conduit auditif? C'est, du même coup, sous-entendre combien sont limités leurs moyens dans la cure de cette fâcheuse infirmité, et aussi les inviter à une grande modestie pour un bénéfice après tout si facile à acquérir. Au surplus, pareille conviction est loin d'être exclusive au seul monde extra-médical : il ne faudrait pas croire, d'autre part, qu'elle représente une simple boutade. En effet, elle se trouve solidement ancrée dans l'esprit de la plupart des médecins eux-mêmes qui, de très bonne foi, reconnaissons-le, se refusent à admettre qu'on arrive à guérir, moins encore, à arrêter dans son évolution, aucune surdité quelle qu'en soit du reste la nature. Des faits analogues à celui dont je viens aujourd'hui vous exposer la relation détaillée contribueront-ils à modifier cette opinion ? Qu'il me soit permis de l'espérer. Toutefois j'estime que vous ne jugerez pas superflu de le signaler à votre attention toujours en éveil pour le plus grand bien de vos malades.

Il s'agit justement, dans l'espèce, d'un cas de surdité où l'existence du cérumen aurait pu, selon toute apparence, être invoquée comme principale circonstance étiologique. Cependant, la suite devait démontrer que l'extraction de ce corps étranger serait insuffisante à faire disparaître les troubles de l'ouïe et les bourdonnements concomitants. Une fois de plus, les exercices acoustiques, au contraire, allaient ici témoigner de la vertu des diapasons méthodiquement appliqués à la rééducation de l'organe auditif.

Cette coïncidence de l'usage des diapasons chez une malade précisément porteur de cérumen, me suggère une petite anecdote que vous voudrez bien me pardonder en raison de son opportunité. En 1902, je passais mes vacances sur la côte anglaise, à Brighton, où se trouve un hôpital uniquement affecté aux maladies du nez, des oreilles et de la gorge. M. le docteur Creswell Baber, médecin en chef de cet hôpital m'y fit un accueil empreint de cette cordialité si charmante dont chacun de nos confrères d'outre-Manche m'a constamment fourni des gages dans les visites maintenant fréquentes que je leur ai faites. Il m'est agréable de saisir cette occasion de leur en exprimer ma sincère gratitude. Lors de notre première entrevue je fis allusion aux résultats encourageants fournis par les diapasons appliqués au traitement de la surdité. La réponse immédiate à ma communication fut celle-ci : « *Do you cure wax in the ears by means of your tuning-forks?* Est-ce que vous guérissez la cire des oreilles avec vos diapasons? » Preuve évidente que de l'autre côté du détroit l'ironie a aussi ses adeptes. J'aurais eu mauvaise grâce à me fâcher; tout de même le trait m'était quelque peu sensible; il me venait, en effet, d'un otologiste dont la légitime notoriété rayonne bien au delà des limites de son propre pays. Le siège était fait; toute discussion eût été superflue; il fallait des preuves manifestes. L'année d'après je revins à la charge avec des documents, cela ne suffisait pas encore. Mais, avant mon départ, j'avais obtenu la promesse d'une visite lors d'un prochain voyage à Paris. Celui-ci fut effectué à la Noël suivante. Alors, quatre jours durant, matin et soir, tout loisir fut accordé pour voir mes malades, les interroger minutieusement sur le traitement et ses conséquences et établir une comparaison avec les soins antérieurement reçus. La conclusion à laquelle me parut arriver notre confrère, du reste fort réservé dans la manifestation de ses appréciations, fut que si l'emploi des diapasons n'est pas précisément le moyen le plus judicieux qu'il convienne de mettre en pratique pour l'extraction des bouchons de cérumen, il ne laisse pourtant pas que d'avoir d'autres applications suffisamment logiques dont beaucoup de sourds ont sérieusement chance de bénéficier. J'étais heureux d'avoir pu en fournir la démonstration à un juge particulièrement compétent dont le scepticisme, au reste, n'était nullement fait pour me déplaire, et qui était animé de ce désir si naturel et si profondément respectable, en matière scientifique, de s'éclairer largement aux sources mêmes.

II

Observation. — *Surdité bilatérale plus accentuée à droite. Bourdonnements. Bouchon de cérumen à droite.* — Femme de vingt-cinq ans, couturière, habitant Paris, vient consulter le 20 octobre 1904.

Antécédents héréditaires. — *Père*, soixante-sept ans, nature calme, bonne santé habituelle; parfois douleurs rhumatismales. Depuis une dizaine d'années, ouïe mauvaise des deux côtés. *Mère* morte de péritonite à quarante-deux ans, sujette à des migraines. Pas de troubles de l'ouïe. Aucun degré de consanguité.

Deux *frères* morts à huit jours et à quatre mois. Une *sœur* âgée de vingt-neuf ans, pâle, sujette aux migraines, atteinte d'insuffisance respiratoire. Un *frère* âgé de dix-neuf ans, en excellente santé.

Antécédents personnels. — Quatrième enfant de la famille, la malade est née dans de bonnes conditions. Envoyée tout de suite à la campagne, elle y est restée jusqu'à l'âge de deux ans. Elevée au biberon, mal soignée, se serait cependant bien développée et aurait été belle enfant.

De bonne heure mal aux yeux ; a dû, de ce fait, être tenue complètement éloignée de l'école entre six et huit ans.

Vers six à sept ans, amaigrissement rapide et très accusé, est par suite et jusqu'à l'heure actuelle, demeurée très mince.

A douze-treize ans, toute petite, retardée dans son développement, semblait beaucoup plus jeune. On lui a toujours prêté deux ou trois ans de moins que son âge réel.

A treize ans, placée en apprentissage dans la couture ; est restée en atelier, comme ouvrière, jusqu'à l'année dernière. Fatiguée par de fréquentes veilles et un travail excessif dans de mauvaises conditions hygiéniques.

A dix-sept ans et demi, bronchite grave, malade pendant

un mois. Deux mois de convalescence à la campagne où elle se remit très bien.

A vingt ans, au cours de l'été, pneumonie grave de trois semaines de durée; ensuite, trois semaines de convalescence.

A quinze ans et trois mois, instauration des règles sans la moindre souffrance. Ensuite menstruation régulière jusqu'à l'époque de la bronchite. Durée moyenne : deux jours, pas de douleurs. Lors de la bronchite, aménorrhée pendant cinq mois; aucun trouble consécutif, retour progressif et jamais plus de suspension. Maintenant, durée moyenne : cinq jours; légères douleurs de reins la veille. En 1901, et pendant environ six mois, chaque période menstruelle se prolongeait une quinzaine de jours. Il en était résulté une grande faiblesse et force fut, dans une circonstance, de garder le lit une grande semaine. Retard de neuf jours dans le mois qui suivit. Après cela, les règles ont repris un cours tout à fait normal jusqu'à l'heure actuelle.

A toujours eu des pertes blanches qui ont diminué depuis la vingtième année; maintenant quelques-unes aussitôt après les règles.

Constamment anémique, s'énervait jadis très facilement, aujourd'hui de tempérament plus calme. Se trouve mieux depuis quelques mois qu'elle ne fréquente plus l'atelier.

Céphalées. — Purement accidentelles.

Sommeil. — Demeuré bon jusqu'à vingt ans; alors altéré pendant deux ans à la suite de troubles moraux. Actuellement très dormeuse. Toujours rêves et cauchemars, mais bien reposée au réveil.

Appareil digestif. — Appétit régulier et bon en général. Constipation invétérée. N'a jamais été privée de nourriture mais mangeait de façon irrégulière durant sa vie d'atelier. Depuis trois ans, gêne de l'estomac après les repas, pesanteur, besoin de se dégrafer. Hoquets fréquents; jamais de renvois.

Appareil respiratoire. — Déjà sujette aux coryzas à l'époque où elle fut mise en apprentissage. Elle en contractait chaque hiver à la moindre occasion : ils duraient une dizaine de jours; elle allait ensuite mieux, était reprise à nouveau et continuait ainsi jusqu'au printemps. Au cours des deux derniers hivers, son genre de vie ayant été modifié, elle s'est mieux trouvée et n'a guère eu qu'un ou deux coryzas. En général, la gorge et la poitrine participaient au processus. La voix est restée couverte jusque vers l'âge de vingt ans; il y avait de la gêne continue de la respiration avec essoufflement facile à l'occasion d'une marche précipitée; nécessité de dormir la bouche ouverte. Depuis quelques années, tous ces symptômes se sont progressivement amendés pour disparaître entièrement à l'heure actuelle.

Appareil circulatoire. — Refroidissement permanent des extrémités pendant l'hiver. Ni varices, ni hémorroïdes. Depuis quelques années, douleurs assez vives au niveau du cœur, surtout le matin, quand repose sur le côté gauche. A droite, depuis longtemps, quelques points douloureux.

Vertiges. — Néant.

Bourdonnements. — Au mois de septembre 1904, apparition subite de bourdonnements dont la fréquence s'est rapidement accrue. Trois ou quatre jours plus tard ils étaient constants (jour et nuit). Très gênants; leur tonalité était tellement élevée qu'ils semblaient couvrir le timbre de la voix et qu'elle s'imaginait qu'on ne devait pas l'entendre parler. Bilatéraux, beaucoup plus forts à droite. Caractéristique invariable : roulements éloignés de voitures ou de trains.

Oreilles. — Vers l'âge de dix ans, pendant environ six mois, eczéma rétro-auriculaire qui a disparu spontanément. Jamais trace d'écoulement.

Surdité. — Depuis six à huit mois, la malade avait noté que son ouïe s'affaiblissait. La diminution était surtout accusée du côté droit, car elle était obligée de tendre constamment l'oreille gauche. Souvent, au cours d'une conservation, elle devait faire répéter et il se produisait de fréquentes lacunes. Au théâtre, à un concert, il lui fallait écouter avec une attention soutenue, les sons ne lui parvenant que de façon confuse.

20 octobre 1904. Etat actuel. — Femme de taille moyenne, pâle, maigre. Poids : 44 kilos.

A l'examen : Bouchon de cérumen dans le conduit auditif droit. Je m'autorise de sa présence pour annoncer à la malade que, selon toute vraisemblance, je vais de suite la débarrasser de sa surdité et des bourdonnements. Séance tenante, extraction du bouchon et cathétérisme des trompes. Pas le moindre soulagement immédiat.

13 décembre 1904. — Aucune amélioration de l'ouïe. Les bourdonnements persistent mais moins forts.

Nez. — Pituitaire décolorée.

Pharynx. — Normal.

Larynx. — Cordes vocales légèrement parésiées.

Oreilles. — Trompes libres. Tympans mobiles, grisâtres, atteints de dégénérescence scléreuse, bilatérale, plus accusée à gauche; aucune trace de triangle ni même de points lumineux.

Dans ces conditions, et parce que nulle autre méthode ne me paraît meilleure, je propose la rééducation méthodique de l'ouïe par les exercices méthodiques au moyen des diapasons. Mon avis ayant été écouté, les soins ont été poursuivis pendant trois mois environ, à raison d'une séance quotidienne. Le graphique ci-dessous permet de se rendre compte des résultats obtenus. Ceux-ci qui sont en concordance parfaite avec les impressions subjectives éprouvées par la patiente, ont donné à cette dernière pleine satisfaction. Qu'on en juge, en effet :

Bourdonnements. — Au bout de la première semaine d'exercices acoustiques ils avaient entièrement disparu et de façon définitive.

Surdité. — Après deux mois, les exercices furent suspendus pendant une quinzaine, à cause d'un coryza qui avait provoqué une dépression assez insignifiante de l'ouïe. A ce moment déjà, toutes les lacunes étaient à peu près entièrement comblées. La lecture du graphique le prouve.

Au point de vue pratique, la malade, conformément à l'usage, avait commencé par distinguer plus nettement les bruits généraux; ensuite elle s'était rendu compte de l'amélioration progressive pour la parole. A la fin, elle entendait tout et suivait les conversations sans la moindre difficulté. Auparavant, se trouvait-elle, par exemple, dans une chambre fermée, qu'il lui était impossible d'entendre si d'une pièce à côté on ouvrait la porte : après le traitement, elle distinguait, au contraire, très nettement le bruit fait de cette façon. Dans un omnibus elle ne percevait que le roulement de la voiture, mais ne pouvait entendre si on lui parlait, après elle suivait la conversation sans difficulté. Aucune gêne au théâtre aussi bien pour les paroles que pour la musique. Pas de différence entre les deux oreilles et nul besoin de tendre la gauche.

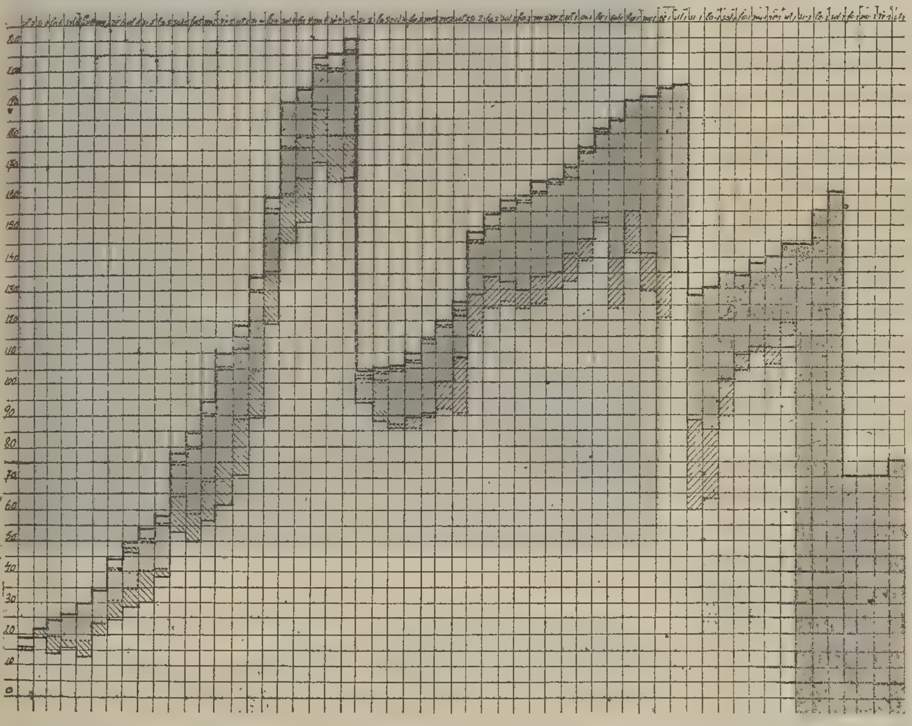
18 décembre 1905. — L'amélioration ne s'est pas démentie. La malade a passé, cet été, trois semaines au bord de la mer : l'ouïe n'a aucunement fléchi.

Depuis un mois, des deux côtés et surtout à droite, sifflements intermittents, de courte durée, assez fréquents. Carac-

téristique : bruits de sifflets forts ou faibles, peu gênants, avec tendance à augmenter d'intensité.

17 février 1908. — La malade que j'avais désiré revoir avant de vous relater son histoire, vient de m'apprendre qu'elle entend légèrement moins depuis quelques mois. Elle s'aperçoit de cette diminution dans la conversation surtout où les paroles manquent de netteté, comme si on baissait subitement la voix. A vrai dire, elle n'en éprouve pas une gêne réelle, mais, parfois, doit faire répéter.

Quelques sifflements passagers et intermittents surtout à gauche. Caractéristique : sifflet de tonalité assez peu aiguë.



Remarques générales. — La colonne de chiffres à gauche du graphique doit se lire de bas en haut. Elle sert à évaluer, en secondes, la durée pendant laquelle sont perçues, après un ébranlement donné, les vibrations des diapasons utilisés pour l'enquête. Chaque note est mentionnée par son nom, en tête du graphique et dans la colonne correspondante.

La ligne brisée supérieure pleine passe par les limites d'un champ auditif normal.

FIG. 1. — *Première enquête : 24 novembre 1904.* — Les limites du champ auditif de la malade sont représentées par un trait plein (—) pour l'oreille droite, et, par un trait pointillé (. . .) pour l'oreille gauche. On remarque immédiatement que dans la réalité, pour les notes aiguës et jusqu'à Sol_3 inclusivement, les lacunes sont plus profondes à droite qu'à gauche : c'est l'inverse pour les notes graves. En outre, la limite (Ut_{-1}) est la même pour les deux oreilles, c'est-à-dire que, de chaque côté, la dernière gamme n'est pas perçue.

Dernière enquête : 18 avril 1905. — Le champ auditif est sensiblement modifié. Le gain intéresse à la fois la profondeur et l'étendue. En effet, les nouvelles limites sont remontées et figurées maintenant par un double trait (- -) pour l'oreille droite et par un double trait avec point intercalaire (-·-) pour l'oreille gauche.

Le bénéfice acquis entre ces deux enquêtes est représenté par des hachures en diagonales, dirigées de bas en haut et de droite à gauche, pour l'oreille droite, et en sens contraire pour l'oreille gauche. Toute la partie du graphique teintée en grisaille figure le bénéfice commun aux deux oreilles. Dans la réalité, toutes les lacunes se trouvent comblées et les notes manquantes entièrement récupérées.

Oreilles. — Même état que jadis. Les tympans paraissent encore plus épaissis.

La santé générale, d'autre part, bien améliorée par des conditions nouvelles d'existence n'est malheureusement pas encore parfaite, car il y a toujours une tendance accusée à la constipation. Poids $= 48^k500$.

III

Une certaine circonspection est encore de mise dans les cas de surdité où l'affection semblerait, au premier abord, pouvoir être imputée uniquement à la présence d'un bouchon de cérumen. La pratique enseigne, en effet, qu'il ne suffit pas toujours d'une seringue avec emploi consécutif ou non d'une sonde ou d'une poire pour lever, en pareils cas, tous les obstacles. Semblable opinion a déjà été, l'année dernière, exprimée par M. le docteur F. Heckel qui, s'appuyant sur une statistique personnelle, a déclaré que la présence d'un bouchon de cérumen devait faire songer, 60 fois sur 100, à des lésions latentes de la caisse, surtout si le bouchon est double. Il recommande, en conséquence, de réserver le pronostic à l'égard du client jusqu'à ce que, l'ayant débarrassé de son bouchon, on ait, quelques jours après, vérifié son audition. Toutefois, au lieu de ne voir, comme cet auteur dans le bouchon, que l'indice d'une simple surdité tubo-tympanique en voie d'évolution, j'estime, pour mon compte, qu'ici encore l'oreille interne et le centre acoustique lui-même participent au processus. Les diverses parties de l'oreille et l'écorce cérébrale, par suite d'une inaction prolongée, subissent une diminution plus ou moins accusée dans leur sensibilité fonctionnelle. Dès lors, il convient de s'attacher à réveiller cette dernière, et l'observation ci-dessus témoigne qu'on y parvient grâce à des exercices acoustiques au moyen des diapasons. Toutes les lacunes, en effet, ont été successivement et entièrement comblées et finalement a pu être obtenue la *restitutio ad integrum* qui — notez-le bien — se maintient depuis plus de trois ans.

Ce fait comporte d'autres enseignements : arrêtons-nous-y quelques instants.

A chaque occasion que j'en ai, j'insiste énergiquement sur l'importance de l'état général dans le développement et l'aggravation de la surdité. Cette considération primordiale conserve ici toute sa valeur. L'infériorité physiologique remonte à la première enfance : elle est le résultat d'affections antérieures et de conditions professionnelles défavorables. Les divers organes plus ou moins frappés dans leur développement sont dans un état certain de moindre résistance. L'audition a, tout naturellement, participé à la commune déchéance.

Considérée sous cet angle la question actuelle revêt un aspect bien différent. Le cérumen se trouve, sans la moindre hésitation, relégué au second plan et c'est aux variations mêmes de la santé générale que revient la première place, en tant que facteur étiologique de la surdité. De ce côté surtout devra donc porter l'attention pour prévenir les réci-

dives. Du reste, quelle meilleure confirmation de cette hypothèse pourrais-je produire que l'histoire même de la malade? Elle croit constater, depuis quelque temps, un léger fléchissement dans son acuité auditive : et, pourtant elle n'a pas refait de cérumen; mais il lui arrive parfois d'avoir des ballonnements d'estomac et sans cesse elle est constipée. Voilà, pour elle, comme pour quantité d'autres, hélas! le point noir, le *primum movens*, oserais-je dire : les troubles de la digestion. C'est pourquoi je lui ai recommandé la plus extrême vigilance à cet égard.

Je désire encore faire ressortir, au point de vue du pronostic, l'insuffisance relative des caractères objectifs présentés à l'examen des tympans. Ils ont, chez notre patiente, subi une transformation scléreuse avancée. On connaît toute la gravité particulière d'ordinaire attribuée à ce signe; chacun sait, en effet, qu'en langage courant, otite scléreuse et surdité fatalement incurable sont deux termes à peu près synonymes. Qu'on se rassure, toutefois, l'équation n'est pas absolue et pareil jugement est susceptible d'appel. Dans la plupart des cas, il faut le répéter bien haut, le degré d'acuité auditive ne saurait se déduire exactement de l'épaisseur ni de l'éclat du tympan.

Quelques mots maintenant du traitement lui-même. Il serait excessivement téméraire d'en vouloir préciser à l'avance, même approximativement, la durée. Vous connaissez déjà mon *modus operandi*; inutile d'y revenir. Il semble évident, toutes choses étant égales du reste, que la longueur de la cure doive être en raison directe du déficit acoustique et de l'ancienneté de la surdité. Pourtant, il n'y a rien d'absolument fixe dans ces proportions. Aussi, affirmez bien que toute surdité, fût-elle relativement bénigne en apparence, réclamera toujours un traitement d'assez longue durée. C'est peu à peu qu'il faudra, en remontant, franchir les diverses étapes qu'on aura parcouru pour descendre. La rééducation du centre de l'audition, chez les sourds, demande du temps et de la constance tout comme la rééducation du centre du langage chez les aphasiques. Gardez-vous scrupuleusement de toute surenchère thérapeutique : laissez à d'autres le soin de préconiser les fallacieuses « méthodes pratiques, faciles et rapides ». En outre, n'oubliez pas de faire vos réserves sur la certitude et le degré des résultats. Sollicitez, dans la plus large mesure possible, la coopération de vos patients : leur intelligence éclairée et une attention soutenue favoriseront largement le traitement dont elles hâteront, en outre, la conclusion.

A certains, ce langage pourra paraître manquer d'assurance; de ceux-là n'ayez qu'un médiocre souci. Vous serez au contraire compris, n'en doutez pas, des personnes vraiment sérieuses et capables de réflexion. Après avoir pesé vos propositions elles vous sauront gré de votre franchise qui, mise en parallèle avec des affirmations purement gratuites et sans fondement, vous méritera un crédit autrement large et légitime. C'est pour avoir été trop souvent et trop indignement trompés, songeons-y bien, que les infortunés sourds sont devenus si justement défiants. Les arguments les plus logiques, eux-mêmes, manquent à présent de la vigueur nécessaire pour entraîner leur conviction.

Cependant, s'il vous arrive par votre sincérité de gagner une confiance méritée et que toute latitude vous soit laissée, instituez des exercices acoustiques réguliers au moyen des diapasons. Vous avez appris qu'à l'exclusion de tout autre procédé ils sont en



Fig. 2.

Cette figure représente une séance d'exercices acoustiques avec l'instrumentation utilisée à cet effet.

A l'arrière-plan se trouvent trois vitrines : deux à gauche contiennent une collection de résonnateurs; celle de droite renferme la série des diapasons qui constituent le tonomètre.

Au premier plan, l'opérateur à gauche ébranle, avec un marteau, un diapason dont les vibrations amplifiées par un résonnateur accordé à ce même diapason arrivent, à travers un tube de caoutchouc, directement dans l'oreille du malade, assis à droite de la figure.

mesure de faire disparaître les bourdonnements et aussi la surdité. Ayez de la patience, ayez-en même beaucoup; elle portera presque certainement des fruits. En premier lieu, vous ne risquerez aucunement d'aggraver la surdité : peut-être même une certaine gratitude vous sera-t-elle témoignée pour vos loyales tentatives. Si, comme il y a tout lieu de l'espérer, vous obtenez une amélioration véritable, vous pourrez mesurer la joie éprouvée par vos malades à celle que vous-mêmes goûterez à cette occasion.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 MARS 1908)

Essai sur la greffe des tissus articulaires. — M. Henri Judet. Il est possible de réparer anatomiquement et physiologiquement, pendant un laps de temps supérieur à quatre mois, une perte de substance du cartilage du genou d'un chien par un fragment emprunté à la trochlée d'un chat.

Il paraît impossible de réparer une perte de substance du cartilage articulaire d'un animal (chien) par une lame de cartilage costal provenant du même animal.

Les cartilages articulaires transplantés dans les foyers de fracture retardent quelque peu la consolidation, mais n'arrivent pas à se greffer et à créer de pseudarthrose.

La suppression de la synoviale empêche la greffe par reposition du cartilage articulaire. La synoviale transplantée sous la peau, en même temps que le cartilage articulaire, assure à ce dernier une persistance supérieure à deux mois.

L'asymétrie de la figure et son origine. — M. R. Liebreich. L'auteur pense que l'asymétrie est une conséquence, un accompagnement nécessaire de la position verticale de l'espèce humaine et devient, pour elle, un des signes distinctifs.

Des caractères de l'infection tuberculeuse dans leurs rapports avec le diagnostic de la tuberculose par les moyens révélateurs. — MM. S. Arloing et L. Thévenot.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 20 mars 1908)

Pleurésie fétide à bacille d'Achalme (variété banale encore appelée bacillus perfringens), biologie du parasite. — MM. Thiroloix et Stévenin communiquent une observation de pleurésie fétide dans le but d'essayer d'en définir l'agent morbide causal. Pour ces auteurs, le bacille causal dans ce cas possédait bien les caractères de famille du bacille d'Achalme, mais il possédait en outre comme attributs personnels sa culture sur asparagine, glycocolle, eau de levure, gélatine simple, l'action de bacille aérobie sur amidon (glucose, acide acétique et alcool) et amygdaline.

Les fièvres éphémères. Manifestations d'infections sanguines tétragéniques. — M. Sacquepée. Les anciens auteurs découvrirent un grand nombre de fièvres parmi lesquelles ils classèrent la fièvre éphémère. Cette dernière n'a pas trouvé place dans les cadres actuels de la pathologie, elle existe pourtant, bien qu'assez rarement observée.

Cliniquement c'est une simple poussée fébrile éphémère, sans prodromes et sans suites, avec un minimum de symptômes contemporains de la fièvre, symptômes qui sont tous bénins, passagers et nullement caractéristiques.

Au point de vue bactériologique, l'ensemencement du sang pratiqué dans 3 cas a donné 3 fois une culture pure, le tétragène (blanc, doré ou couleur saumon). Le sérum présente également des propriétés spécifiques (agglutination et sensibilisatrices), à l'égard du tétragène isolé de sang.

Il semble donc bien que la maladie soit en quelque sorte un petit orage infectieux : septicémie tétragénique, fugace, fièvre éphémère, telle est toute l'histoire pathogénique et clinique du syndrome, ceci montre en même temps que la plus simple des fièvres continue et conditionnée par une septicémie spécifique, au même titre que la septicémie éberthienne, domine l'évolution de la fièvre continue, la plus grave de nos climats.

Ictère dans la fièvre typhoïde. — M. Pissavy. L'ictère est une complication rare de la fièvre typhoïde et mérite, à ce point de vue, d'attirer l'attention. L'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas. L'ictère apparut pendant une rechute de fièvre typhoïde, chez un malade de vingt-cinq ans sans accidents pathologiques. Il s'agissait d'un ictère vrai sans décoloration des matières fécales, avec tuméfaction notable et sensibilité très vive de la glande hépatique. Cette complication fut accompagnée d'une chute thermique très marquée, de 40 à 37 degrés, et d'une aggravation manifeste de l'état général. Le malade cependant finit par guérir, après une convalescence longue et pénible.

Dans son *Traité des maladies infectieuses*, Griessinger cite trois cas absolument comparables à celui qu'on vient de rapporter.

Ces diverses observations constituent un groupe de faits auquel convient la dénomination d'ictères infectieux typhoïdiques de moyenne intensité. Mais il existe également des ictères typhoïdiques franchement bénins et des ictères typhoïdiques franchement graves qui, avec les ictères de moyenne intensité, forment les trois degrés de la *forme hépatique avec ictère* de la fièvre typhoïde.

Deux ordres de lésions forment le substratum anatomique de cette forme hépatique avec ictère : des lésions cellulaires qui, suivant leur intensité, entraînent un degré plus ou moins marqué d'insuffisance hépatique, et des lésions des canaux biliaires intra-hépatiques qui engendrent l'ictère.

A côté de cette forme hépatique avec ictère, existe une forme hépatique sans ictère décrite par MM. Roger et Laignel-Lavastine. Le substratum anatomique de cette forme est identique à celui de la forme précédente, en ce qui concerne les lésions cellulaires, mais l'angiocolite fait défaut, au moins dans les préparations que M. Laignel-Lavastine a bien voulu me communiquer.

Il résulte de ces constatations, qu'au point de vue clinique, le tableau symptomatique de la forme ictérique et celui de la forme sans ictère, doivent présenter de grandes analogies. C'est en effet ce qui arrive et la comparaison des cas nous montre que les deux formes ne diffèrent essentiellement que par la présence de l'ictère dans l'une, et son absence dans l'autre.

Deux cas de rhumatisme cérébral à bacille d'Achalme. Nécessité de l'hémoculture en ballon cacheté. — M. Georges Rosenthal et Mlle Joffé étudient deux cas de rhumatisme cérébral. Le premier terminé par la mort rappelle l'observation de Trousseau. Le foie présentait une destruction graisseuse de la cellule hépatique. L'examen bactériologique a montré post-mortem une infection généralisée à bacille d'Achalme (variété rhumatismale). Le deuxième cas s'est terminé par la guérison sans doute grâce à l'électrargol et à la ponction lombaire. Dans ce deuxième cas l'hémoculture a montré deux fois à quatre jours d'intervalle une biosepticémie à bacille d'Achalme (variété rhumatismale). En l'absence de réaction spécifique du bacille, il est important de déterminer le bacille avec les réactions chimiques et biologiques. De plus l'hémoculture sera faite en ballon cacheté qui donne des résultats presque constants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 21 mars 1908)

Action de la toxine tétanique, de la toxine diphtérique et de leurs sérums immunisants chez les animaux chauffés. — MM. Edmond Lesné et Lucien Dreyfus. Chez les souris et chez les cobayes l'hyperthermie obtenue par le chauffage à l'étuve exerce une action aggravante sur la marche de l'intoxication tétanique. Les animaux chauffés meurent toujours avant les témoins. Chez les cobayes inoculés avec de la toxine diphtérique l'intoxication ne semble ni aggravée ni atténuée par l'hyperthermie de l'animal et chez les souris le chauffage ne fait pas disparaître l'immunité vis-à-vis de cette toxine. L'action protectrice des sérums antidiphtérique et antitétanique n'est pas empêchée par l'hyperthermie des animaux, mais il y a à cet égard certaines limites et certaines particularités signalées par les auteurs.

Diversité des types des hématies granuleuses. Procédés de coloration. — MM. J. Widal, P. Abrami et M. Brulé. On

sait que MM. Chauffard et Fiessinger ont mis en évidence dans le sang des ictériques hémolytiques des hématies granuleuses, aisément décelables en faisant agir, sur le sang frais séché et non fixé, le réactif de Pappenheim (pyronine-vert de méthyle).

Les auteurs ont montré que ces hématies granuleuses qui se trouvent dans un grand nombre d'états anémiques, cliniques et expérimentaux, présentent une affinité très grande pour les colorants basiques (bleu de Lœffler, bleu de méthylène, bleu azur, bleu de Unna, etc.).

De nombreux auteurs (Askanazy, Lazarus, Klein, Grawitz, Pappenheim) ont décrit depuis longtemps au cours de certaines anémies des hématies à granulations basophiles qui ont été bien étudiées par M. Sabrazès, dans l'intoxication saturnine, clinique et expérimentale.

Les éléments vus par ces divers auteurs étaient mis en évidence sur le sang fixé au préalable, soit par l'alcool absolu soit par la chaleur ou l'acide osmique.

MM. Widal, Abrami et Brulé ont montré qu'en employant cette technique, c'est-à-dire sur le sang fixé, il était impossible de mettre en évidence les hématies granuleuses des ictériques hémolytiques.

Celles-ci se montrent au contraire très abondantes lorsqu'on a recours aux colorations vitales, c'est-à-dire lorsqu'on met la solution colorante au contact du sang vivant, encore liquide, technique que nous avions préconisée, suffisant pour un examen extemporané, ne permettait pas la conservation des préparations. Ils ont pu, depuis, avec M. Jules Hardouin, obtenir une fixation parfaite des hématies granuleuses colorées vitalement. Il suffit, en effet, de recevoir quelques gouttes de sang frais dans 2 centimètres cubes d'une solution isotonique et oxalatée d'un bleu basique, de centrifuger après cinq minutes et d'étaler sur lames le culot de centrifugation et de fixer à la chaleur la préparation ainsi obtenue. Or, tandis que par ces colorations vitales ils ont pu trouver jusqu'à 65 p. 100 d'hématies granuleuses chez une de leurs ictériques hémolytiques, jamais la coloration du sang préalablement fixé ne leur a permis d'en déceler une seule. Ils ont fait même constatation dans un grand nombre d'états pathologiques, cliniques et expérimentaux, où ils ont retrouvé des granulations décelables seulement par la coloration vitale.

Ils ont montré que, dans tous les cas où existaient ces granulations, la coloration du sang préalablement fixé mettait en évidence une polychromatophilie plus ou moins intense et que le nombre des hématies qui se montraient polychromatophiles sur sang fixé, correspondait sensiblement à celui des hématies qui apparaissaient granuleuses sur sang frais.

MM. Sabrazès et Leuret sont venus récemment ici même confirmer toutes ces constatations. Indépendamment de leurs modes de coloration dissemblables, ces deux variétés d'hématies granuleuses n'apparaissent pas en général sous le même aspect. Celles que l'on observe sur sang fixé se présentent habituellement sous la forme de petites ponctuations de grosseur inégale, disséminées dans le corps des hématies et nettement isolées les unes des autres. Celles que l'on observe après coloration vitale ont, au contraire, le plus souvent un aspect réticulé, arborescent et semblent unies les unes aux autres par de fins tractus colorés également en bloc.

Autres communications :

Hématies granuleuses et polychromatophilie dans l'ictère des nouveau-nés. — MM. Sabrazès et Leuret.

De l'action, sur le lait, du suc pancréatique sécrété sous l'influence de la pilocarpine. — M. Wertheimer.

Influence de la température sur les échanges gazeux de la grenouille. — M. Weiss.

Résorption des ferments pancréatiques dans l'intestin sain et malade. — MM. Lœper et Esmonet.

Pouvoir absorbant du rectum vis-à-vis de quelques substances médicamenteuses. — MM. Massol et Minet.

Variations volumétriques de l'appareil nucléolaire de la cellule nerveuse somatochrone, à l'état normal, chez le cobaye adulte. — M. R. Collin.

Capsules surrénales et athrepsie. — M. Lucien.

Les lésions rénales dans l'athrepsie. — M. Lucien.

Rapports entre les lésions de l'athérome expérimental et spontané. — MM. Lucien et Parisot.

Réduction de l'oxyhémoglobine au cours de l'asphyxie. — MM. Gautrelet et P. Lande.

Sur le muscle présternal. — MM. Gentes et Mairet.

Influence des rayons X sur la fécondité des lapines. — MM. Bergonié et Triboudeau.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DU TRAITEMENT DES ABCÈS DU SEIN

Par M. Raunay.

Tout l'intérêt, et l'on peut dire la gravité des abcès du sein consiste dans ce fait que l'abcès n'est presque jamais unique. Il y a multiplicité des foyers inflammatoires, et souvent, dans la clientèle hospitalière, on constate une véritable infiltration purulente de la mamelle. Le pus s'ouvre un passage, plusieurs passages à l'extérieur. Il sort mélangé de lait altéré, la douleur provoquée est extrême, et, si l'on n'intervient pas énergiquement, l'inflammation reste chronique avec de fréquentes récidives.

Les classiques, cherchant à conserver la fonction galactophore, conseillent de faire des incisions de quelques centimètres sur chaque abcès reconnu, ou même de simples ponctions, mais assez larges pour permettre l'introduction d'un drain.

La pratique démontre que ces procédés, pour devenir efficaces, doivent être tentés au début de l'infection sur des abcès bien circonscrits, en ayant soin de les recouvrir ensuite avec de larges pansements à l'eau oxygénée ou de préférence à la solution d'anios à 2 p. 100, dont les effets antiseptiques sont plus puissants. Mais, dans la grande majorité des cas, il existe des foyers multiples, et il faut procéder à de larges débridements. Dans l'infiltration purulente, l'hésitation n'est plus permise : on doit, sous le chloroforme, ouvrir profondément, par deux sillons cruciaux au thermocautère, toute la mamelle.

On voit alors sur chaque tranche de l'incision s'échapper une nappe purulente et laiteuse dont on facilite l'écoulement par la pression des doigts. Les pansements qui suivent ont une grande importance sur les résultats plastiques de l'opération. Il faut utiliser des mèches de gaze trempées dans l'anios à 2 p. 100 et que l'on enfoncera profondément dans les sillons tracés par l'opérateur. Le trioxychlorométhyle de vanadium nous a donné dans ces cas de fort bons résultats. Il diminue et tarit la purulence, et surtout il amène une cicatrisation rapide et complète. Sans toxicité, sans causticité, il abandonne aux tissus de l'oxygène naissant sans interruption, et il devient ainsi un excitant cellulaire de premier ordre.

Au bout de huit à dix jours, on constate que des bourgeons charnus vigoureux comblent la profondeur des incisions opératoires, et, en trois semaines environ, la réparation complète peut être obtenue. Les cicatrices sont régulières, normales, et conservent au sein sa forme globuleuse.

Ce sont là des résultats esthétiques fort appréciés des malades et que nous n'avions pu obtenir aussi nettement avant l'utilisation de l'anios en chirurgie pratique.

CONGRÈS

II[e] CONGRÈS DES PRATICIENS (Lille, 25-28 juin 1908.) — PROGRAMME DES SÉANCES. — *Séance d'inauguration du jeudi 25 juin* (soir, deux heures). — 1° Discours du docteur Coppens, président du Comité d'organisation; — 2° Constitution du bureau; — 3° Discours du docteur X..., président du Congrès; — 4° Rapports sur les travaux du Comité de vigilance: *A.* Rapport de la sous-commission de l'enseignement (docteur Leredde); B. Rapport de la sous-commission du libre choix (docteurs Cosse et Dally); — 5° Rapport du secrétaire général (docteur Aubert).

Première séance du vendredi 26 juin (matin, neuf heures). — I. Rapport sur les travaux de la Commission ministérielle (docteur Gassot). — II. Réforme de l'enseignement. Etude de la commission nommée par le Syndicat médical de Lille. Rapporteur : Docteur Surmont.

Deuxième séance du vendredi 25 juin (soir, deux heures). — III. Enseignement clinique (docteurs Regnault et Lafontaine). — IV. L'hôpital centre d'enseignement (docteur Maire). — V. Autonomie des facultés de médecine (docteur Le Fur).

Première séance du samedi 27 juin (matin, neuf heures). — VI. Libre choix pour les assistés (docteurs Bombart, Boudin, Boutry, Gairal, Lemière). — VII. Libre choix pour les mutualistes (docteur Bolliet). — VIII. Extension aux ouvriers agricoles de la loi sur les accidents du travail (docteur Dubuisson).

Deuxième séance du samedi 27 juin (soir, deux heures). — IX. Responsabilité médicale. Expertise contradictoire (docteur de Grissac). — X. Organisation du corps médical au point de vue de son action sur les collectivités et les pouvoirs publics (docteur Coppens). — XI. Impôt sur le revenu (docteur Jayle). — XII. Modifications à apporter à la loi de 1903 sur la déclaration des maladies contagieuses (docteur X...).

Séance du dimanche 28 juin (matin, neuf heures). — XIII. Relèvement des honoraires médicaux (docteur Vimont). — XIV. Rapport du trésorier (docteur Deroy). — XV. Nomination du Comité de vigilance.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 MARS AU 4 AVRIL 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 4 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Retterer et Cunéo.

3[e] (2[e] partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Maillard et Brumpt.

1[er] (oral, 1[re] série) : MM. Albarran, Quénu et Morestin; — (2[e] série) : MM. Prenant, Thiéry et Auvray; — M. Langlois, suppléant.

5[e] (obstétrique), *Beaujon* (1[re] partie) : MM. Ribemont-Dessaigne, Demelin et Jeannin.

5[e] (2[e] partie), *Beaujon* (1[re] série) : MM. Raymond, Rénon et Claude; — (2[e] série) : MM. Hutinel, Gouget et Nobécourt; — (3[e] série) : Albert Robin, Jeanselme et Castaigne; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 1er avril 1908, à une heure. — M. BLAIN. Le pouls dans les puerpéralités. (MM. Pinard, président; Reclus, Gosset et Couvelaire.) — M. VIELLE. La stovaïne dans ses applications (MM. Reclus, président; Pinard, Gosset et Couvelaire.) — M. BERTHELOT. Le cheval et l'hygiène. (MM. Blanchard, président; Déjerine, Macaigne et Zimmern.) — M. DESBŒUFS. Du rôle du médecin électricien dans les accidents du travail. (MM. Déjerine, président; Blanchard, Macaigne et Zimmern.)

Jeudi 2 avril 1908, à une heure. — M. CRINON. La pathogénie des idées de négation chez les mélancoliques. (MM. Debove, président; Joffroy, Hutinel et Nobécourt.) — M. HARSCOUET DE KERAVEL. Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Bretagne. (MM. Joffroy, président; Debove, Hutinel et Nobécourt.) — M[lle] LUTROWICK. Sur les manifestations mongoloïdes chez les enfants européens. I. Idiotie. II. Tache bleue saine. (MM. Hutinel, président; Debove, Joffroy et Nobécourt.) — M. SEVAUX. Le développement du langage chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Debove, Joffroy et Nobécourt.) — M. FORTINEAU. Considérations sur la pathogénie de la neurasthénie. (MM. Raymond, président; Chantemesse, Fernand Bezançon et Claude.) — M. LEIBOVICI : Prophylaxie antidiphtérique par la sérothérapie (essais de sérothérapie antidiphtérique dans les grandes villes). Anaphylaxie et maladie du sérum. (MM. Chantemesse, président; Raymond, Fernand Bezançon et Claude.) — M. FAUTHEREAU. Contribution à l'étude des variations du rapport du pouls à la respiration à l'état physiologique et à l'état pathologique. Valeur séméiologique de ce rapport. (MM. Chantemesse, président; Raymond, Fernand Bezançon et Claude.) — M. BALLEREAU. Prophylaxie de la myopie par les myotiques. (MM. de Lapersonne, président; Bar, Albarran et Jeannin.) — M. TORO. Contribution à l'étude de la prostatectomie. (MM. Albarran, président; de Lapersonne, Bar et Jeannin.) — M. MÉNARD. Le bassin normal en radiographie. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Albarran et Jeannin.) — M. VETEAU. Contribution à l'étude de l'infection amniotique. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Albarran et Jeannin.) — M. CHANAL. De l'accouchement prématuré provoqué comme traitement de la mort habituelle du fœtus. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Albarran et Jeannin.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 2, fév. 1908.) NOBÉCOURT et MERKLEN : Elimination des chlorures et albuminurie dans la scarlatine. — PÉHU et CHALIER : Tuberculose congénitale. — Ch. LEROUX : Adénopathie trachéo-bronchique. — RUOTTE : Cure radicale de la hernie inguinale. — (N° 3, mars.) COMBY : Gouttes de lait et tuberculose infantile. — D'ESPINE : Gouttes de lait et tuberculose infantile. — MOUSSOUS : Erythème et eczéma séborrhéique. — GUINON et REUBSAËT : Maladie de Hirschsprung. — BROCA : Fracture de l'épitrochlée.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 2, fév. 1908.) SALEBERT, MONZIOLS et LANDRY : Epidémie de méningite cérébro-spinale observée à Rennes en 1907. — KOPP : Analyse chimique de l'eau en campagne. Projet de constitution d'une cantine spéciale d'analyse pour les formations sanitaires de l'avant. — VENNAT : Contribution à l'étude de la méningite ourlienne. — R. PETIT : Diphtérie associée (bacilles longs de Löffler, streptocoques, staphylo-

coques et diplocoques non encapsulés). Artérite oblitérante consécutive des membres inférieurs et artérites viscérales. — VANDENBOSSCHE : Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu; laparotomie; suture de cinq perforations intestinales. Guérison. — SABATIER : L'infirmerie des invalides.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 2, fév. 1908.) PARMENTIER et CHABROL : Infarctus hémorragique de l'anse sigmoïde par athérome artériel et thrombose veineuse. — LEBEAUPIN : Lavage de l'estomac et tubage à sec contre la constipation. — V. PAUCHET : Ulcère du duodénum.

Archives générales de chirurgie. — (N° 2, 25 fév. 1908.) TÉDENAT et MARTIN : Tumeurs malignes du cordon spermatique. — CHEVASSU : A propos de l'adénome testiculaire. — DRUCBERT : Kyste séreux du mésentère.

Archives générales de médecine. — (N° 1, janv. 1908.) Léon BÉRARD et André CHALIER : Les tumeurs solides et kystiques du tractus thyréo-glosse. — L. SAUVÉ : Physiologie du pancréas. — P.-E. LAUNOIS : Laënnec. — (N° 2, fév.) Léon POULIOT : La revision de la loi de Peter. — PIGEON et TANTON : Contribution à l'étude d'une variété particulière d'adénites inguinales. — N. TCHIGAEFF : Situation des mamelons chez l'homme et valeur de la ligne mamelonnaire gauche pour la mensuration de la matité transverse du cœur.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. —(N° 2, 15 fév. 1908.) MALAPERT : Les kystes du mésentère. — RAMBAUD : L'Ecole de médecine de Poitiers à ses débuts. — MORICHAU-BEAUCHANT : Le régime alimentaire chez les enfants pendant leur deuxième année (*fin*).

Bulletin général de thérapeutique. — (30 janv. 1908.) PICOU : Pathogénie et traitement du spina bifida. — (8 fév.) BAILLIART : Le larmoiement. — (15 fév.) BAILLART : Technique et indications des injections intra-veineuses. — BOIGEY : Médicaments et remèdes dans le Sahara (*fin*). — Ch. AMAT : Balistique et chirurgie d'armée; le vent de la balle; preuves cliniques et expérimentales. — (23 fév.) ROCHARD et DE CHAMPTASSIN : Traitement des hémarthroses dn genou par la ponction immédiate et l'application de la méthode de la progression des résistances. — (29 fév.) A. ROBIN : Traitement de la fièvre typhoïde. — (8 mars). DALCHÉ : Métrorragie, rétrodéviation, pessaire. — E. ROCHARD : Des erreurs de la radiographie dans le diagnostic des calculs de l'urètre. — H. BOUSQUET : La médication ferrugineuse hydrominérale.

Bulletin médical. — (N° 11, 5 fév. 1908.) DALCHÉ : Métrorragies de la ménopause. — BUTTE : Deux cas d'infection syphilitique malgré l'emploi prophylactique de la pommade au calomel. — (N° 12, 8 fév.) A. ROBIN : Le traitement de la lithiase biliaire et de ses accidents. — Jules RENAULT et G. SIGERET : Histoire de l'hospitalisation des enfants malades de Paris. — (N° 13, 12 fév.) KUSS : L'opinion de Wolff-Eisner sur la valeur séméiologique de l'ophtalmo et de la cuti-réaction. — (N° 14, 15 fév.) LAIGNEL-LAVASTINE et ISRAËLS DE JONG : Fièvre typhoïde prolongée avec ostéo-périostites suppurées. — PABEUF et DUBOIS : Appendicite par oxyures. — (N° 15, 19 fév.) Sir Dyce DUCKWORTH : Les diathèses. Le facteur personnel dans les maladies. — (N° 16, 22 fév.) RAYMOND : Le pseudo-tabes névritique. — LEROUX et TRANNOY : De la matité claviculaire, signe précoce d'induration du sommet. — (N° 17, 26 fév.) BERNHEIM : Respiration amphorique dans tout le poumon droit dans un cas de pneumonie du lobe inférieur avec emphysème interlobaire. — KESCH : Le froid et les maladies à frigore. — (N° 18, 29 fév.) HUTINEL : Symphyse tuberculeuse du péricarde et cirrhose chez les enfants. — (N° 19, 7 mars). L. BERNARD et SALOMON : Bacillurie tuberculeuse chez les phtisiques pulmonaires. — Fernand BEZANÇON et A. PHILIBERT : Recherche du bacille de Koch dans les urines par l'examen direct. — (N° 20, 11 mars). GOURDON : Nouvelle méthode de diagnostic et de classification des scolioses des adolescents.

Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. — (N° 2, fév. 1908.) Discussion sur l'acido-résistance du bacille de Koch. — Léon BERNARD et SALOMON : Bacillurie tuberculeuse chez les phtisiques pulmonaires. — Fernand BEZANÇON et André PHILIBERT : Recherche du bacille de Koch dans les urines par l'examen direct. — Gabriel PETIT : Pseudo-tuberculoses mycosiques.

Écho médical du Nord. — (N° 5, 2 fév. 1908.) E. PRINET : Le syndrome de Dercum. — (N° 6, 9 fév.) CALMETTE, BRETON, G. PETIT, L. PETIT, MASSOL, MINET et FORNARIO : Sur le pouvoir absorbant du gros intestin vis-à-vis des toxines, des antitoxines, des matières albuminoïdes et des microbes. — LAGACHE : A propos d'un accident du travail. — (N° 7, 16 fév.) DELÉARDE et DUBOIS : La frigothérapie précordiale. (Résultats cliniques en médecine infantile et expérimentation physiologique). — F. MOTY : Traitement de l'hémo-hydarthrose. — (N° 8, 23 fév.) OUI : La puériculture intra-utérine. — Paul MARTIN : Quelques considérations sur l'utilité du massage en thérapeutique. — (N° 9, 1er mars.) DELÉARDE : A propos d'un cas de réaction méningée à liquide louche, puriforme et aseptique simulant une méningite cérébro-spinale. — OUI : Opération césarienne itérative suivie d'hystérectomie. — LAMBRET : Opération en trois temps pour cancer du rectum. — MARIAU : Neuro-fibromatose généralisée. Volumineux fibrome du nerf cubital droit. Extirpation. Guérison. — (N° 10, 8 mars.) GAUDIER et DEBEYRE : La rachistovaïnisation. — CANNAC : A propos de deux nouveaux cas d'othématome observés à l'asile d'aliénés d'Armentières.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 5, 2 fév. 1998.) André MOUSSOUS : Insuffisance aortique avec dilatation aortique chez un enfant de dix ans. — (N° 6, 9 fév.) SABRAZÈS et DUPÉRIÉ : Note sur le traitement de la syphilis par l'association dans une même solution injectable de l'atoxyl, du biiodure d'Hg et de l'iodure de sodium. — CASSAËT : De l'allongement du pédicule cardiaque dans les sténoses laryngées et de la simulation de la ptose du cœur. — (N° 7, 16 fév.) P. LEMAIRE : Sur la composition et le mode d'emploi des solutions stovaïnées dans la rachi-anesthésie. — (N° 8, 23 fév.) COURTIN : Ostéo-névralgie et saignée osseuse. — LEMAIRE : Sur le mode d'emploi des solutions stovaïnisées dans la rachi-anesthésie (*suite*). — RAULIN : Dilatation hypertrophique congénitale du côlon (maladie de Hirchsprung). — (N° 9, 1er mars.) R. CRUCHET et M. LAUTIER : Diabète et traumatisme, à propos d'un cas. — (N° 10, 8 mars.) DUVERGEY : Les petites hématémèses de l'appendicite.

Marseille médical. — (N° 3, 1er fév. 1908.) PLUYETTE : Entéro-épiplocèle ventrale. — CASSOUTE : Ophtalmo-réaction chez les enfants. — (N° 4, 15 fév.) DELANGLADE : Plaie thoraco-abdominale. — PLUYETTE : Sarcome du maxillaire inférieur. — PONCEL : Eléphantiasis des deux jambes d'origine cardiaque. — DUPEYRAC : Action de la radiothérapie dans les sarcomes. — Léon IMBERT : L'eau que nous buvons. — (N° 5, 1er mars.) D'ASTROS : Œdème et néphrite dans la syphilis héréditaire. — IMBERT : Hygiène et commerce. — O. PLATON : Note sur la radio-activité des eaux de la Fou. — HAHU : Traitement du lupus érythémateux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 23 mars. — Question : « Hile du poumon. — Symptômes du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Pont, 11 + 19 = 30 ; Lechevallier, 13 + 19 = 32 ; Chevallier, 11 + 19 = 30 ; Séjournet, 10 + 18 = 28 ; Loubeyre, 11 + 19 = 30 ; Detré, 14 + 22 = 36 ; Jean, 8 + 18 = 26 ; Caillé, 11 + 18 = 29 ; Cottenot, 1 + 23 = 40 ; Weill, 13 + 22 = 35.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — Séance du 24 mars : MM. Schwartz, 25 ; Chevassu et Grégoire, 24.

Prochaine séance vendredi 27 mars, à cinq heures, à la Charité.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HOPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pietkiewicz, Richer, Thomas, Hartmann et Huchard.

GUERRE. — M. le médecin principal Mareschal est nommé médecin-inspecteur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille en argent est décernée à M. le docteur Decamps (d'Amiens).

L'ISOLEMENT DES TUBERCULEUX. — M. Navarre, président de la cinquième commission, vient de faire voter un crédit de 350 000 francs qui sera employé, suivant le désir formulé par M. Léon Bourgeois au cours des travaux de la commission de la tuberculose, à l'isolement dans les hôpitaux des malades tuberculeux, et à la construction chaque fois que ce serait possible de « galeries de cure ».

ENTRAVE AU LIBRE CHOIX. — Il y a quelque temps, le docteur P... adressait au procureur de la République contre le docteur L... une plainte dans laquelle il mentionnait les faits suivants :

« Le 3 février 1908, j'étais appelé à donner mes soins à M. Bretenacker, ouvrier blessé pendant son travail dans une maison en construction rue Erlanger. Ce malade présentait une affection traumatique pour le traitement de laquelle j'ai appliqué un appareil et délivré le certificat initial, à fin de déclaration d'accident de travail.

Le 4 février, un monsieur se présenta chez Bretenacker, déclarant être le docteur L... et venir de la part de M. Marchand, patron de l'ouvrier blessé. Il demanda à l'examiner, ce qui lui fut refusé. Alors, brandissant des imprimés, il déclara que puisqu'il en était ainsi, il déchirerait les papiers de Bretenacker et que celui-ci n'aurait rien. Bretenacker, effrayé, accepta les soins de M. L... qui enleva l'appareil que je lui avais mis et appliqua des ventouses. Je tiens ce récit de M. Bretenacker, que j'ai tout lieu de croire sincère. »

Une information fut ouverte et le docteur L... était poursuivi hier devant la onzième chambre correctionnelle, en vertu de l'article 30 de la loi du 31 mars 1905, dont c'était, croyons-nous, la première application. L'article 30 contient notamment cette disposition :

« Est passible d'une amende de 16 à 300 francs :

... 3° Toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin. »

Le docteur L... dénie les faits :

— Je me suis présenté chez Bretenacker, déclare-t-il, comme médecin du syndicat de garantie, pour procéder à son examen. Je ne lui ai pas parlé de l'indemnité, ni de rien. Il s'est prêté complaisamment à mon examen et m'a demandé avec insistance de lui donner mes soins, ce que je refusai de faire, sachant qu'il était soigné par le docteur P...

Mais après avoir entendu l'ouvrier Bretenacker et les membres de sa famille qui, ayant assisté à la visite du docteur L..., ont confirmé les faits contenus dans la plainte du docteur P..., le tribunal a condamné le docteur L... à 25 francs d'amende. Il devra en outre payer au docteur P... 25 francs à titre de dommages-intérêts. — (*Le Temps.*)

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE est à la disposition des étudiants qui désireraient des renseignements au sujet des places d'interne en médecine au dispensaire Emile-Loubet.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL BEAUJON

POLYNÉVRITE ALCOOLIQUE CHEZ UN TUBERCULEUX

Par le professeur DEBOVE.

(*Leçon recueillie par M. Ch. Esmein, interne du service.*)

Le malade dont je veux vous entretenir a succombé à des accidents graves, survenus brusquement, et dus à une intoxication par l'alcool.

L... était un cocher de fiacre, âgé de trente-deux ans. Il avait été soigné déjà à l'hôpital pour des accidents de gastro-entérite, développés probablement sous l'influence de son poison habituel; mais il n'avait pas eu de maladie grave lorsque, il y a six semaines environ, se rendant à une station de voitures, il se plaignit du brouillard intense qui l'empêchait de conduire; or, il faisait ce jour-là un temps exceptionnellement clair. Les jours suivants, il eut des troubles de la motilité et de la sensibilité qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital. Ne nous demandez pas un récit bien détaillé de l'ordre dans lequel les accidents sont survenus; l'état mental de notre malade ne le permettait pas; aussi avons-nous dû nous borner à la constatation des phénomènes.

Il existait chez notre malade des troubles nerveux évidents. Les membres inférieurs étaient considérablement émaciés, les masses musculaires très diminuées, et la station impossible. Cependant, il ne s'agissait pas d'une paralysie motrice complète : au lit, dans le décubitus dorsal, la plupart des mouvements devenaient possibles, mais si faibles qu'on pouvait les arrêter par la simple pression du doigt. Cette parésie intéressait plus particulièrement les muscles extenseurs, car la pointe du pied était tombante.

Mêmes troubles de la motilité aux membres supérieurs; ils prédominaient également sur les extenseurs, mais étaient assez généralisés pour entraver toutes les fonctions : un infirmier était obligé de faire manger le malade comme un enfant.

Nous ne relevions ni tremblement, ni incoordination motrice. Les réflexes patellaires étaient abolis. Enfin les fonctions des muscles lisses même étaient troublées; l'évacuation involontaire de l'urine et des matières fécales indiquait un trouble profond de l'innervation, et nous permit de porter d'emblée un fâcheux pronostic.

Les quatre membres étaient le siège de vives douleurs, elles intéressaient les masses musculaires et les articulations, sans paraître suivre le trajet d'aucun tronc nerveux. La sensibilité objective n'était pas abolie, mais profondément troublée; il y avait un retard très accentué des sensations produites par excitation vive de la peau ou des masses musculaires.

En raison des troubles oculaires présentés dès le début, nous avions prié le docteur Poulard d'examiner les yeux de notre malade, et voici la note qu'il nous a remise : « Amblyopie toxique alcoolique. Pas de lésions ophtalmoscopiques. Scotome central pour les couleurs et le blanc. »

Le scotome central est un signe pathognomonique d'amblyopie toxique alcoolique et a permis de faire le diagnostic d'intoxication alcoolique même avant de se renseigner sur les habitudes du malade.

Le tronc et la face ne semblaient point participer aux troubles des membres : il existait seulement un amaigrissement très marqué, certainement dû en partie à une phtisie pulmonaire avancée dont notre malade portait des signes évidents. Nous n'insisterons pas sur ceux-ci, et n'entrerons pas dans des détails, peu intéressants lorsqu'il s'agit d'un diagnostic qui ne peut laisser aucun doute, ni sur la nature du mal, ni sur sa grande étendue. C'est à cette phtisie que nous croyons devoir attribuer l'élévation thermique qui survenait tous les soirs.

Les fonctions digestives étaient peu troublées. L'appétit était bon. Il n'y avait pas de diarrhée. Le foie, volumineux, dépassait de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes : l'hypertrophie de cet organe ne vous étonnera pas, puisqu'il s'agit d'un malade alcoolique.

Il ne me reste plus qu'à vous entretenir des troubles psychiques très accentués qui rendaient si difficile notre interrogatoire.

Le jour, le malade parlait avec une grande volubilité, et avait une obnubilation intellectuelle surtout caractérisée par de l'amnésie; il ignorait le jour de la semaine, le mois et l'année. Aussi était-il très curieux de constater qu'il avait pleinement conservé la mémoire professionnelle : il décrivait de la façon la plus précise la place d'une rue sur le plan de Paris. C'était encore à son métier que se rapportait son délire nocturne; il parlait tout haut dans son sommeil, s'imaginait conduire sa voiture, et se croyait victime de toutes sortes d'accidents. Seule la paralysie de ses quatre membres empêchait cette agitation de se transformer en un véritable délire d'action.

L'association de ces troubles psychiques avec des troubles de névrite périphérique est souvent décrite sous le nom de psychose polynévritique.

Nous ne faisons aucune objection à cette dénomination, qui indique tout à la fois le trouble périphérique et le trouble central; mais il faut bien savoir qu'elle désigne seulement une forme clinique, et non ce que nous appellerons une entité pathologique. Les troubles centraux et les troubles périphériques de ce genre ne sont pas indissolublement liés; ils se développent sous l'influence d'un même poison, et selon les cas, ils seront associés ou ne le seront pas.

En présence de tant de troubles divers, nous avions d'emblée prévu la gravité du mal. Son évolution nous a malheureusement donné raison : la mort survenue avec une grande accélération du cœur et des mouvements respiratoires. Nous ne saurions décider si le fait est dû à une névrite du pneumogastrique ou aux lésions si profondes du parenchyme pulmonaire. Les deux ordres de causes peuvent avoir agi dans le même sens.

Les lésions trouvées à l'autopsie ont pleinement confirmé notre diagnostic.

Les poumons, surtout le droit, étaient envahis par une tuberculose étendue; l'intestin portait des lésions de même nature. Le foie était volumineux, gras, un peu muscade et congestionné. On constatait dans le cerveau un piqueté hémorragique abondant de la substance blanche. Les ventricules étaient dilatés et distendus par un liquide céphalo-rachidien abondant mais clair. Les noyaux centraux étaient normaux. La moelle n'a pas présenté de lésions macroscopiques; il en est, par contre, d'évidentes dans les nerfs périphériques. La gaine du sciatique notamment est le siège d'un œdème considérable, et après quelques jours de fixation dans l'alcool faible, on voit

une raréfaction du tissu nerveux et une sclérose manifestes. Il y a donc des lésions non contestables de névrite.

Notre diagnostic de polynévrite alcoolique, qui s'imposait de par l'examen clinique, est donc confirmé par l'examen anatomique. Les antécédents du malade le rendaient d'ailleurs presque certain.

Depuis l'âge de quatorze ans, il avait été d'abord palefrenier, et appartenait maintenant à une profession qui fournit de nombreux alcooliques, celle de cocher de fiacre. Ces hommes cherchent à dissiper l'ennui, qu'ils pourraient avoir en attendant le client, par de nombreuses séances chez le marchand de vin, et on ignore si peu l'usage qu'ils feront des gratifications qui leur seront attribuées que tout le monde les désigne sous le nom de pourboire.

Notre malade absorbait l'alcool sous une forme particulièrement toxique, sous forme d'absinthe; il en prenait régulièrement une dizaine, et lorsque la journée avait été lucrative, il ne craignait pas d'aller jusqu'à vingt. Du reste, comme il arrive toujours en pareil cas, ce n'était pas sa seule boisson toxique; il prenait aussi du vin à ses repas, et dépassait toujours la dose d'un litre par jour. Or, si l'abus de l'alcool est toujours un danger, remarquons combien les risques s'exagèrent quand celui qui l'absorbe, comme dans le cas présent, exerce un métier physiquement peu fatiguant, et utilise mal l'alcool qu'il ingère.

C'est probablement pour cette raison que L... a été atteint d'emblée des accidents graves de l'alcoolisme chronique, sans avoir passé par l'alcoolisme aigu qui aurait pu lui indiquer le danger de la voie où il s'engageait.

Vous me demanderez pourquoi je fais de ce malade un alcoolique et non un absinthique. C'est que la distinction n'existe pas, pour moi tout au moins, au point de vue clinique.

Lorsqu'on injecte à des animaux de l'essence d'absinthe, on détermine des troubles qui sont surtout caractérisés par des convulsions et nettement distincts des troubles alcooliques, et on peut dire que l'attaque épileptiforme est le critérium expérimental de l'absinthisme. Sur le terrain clinique, cette distinction s'atténue et même s'efface. D'abord l'absinthe n'est pas de l'essence d'absinthe pure, mais une liqueur très alcoolique contenant des essences d'anis, d'absinthe, de badiane et de fenouil. En outre celui qui en use ingère ordinairement à ses repas ou hors de ses repas des quantités considérables de vin, si bien que l'action qui se fait sentir est surtout celle de l'alcool, absorbé sous une double forme.

Mais l'absinthe n'en constitue pas moins une boisson essentiellement dangereuse, parce que son effet s'ajoute à celui de l'alcool, qui, lui-même, agit d'autant plus que l'organisme est simultanément soumis au pouvoir d'un autre poison. L'absinthe, en un mot, favorise singulièrement l'action de l'alcool. Cette association de poisons a un effet analogue à celui qui se produit chez un individu soumis simultanément à l'action de deux toxines par le fait d'une association microbienne. Cette métaphore, j'aurai tout à l'heure occasion de vous la rappeler en parlant d'une autre cause qui est intervenue chez notre malade, je veux nommer la tuberculose.

Notre malade était un tuberculeux : sa phtisie n'a-t-elle pas joué un rôle dans le développement de la polynévrite?

En effet, dans la tuberculose comme dans toutes les maladies infectieuses, il peut exister des névrites. Le bacille n'agit plus seulement sur place en détruisant les tissus, mais verse dans l'économie des poisons qui altèrent ou influencent la plupart des organes; ces nerfs n'y échappent pas, et l'on peut dire que tous les tuberculeux, au moins à la période ultime de leur mal, présentent des névrites. La plupart du temps, elles sont latentes, reconnaissables anatomiquement, mais ne donnent lieu à aucun symptôme qui attire l'attention du clinicien; ou plus exactement, elles sont masquées par l'ensemble des troubles de la période ultime de la phtisie.

D'autres fois, ces névrites s'accompagnent d'amyotrophies localisées; elles sont intéressantes à noter, mais cependant ne retiennent ordinairement guère l'attention du médecin, parce qu'elles ne modifient en rien, ni le diagnostic, ni le pronostic, ni le traitement. Dans des cas exceptionnels, elles se traduisent par des douleurs vives qui exigent un traitement symptomatique spécial.

A côté de ces deux formes de névrite tuberculeuse, vous verrez publiées un certain nombre d'observations de névrites généralisées aux quatre membres, caractérisées par des douleurs et de la paralysie, et rappelant tout à fait le tableau symptomatique présenté par notre malade.

J'ai lu avec grand soin ces observations, et n'en ai pas trouvé de convaincantes. Dans certaines, les antécédents alcooliques sont nettement indiqués, et il s'agit manifestement de névrites éthyliques; dans d'autres, cette intoxication n'est pas mentionnée, mais la forme des troubles vient trahir son influence étiologique. Pour ces raisons, je ne crois pas devoir attribuer à la tuberculose les accidents nerveux que je vous ai décrits chez notre malade; mais ils ont cependant joué un rôle qui me paraît indéniable.

Vous savez que la virulence de certains microbes est exaltée par le fait de l'association d'autres microbes. L'exemple le plus démonstratif que je puisse vous citer est celui du tétanos. Il résulte de nombreuses expériences qu'on a pu fréquemment inoculer impunément le bacille de Nicolaïer à l'état de pureté, mais qu'il donnait lieu à des accidents rapides et mortels s'il était associé à d'autres microbes. De même, il suffit de vous rappeler que la grippe est ordinairement une maladie bénigne, mais que toutes ses complications, telle la pneumonie en particulier, prennent une exceptionnelle gravité.

L'alcool, produit de l'action d'une diastase sur le sucre, et constamment ingéré, a une action semblable à celle d'une toxine versée incessamment dans le sang, si bien que le malade qui a pris l'habitude d'ingérer des quantités de vin un peu considérables, se trouve, s'il est atteint d'une maladie infectieuse, sous l'influence de deux toxines, et ceci est bien évident pour nombre de maladies.

Supposez un alcoolique pris de pneumonie. La pneumonie exerce la virulence de l'alcool et le malade peut être pris d'accidents nerveux graves; de même l'alcool exalte la virulence du pneumocoque et la maladie pulmonaire prend une gravité exceptionnelle. Mais, me direz-vous, comment se fait-il alors qu'il soit de règle de donner l'alcool à un malade éthylique atteint de pneumonie? C'est que l'usage de l'alcool, comme de la morphine, ne peut être brusquement cessé sans qu'il se produise des accidents graves de collapsus.

Il serait particulièrement dangereux de risquer

ces accidents au moment où l'organisme a besoin de toutes ses forces pour résister à une infection aiguë : aussi donnons-nous l'alcool à petites doses, de deux maux préférant le moindre.

L'action nocive de l'alcool est encore évidente au cours des maladies chroniques. Vous savez avec quelle rapidité évolue la tuberculose chez les alcooliques. Là encore, la toxine du bacille de Koch les sensibilise à l'alcool, et fait qu'ils ont facilement des accidents alcooliques. Je crois que c'est ce qui s'est passé chez notre malade. Sa névrite est une névrite alcoolique, dont le développement a été favorisé par la tuberculose.

Nous pouvons donc nous résumer en disant que toute toxine au poison est pour ainsi dire le sensibilisateur d'un autre poison. Chez notre malade, le poison a été l'alcool, mais son action a été favorisée par le poison essence d'absinthe, et par les toxines du bacille de Koch.

Ces faits vous montrent tout le danger de l'alcoolisme. Il occasionne directement un grand nombre d'accidents, et il aggrave tous les états morbides, si bien que le péril est encore bien plus grand que le pensent ceux qui ne tiennent compte que des accidents directement imputables à l'alcool.

SARCO-MYXOME DE LA PAROTIDE

EXTIRPATION AVEC CONSERVATION DU FACIAL

Par le docteur LOP (de Marseille).

Mlle J..., quarante-six ans, m'est adressée de Corse, pour une tumeur de la joue gauche. Mlle J... a une santé délicate, son teint est pâle, chlorotique, elle est encore réglée.

Elle présente sur la joue gauche au niveau de la parotide une tumeur du volume d'un gros œuf, s'étendant sous le lobe de l'oreille et débordant le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. Le début de cette tumeur remonte à plus de dix ans, son volume s'est accru dans ces derniers dix-huit mois.

Elle n'a commencé à être douloureuse et à gêner la mastication que depuis sept à huit mois.

La peau n'est nullement altérée et glisse assez facilement à la surface de la tumeur, celle-ci est légèrement douloureuse à la pression et assez facilement mobilisable.

Pas de ganglions cervicaux et sous-maxillaires.

En somme l'intervention me paraît justifiée par l'accroissement rapide de la tumeur, la douleur, la gêne à la mastication, le bon état général et local et l'absence de ganglions.

Incision suivant le diamètre légèrement oblique de la tumeur, celle-ci est constituée par la parotide. Un plan de clivage est assez difficile à obtenir, mais une fois trouvé, l'énucléation quoique délicate à cause des vaisseaux et des nerfs se fait assez facilement et j'ai la bonne fortune de pouvoir conserver la totalité du facial dont une branche d'importance secondaire est seule sectionnée. Pas d'hémorragie. Sutures. Réunion par première intention.

Pendant la première semaine, la malade a présenté une très légère déviation faciale qui s'est rapidement améliorée, et le 25 janvier quand elle quittait Marseille, la symétrie faciale était parfaite.

L'état général et local étaient excellents.

L'examen histologique fait par mon ami le docteur Bricka, chef des travaux d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine, a démontré qu'il s'agissait d'un cas type de sarcomyxome de la parotide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 MARS 1908)

La loi Roussel. — M. PINARD a lu un nouveau travail de M. Vidal (d'Hyères) sur cette question.

Ce travail a été renvoyé à la commission nommée pour étudier les modifications à apporter à cette loi.

L'Académie a procédé à l'élection de deux membres correspondants nationaux.

La liste de présentation portait : MM. Lemaistre (de Limoges), Baumel (de Montpellier), Collignon (de Cherbourg), Courmont (de Lyon), Matignon (de Bordeaux), et Otto (de Marseille).

Au premier tour, M. Lemaistre a été élu par 60 suffrages sur 73 votants. Au second tour M. Baumel a été nommé par 44 voix sur 71 votants.

A quatre heures, il n'y avait plus rien à l'ordre du jour.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les rapports existant entre la fièvre typhoïde, le paratyphus et les voies biliaires. (J. FORSTER. *Munch. med. Woch.*, 1er janv. 1908, n° 1, p. 1.) — Ce travail réunit les données récemment acquises sur la fièvre typhoïde, données qui sont sorties en grande partie de l'Institut bactériologique de Strasbourg, dont Förster est directeur.

Au début de la fièvre typhoïde, les bacilles d'Eberth ne se développent pas dans l'intestin.

Apportés par l'eau et les aliments, ils pénètrent dans l'organisme, peut-être par le pharynx, et en tous cas envahissent la circulation sanguine d'une façon précoce.

Eliminés par le foie ils arrivent seulement alors avec la bile dans l'intestin grêle. Là ils ne se multiplient pas, ou se multiplient d'une façon insignifiante.

Ils peuvent être alors retrouvés dans les matières fécales si le nombre des microbes contenu dans la bile est considérable ou si l'intestin se vide rapidement.

C'est pourquoi il n'est pas rare de ne pas trouver de bacilles dans les selles au début de la maladie; c'est pourquoi également l'élimination des bacilles par les selles s'interrompt à certains jours pour reprendre ensuite; et c'est pourquoi chez certains typhiques il est impossible de jamais déceler l'agent spécifique dans les selles. A une période avancée de la maladie, aux bacilles contenus dans la bile s'ajoutent les bacilles venus des ulcérations intestinales.

Le deuxième point important à mettre en lumière est que, non seulement les bacilles passent par les voies biliaires, mais qu'ils ont une tendance remarquable à proliférer dans la vésicule, à y déterminer des lésions, et à continuer à s'y multiplier après la guérison de la fièvre typhoïde. Normalement on cesse de trouver le bacille d'Eberth dans les selles des typhiques deux à six semaines après la guérison. Les sujets ainsi libérés de bacilles sont « bactériologiquement guéris ». Mais quelques-uns des malades continuent à rendre pendant des mois et des années des bacilles par leurs matières fécales. Ces porteurs permanents de bacilles constituent environ 2 p. 100 des typhiques observés depuis quatre ans à Strasbourg.

173 semblables porteurs de bacilles ont pu être dépistés d'une façon certaine. Ces 173 personnes comprennent 79 p. 100 de femmes, 17 p. 100 d'hommes, et 4 p. 100 d'enfants. Coïncidence frappante : ces proportions sont celles que Rosenheim donne concernant les sujets qui souffrent de lithiase biliaire. Mais on sait combien fréquemment la lithiase est une affection latente : chez les 173 porteurs de bacilles, 25 seulement présentaient des symptômes vésiculaires appréciables.

Il n'existe aucun doute qu'il y ait une relation intime entre la végétation des bacilles typhiques et paratyphiques et la formation de calculs biliaires.

La conception de Naunyn se trouve une fois encore confirmée : le premier terme de la lithiase biliaire est l'invasion de la vésicule biliaire par le bacille typhique au cours d'une fièvre typhoïde. Il est possible que l'habillement de la femme, occasionnant une gêne de la circulation du sang et des humeurs, explique le nombre prédominant des cas de persistance des bacilles dans la vésicule, et de lithiase biliaire dans le sexe féminin.

La persistance de bacilles d'Eberth dans la vésicule explique leur persistance dans les selles des porteurs de bacilles. L'existence de porteurs de bacilles explique plusieurs points importants de l'étiologie de la fièvre typhoïde. Ces individus sont des agents de dissémination redoutables de la maladie. Dans les « maisons à fièvre typhoïde », ainsi que Förster l'a plusieurs fois constaté, l'un des habitants est toujours un porteur de bacilles et transmet successivement l'infection aux nouveaux hôtes. De même dans les épidémies de typhoïde frappant les individus qui consomment le lait provenant d'une même origine, on a toujours pu déceler l'existence d'un porteur de bacilles s'occupant du lait avant sa distribution.

La notion nouvelle des porteurs de bacilles, et de la multiplication chez ses sujets des germes dangereux dans la vésicule biliaire comporte une sanction prophylactique.

Il importe de prévenir les porteurs de bacilles qu'ils sont en danger pour la collectivité, et de leur conseiller toutes les précautions possibles : hygiène corporelle minutieuse, toilette des mains. Mais la véritable prophylaxie consisterait à supprimer l'élimination des bacilles d'Eberth. Ceci est à l'heure actuelle un problème difficile à résoudre, en raison de l'impossibilité d'aseptiser la vésicule biliaire par des moyens médicaux. C'est pourquoi Dehler n'a pas hésité, chez des porteurs de bacilles, à ouvrir et à drainer les voies biliaires. Mais c'est là une conduite impossible à tenir dans la pratique et l'intervention sur les voies biliaires doit être réservée aux sujets qui souffrent de lithiase.

Au point de vue médical, il est un devoir qui s'impose : c'est d'empêcher chez les typhiques qu'une infection chronique des voies biliaires s'installe ; mais cela est actuellement aussi problématique que le traitement même des porteurs de bacilles. Dans un cas comme dans l'autre ce qu'il semble maintenant rationnel de rechercher, c'est l'expulsion des germes hors de la vésicule, grâce à une augmentation du flux biliaire. Parmi les cholagogues, Förster recommande particulièrement la bile, soit sous forme de bile desséchée, soit sous forme de sels biliaires. Pourtant malgré ce traitement, Förster a vu chez un certain nombre de sujets le bacille d'Eberth persister dans les selles.

Le but qu'il faut se proposer actuellement, c'est de trouver des substances qui entravent le développement des bacilles d'Eberth dans la bile, à l'intérieur même du corps, car si l'on arrive à guérir les porteurs de bacilles, on réduira beaucoup par cela même la propagation de la fièvre typhoïde.

A. LEMIERRE.

MEDECINE INFANTILE

La cystite chez les nourrissons. (CACCIA. *Arch. de méd. des enf.*, déc. 1907.) — Signalée pour la première fois par Escherich, la cystite des nourrissons a été étudiée par Hanshalter, Finkelstein, Truwipp, Comba et Cecchi ; Hutinel a insisté sur le rôle joué par l'entérite dans la production d'un certain nombre de cystites infantiles.

En ce qui concerne l'*étiologie*, il faut distinguer des cystites primitives et des cystites secondaires. Sous le nom de cystite catarrhale, on désigne une simple irritation de la muqueuse vésicale par l'urine trop concentrée et trop acide, comme c'est le cas dans les affections fébriles, dans les diarrhées profuses et le choléra infantile. D'autres fois, la cystite catarrhale est d'origine uricémique, ou encore elle s'explique par l'élimination de différentes substances introduites dans l'organisme, cantharides, balsamiques.

La cystite tuberculeuse, rare, succède le plus souvent à une tuberculose rénale ; la cystite gonococcique n'est pas plus fréquente, et la forme la plus habituelle est celle qui reconnaît pour agent pathogène le bacterium coli commune (58 fois sur 60, Escherich).

Cette cystite coli-bacillaire peut reconnaître trois mécanismes pathogéniques :

1° Escherich, constatant sa prédilection pour le sexe féminin, admet que le bacterium coli passe du vagin dans la vessie par l'urètre ; mais, pour que ce microbe détermine une cystite, il faut que la diurèse soit troublée, que l'épithélium vésical soit altéré et que certaines causes, telles que les entérites, exaltent la virulence du germe. Chez les garçons, la cystite s'observe lorsqu'il existe un obstacle à l'émission de l'urine, obstacle généralement constitué par du phimosis ;

2° La théorie hématogène consiste à admettre que la cystite est due à l'élimination des germes pathogènes par les urines ;

3° Enfin, dans la théorie transpariétale, on admet le passage du bacterium coli de l'intestin dans la vessie à travers les tissus.

Dans la symptomatologie l'auteur réserve une place importante à la fièvre qui ne manque, pour ainsi dire, jamais.

Des symptômes locaux, les plus importants sont la pollakiurie et la douleur ; la constipation est fréquente, les urines, troubles, laissent déposer un abondant précipité blanchâtre floconneux, elles présentent toujours une réaction acide. L'albuminurie est peu abondante. Le sédiment contient de nombreux microbes qui ont la forme du bacterium coli. Signalons enfin la pâleur et l'anémie, dues sans doute aux hémolysines spécifiques engendrées par le bacterium coli.

Le sang des enfants atteints de cystite agglutine le bacterium coli, à condition que ce microbe provienne d'un sujet autre que le malade. M. Caccia, dans six cas de cystite, obtint l'agglutination en se servant d'urine filtrée au lieu de sang, et il constata un rapport entre l'existence de la glutinine dans le sang et de la glutinine dans les urines. Il conclut de ses observations que, contrairement à ce qui a été dit parfois, il n'y a pas lieu d'attribuer au séro-diagnostic une grande valeur pour le diagnostic.

L'évolution de la cystite est variable, mais, dans tous les cas, le traitement a une action prompte et efficace ; les complications sont rares et le pronostic ordinairement favorable. Le traitement consiste à administrer l'helmintol et l'urotropine ; la dose pour les nourrissons est de 20 à 30 centigrammes, 3 à 4 fois par jour. On ajoutera un peu d'eau alcaline pour faciliter la tolérance. Après la période aiguë, on lavera la vessie avec une solution de protargol, dont le titre variera de 0g20 à 1 gramme p. 100. Quant à la question de la sérothérapie, elle est encore à l'étude.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Glandules parathyroïdes. Leur vascularisation et leur protection au cours des opérations sur la glande thyroïde. (William S. HALSTED et Herbert M. EVANS. *Ann. of surg.*, vol. XLVI, n° 4, oct. 1907, p. 489-506.) — Les glandules parathyroïdes ont toujours chacune une branche parathyroïde spéciale qui pénètre toujours par le hile. Les artères parathyroïdes, supérieure et inférieure, naissent généralement de l'artère thyroïdienne inférieure, mais fréquemment elles naissent au dépens d'un rameau anastomotique unissant les thyroïdiennes supérieure et inférieure. Elles peuvent aussi naître des branches musculaires, pharyngées, œsophagiennes ou glandulaires de la thyroïdienne inférieure. Parfois, l'on voit une ou deux artérioles plus petites accompagnant l'artère parathyroïdienne, mais elles se rendent au tissu adipeux périparathyroïdien et l'on ne voit jamais plus d'une artère pénétrer par le hile. Il n'y a pas de communication entre les artères de la parathyroïde et la capsule de la thyroïde, bien que la parathyroïde soit enfouie en plein tissu thyroïdien. Dans la parathyroïde, l'artère poursuit un trajet central en donnant obliquement des rameaux qui vont former le réseau capillaire.

L'importance du rôle physiologique des parathyroïdes, les troubles qui suivent leur ablation sont faits bien connus aujourd'hui. C'est au moment de l'hémostase que l'on sacrifie les glandules ; et pourtant l'hémostase est indispensable dans l'ablation d'un lobe thyroïdien. C'est dans l'espoir de trouver un moyen d'hémostase qui respecte ces glandules que Halsted

a fait entreprendre par Evans les recherches dont le résultat se trouve ci-dessus.

Les parathyroïdes sont beaucoup plus basses chez l'homme que chez le chien; elles correspondent au tiers moyen des lobes latéraux, rarement au tiers supérieur. Quelquefois, il y a des parathyroïdes aberrantes, placées au-dessus ou au-dessous du niveau de la thyroïde. L'anastomose des thyroïdiennes est un point de repère important; l'artère parathyroïdienne est relativement volumineuse et sert de guide pour arriver à la parathyroïde. Ordinairement la glande est libre, et telle qu'une cerise, est appendue à l'extrémité de son artère. Elle est ovoïde, aplatie, avec un bord un peu tranchant, et généralement facile à différencier du tissu adipeux et du tissu thyroïdien.

Pour sauver les parathyroïdes au cours d'une opération, il ne suffit pas de ne pas les enlever; il faut encore ménager leur irrigation; ce que l'on peut faire en se servant de la méthode sous-capsulaire de Mayo, ou en liant les artères parathyroïdiennes, ce qui n'est pas toujours facile.

Halsted insiste sur le danger des opérations pour goitre exophtalmique. Il n'y a pas de toxémie comparable à celle des sujets opérés pour hyperthyroïdie; il faut absolument remplir le malade d'eau, par la bouche, par le rectum et sous la peau si c'est nécessaire. Le refroidissement systématique du cou avec de la glace après l'opération peut rendre des services. L'anesthésie locale doit toujours être préférée.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Tabes et syringomyélie. [MM. Souques et Barbé. *Revue neurol.*, 30 sept. 1907, p. 477-486 (avec fig.).] — Observation et autopsie d'un cas fort intéressant d'association de tabes et de syringomyélie. Cette dernière est remarquable à deux points de vue : 1° il s'agit d'un gliome double occupant les cordons postérieurs : le premier, cavitaire, s'étend du huitième segment cervical au cinquième dorsal; le second, plein et indépendant du premier va du septième au neuvième segment dorsal; 1° au premier abord, la cavité semble complètement indépendante du canal épendymaire; en réalité, un bourgeon épendymaire se met en rapport avec la partie supérieure de la cavité gliomateuse. L. ALQUIER.

PRATIQUE MÉDICALE

INFLUENCE PROPHYLACTIQUE DU GONOSAN SUR LES COMPLICATIONS DE LA BLENNORRAGIE

Par le docteur Léon David (de Paris).

Parmi les auteurs qui ont étudié l'action du gonosan dans la blennorragie, il n'en existe pas qui ne reconnaisse à ce médicament une supériorité réelle sur les balsamiques habituels. Il leur est supérieur à deux points de vue. D'abord, il n'a pas d'action secondaire fâcheuse sur l'estomac, l'intestin et l'état général. « Il est, dit le docteur Renault (1), admirablement supporté par tous les malades. » En second lieu, le gonosan possède des propriétés *analgésiques* et *antiérectiles*. Ce sont ces deux propriétés qui ont surtout frappé les médecins, et s'ils lui accordent la préférence sur les autres balsamiques, ce n'est pas pour sa puissante action anticatarrhale et germicide, c'est avant tout parce qu'il calme rapidement les douleurs si pénibles des blennorragiens. « Il est certain, écrit le docteur Nigoul (2), que le gonosan exerce sur les mictions et les érections douloureuses une influence sédative de premier ordre et que ne présente à ce degré aucun autre balsamique. » — « Il est établi, conclut de son étude clinique le docteur Deschamps (3), que le gonosan est précieux quand il s'agit de combattre les douleurs parfois si intenses qu'on observe chez les blennorragiques, à l'érection et à la miction. »

(1) Renault. Communication à la Soc. de thérap. de Paris, séance du 27 juin 1906.

(2) Nigoul. *Le Concours médical*, 1907, n° 5.

(3) Deschamps. Note communiquée.

Voilà donc un fait acquis. Le gonosan au kawa-santal est dans la foule des balsamiques utilisés contre l'urétrite gonococcique, le seul qui présente avec des propriétés anticatarrhales manifestes, des vertus rapidement sédatives et *primitivement* sédatives, sur les symptômes les plus pénibles de cette affection.

Mais il est une autre question de très grand intérêt pratique, à peine élucidée par les auteurs, et qui consiste à savoir dans quelle mesure le gonosan est capable d'éviter l'extension en surface et en profondeur de l'infection urétrale. A-t-il une action prophylactique réelle, protège-t-il la vessie, la prostate, l'épididyme, le testicule?

C'est la question que nous nous sommes proposé d'examiner dans ce travail.

Nous savons déjà par les études du professeur Neisser (1), des docteurs Deschamps, Nigoul, et des auteurs étrangers, que les cystites banales et gonococciques sont fort améliorées par ce médicament. La douleur est calmée, la sécrétion pathologique se fluidifie et s'arrête, la purulence disparaît de l'urine. Mais, en général, il s'agit là de cystites survenues au cours de la blennorragie, avant l'action du gonosan, et les auteurs pensent, sans insister davantage, que ce remède méthodiquement employé doit suffire à les éviter. « Les propriétés astringentes et bactéricides du gonosan, dit le professeur Neisser, sont un obstacle à l'extension de la maladie à l'urètre postérieur, d'où moins de complications et durée moins longue de la maladie. » Boss [de Strasbourg (2)], Fieser (3), Kornfeld (4) sont du même avis.

A quoi faut-il donc attribuer ces quelques cas exceptionnels de propagation postérieure, survenus au cours du traitement par le kawa-santal et que l'on découvre, si l'on parcourt avec attention la littérature médicale? C'est ainsi que Renault cite, sur 10 observations, un malade atteint d'épididymite après cinq jours de gonosan. La lumière n'est donc pas faite sur cette importante question, et l'on s'explique mal pourquoi les auteurs qui ont définitivement démontré l'action analgésique spéciale du gonosan et son pouvoir anticatarrhal, n'aient pas essayé d'établir si ce remède est ou n'est pas prophylactique pour les infections urétrales ascendantes.

Nos recherches à ce sujet, ont porté sur tous les blennorragiques se confiant à nos soins, et chez lesquels l'urétrite n'était encore qu'antérieure. Nous diviserons ces malades en deux groupes. Ceux qui venaient à notre clinique, malades du peuple, ouvriers pour la plupart, se soignant sans méthode et irrégulièrement (13 observations), et ceux de la clientèle privée venant à notre cabinet et plus attentifs à la médication (9 observations). Leur blennorragie aiguë était arrivée en général, du quatrième au huitième jour, et plusieurs d'entre eux avaient déjà suivi des traitements soi-disant guérisseurs.

A tous ces malades, nous avons donné progressivement de 6 à 9 capsules de gonosan par jour, divisées en 3 doses, correspondant aux 3 principaux repas, et nous en avons soumis un certain nombre à la méthode antiseptique directe par les lavages et les injections. A ce point de vue, nous avons fait trois groupes de malades; 7 sur nos 13 de clinique (les 7 moins susceptibles de se soumettre à un traitement régulier), ont pris *uniquement* du gonosan, sans injection urétrale d'aucune sorte. Les 6 autres devaient, tous les trois jours, venir à la clinique y supporter des lavages antérieurs au protargol (2 à 5 p. 1000) et le reste du temps faire eux-mêmes deux fois par jour, des injections de permanganate à 0,25 p. 1000. Quant aux 9 malades de la clientèle, ils venaient assez régulièrement à la consultation, et nous avons nous-même lavé d'abord chaque jour, puis tous les deux et trois jours, l'urètre antérieur avec la solution de protargol.

Nous avons ainsi des malades représentant toutes les formes habituelles de la médication antiblennorragique : médication par les balsamiques seuls (ici gonosan) et par les balsamiques associés aux lavages ou aux injections antiseptiques. Dès lors,

(1) Neisser. *Med. Klin.*, 1907, n° 14.

(2) Boss. *Medical News*, 1880.

(3) Fieser. *Therap. Ratgeber*, Vienne 1903, n° 24.

(4) Kornfeld. *Therap. d. Geg.*, 1904, n° 8.

connaissant la fréquence des complications infectieuses dans ces divers cas lorsqu'on utilise le santal, le cubèbe, le copahu, etc., nous pouvions, par comparaison, apprécier à ce point de vue la valeur réelle du kawa-santal.

Voici donc les résultats observés :

Aucun des 9 malades de clientèle, soumis à l'action combinée des lavages et du gonosan, n'a présenté de manifestations infectieuses du côté de la vessie, de l'épididyme, du testicule, de la prostate. Un seul, toutefois, accusait au bout de deux semaines, un trouble persistant de l'urine. En effet, le second verre était uniformément trouble, mais il n'y avait pas de symptômes nets de prostatite, et le toucher anal ne constatait aucune sensibilité, aucune augmentation de volume sur cet organe.

La guérison est survenue chez ce malade au bout de cinq semaines et chez tous les autres, entre vingt-cinq et trente jours.

Sur nos 7 malades indisciplinés, soumis uniquement à l'action du gonosan, deux ont présenté de la prostatite. A part cette extension de la blennorragie à l'urèthre postérieure, nous n'avons rien autre chose à signaler. Trois de ces malades n'avaient plus d'écoulement au bout de quatre à cinq semaines, et les deux autres qui suivaient une hygiène déplorable ont eu des recrudescences inflammatoires vite réprimées par de nouvelles prises du remède. L'un d'eux revu à la fin du deuxième mois de sa blennorragie, pour une bronchite aiguë, n'avait plus de symptômes urétraux, et une pression énergique sur le conduit n'amenait pas de sécrétion.

Sur nos 6 malades traités à la fois par le gonosan et les injections biquotidiennes de permanganate, un seul a présenté de la cystite sans autre trouble organique. La cystite n'a pas été hématurique et ses symptômes ont disparu en une semaine. La guérison apparente c'est-à-dire symptomatique s'est réalisée chez tous ces malades entre vingt-cinq jours et un mois et demi.

Ainsi, sur 22 observations de blennorragie aiguë traitée par le gonosan, nous avons observé quatre fois une extension infectieuse aux organes profonds, et dans un cas elle fut insignifiante et de courte durée. Les seules véritables complications observées ont été deux prostatites et une cystite. Jamais nous n'avons vu d'orchyépididymite.

On pourra dire que la proportion à retenir de 3 sur 22, est relativement importante. Mais dans cette interprétation de nos résultats il faut tenir grand compte *de la façon dont les malades ont suivi le traitement.* C'est dans le groupe des malades de clinique soumis au seul gonosan parce qu'ils eussent été réfractaires à une médication plus difficile à supporter, que nous avons observé les deux prostatites. Or, il est incontestable que ces malades, ouvriers pour la plupart, n'observaient en aucune façon, les règles de la diététique et de l'hygiène; il est certain aussi, qu'ils continuaient tous leurs durs travaux, agrémentés trop souvent par de copieuses libations, et parfois aussi par des excès génésiques, et nous disons alors que l'infection prostatique évoluant sur deux blennorragiens seulement de cette catégorie, sans qu'il se soit montré chez aucun autre la moindre complication, nous semble presque une preuve de l'action empêchante du gonosan sur les infections postérieures.

De même, dans le groupe des malades de clinique procédant eux-mêmes aux injections antiseptiques et absorbant par jour 6 à 9 capsules de gonosan, un seul cas de cystite observé sur 6 blennorragiens, milite en faveur de l'action prophylactique du kawa-santal. Il est à peu près certain, en effet (l'interrogatoire nous l'a appris), que cette cystite était due à des injections trop brutales, ayant chassé devant elles l'agent virulent, tandis que l'absence de toute complication chez les cinq autres, faisant leurs injections plus ou moins régulièrement, suivant encore une mauvaise hygiène, ne peut s'expliquer que par une action bactéricide et anticatarrhale puissante du remède.

L'action prophylactique du kawa-santal doit aussi entrer en ligne de compte dans le maintien définitif du bon état génital supérieur chez nos 9 malades de clientèle. Ceux-ci, sans doute, étaient soumis, en même temps, à l'action des lavages. Mais dans bien d'autres cas où des lavages analogues furent employés, sans prises de gonosan, nous avons observé des phénomènes infectieux postérieurs.

De plus, il nous est arrivé aussi de traiter d'autres malades se trouvant dans des conditions analogues avec d'autres balsamiques, et certainement le nombre des complications sur la prostate, la vessie et l'épididyme, était alors plus considérable.

Nous pensons donc, en toute conscience, que le gonosan utilisé à doses fortes 8 à 9 capsules par jour, et le plus près possible du début de la maladie, exerce sur le gonocoque et les agents d'infection secondaire siégeant dans l'urètre antérieur, des effets empêchants d'une efficacité réelle. Il localise l'infection, abat sa virulence et tandis qu'il exerce par le passage répété d'acide kawarésinique une antisepsie efficace sur la muqueuse urétrale postérieure, il diminue la sécrétion antérieure, qui, trop abondante, fuserait en arrière et y porterait l'infection.

Ainsi nous devons reconnaître au gonosan une action prophylactique sur l'extension en surface de la blennorragie aiguë, et constater qu'il possède cette action à un degré plus élevé que les balsamiques habituels.

Nos observations nous ont prouvé encore que le gonosan peut à lui seul guérir une blennorragie d'intensité moyenne. Déjà Renault en a signalé quelques exemples, et nous pensons aussi que ce remède régulièrement utilisé, avec une hygiène et une diététique rigoureuse, éteint les phénomènes inflammatoires et tarit les sécrétions purulentes.

Certains auteurs déclarent qu'une blennorragie ne saurait être guérie sans que l'on ait, au préalable, effacé toutes les lésions laissées sur la muqueuse par l'inflammation éteinte. Il y a là, sans conteste, une grande part de vérité scientifique. Mais nous touchons au domaine chirurgical, et si, au contraire, nous restons dans la pratique médicale pure, nous pensons qu'un remède parvenant à effacer tous les symptômes fonctionnels de l'urétrite gonococcique doit être considéré comme l'ayant *pratiquement* guérie.

Nous n'insisterons pas sur l'innocuité du gonosan pour les voies digestives et l'état général. La dose de 8 capsules *pro die* est parfaitement supportée, aussi longtemps qu'on le désire. Nous n'insisterons pas non plus, sur les effets analgésiques et astringents du kawa-santal. Ils ont fait l'objet de beaucoup de travaux cliniques. Mais il importe de répéter que chez tous nos malades la douleur à la miction disparaissait au bout de cinq à huit jours, et que les érections devenaient moins nombreuses et surtout moins pénibles. Il importe de répéter que les écoulements se fluidifiaient très vite, perdaient leur couleur verdâtre, et diminuaient d'abondance au point de disparaître en trois à quatre semaines.

Nous avons voulu dans cette étude rechercher si le gonosan est capable d'éviter les complications habituelles de la blennorragie. Cette notion absolument nécessaire manquait jusqu'à ce jour, et les observations que nous avons prises nous autorisent à déclarer que ce remède, mieux que les autres balsamiques, empêche l'infection urétrale de gagner les régions postérieures. Cette propriété remarquable nous semble la conséquence de sa triple action antiseptique, astringente et anticatarrhale dont l'énergie toute particulière est généralement constante et prolongée.

LIVRES NOUVEAUX

Le cancer. Prophylaxie, étiologie, traitement (1), par le docteur C. Sobre-Casas, médecin de l'hôpital Rawson (Buenos-Aires).

Le livre que vient d'écrire M. Sobre-Casas, l'auteur le dit lui-même, « n'a point la prétention d'élucider les obscurs problèmes que comporte ce chapitre de la pathologie, ni de démontrer les merveilleuses propriétés curatives d'un agent spécifique, mais il cherche à condenser ce qui a été écrit sur la prophylaxie, l'étiologie et le traitement des tumeurs malignes. »

M. Sobre-Casas était bien désigné pour un pareil travail puisque, envoyé officiel du gouvernement argentin pour étudier la question du cancer, il a pendant de longs mois par-

(1) In-8 de 224 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

couru les hôpitaux, les cliniques et les laboratoires des divers grands pays d'Europe, et a pu s'assimiler les résultats de leurs recherches. On ne sera donc pas surpris si le chapitre relatif à l'organisation de la lutte anticancéreuse sur les différents points du globe, est particulièrement bien traité, richement documenté et minutieusement mis au point.

Il était difficile d'exposer de façon brève et compréhensible à la fois les multiples théories auxquelles a donné lieu l'étiologie des néoplasmes. M. Sobre-Casas y est cependant parvenu très habilement et très impartialement bien qu'il soit aisé de sentir que ses préférences vont à l'hypothèse de l'origine parasitaire des tumeurs cancéreuses. Signalons aussi de façon spéciale les notions nouvelles que nous donne l'auteur sur la fréquence du cancer à Buenos-Aires et dans la République argentine.

La partie relative au traitement est des plus complètes. M. Sobre-Casas, en chirurgien qu'il est, reconnaît hautement la suprématie du bistouri en fait de thérapeutique anticancéreuse, mais il ne fait pas fi pour cela des autres procédés de traitement, et il les passe tous en revue en en faisant voir les avantages et les inconvénients. Toutes ses allégations sont d'ailleurs basées sur des statistiques empruntées aux meilleurs cliniciens. Quelques belles pages sur le rôle moral du médecin terminent ce chapitre.

Il faut donc louer notre distingué confrère agentin de l'excellent travail qu'il vient de publier et auquel recourront dorénavant tous ceux que la passionnante question du cancer préoccupe.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

D'après les résultats signalés par le docteur Sepet des hôpitaux de Marseille, il était tout indiqué d'étendre le champ de la pratique journalière de la désinfection autour du malade. Le linge sale devra être plongé pendant cinq heures dans un récipient contenant une solution de lusoforme à 5 p. 100. Cette méthode est à employer pour la désinfection à domicile des linges de tuberculeux car elle confirme les conclusions de Rœpke, qui, comparant ce produit à d'autres antiseptiques, dit : « Le lusoforme ne produit aucune action irritante sur les mains des lavandières, on n'observe pas les phénomènes toxiques : nausées, céphalées, vertiges, que donnent d'autres antiseptiques employés dans les buanderies; le linge sale perd son odeur particulière et désagréable et prend, une fois nettoyé, une odeur fraîche et agréable; le linge ne paraît nullement être endommagé par le lusoforme au contraire; grâce au savon qu'il contient, la préparation au lessivage est plus facile, la destruction des microorganismes et en particulier du bacille de Koch est complète. »

Généralement chez les phtisiques en ville, les linges sont recueillis aussitôt après leur emploi et enfermés dans un sac; avant le lessivage ils doivent subir une désinfection complète; par un jet de vapeur d'eau ou par l'ébullition, procédés impraticables dans les maisons particulières; il sera plus facile et aussi efficace de laisser séjourner le linge soit 24 heures dans une solution de lusoforme brut à 1 p. 100 soit pendant 12 heures dans une solution de lusoforme brut à 2 p. 100.

Les particuliers ne s'opposent pas à ces mesures de désinfection, car le lusoforme ne détériore pas les objets de mobilier, les vêtements, le linge, etc., ce que l'on n'observe pas dans les autres procédés de désinfection, vapeur d'eau, sublimé, crésols, qui tachent ou abîment les objets désinfectés et les imprègnent d'une odeur difficile à faire disparaître; ce fait a aussi son importance pour le médecin, qui évite l'altération rapide de ses instruments métal ou autres.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVIII, n° 5, 30 janv. 1908.) Arthur L. CHUTE : Un type insidieux de pyélonéphrite non tuberculeuse. — Glover LANGWORTHY : Amygdales et adénoïdes au point de vue du praticien, particulièrement sur les résultats de l'examen de gorge dans les infections chroniques, et considérations sur la question de l'état lymphatique dans ces cas. — Philip Coomles KNAPP : Sur la question des racines spinales postérieures dans les névralgies des amputés (avec 2 fig.). — L. C. SOUTHARD : La réforme du témoignage des experts médicaux. — Benjamin Brobson CATES : Spina bifida. — (N° 6, 6 fév.) Will. B. COLEY : Le traitement du sarcome par le mélange des toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. — Ralph. C. LARRABEE : Le traitement de la leucémie par le mélange de toxines de Coley (avec 3 tabl.). — Philip Coomles KNAPP : La paralysie générale comme menace de la sûreté publique sur les moyens de transport. — Harris Peyton MOSHER : L'examen direct du larynx et de la partie supérieure de l'œsophage par la voie latérale (avec 4 fig.). — (N° 7, 13 fév.) Herbert L. BURRELL : Sur le moyen d'arrêter l'infection lymphatique partie des extrémités (avec 2 fig.). — F. W. PEABODY et J. H. PRATT : Sur la valeur du vert malachite moyen dans la différenciation du bacille typhique et colibacille, avec la description d'une nouvelle méthode pour isoler le bacille typhique des fèces (avec 4 tables). — E. A. CODMAN : Observations sur six cas d'ulcère perforant aigu du duodénum. — John C. BOSSIDY : L'optométriste et son école. — (N° 8, 20 fév.) Robert SOUTTER : Appareil de suspension et appareil pour la correction de la torsion dans les courbures de la colonne vertébrale (avec 10 fig.) — David TOWNSEND : Le campement de jour de Mattapan. — Elliot P. JOSLIN et Harry W. GOODALD : Un tableau directeur pour tabétiques (exemplaire de modèle). — John M. LITTLE : La « kallak » une dermatite pustuleuse endémique des Esquimaux. — (N° 9, 27 fév.) Samuel ROBSON : La fracture de Bennett du premier métacarpien. Son diagnostic et son traitement (avec 6 fig. et 14 radiographies). — William C. QUIRIBY : Le traitement des lésions nerveuses trophiques : étude basée sur un cas de mal perforant, de paralysie ischémique, et d'érythromélalgie (avec 1 fig.). — Charles Greene CUMSTON : L'embolie pulmonaire à la suite des opérations.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 8, 22 fév. 1908.) ROSENTHAL : Influence des échanges azotés sur l'acétonurie dans l'organisme normal.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 20 fév. 1908.) REDLICH : Sur un phénomène de la pupille particulier et contribution à la question de la contraction hystérique de la pupille. — PLEHN : L'ophtalmo-réaction de la tuberculine comme moyen de diagnostic. — CITRON : L'importance scientifique et pratique de l'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose. — BECKER : Le traitement de l'attaque de goutte aiguë. — ROSENHEIM : Sur la colite grave chronique. — BHAUN : Sur le traitement des hémorragies aiguës menaçant la vie dans l'ulcère de l'estomac. — RIESE : Contribution à la chirurgie de la rate (abcès et extirpation). — SCHUMBURG : Désinfection des mains à l'alcool. — SCHŒLER : Un nouveau cas de conjonctivite de Parmiand. — OPPENHEIM : Sur le traitement de la phtiriase.

Lyon médical. — (N° 5, 2 fév. 1908.) MOUISSET et PETITJEAN : Abcès tuberculeux du foie chez un ancien dysentérique. — MOURIQUAND et BOUCHUT : Rhumatisme et maladie de Basedow. — (N° 6, 9 fév.) CARLE : Quelques réflexions prophylactiques sanitaires et morales. — JAUBERT : Erreurs de régime et accidents de suralimentation chez les tuberculeux. — (N° 7, 16 fév.) MAYET : De quelques travaux récents relatifs à la pathogénie du cancer; in-

dications thérapeutiques. — GENOUD et VIGNARD : Pleurésie purulente avec vomique traitée par l'aspiration continue. — (N° 8, 23 fév.) MAYET : De quelques travaux récents relatifs à la pathogénie du cancer ; indications thérapeutiques. — (N° 9, 1er mars.) REGAUD et DUBREUIL : Influence de la röntgénisation des testicules du lapin sur la structure de l'épithélium séminal et des épididymes, sur la fécondité et sur la puissance virile du lapin. — (N° 10, 8 mars.) DELORE et LERICHE : A propos de la jéjunostomie. — DUVERNAY : Péritonisme post-partum.

Montpellier médical. — (N° 4, 26 janv. 1908.) E. FORGUE et Vincent RICHE : Le diverticule de Meckel (étude anatomique). — H. MARQUÈL : Electrothérapie, radiographie, photographie. Statistique de l'année 1906-1907. — ARRUFAT : Prostatectomie transvésicale. — (N° 5, 2 fév.) GRASSET : La physiopathologie et la clinique. — FORGUE et V. RICHE : Le diverticule de Meckel [étude anatomique] (*suite*). — (N° 6, 9 fév.) J. GRASSET : La physiopathologie et la clinique. — E. FORGUE et V. RICHE : Le diverticule de Meckel [étude anatomique] (*suite*). — (N° 7, 16 fév.) E. FORGUE et V. RICHE : Le diverticule de Meckel [étude anatomique] (*fin*). — (N° 8, 23 fév.) DE ROUVILLE : Dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATURIE (1)

V. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Le diagnostic étiologique se propose de déterminer la *source* de l'hématurie et sa *nature* ; tantôt c'est la première partie du problème clinique qui offre des difficultés alors que la seconde comporte une réponse évidente ; tantôt c'est l'inverse. Aussi, étant donné le grand nombre de causes qui, avec une fréquence très inégale, peuvent produire l'hématurie, est-il nécessaire de procéder d'une façon méthodique et d'envisager successivement le diagnostic du siège, puis, à chacun des différents étages de l'arbre urinaire, le diagnostic des affections pouvant causer l'hématurie.

A. DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE L'HÉMATURIE. — On tiendra compte des trois éléments suivants :

1° Les *caractères de l'hématurie* en elle-même. Quand le sang vient de l'urètre postérieur, il est chassé par l'urine au début de la miction, l'hématurie est dite *initiale* ; quand le sang vient de la vessie, les dernières contractions du muscle vésical déterminent l'apparition ou une recrudescence de l'hémorragie à la fin de la miction ; l'hématurie est dite *terminale* ; quand le sang vient du rein, il est intimement mélangé à l'urine pendant toute la miction ; il n'y a pas de changement de coloration ; l'hématurie est dite *totale*. Cette distinction que l'on rendra visible en faisant uriner le malade dans trois verres, n'a pas une valeur absolue, mais elle s'ajoute aux autres signes.

La présence de longs caillots (8 centimètres et plus), formés dans l'uretère, indique une hématurie rénale, ainsi que la constatation de cylindres hématiques.

2° *Les signes concomitants et l'évolution.* — La colique néphrétique, les douleurs lombaires sont en faveur d'une origine rénale ; les troubles de la miction en faveur de l'origine vésicale. La répétition et la petite durée des crises hématuriques sont propres aux hématuries rénales ; de même la « brusque disparition, suivie d'un prochain retour » (Guyon), par exemple l'émission d'urines claires et d'urines sanglantes dans la même journée (par obstruction momentanée de l'uretère du côté malade).

3° *L'exploration des organes.* — On pratiquera d'abord l'*exploration clinique* : inspection et palpation de la région lombaire, palpation bi-manuelle dans les positions couchée, génu-pectorale, latérale ; percussion qui révèlera le volume du rein, sa mobilité, sa sensibilité ; palpation de l'abdomen sur le trajet des uretères, de la région hypogastrique ; le toucher vaginal ; le toucher rectal qui indiquera l'état de la prostate ; l'examen du cordon et du testicule (varicocèle symptomatique des tumeurs rénales, noyaux tuberculeux de l'épididyme) ; puis l'*exploration* à l'aide des instruments spéciaux : le cathétérisme (explorateur à boule, explorateur métallique, épreuve du lavage, de la distension), la cystoscopie, la division des urines à l'aide de l'appareil de Cathelin ou de Luys (qui a remplacé les divers procédés de cathétérisme des uretères) et qui permet de rechercher l'origine droite ou gauche d'une hématurie rénale.

B. DIAGNOSTIC DE LA CAUSE DE L'HÉMATURIE. — Pour découvrir la cause de l'hématurie, on tiendra compte des antécédents du malade, du mode de début, de l'évolution, des symptômes concomitants, et aussi du siège présumé de l'hémorragie ; tantôt le diagnostic sera évident d'emblée, tantôt il restera hésitant et nécessitera un examen plus prolongé.

Il n'est guère de division des hématuries, au point de vue de leur cause, qui ne puisse être critiquée. Nous nous arrêterons à la classification suivante : hématuries par *cause générale* (ou *hématuries médicales*) et hématuries *par cause locale* (ou *hématuries chirurgicales*).

1° HÉMATURIES PAR CAUSE GÉNÉRALE (OU HÉMATURIES MÉDICALES). — *a.* Dans les *néphrites aiguës*, primitives (néphrites a frigore, néphrite grippale) ou secondaires (localisation rénale dans la plupart des maladies infectieuses, telle que la néphrite scarlatineuse, la forme rénale de la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc.) L'hématurie est souvent initiale, mais elle est ordinairement transitoire et cède la place aux autres signes de néphrite aiguë. La syphilis qui détermine aussi l'hémoglobinurie, l'hérédo-syphilis peuvent causer des néphrites hématuriques.

b. Dans les *néphrites chroniques*, l'hématurie est rare, mais elle peut, dans quelques cas, constituer une véritable forme hématurique à répétition du mal de Bright (Wagner) ; elle peut être *unilatérale* simulant ainsi le cancer, la tuberculose, la lithiase ; le diagnostic repose sur la recherche de tous les signes du brightisme.

A côté des néphrites chroniques, on peut placer le *rein cardiaque* et l'*infarctus du rein*, causes d'hématuries chez les cardiaques.

c. Dans les *états dyscrasiques* (c'est-à-dire dans lesquels la cause de l'hémorragie paraît résider dans une altération de la composition du sang). Cet état peut être congénital, comme dans l'*hémophilie* caractérisée par des hémorragies se produisant avec la plus grande facilité, sous l'influence d'un traumatisme insignifiant (l'hémophilie peut être limitée au rein) ou acquis ; il en est ainsi au cours des *formes dites hémorragiques* des maladies infectieuses : variole, fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, ictère grave, etc. ; dans les *purpupas*, les *leucémies* (dans toutes les formes, mais surtout dans la forme aiguë). Le diagnostic reposera sur la constatation d'hémorragies multiples et de symptômes généraux. Pendant la *grossesse* et après l'accouchement (Guyon), on peut observer l'hématurie, attribuée soit à des troubles vasomoteurs, soit à une véritable néphrite gravidique.

d. Dans certaines *affections parasitaires* : strongylose (dont il n'existe que neuf cas) ; bilharziose (due à la bilharzia hœmatobia) ou hématurie d'Égypte ; les kystes hydatiques où l'on peut observer l'élimination par l'urètre de membranes hydatiques avec syndrome de coliques néphrétiques ; filariose qui peut déterminer aussi de la chylurie ; paludisme, où l'hématurie doit être différenciée des formes hémoglobinuriques de l'accès pernicieux.

e. Dans quelques *états nerveux* : on a décrit une hématurie *hystérique*, mais son existence est des plus discutées. On a admis aussi une *néphralgie hématurique*, caractérisée par des douleurs à type névralgique et de l'hématurie, qu'on a vue guérir après néphrotomie exploratrice simple, mais la même action favorable s'observe dans des cas avérés de lésions organiques, aussi l'existence d'une hématurie angio-névrotique essentielle est-elle discutable et doit-on soupçonner une lésion latente du rein. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 33, p. 394.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admission.* — Le jury est provisoirement composé de MM. J. Renault, qui accepte; Letulle, Boulloche, Thiroloix, Gaucher, Queyrat, Dalché, Hudelo, Félizet, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Les candidats admis à prendre part au concours sont :

MM. Michel, Kahn, Lœper, Nobécourt, Hallé, Coyon, Clerc; Comte, Sainton, Guillemot, Decloux, Lortat-Jacob, Rathery, Weil (Emile), Nattan-Larrier, Pagniez, Ferrand, Géraudel, Crouzon et Laubry.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. de Lapersonne, Morax, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Richelot, Faure et Dufour.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 25 mars. — Question : « Artères de la main. — Paralysie radiale. »

MM. Fouquiau, 14 + 21 = 35; Nicaud, 14 + 17 = 31; Léon-Kindberg, 16 + 21 = 37; Ferté, 8 + 17 = 25; Lutembacker, 14 + 22 = 36; Philbert, 12 + 18 = 30; Manne, 14 + 20 = 34; Roux, 16 + 23 = 39; Brocq, 14 + 20 = 34; Jumon, 12 + 20 = 32; Renaud-Bodet, 15 + 19 = 34.

La prochaine séance aura lieu le samedi 28 mars, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HOPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pietkiewicz, Richer, Gaillard, qui acceptent; Faure et de Beurmann, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle en date du 24 mars 1908, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les stations thermales de 1908, savoir :

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Salle, médecin-chef; — M. le médecin-major de première classe Messerer; — M. le médecin-major de deuxième classe Grysez; — M. le médecin aide-major de première classe Boyé; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Langlois; — M. le médecin principal de deuxième classe Lambert; — M. le médecin-major de première classe Collinet; — M. le médecin-major de première classe Frilet; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Raymond et Loubet; — M. le médecin aide-major de première classe Montané; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Perret.

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin-major de première classe Vack, médecin-chef; — M. le médecin aide-major de première classe Vuillemot.

Hôpital militaire de Barèges (du 12 juin au 11 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Sanglé-Ferrière, médecin-chef; — M. le médecin-major de première classe Puissan; — M. le médecin aide-major de première classe Vigneau.

Les officiers du corps de santé militaire désignés comme médecins-chefs des hôpitaux d'eaux minérales devront être rendus auxdits hôpitaux huit jours avant la date fixée pour l'ouverture des saisons thermales. Ils rejoindront leur poste d'affectation huit jours après l'expiration desdites saisons.

Les autres médecins militaires devront être rendus auxdits hôpitaux deux jours avant la date fixée pour l'ouverture des saisons thermales. Ils rejoindront leur poste d'affectation à l'expiration desdites saisons.

— Par décret du 24 mars 1908, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Géraud, maintenu médecin-chef de l'hôpit. milit. de Bourges; Lafille, directeur du service de santé de la division de Constantine.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Villary, nommé médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Douai; Delamare, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de La Fère.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Castaing, maintenu au 118e d'inf.; Legrand, aux hôpit. de la division d'Alger; Claude, au 96e d'inf.; Pouy, à la direction du service de santé du gouv. milit. de Paris; Julia, au 158e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lang, affecté au 155e d'inf.; Potet, maintenu aux hôpit. de la division de Constantine (Casablanca); Maître, au 113e d'inf.; Borderies, au 107e d'inf.; Bernard, affecté au 19e chasseurs à cheval; Brunat, maintenu aux hôpit. de la division d'Alger (Casablanca); Pasteur, au 56e d'inf.; Taillefer, au 7e du génie.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 442.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE TRÉPONÈME PALE DE LA SYPHILIS

SES LOCALISATIONS

Par Ch. FOUQUET,

Chef de clinique adjoint de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis que la syphilis est connue, on a toujours pensé qu'elle était une affection virulente et contagieuse. Depuis les travaux de Pasteur, virus est devenu synonyme de ferment et ce terme de ferment implique l'idée d'un organisme vivant, d'un parasite. Sans le connaître, tout le monde en admettait l'existence. Ce n'est pas que de nombreuses recherches faites dans le but de découvrir ce parasite de la syphilis aient fait défaut, et nous avons eu l'occasion, il y a quelques années, de passer en revue, dans ces mêmes colonnes, les nombreux essais qui ont été tentés, du reste sans succès (2).

C'est le 23 avril 1905 que parut le premier mémoire de Schaudinn et Hoffmann. Ces deux auteurs annonçaient qu'ils avaient observé d'une façon presque constante, dans les chancres syphilitiques, la présence d'un parasite spiralé, inconnu jusqu'alors, difficile à voir à cause de sa minceur et de sa faible coloration, caractères qui lui firent donner le nom de *spirochæte pallida* par ceux qui l'avaient les premiers découvert. De tous les côtés, on rechercha ce nouveau parasite, non seulement sur l'homme, mais aussi sur les singes auxquels on avait inoculé la syphilis, en particulier à l'Institut Pasteur, et les résultats positifs obtenus simultanément dans des pays différents, montrèrent assez rapidement que « spirochæte pallida » était bien l'agent pathogène si longtemps recherché de la syphilis. La même année, le 11 mai 1905, Buschke, le premier, trouve le même parasite dans le foie et la rate d'enfants hérédo-syphilitiques. Depuis, les recherches se sont multipliées et il ne reste plus aucun doute sur le rôle pathogène du spirochæte pallida.

I

Description. — Le parasite de la syphilis est un micro-organisme de forme hélicoïdale, rappelant par ses spires régulièrement dessinées un tire-bouchon ou un ressort à boudin. Sa longueur est d'environ 7 μ, mais peut varier entre 4 et 14 μ; sa longueur se rapproche donc sensiblement de celle du diamètre d'un globule rouge. Son épaisseur n'est que d'un quart ou d'un demi μ, et c'est cette ténuité qui le rend difficilement visible, plus que son peu d'affinité pour les matières colorantes usuelles. Son corps est cylindrique à la coupe et non aplati. Les spires sont régulièrement disposées et selon sa longueur, on en peut compter de huit à quatorze et plus. La régularité des spires est surtout visible dans les frottis de sérosités, car dans les tissus, le parasite a tendance à adapter sa forme aux espaces souvent restreints dans lesquels il se trouve; les spires sont alors irrégulières, le corps se coude en L, en V ou même se boucle en O.

A l'état vivant, quand on l'observe avec l'ultramicroscope, par exemple, on voit qu'il est doué d'une assez grande mobilité, qu'il présente des mouvements de rotation autour de son grand axe, et pour quelques auteurs des mouvements de reptation par resserrement et écartement de ses spires.

A chacune de ses extrémités, ce parasite présenterait un flagelle. Schaudinn lui avait d'abord décrit une membrane ondulante, fait qui fut plus tard reconnu inexact par cet auteur lui-même. En outre, un certain nombre d'auteurs ont observé la présence de corpuscules, que pour la commodité de la description, on peut classer avec Lévy-Bing (1) en corpuscules intérieurs, corpuscules accolés au parasite et corpuscules appendus à ses extrémités.

Les premiers, ceux qui sont visibles dans le corps même, ont été décrits comme des taches plus foncées par les uns, comme des espaces plus clairs par les autres. Tous s'accordent à les considérer comme des noyaux.

Les corpuscules qui paraissent accolés au parasite semblent très douteux, au moins comme faisant partie des éléments qu'ils accompagnent. Quant à ceux qui sont appendus aux extrémités, ils ont été observés par un grand nombre d'auteurs ; ils présentent un aspect punctiforme et simulent un renflement en sphère. La première interprétation fut que ces renflements terminaux étaient des spores, c'est l'idée qui fut émise notamment par Nicolas, Favre et André. D'autres ont considéré ces renflements terminaux comme des corps étrangers n'ayant aucun rapport avec le parasite. Qu'est-ce au juste que ces corpuscules terminaux? Jouent-ils un rôle dans la reproduction du parasite? On ne saurait encore se prononcer d'une façon sûre.

II

Cultures. — La description d'un parasite, telle que nous venons de la faire pour l'agent pathogène de la syphilis, ne suffit pas à le faire connaître complètement. Il faut le cultiver, assister à sa reproduction, afin de savoir s'il conserve sa forme spiralée pendant toute son évolution, ou, au contraire, s'il est polymorphe, s'il change d'aspect à un moment donné de son existence. C'est par l'étude d'un micro-organisme en cultures qu'on peut apprendre suivant quel mode il se reproduit, et ce mode même de reproduction est souvent d'une grande importance au point de vue de sa classification. Jusqu'à ces derniers temps, tous les essais de culture de spirochæte pallida étaient restés infructueux. Tout dernièrement Levaditi et Intosch (2) ont obtenu des ébauches de culture, et quoique encore incomplets, les résultats

(1) Reproduction interdite.

(2) Ch. Fouquet. Essais de bactériologie et de sérothérapie dans la syphilis, *Gaz. des hôpit.*, n° 117, 10 oct. 1903, p. 1153.

(1) Lévy-Bing. *Le micro-organisme de la syphilis*, Paris 1907.

(2) Levaditi et Intosch. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 oct. 1907.

qu'ils ont eus n'en sont pas moins très intéressants. Levaditi étant déjà parvenu à cultiver certaines espèces spirillaires par la méthode des sacs de collodion, eut l'idée d'essayer la même technique pour le spirochæte pallida. Il préleva la sérosité d'un chancre d'inoculation sur un macaque et il mélangea cette sérosité à du sérum humain préalablement chauffé à 60 degrés. Il mit ce mélange dans des sacs de collodion qu'il plaça dans la cavité abdominale d'un singe. En même temps cet animal fut inoculé par scarifications au niveau des arcades sourcilières avec la sérosité d'un chancre. Au moment où ce singe présenta son accident primitif, on fit la laparotomie; les sacs de collodion furent trouvés emprisonnés dans l'épiploon au milieu d'un pus d'odeur fétide.

Un des sacs contenait un liquide louche et des frottis de ce liquide, colorés, montrèrent une assez grande abondance d'éléments spiralés absolument semblables à la spirochæte pallida de Schaudinn.

Depuis, en mettant des sacs de collodion semblables dans le péritoine de lapins, ces auteurs ont pu obtenir des passages successifs avec multiplication croissante du nombre des spirochètes.

Malheureusement, il leur a été impossible d'obtenir des cultures pures; aux spirochètes étaient mêlés d'autres micro-organismes, notamment de nombreux parasites anaérobies, dont la présence a paru favorable au développement des spirochètes. D'autre part les éléments spiralés ainsi obtenus se sont montrés complètement dépourvus de virulence, les inoculations faites avec les liquides qui les contenaient n'ont pas été suivies de résultats positifs. Toutes les tentatives de culture in vitro sont aussi restées sans résultat.

A côté de la forme typique décrite plus haut, on a observé des formes atypiques, peut-être dégénératives, qui semblent plus fréquentes dans les lésions syphilitiques tertiaires. Ces formes atypiques se distinguent surtout par l'irrégularité des tours de spires, leur diminution, leur absence même. Jacquet et Sézary (1), Rille et Vockerodt (2), Ritter (3) ont décrit de ces formes atypiques (formes granuleuses, demi-rectilignes); nous-même avons eu l'occasion d'observer une forme complètement rectiligne (4). Il était curieux, d'autre part, de chercher à savoir comment se comportait le spirochæte pallida en présence de substances chimiques et antiseptiques diverses. C'est ce qu'a fait Eitner (5).

III

Histoire naturelle. — Qu'est-ce donc que cet être vivant? L'agent pathogène de la syphilis doit-il être considéré comme une plante ou comme un animal? Est-ce une bactérie ou un protozoaire? L'incertitude dans laquelle nous sommes, relativement à son mode de reproduction et aux différentes phases de son évolution, rend cette classification difficile. On avait pensé que la spirochæte pallida se reproduisait par division longitudinale à cause de l'existence de certains éléments fourchus à l'une de ses extrémités; Levaditi et Intosch croient au contraire que la reproduction a lieu par segmentation transversale. On trouve en effet certains éléments très longs, présentant vers leur milieu une région plus mince et moins colorée, c'est là que se ferait la division. D'autre part un certain nombre d'auteurs pensent que la forme spiralée n'est pas le seul aspect morphologique de la spirochæte pallida, que probablement (ce serait alors le cas pour les lésions d'aspect nettement syphilitique sans spirochæte pallida) ce parasite doit changer de forme pendant son évolution. Kryzstalowicz et Siedlecki (1) ont même décrit à la spirochæte pallida un cycle évolutif complet avec deux phases agame et sexuée. Suivant eux ce parasite passerait à un certain moment de son existence par le stade trypanosome (trypanosoma luis).

Schaudinn après sa découverte avait placé son parasite dans le groupe des protozoaires spirochètes. Peu de temps après, Vuillemin, tout en considérant l'agent pathogène de la syphilis comme un protozoaire, proposa de créer pour lui un groupe à côté des spirochètes et l'appela spironema. Mais on s'aperçut que ce nom de spironema avait déjà été employé pour d'autres animaux par Klebs et par Meek. C'est alors que Schaudinn créa le nom de *treponema pallidum*. C'est donc sous ce nom qu'il faut désigner l'agent pathogène de la syphilis. Quant à la place exacte qu'il doit occuper, on doit le ranger parmi les trypanosomidæ Doflein, à côté des spirochètes, des trypanosomes et des tripanoplasmas (Blanchard).

IV

Techniques de recherche. — Quelles sont maintenant les techniques qui permettent de trouver le tréponème dans les lésions syphilitiques? On peut le chercher sur des frottis ou dans des coupes, et pour chacune de ces recherches il existe des techniques spéciales.

FROTTIS. — Les frottis sont faits sur lame ou sur lamelle en étalement mince soit avec la sérosité de lésions ulcérées, soit avec des produits liquides (contenu de syphilides bulleuses ou sang). Pour ce qui concerne la sérosité de lésions ulcérées, le prélèvement demande quelques précautions. Quand on veut rechercher le tréponème pâle dans un chancre, par exemple, il faut avoir soin de commencer par en nettoyer convenablement la surface. Il faut faire tomber la croûte quand il en existe une, et déterger la surface chancreuse de la sécrétion séro-purulente qui la recouvre souvent: on évite ainsi d'avoir des préparations encombrées de parasites banaux qui existent dans toute ulcération cutanée, et qui par leur abondance pourraient gêner la recherche du tréponème. Après avoir ainsi détergé la surface

(1) JACQUET et SÉZARY. Soc. méd. des hôpit., 1er fév. 1907.

(2) RILLE et VOCKERODT. *Munch. med. Wochens.*, 1905, n° 34.

(3) RITTER. *Munch. med. Wochens.*, 1906, n° 41.

(4) Ch. FOUQUET. Soc. de biol., 9 fév. 1907, et *Ann. des mal. vén.*, avril 1907, n° 4, p. 257.

(5) EITNER. *Munch. med. Wochens.*, avril 1907, n° 16, p. 770.

(1) KRZYSTALOWICZ et SIEDLECKI. *Monats. f. prakt. Dermat.*, 15 sept. 1905, n° 6, Bd. XLI, p. 231.

chancreuse avec de l'eau bouillie, en évitant de se servir d'un tampon d'ouate (les brindilles d'ouate peuvent dans certains cas simuler des tréponèmes), on presse le chancre entre les doigts, afin de faire sourdre de la profondeur quelques gouttes d'une sérosité claire, quelquefois légèrement teintée de sang. Les tréponèmes, comme nous le verrons, siègent assez profondément dans le chancre et sont entraînées à la surface par la sérosité qu'on fait sourdre ainsi. C'est ce liquide, cette « rosée séreuse » comme l'appellent Nicolas, Favre et André, qu'on recueille et qu'on étale sur la lame. On peut aussi, comme le conseille Hoffmann, prélever à la curette ou la lamelle des parcelles de tissu chancreux qu'on écrase entre deux lames. On fait sécher ensuite l'étalement, et on fixe. Pour cela on peut employer soit un mélange d'alcool et d'éther à parties égales, soit le liquide fixateur de Dominici, soit mieux encore les vapeurs d'acide osmique. Une fois l'étalement fixé et séché, on colore. De très nombreuses techniques de coloration ont été publiées, cela prouve bien que si le tréponème apparaît pâle et peu coloré, ce n'est pas par manque d'affinité pour les matières colorantes mais bien à cause de sa ténuité. Parmi les procédés de coloration les deux plus employés sont les procédés au Giemsa et au Marino.

Le bleu de Giemsa est un colorant qu'on trouve tout préparé dans le commerce et qui est composé de bleu azur, de glycérine et d'alcool méthylique. On peut employer le bleu de Giemsa de plusieurs façons. On peut laisser l'étalement dans une solution aqueuse de Giemsa pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Un procédé plus rapide consiste à se servir du mélange suivant qu'on prépare au moment de l'employer :

Eau distillée.........	10 cent. cubes.
Glycérine	xv gouttes.
Bleu de Giemsa.......	xv —

En laissant ce mélange au contact de l'étalement, on obtient en une ou deux heures une coloration très nette des tréponèmes.

Le bleu de Marino s'emploie sans fixation préalable. On en verse quelques gouttes sur la lame, on laisse pendant trois minutes, et sans laver on fait tomber quelques gouttes d'une solution aqueuse d'éosine très étendue à 1 p. 20000. Après deux minutes, on lave à l'eau, on sèche et on peut examiner.

Quand il s'agit d'un examen de sang, on peut se servir d'un des deux procédés décrits précédemment. Cependant il en existe d'autres qui semblent faciliter les recherches.

Méthode de Nattan-Larrier et A. Bergeron. — On prélève dans une veine du pli du coude 10 centimètres cubes de sang. Ce sang est traité par l'hydro-hémolyse, c'est-à-dire qu'on la répartit entre deux flacons contenant chacun 100 grammes d'eau distillée stérile, puis le mélange est centrifugé et le culot de centrifugation étalé sur lames. On hâte la dessiccation par un séjour de quelques minutes à l'étuve à 37 degrés et on fixe aussitôt par l'alcool-éther. Ces étalements ainsi préparés sont immergés pendant vingt-quatre heures dans une solution à 0,3 p. 100 de nitrate d'argent, puis après lavage soigneux à l'eau distillée, les lames sont traitées pendant un quart d'heure par la solution d'acide tanno-gallique et d'acétate de sodium. Après un nouveau lavage, elles sont encore une fois portées dans la solution de nitrate d'argent où on les laisse jusqu'à ce qu'elles aient acquis une teinte jaune foncé. Les leucocytes apparaissent en jaune pâle, les tréponèmes en noir.

Malheureusement à cause des précipités qui se forment, la recherche des tréponèmes exige un examen minutieux et un œil exercé.

Méthode de Ravaut et Ponselle. — Cette méthode qui emploie aussi l'imprégnation par le nitrate d'argent semble prêter à moins d'erreurs. Voici en quoi elle consiste : Dans 30 centimètres cubes d'eau distillée contenue dans un tube à essai, on fait tomber goutte à goutte, xxx gouttes de sang pris par piqûre au doigt ou à l'orteil. Aussitôt, au contact de l'eau, les globules rouges s'hémolysent et on voit se former dans le liquide rouge-cerise, au bout d'une demi-heure, un léger coagulum fibrineux. Cette coagulation spontanée est terminée au bout de trois heures et le coagulum ne contient presque uniquement que des globules blancs et les éléments microbiens qui se trouvent emprisonnés dans les mailles de la fibrine. Il suffit de retirer le caillot avec un fil de platine, de le laver à l'eau distillée, de le sécher au buvard et d'en former une petite boule qu'on traite par la méthode de Levaditi et qu'on coupe après inclusion.

Coupes. — Quand il s'agit de rechercher le tréponème dans des organes, les techniques sont différentes. On peut, il est vrai, faire des frottis avec le suc, la sérosité que contiennent des fragments d'organes (foie, rate par exemple) et colorer ces frottis comme précédemment. Mais le plus souvent, on fixe ces fragments, on les inclut et c'est dans les coupes qu'on fait les recherches.

On peut, comme l'a conseillé Bertarelli, traiter les coupes une fois faites par le nitrate d'argent et un réducteur. D'autres procédés donnent, croyons-nous, des résultats meilleurs, ce sont ceux qui permettent d'imprégner du nitrate d'argent non plus les coupes, mais les fragments d'organes entiers. Les deux méthodes les plus employées sont celles qui ont été décrites par Levaditi et par Levaditi et Manouélian. Ces techniques sont maintenant employées par tous ceux qui s'occupent de recherches de cet ordre, aussi nous ne les décrirons pas, nous contentant de renvoyer le lecteur aux *Bulletins de la Société de biologie* où elles ont été publiées pour la première fois (1).

Le procédé de Levaditi et Manouélian que caractérise l'emploi de la pyridine, a pour avantage d'être plus rapide que le procédé de Levaditi sans pyridine, aussi est-il surtout préféré pour les biopsies, dans les cas où on a avantage à obtenir un résultat rapide. S'agit-il, par exemple, d'un chancre dont le diagnostic est hésitant, l'examen sur frottis peut ne donner

(1) *Bull. de la Soc. de biol.*, 20 oct. 1905, p. 326, et 20 janv. 1906, p. 134.

aucun résultat, l'excision du chancre, quand elle est possible et que le malade y consent, son imprégnation et sa mise en coupes est un procédé plus sûr, car on est à peu près certain de trouver des tréponèmes à la périphérie et dans les couches profondes du chancre syphilitique.

Sur les coupes ainsi imprégnées au nitrate d'argent, les tréponèmes sont très visibles, même sans le secours d'une autre coloration, ils se détachent en noir sur fond jaunâtre. Pour avoir de plus jolies préparations on peut, une fois les coupes étalées sur lames, les colorer avec une solution de Ziehl très diluée ou d'éosine. Avant de terminer ce paragraphe de technique, nous voudrions faire une remarque sur la fixation des pièces. Levaditi conseille de fixer les pièces dans une solution de formol à 10 p. 100. L'expérience nous a montré que si le formol, à cette dose, est un bon fixateur pour le tréponème, il détériore les tissus d'une façon regrettable; en outre, si l'on conserve des pièces dans le formol pendant un temps assez long (huit, dix mois) on n'y trouve plus de tréponèmes. Le mieux, croyons-nous, est de fixer par le formol les pièces qu'on désire examiner, puis, si l'on veut les conserver pendant quelque temps avant de les couper, de les mettre dans l'alcool. Mme Domernikowa a pu ainsi trouver des tréponèmes dans un poumon de nouveau-né conservé depuis seize mois dans l'alcool.

V

Diagnostic. — Nous venons de voir ce qu'était le tréponème et quelles étaient les techniques de laboratoire qui permettaient de la mettre en évidence dans les frottis et dans les coupes. Si dans ces dernières l'imprégation au nitrate d'argent lui donne un aspect et des dimensions qui ne permettent que difficilement de ne pas le reconnaître, il n'en est pas de même dans les frottis. Coloré au Giemsa ou par un colorant autre que le nitrate d'argent, le tréponème apparaît d'une finesse et d'une pâleur qui nécessitent dans l'examen des frottis une grande patience et un œil exercé. C'est surtout dans l'examen de ces frottis que de nombreuses causes d'erreurs ont été signalées. On a dit que des filaments de fibrine, de mucus ou de chromatine, des brindilles fines d'ouate pouvaient faire hésiter un diagnostic bactériologique. Mais avec un peu d'habitude ces erreurs sont, croyons-nous, faciles à éviter. Les filaments de fibrine sont le plus souvent très nombreux, les tréponèmes toujours rares; les filaments de chromatine sont colorés en bleu, l'une des extrémités se renfle généralement en massue ou bien va se perdre dans le noyau qui lui a donné naissance. Ces divers éléments sont en outre généralement bien colorés.

La difficulté est quelquefois plus grande avec d'autres variétés de spirochètes et de spirilles.

La *spirochète refringens*, fréquemment rencontrée à la surface des ulcérations buccales et génitales, se distingue du tréponème pâle par l'épaisseur de deux corps, ses spires moins nombreuses et plus lâches, sa coloration plus vive et la quantité beaucoup plus grande d'éléments qu'on voit sous le microscope.

La *spirochète dentium* est l'espèce la plus petite, elle est reconnaissable justement à ses dimensions exiguës.

Le *spirille de Vincent*, si souvent associé au bacille fusiforme, est plus large, plus coloré et se remarque par sa grande quantité.

La *spirochète pseudo-luctica* de Marzininwsky observée dans la gingivite ulcéreuse et dans le noma est remarquable par ses dimensions plus grandes et sa coloration plus vive.

Enfin les *spirochètes du Pian* décrites par Castellain, étudiées par Nattan-Larrier, sont tellement voisines du tréponème pâle que Schaudinn ne les différenciait pas.

Dans les tissus imprégnés au nitrate d'argent, les tréponèmes sont plus facilement visibles grâce au dépôt argentique qui en augmente l'épaisseur. En Allemagne plusieurs auteurs ont prétendu que les précipités d'argent pouvaient donner lieu à des méprises et pouvaient simuler des tréponèmes, c'est qu'ils ont appelé les « silberspirochaete », les spirochètes d'argent.

Il nous semble difficile d'admettre cette opinion quand on a examiné un certain nombre de préparations. Les dépôts d'argent qu'on évite difficilement dans certains cas, sont loin d'avoir la finesse, la régularité des spires et la localisation périvasculaire du tréponème.

Dans certains tissus, et en particulier dans les coupes de peau imprégnée à l'argent, on voit au niveau des papilles des éléments noirs rectilignes ou plus ou moins spiralés qui pourraient à un examen rapide faire croire à la présence de tréponèmes, mais ces éléments sont épais, trapus, de dimensions très inégales et constituent les terminaisons nerveuses imprégnées d'argent. Restent enfin certaines espèces de spirochètes qui ont été observées par quelques auteurs dans les cansers ulrérés ou non, et sur la signification desquelles nous ne sommes pas encore très fixés.

VI

Localisations dans les tissus. — Schaudinn et Hoffmann ont découvert le tréponème pâle dans les chancres syphilitiques. La même année, Buschke a retrouvé le même parasite dans les organes d'un enfant hérédo-syphilitique. Il existe donc dans la syphilis acquise comme dans la syphilis héréditaire, mais alors qu'il est très abondant et à peu près constant dans les organes des fœtus et des nouveau-nés hérédo-syphilitiques, il est plutôt rare et délicat à trouver dans la syphilis acquise.

D'autre part les tréponèmes occupent dans la syphilis acquise comme dans l'héréditaire les régions qu'on savait, de par l'histologie pathologique, présenter les lésions les plus marquées. C'est surtout au niveau des vaisseaux et dans le tissu conjonctif qu'on les rencontre.

A. Syphilis acquise. — 1. *Lésions primaires.* — a. *Chancre.* — Dans les coupes de chancres les tréponèmes sont profondément situés. La surface de l'ulcération présente surtout les microbes saprophytes

communément observés au niveau de toutes les ulcérations, surtout génitales. Quant aux tréponèmes, ils sont plus nombreux à la périphérie du chancre qu'au centre. Ils contractent des rapports intimes avec les vaisseaux sanguins et lymphatiques, expliquant les lésions d'endo et de périartérite, d'endo et de périlymphangite depuis longtemps constatées. Il est fréquent d'en voir au niveau des nerfs; ils pénètrent la gaine conjonctive, et se placent jusque entre les fibrilles nerveuses. Il n'en existe pour ainsi dire pas au niveau de la région centrale et superficielle de l'érosion chancreuse; c'est sur les bords et au niveau des papilles non encore détruites que l'on a le plus de chances d'en rencontrer. Ajoutons que pour Herxheiner et Officius les secrétions du chancre et des lésions cutanées ulcéreuses seraient plus riches en tréponèmes la nuit que le jour. Ce fait était connu pour le « trypanosome noctu » de Schaudinn, et il expliquerait peut-être l'exacerbation nocture de certaines lésions syphilitiques.

b. *Ganglions*, — L'engorgement ganglionnaire suit de près l'apparition du chancre, la localisation des tréponèmes du chancre au voisinage et dans les lymphatiques qui les transportent aux ganglions expliquent que ces derniers renferment des parasites. On peut les trouver dans le suc ganglionnaire retiré par ponction. Ils siègent surtout dans la zone corticale et dans les parois vasculaires.

2. *Lésions secondaires*. — a. *Roséole*. — Veillon et Girard qui ont trouvé les trépomènes dans les éléments de roséole, ont vu qu'ils siègent dans les capillaires terminaux des papilles et dans quelques vaisseaux sous-papillaires. Il s'agit ici d'une « véritable embolie du parasite, qui, transporte par le sang, vient se fixer dans les capillaires terminaux des papilles en provoquant à ce niveau des lésions congestives et une infiltration périvasculaire » (Lévy-Bing).

b. *Syphilides cutanées*. — Dans les syphilides papuleuses, les tréponèmes siègent dans les couches inférieures du corps muqueux de Malpighi et leur nombre diminue à mesure qu'on s'approche du *stratum granulosum*.

Le tréponème a été observé dans les syphilides acnéiformes (Lipschütz), dans les condylomes (Blaschko), dans le psoriasis palmaire (Rille et Vockerodt).

Hoffmann et Beer ont remarqué que dans toute l'étendue où le réseau de Malpighi est envahi par les tréponèmes, le pigment a disparu de l'épiderme. Ces deux auteurs expliquent ainsi la production des leucodermies syphilitiques qu'ils attribuent à l'action directe du tréponème.

Dans les syphilides muqueuses, Bertarelli et Volpino ont observé de nombreux parasites dans les couches profondes et moyennes du corps de Malpighi autour des vaisseaux et dans les espaces lymphatiques.

c. *Lésions viscérales secondaires*. — La constatation des tréponèmes dans les lésions viscérales secondaires est très rare. Jacquet et Sézary ont rapporté un cas de surrénalite chez un homme atteint de syphilis secondaire. Les capsules surrénales furent trouvées volumineuses et dures et le parenchyme glandulaire contenait de nombreux tréponèmes.

Tout récemment Ravaut et Ponselle ont trouvé un grand nombre de ces parasites dans le noyau des cellules épendymaires de la moelle et dans les cellules névrogliques périépendymaires dans trois cas de syphilis acquise; dans l'un, le malade avait contracté la syphilis deux ans auparavant.

3. *Lésions tertiaires*. — D'une façon générale, les observations de lésions tertiaires où le trépomène a été constaté, sont assez rares.

a. *Lésions cutanées*. — Ritter a trouvé le tréponème pâle dans des syphilides tertiaires de la joue. Plusieurs auteurs ont signalé la présence de ces parasites à la périphérie de lésions gommeuses.

b. *Lésions artérielles*. — Benda, chez un malade qui mourut à quarante-deux ans de syphilis cérébrale, trouva un début de ramollissement des deux hémisphères par thrombose des deux carotides à leur entrée dans le crâne. Il observa des lésions d'endartérite proliférante ancienne avec périartérite récente. Dans la couche externe de la tunique moyenne existait un foyer de tréponèmes.

Reuter a trouvé des parasites dans le tissu conjonctif néoformé de l'aorte, chez un ouvrier mort subitement dans la rue et qui présentait des cicatrices au niveau de la verge.

c. *Lésions viscérales*. — Dans les localisations viscérales de la syphilis tertiaire, les tréponèmes sont aussi rarement observés. Schaudinn, en les recherchant dans une gomme du foie en trouva quelques-uns non douteux à la douzième coupe d'une série.

B. Hérédo-syphilis. — Autant les tréponèmes sont rares dans les lésions de la syphilis acquise, autant il est fréquent de les observer et même en quantité considérable dans la syphilis héréditaire précoce. Mais c'est surtout dans les organes des fœtus imprégnés de syphilis et expulsés avant terme, qu'on rencontre la plus grande quantité de tréponèmes. L'état de macération n'empêche pas leur recherche.

a. *Placenta*. — De nombreux auteurs ont trouvé des tréponèmes dans le placenta, ils sont surtout nombreux au niveau des villosités choriales, dans le placenta fœtal. On en a observé aussi, mais en moins grande quantité dans le placenta maternel (Nattan-Larrier et Brindeau, Ménétrier et Duval, Radaeli, Versé, etc.). Dans le cordon ombilical, c'est surtout dans les parois vasculaires qu'on les rencontre (Wallich et Levaditi, Radaeli, Versé, Mohu, etc.) :

b. *Pemphigus* (syphilides bulleuses). — Les tréponèmes existent dans le liquide de la vésicule, mais sont surtout abondants dans le magma qui recouvre le fond de la bulle. Levaditi et Sauvage ont pu déceler des tréponèmes dans la sérosité d'un vésicatoire applique au niveau d'une surface de peau saine voisine des bulles.

c. *Sang circulant*. — Nigris, Wolters, Nöggerath et Stachelni, Ravaut et Ponselle, Heubner et Langstein ont trouvé des tréponèmes dans le sang circulant des nouveau-nés syphilitiques. Nous avons donné plus haut les techniques de recherche.

d. *Mucus nasal.* — Le mucus nasal, dans le cas de coryza syphilitique, l'expectoration peuvent contenir des tréponèmes et être contagieux.

e. *Yeux.* — Greef et Clausen, Peters ont trouvé des tréponèmes dans les yeux de petits hérédo-syphilitiques morts quelques jours après leur naissance, alors que l'opacité cornéenne n'était pas très marquée.

f. *Os et moelle osseuse.* — Levaditi et Nobécourt, Levaditi et Sauvage ont trouvé des tréponèmes dans la moelle osseuse. Bertarelli dans un cas d'ostéochondrite syphilitique a observé la présence de tréponèmes.

g. *Foie.* — De tous les viscères, c'est le foie qui d'ordinaire en contient le plus grand nombre. Les localisations du parasite correspondent aux lésions histologiques, on les trouve surtout au niveau des parois vasculaires, dans les travées hépatiques et jusque dans les cellules hépatiques.

Pour les voies hépatiques, Buschke et Fischer, nous-même (1) en avons trouvé dans la vésicule et le canal cystique, et leur présence serait peut-être une des causes de l'ictère des nouveau-nés syphilitiques.

h. *Rate.* — La rate en contient très fréquemment; dans quelques cas, elle en renferme plus que le foie. Ils occupent la pulpe splénique, les sinus veineux et les parois vasculaires.

i. *Reins.* — Dans les reins, on les observe de préférence autour des vaisseaux, dans le tissu conjonctif, dans les glomérules de Malpighi, au niveau des capillaires et aussi dans la capsule de Bowmann, dans les tubes urinifères. Leur présence dans les tubes urinifères explique qu'on puisse les retrouver dans les urines, constatation qui a été faite par Buschke et Fischer chez un petit hérédo âgé de six semaines.

j. *Capsules surrénales.* — Les tréponèmes s'y rencontrent très fréquemment et en grande abondance; ils occupent surtout la substance corticale.

k. *Pancréas.* — Entz en a trouvé dans le tissu conjonctif, autour des vaisseaux, dans l'intérieur des cellules, des îlots de Langerhans et dans les cellules des tubes excréteurs.

l. *Poumons.* — De nombreux auteurs ont constaté la présence de tréponèmes dans le poumon, surtout quand les enfants meurent avec des lésions de pneumonie blanche syphilitique. On les rencontre autour des vaisseaux, dans les parois alvéolaires, et dans les coupes de bronche, le mucus peut en contenir. Au niveau de l'épithélium pulmonaire, les tréponèmes pénètrent entre les cellules épithéliales (Buschke et Fischer) et dans les cellules elles-mêmes.

m. *Corps thyroïde et thymus.* — Feuillié en a observé au niveau de ces deux organes.

n. *Testicule.* — Nous avons constaté et d'autres après nous (Feuillié, Parodi) la présence de parasites dans le testicule. Ils siègent dans le tissu conjonctif, autour des vaisseaux, dans les tubes séminifères.

(1) Ch. Fouquet. Étude sur la syphilis héréditaire du foie, *Ann. des maladies vénér.*, 1907.

o. *Ovaires.* — Hoffmann, Levaditi et Sauvage en ont trouvé dans les ovaires.

La présence de ces parasites dans les organes de la génération explique peut-être dans une certaine mesure la syphilis héréditaire de la deuxième génération.

p. *Intestins.* — Simmonds, Entz ont trouvé des tréponèmes dans les parois intestinales, soit au niveau d'ulcérations, soit dans la muqueuse en apparence saine. Les parasites existaient à la périphérie des ulcérations, dans le tissu conjonctif qui entoure les glandes, et dans les cellules épithéliales qui les tapissent. On en a observé jusque dans la tunique musculaire.

Tout récemment, nous avons eu l'occasion de constater la présence des tréponèmes en abondance considérable dans les parois de l'appendice cæcal, chez un fœtus de 7 mois. Les parasites existaient dans les tuniques muqueuse et musculaire, la tunique séreuse n'en contenait pas. Au niveau de la muqueuse, ils étaient très abondants et formaient comme des franges vrillées dont une extrémité était fichée dans la paroi, et l'autre libre dans la cavité appendiculaire. Les follicules clos en étaient bourrés. Cette constatation, nous semble-t-il, n'est pas sans importance, et viendrait confirmer dans une certaine mesure l'idée soutenue depuis 1904 par notre maître le professeur Gaucher, à savoir que la syphilis est la cause commune de l'appendicite (1).

q. *Myocarde.* — Buschke et Fischer dans un cas ont observé d'épais amas de tréponèmes autour des vaisseaux infiltrés et des capillaires. Entz dans deux cas en a observé dans le tissu conjonctif interstitiel, les vaisseaux et les cellules musculaires.

r. *Système nerveux.* — Ravaut et Ponselle ont trouvé des tréponèmes dans les vaisseaux et les exsudats périvasculaires au niveau de lésions méningitiques.

Dans le liquide céphalo-rachidien, l'examen a toujours été négatif (Ravaut).

VII

Action du traitement sur le tréponème. — Les recherches faites en vue de contrôler l'action du traitement mercuriel sur le tréponème sont peu nombreuses.

Lévy-Bing a choisi une série de 10 malades atteintes d'accidents syphilitiques secondaires de la vulve et n'ayant jamais été traitées. Il fit avant et pendant le traitement, à intervalles réguliers, des frottis avec la sérosité recueillie sur les lésions. Il est arrivé à cette conclusion que les parasites disparaissent assez rapidement sous l'influence du traitement mercuriel (huile grise et biiodure de Hg).

Joanitescu et Galasescu ont fait des recherches analogues. Leurs malades étaient traités par des injections de sublimé faites par séries de huit, à raison d'une injection de 3 centigrammes tous les trois jours. La disparition des parasites, chez 5 malades,

(1) Ern. Gaucher. Soc. de dermat., 11 avril 1904; *Presse méd.*, 1904, n° 32, p. 253; *Gaz. des hôp.*, 9 nov. 1905; *Ann. des mal. vénér.*, sept. 1907, n° 9, p. 656; Congrès de New-York, 1907.

fut constatée après la quatrième ou la cinquième injection.

Kowalewski trouve de nombreux tréponèmes dans un chancre de la paupière. Après 3 injections il ne peut plus en trouver un seul sur 16 préparations.

Le traitement mercuriel semble donc avoir une action certaine sur l'agent pathogène lui-même. Le détruit-il complètement ou a-t-il seulement une action sur la morphologie du tréponème? Hoffmann, Fusco, Wechselmann et Lœwenthal auraient constaté qu'après nn traitement mercuriel la longueur des tréponèmes semblait avoir diminué, qu'on ne trouvait plus d'éléments très longs. Ceci aurait une importance, si l'on veut bien se souvenir que Levaditi admet que le tréponème se reproduit par section transversale, c'est-à-dire qu'un élément après avoir acquis une grande longueur se segmente en un point rétréci. Les formes longues représenteraient des éléments en voie de reproduction, et le fait de n'en plus constater semblerait prouver que, sous l'influence du traitement mercuriel, le tréponème perdrait la faculté de se reproduire.

Existe-t-il enfin un traitement préventif de la syphilis, un traitement abortif? On ne saurait l'admettre encore, l'essai de la pommade au calomel, l'emploi de l'atoxyl préventif n'ont véritablement pas encore donné des résultats indiscutables.

ANALYSES

MÉDECINE

Orchite aiguë par infection à pyocyaniques. (Hirschberg. *Deuts. med. Wochens.*, 24 oct. 1907, n° 43, p. 1782.) — Un homme jusqu'alors bien portant, sans blennorragie antérieure, fut atteint brusquement, au milieu de phénomènes fébriles, d'orchite aiguë du testicule gauche. Le sixième jour de la maladie, des signes de suppuration s'étant montrés, une incision fut pratiquée au niveau de la face antérieure du testicule et mit à découvert des masses jaune verdâtre, demi-molles, d'aspect fibrineux, d'où s'écoulèrent quelques gouttes d'un pus verdâtre, le tout répandait une odeur fade.

L'examen du pus y révéla l'existence exclusive de bacilles très nombreux, ne prenant pas le Gram, que les cultures montrèrent être des bacilles pyocyaniques à l'état de pureté.

L'urètre du malade fut examiné bactériologiquement et l'on n'y trouva pas de bacilles pyocyaniques et l'on sait que ce microbe ne fait pas partie de la flore normale de l'urètre.

Il s'agit vraisemblablement d'une septicémie passagère à bacilles pyocyaniques avec localisation métastatique testiculaire. Malheureusement l'ensemencement du sang n'a été pratiqué que deux jours après l'incision, alors que les phénomènes généraux avaient disparu.

La recherche du pouvoir agglutinatif du sérum du malade pour le bacille pyocyanique isolé chez lui est intéressant à relever. Cette agglutination fit défaut avec le sérum prélevé deux jours après l'incision. Par contre, elle fut positive à 1/1000 quelque temps après, au moment de la convalescence.

A. LEMIERRE.

Atteinte de la cornée au cours de l'éruption secondaire de la syphilis. (B. Pusey. *Journ. Amer. med. Assoc.*, sept. 1907, p. 828.) — L'éruption syphilitique de la période secondaire respecte habituellement la cornée et l'observation dont il s'agit paraît être la première qu'on ait publiée. Elle a trait à un homme de vingt-deux ans, qui fut admis à l'hôpital en pleine éruption syphilitique avec macules confluentes, quelques papules et même quelques pustules. La muqueuse buccale était intéressée. Les ganglions lymphatiques étaient gros, principalement ceux de la nuque. Quatre semaines avant l'admission les yeux avaient été atteints.

Une éruption pustuleuse occupait la conjonctive oculaire et la conjonctive palpébrale. Sur la conjonctive oculaire gauche on notait plusieurs pustules; trois occupaient le bord de la paupière. A l'œil droit, près du limbe, du côté externe, il existait une large pustule; trois autres siégeaient sur le bord de la paupière et il en existait une très nette un peu au-dessus du centre de le cornée. Cette dernière mesurait un millimètre et demi de diamètre, tandis que celles du bord palpébral atteignaient 3 à 4 millimètres. Un enduit jaunâtre les recouvrait et elles étaient comme taillées à l'emporte-pièce. Les conjonctives présentaient une congestion diffuse avec engorgement marqué des vaisseaux dans la région limpique de l'œil droit. Le malade avait du larmoiement et de la photophobie. On institua le traitement mercuriel et on fit des lavages de l'œil avec une solution d'acide borique et quelques instillations d'une ou deux gouttes de protargol en solution à 10 p. 100. La guérison des lésions oculaires survint au bout de quinze jours.

A. HOUSQUAINS.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate. (P. Hallopeau. Th. de Paris, 1906; Steinheil.) — L'auteur dans ce travail nous donne une bonne étude des tumeurs malignes de la prostate et met cette intéressante étude au point. Il montre que ces néoplasmes sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit d'habitude et se rencontrent une fois contre dix hypertrophies de la prostate.

Ils se présentent presque toujours sous la forme de sarcomes chez l'enfant ou l'adulte jeune, et sous celle d'épithéliomas chez les hommes âgés.

M. Hallopeau attire spécialement l'attention sur les formes de cette affection; tantôt elle succède à une hypertrophie simple dont elle transforme l'allure bénigne en marche grave, envahissante et maligne; tantôt elle survient d'emblée, reste latente pendant un temps plus ou moins long et ne présente aucun signe fonctionnel caractéristique. Le développement de la tumeur se fait principalement en haut et en arrière, le long des vésicules séminales. Aussi le diagnostic sera fait le plus souvent beaucoup trop tard pour une intervention radicale.

Néanmoins, on ne devra pas hésiter à y recourir dans les cas où un examen attentif ne montrera ni traînées néoplasiques ni ganglions.

L'ablation de la prostate se fera par la voie périnéale, elle devra être extra-capsulaire et comprendre en même temps que la glande l'urètre, la région du trigone vésical située en avant des orifices urétéraux, les vésicules séminales et les canaux déférents, le tout d'un seul tenant si possible.

L'étude de M. Hallopeau, très complète et intéressante, sera lue avec fruit par tous ceux qui ont à s'occuper des affections de la prostate.

ÉTIENNE LE SOURD.

PRATIQUE MÉDICALE

LA BRONCHITE GRIPPALE CHEZ LES VIEILLARDS, LES ENFANTS, LES CARDIAQUES

Si la bronchite grippale n'est qu'une manifestation habituelle de la maladie infectieuse, elle demande toujours à être étroitement surveillée. Chez les vieillards et dans l'enfance, elle peut envahir les petites bronches et se transformer en bronchite capillaire. Chez les cardiaques, elle peut encore déterminer une asystolie rapide par dilatation du cœur droit. On sait en outre que la bronchite grippale prend aisément la forme purulente.

Une médication énergique s'impose donc, et comme il s'agit là d'une maladie infectieuse, le médecin s'efforcera d'en arrêter l'évolution par un traitement antiseptique pulmonaire et stimulant des réactions vitales.

A ce double point de vue, le gaïacol est actuellement le remède de choix. Mais comme le gaïacol est nocif pour l'estomac, il est habituel d'utiliser les comprimés de thiocol ou le sirop Roche qui représentent, en pratique, la médication gaïacolée absolument sans dangers.

Les auteurs qui ont donné des relations sur l'efficacité de ce remède dans la bronchite grippale de la vieillesse et de l'enfance conseillent d'en proportionner les doses à l'état plus ou moins accentué de la sécrétion bronchique. Lorsque, par exemple, on ne perçoit pas encore de râles muqueux, quatre à six comprimés par jour, ou bien chez les enfants deux à cinq cuillerées à café de sirop Roche suffisent. Mais si l'expectoration existe, avec ou sans odeur, il faut assécher les lésions et prescrire de six à huit comprimés. Les résultats ne tardent pas à se manifester. Au bout de deux à trois jours, la toux diminue, la température redevient normale, les râles humides s'éloignent, l'expectoration tout d'abord nummulaire devient plus fluide, muqueuse, et en une semaine de traitement, les symptômes de la bronchite grippale ont sensiblement diminué. Chez les enfants l'amélioration est habituellement plus rapide et s'observe vers le quatrième ou cinquième jour.

La possibilité des complications est alors écartée, et il suffit de continuer l'usage du remède pendant huit à dix jours, pour effacer toute trace inflammatoire.

Lorsque chez un cardiaque il existe de la dyspnée et des menaces d'asystolie, il est recommandé d'injecter aussitôt en plein muscle un centimètre cube de digalène (digitoxine soluble non accumulative) pendant deux jours matin et soir. On passe ensuite aux comprimés de Thiocol. Les troubles asystoliques ne se reproduisent plus, et l'affection bronchique rétrocède.

RYS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

MINISTÈRE DE LA MARINE. — PRIX BLACHE. — Les arrérages d'une rente annuelle de 400 francs, léguée par M. le docteur Blache, ancien premier médecin en chef de la marine, sont affectés à la fondation d'un prix à décerner tous les trois ans au médecin en activité ou en retraite de la marine militaire française ou à tout autre médecin français embarqué sur les navires de commerce depuis trois ans au moins, ayant fait la découverte la plus utile ou le meilleur mémoire ou travail sur la thérapeutique exclusivement médicale.

Les officiers du corps de santé de la marine, désireux de concourir pour ce prix qui sera décerné en 1908, devront faire parvenir leurs titres au ministère de la marine avant le 1er mai 1908.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 6 AU 11 AVRIL 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cautier, Letulle et Macaigne.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Retterer et Thiéry; — (2e série) : MM. Nicolas, Branca et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Gaucher, Sicard et André Jousset; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Delens et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Monod, Rieffel et Lecène; — M. Potocki, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Kirmisson, Auguste Broca et Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Tuffier et Proust; — 2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 7 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Rieffel et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Hartmann et Thiéry; — (2e série) : MM. Quénu, Launois et Morestin.

3e (oral, 2e partie) : MM. Joffroy, Jeanselme et Fernand Bezançon.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Carnot; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Albarran, Marion et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget; — (2e série) : MM. Raymond, Claude et Castaigne; — M. Nobécourt, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 8 avril, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Delens et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gautier, Letulle et Legry; — (2e série) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Retterer et Rieffel; — (2e série) : MM. Monod, Thiéry et Mulon.

4e : MM. Pouchet, Macaigne et Zimmern; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Auguste Broca et Gosset; — (2e partie, 1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — M. Potocki, suppléant.

Jeudi 9 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Auvray et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Nicloux et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Marion et Cunéo; — (2e série) : MM. Retterer, Morestin et Lenormant.

3e (oral, 1re partie) : MM. Maygrier, Hartmann et Thiéry; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Gouget et Castaigne; — (2e série) : MM. Gilbert, Fernand Bezançon et Nobécourt.

4e : MM. Thoinot, Richaud et Balthazard; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 10 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Monod et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Blanchard, Desgrez et Legris; — (2e série) : MM. Gaucher, Pierre Marie et Macaigne.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Tuffier et Mulon; — (2e série) : MM. Nicolas, Delens et Branca.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (oral, 2e partie) : MM. Joffroy, Sicard et André Jousset.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Zimmern; — M. Lœper, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. A. Broca, Lecène et Ombrédanne; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Couvelaire; — M. Potocki, suppléant.

Samedi 11 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Quénu et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Letulle, Maillard et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Thiéry et Marion; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Morestin.

3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Retterer et Brindeau.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaigne, Demelin et Jeannin.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Jeanselme et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — M. Fernand Bezançon, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 38. — MARDI 31 MARS 1908. 81e ANNÉE. MARDI 31 MARS 1908. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Admission.* — Le jury est provisoirement composé de MM. J. Renault, Thiroloix, qui acceptent; Letulle, Boulloche, Gaucher, Queyrat, Dalché, Hudelo, Félizet, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours pour deux places de chirurgien des hopitaux. — *Lecture.* — Séance du 27 mars : MM. Chifoliau, 22; Iselin, 23; Gernez, 26.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 28 mars. — Question : « Branche d'origine et tronc de la veine porte, sans l'histologie ni la physiologie. — Symptômes et complications de l'ulcère simple de l'estomac. »

MM. Lasnier, 10 + 19 = 29; Buizard, 10 + 20 = 30; Pironeau, 14 + 22 = 36; Verdoux, 14 + 21 = 35; de Vaugiraud, 10 + 18 = 28; Ausset, 14 + 21 = 35; Gauducheau, 14 + 22 = 36; Bremond, 16 + 18 = 34; Caudrelier, 17 + 16 = 33; Le Grand, 13 + 21 = 34;

Séance du 29 mars. — Question : « Vésicule biliaire sans l'histologie ni la physiologie. — Colique hépatique. »

MM. Viel (Victor), 8 + 17 = 24; Salès, 10 + 15 = 25; Ségard, 13 + 20 = 33; Verdun, 15 + 21 = 36; Baumgartner, 13 + 21 = 34; Girou, 12 + 16 = 28; Cotillon, 12 + 23 = 35; Durand, 10 + 21 = 31; Fenestre, 14 + 21 = 35; Mora, 12 + 23 = 35; Amaudrut, 13 + 15 = 28.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Tours. — Après concours, M. le docteur Chevé est nommé chirurgien adjoint des hôpitaux.

— Saint-Étienne. — Après concours à l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. le docteur Moreau est nommé ophtalmologiste des hôpitaux de Saint-Etienne.

GUERRE. — M. le médecin principal de première classe Pitot a été nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger, en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Robert, précédemment placé dans la section de réserve.

M. le médecin principal de première classe Chevassu a été nommé directeur du service de santé du 17e corps d'armée, à Toulouse, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Geschwind, précédemment placé dans la section de réserve.

HOMMAGE AU PROFESSEUR THOINOT. — Dimanche matin a eu lieu, à l'hôpital Laënnec, la remise au professeur Thoinot, de son buste dû au ciseau de J.-B. Champeil.

Un grand nombre de ses élèves et amis assistaient à la cérémonie. Des discours ont été prononcés par M. le doyen Landouzy, MM. Mesureur, Ogier, Netter, Hirtz, Georges Brouardel et Parturier, interne des hôpitaux.

HOMMAGE AU DOCTEUR GUINARD. — Les amis et élèves de M. Guinard se sont réunis hier chez lui, pour lui offrir en souvenir de sa promotion dans la Légion d'honneur un superbe marbre d'Enjalbert.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la douzième semaine, 1083 décès, au lieu de 1004 pendant la semaine précédente et de 1056, moyenne ordinaire de la saison. La mortalité est donc voisine de la moyenne. La rougeole et la scarlatine continuent à être très répandues.

La rougeole a causé 20 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 15). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 618 au lieu de 600 précédemment et au lieu de 293, moyenne des quatre dernières années.

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 243; il s'élevait à 252 pendant la semaine précédente (moyenne 107).

APPEL A LA CHARITÉ. — Le docteur T..., médecin dans le XVIe arrondissement, est dans la plus profonde misère.

Tuberculeux, alité depuis plusieurs semaines, il habite un logement de pauvre composé de deux pièces, avec sa femme, sa belle-mère et ses cinq petites filles.

Ce malheureux confrère ne fait partie d'aucune Société de prévoyance : ce n'est pas le moment de le lui reprocher.

La *Société médicale du XVIe arrondissement* lui a envoyé un premier secours. Mais, en présence d'une situation aussi exceptionnellement lamentable, nous supplions tous nos confrères de se joindre à nous.

Prière d'envoyer les offrandes à M. le docteur Podevin, trésorier de la *Société médicale du XVIe arrondissement*, 7, rue Duban, à Paris.

Signé : MM. les docteurs Chandebois, Houdaille, Mahu, Podevin et Weill.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — MM. Cauchoix, prosecteur, et Beaufumé, ancien interne, commenceront une nouvelle conférence d'internat le 1er mai. S'inscrire auprès de M. Cauchoix, à l'Ecole pratique, ou de M. Beaufumé, à l'hôpital Saint-Antoine.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

CÉPHALÉE PUBÉRALE

Par Paul DALCHÉ,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Messieurs,

I. Céphalée d'origine génitale. — C'est encore traiter un sujet touchant à la gynécologie médicale, que parler sur divers accidents de la puberté, même lorsque ces accidents n'intéressent pas, d'une façon directe, l'appareil utéro-ovarien. Bien des phénomènes morbides qui éclatent en dehors du système génital lui sont moins étrangers qu'ils ne le paraissent, et vous ne l'ignorez pas, nous trouvons souvent leur cause soit dans une perturbation menstruelle, soit dans la marche normale ou troublée d'une fonction dont nous savons l'existence indiscutable mais dont nous ne connaissons pas, à coup sûr, toutes les influences et toutes les variations. Quel que soit leur mode d'action, les sécrétions internes de l'utérus et des ovaires, intervenant isolément ou d'une manière synergique avec les sécrétions d'autres glandes, au moment de leur entrée en scène à la puberté, jouent un rôle important dans plusieurs états pathologiques de la jeune fille. Je crois, en particulier, que certaines céphalées tenaces, persistantes, relèvent d'une origine génitale, et demandent, en conséquence, un traitement tout spécial.

« La chronicité, dit Marro (1), est un caractère distinctif général des affections qui, habituellement, frappent les jeunes gens après les premières périodes de la puberté. Tantôt, ce sont des céphalées obstinées, rebelles à toutes médications, qui durent des mois et des années; tantôt, ce sont des maladies des organes de la digestion ou de la respiration. Ces maladies ne guérissent pas toujours. »

Ce pronostic doit vous paraître bien sombre, un peu trop peut-être, au moins en ce qui concerne la céphalée.

Très nombreuses sont les jeunes filles et les femmes qui, au moment de l'apparition des règles, éprouvent des maux de tête plus ou moins violents. A l'époque de la puberté, la venue de la première menstruation est souvent précédée, pendant des semaines, par des céphalées d'intensité variable qui, tantôt, se manifestent par accès mais, d'autres fois aussi, s'installent d'une façon ennuyeuse et tenace. Si l'éruption du sang calme le plus souvent cet état, il n'en est pas toujours ainsi. Non seulement le mal de tête réapparaît avec chaque époque menstruelle suivante, mais encore il ne se dissipe pas complètement dans la période intercalaire. La jeune fille se plaint de ne pas avoir la tête absolument libre, quand elle ne souffre pas elle conserve toujours un peu de lourdeur; et si par bonheur, durant une partie de la journée, durant un ou plusieurs jours, elle n'éprouve aucune sensation pénible, subitement, à l'improviste, sous l'influence la plus légère ou la plus banale, la céphalée éclate pour s'exaspérer encore avec l'approche des règles. Et cela pendant des mois! Avant d'étudier les manifestations et la cause de cette céphalée, pour vous montrer ce qu'il y a de réel dans le pronostic formulé par Marro, laissez-moi vous rapporter l'observation d'une dame qui a souffert de la sorte depuis la puberté jusqu'à l'âge de trente ans.

Une dame âgée de trente ans, de souche arthritique, et sujette à des poussées d'eczéma, vint me consulter pour des maux de tête opiniâtres qu'elle-même attribuait, du reste, à une origine génitale. Elle en souffrait depuis la puberté, et cette céphalalgie s'étendait à toute la tête, ne présentant aucun des caractères de la migraine ni d'une névralgie, prenant, à la veille des règles, une intensité si vive, que, chaque fois, la malade se voyait obligée de garder le lit et, en sa qualité de neuro-arthritique, en arrivait parfois à pousser des gémissements. Cet état durait toute la période menstruelle, s'atténuait d'une façon progressive, et la tête restait assez sensible, « fragile, » me disait cette dame, pendant toute l'époque intercalaire, pour que la céphalée éclatât au moindre propos, surtout sous l'influence du froid ou du vent. Je ne trouvais à cette céphalée aucune des causes habituelles, que je vous énumérerai au diagnostic, les yeux, en particulier, restaient sans aucun trouble. Mais cette jeune malade m'offrait, au plus haut point, les signes d'une insuffisance ovarienne. Mariée depuis huit ans et n'ayant jamais eu d'enfants, elle me signalait une menstruation toujours défectueuse. La puberté avait été tardive; depuis, les règles manquaient souvent et les phases d'aménorrhée alternaient avec une dysménorrhée fort douloureuse lorsque le sang venait à paraître. L'allure générale était pareillement significative : le teint bistré, avec des taches de pigmentation, donnait l'apparence de certaines cholémies familiales; j'étais frappé par une tendance à l'obésité qui rendait les chairs molles, une « mauvaise graisse » comme celle que nous connaissons chez des chlorotiques. Les extrémités, les mains demeuraient toujours froides, les engelures l'hiver arrivaient facilement, le sommeil était troublé par des cauchemars, dans la journée se manifestait une perpétuelle fatigue, « l'éternelle fatiguée. » A l'examen direct, je trouvai les organes génitaux bien conformés mais petits, peu développés. La thyroïde normale ne me permettait pas de songer à une hypothyroïdie que j'éliminai à cause d'autres raisons sur lesquelles je reviendrai. Pour moi, il n'y avait point de doute. Il s'agissait d'une *insuffisance ovarienne*, confirmée par une hypo-azoturie et une hypo-phosphaturie urinaires notables, et je prescrivis à ma malade des préparations d'ovarine. Plusieurs mois après la jeune femme revint me voir : elle était presque satisfaite, les maux de tête avaient beaucoup diminué, et les règles étaient venues moins douloureuses. Je lui conseillai de continuer son traitement. A une nouvelle visite au mois de décembre dernier,

(1) Antoine Marro. *La Puberté*, traduit par J.-P. Medici, p. 86.

elle me dit que, pour la première fois, les règles sont apparues avec un peu d'avance. Les maux de tête n'existent plus.

Ce mieux, dû à une médication assez longtemps suivie, confirmait mon impression première que cette céphalée relevait bien d'un état général produit par une cause utéro-ovarienne ; céphalée comparable à celles qui surviennent sous l'influence d'une intoxication prolongée, et qui se manifestent d'une façon continue avec des paroxysmes. L'intoxication doit être recherchée dans l'insuffisance ovarienne, et je ne veux pas revenir ici sur ce que je vous ai dit si souvent, au sujet du mode d'action des sécrétions génitales internes. La céphalalgie fait partie des symptômes de l'insuffisance ovarienne ; nous la notons très souvent chez les femmes affectées d'hypo-ovarie, en même temps que les cauchemars, les vertiges, les névralgies, et d'autres troubles nerveux dont nous connaissons la plupart chez des chlorotiques, car nos malades gardent souvent l'apparence d'une chlorose génitale. Mais, le plus souvent, cette céphalée génitale éclate d'une façon périodique ou s'installe pour quelques mois, mais il est rare de la voir persister pendant plusieurs années consécutives. A l'époque de la puberté, elle peut durer assez longtemps et certainement on l'a englobée souvent dans les *céphalalgies de croissance* qui ne ressortissent pas toutes à la même origine.

Elle n'est pas hémicranique, comme la migraine, n'affecte point des points douloureux comme la névralgie. Au contraire, diffuse, à prédominance tantôt frontale, tantôt occipitale, elle s'étend à toute la tête, s'exaspère au moment de la venue des règles, s'atténue à leur disparition, persiste avec une intensité variable dans la période inter-menstruelle, peut disparaître momentanément même pour éclater au moindre incident. On doit rechercher si la lassitude, l'abattement qui l'accompagnent ne sont pas aussi des manifestations de l'insuffisance ovarienne.

Je comparerais volontiers sa nature à celle des céphalées que nous connaissons au cours des hypothyroïdies, « céphalalgie, dit Hertoghe (d'Anvers), symptôme à peu près constamment relevé dans l'hypothyroïdie bénigne chronique... la moindre fatigue, la plus légère transpiration, le passage d'un courant d'air provoquent le retour de la céphalée occipitale. » Il y a, entre les maux de tête d'origine ovarienne et ceux qui dépendent de la thyroïde, de grandes ressemblances symptomatiques et souvent j'ai été conduit à faire entre ces deux accidents un véritable diagnostic étiologique. Mais l'insuffisance ovarienne se traduit par des symptômes qui diffèrent très notablement de l'hypothyroïdie. En particulier, autant la ménorragie est fréquente dans le myxœdème bénin, autant elle est rare dans l'hypo-ovaire. Cependant, ne l'oublions pas, s'il existe des actions glandulaires synergiques, de même que l'influence de la thyroïde se combine souvent à celle de l'ovaire en physiologie normale et, sans doute, en pathologie, de même que certains auteurs ont attribué des phénomènes de suppléance à l'une de ces glandes au cas où l'autre deviendrait insuffisante, de même nous pouvons être appelés à constater une défaillance concomitante, parallèle, de ces deux glandes. Et les exemples sont connus de retards de l'appareil génital qui partaient, et subissaient une stimulation dans leur processus évolutif sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne. Nous rechercherons donc avec soin si la céphalée pubérale de notre sujet dépend exclusivement de l'ovaire ou de la thyroïde, les conséquences thérapeutiques en deviennent importantes.

De plus, la céphalalgie ne reste pas l'apanage exclusif de l'insuffisance, elle se manifeste au cours de toutes les variétés de *dystrophie ovarienne*. Dans le syndrome que j'ai décrit sous le nom d'*hyper-ovarie*, nous le retrouvons, mais avec moins de continuité. Elle demeure plus franchement menstruelle ou pré-menstruelle ; cependant des malades se plaignent encore dans la période intercalaire. De même dans l'*ataxie ovarienne* où nous voyons les phénomènes d'hypo-fonction alterner avec des signes d'hyper-activité jusqu'au moment où l'équilibre finit par s'installer d'une façon définitive.

Au cours de nombreux cas, il nous faut tenir compte aussi d'autres circonstances. C'est ainsi que la prédisposition névropathique joue un rôle dans la ténacité et même dans l'éclosion de cette céphalée pubérale. Les neuro-arthritiques, sujettes aux souffrances menstruelles les plus vives (Richelot), se plaignent aussi de violents maux de tête. Enfin, à côté de l'intoxication génitale, ou se superposant à elle, d'autres causes interviennent, par exemple, les poussées fluxionneuses supplémentaires ou déviées. Un certain nombre de jeunes filles, qui se plaignent de céphalalgie persistante, nous accusent, en même temps, des bouffées de chaleur, des accès de rougeur sur le visage, des éblouissements, des tintements d'oreille, phénomènes que nous sommes habitués à constater aux deux phases extrêmes de la vie génitale, à la puberté, et surtout à la ménopause.

Nous pouvons comparer cette céphalée pubérale à celle qui existe à la ménopause. Mais si, au moment de l'âge critique, de multiples causes interviennent qui souvent ne permettent pas d'attribuer le mal de tête à une cause unique, nous retrouvons dans la ménopause chirurgicale des jeunes femmes une étiologie plus nette. « La céphalée, dit Jayle, est un trouble commun. Elle est parfois très violente, durant plusieurs heures de suite, toute une journée, des semaines entières. A ce degré, on ne la rencontre qu'exceptionnellement. Plus souvent, on trouve des opérées qui souffrent de la tête de temps en temps et se plaignent plutôt d'une lourdeur que d'une véritable douleur. »

Au cours de toute la vie génitale encore, un certain nombre de femmes éprouvent des maux de tête par le fait d'une intoxication de nature utéro-ovarienne. De préférence, ce sont des femmes qui, de quinze à vingt-cinq ans, nous ont offert des symptômes d'une chlorose (ou fausse chlorose) ovarienne ; et chez elles habituellement la céphalée a débuté avec la puberté, puis s'est atténuée légèrement avec l'âge, a perdu sa continuité, pour conserver une extrême facilité à se reproduire au moindre sujet.

Cette céphalée pubérale d'origine génitale nous paraît indiscutable. Cependant, il faut en faire le diagnostic avec la migraine dont elle ne présente ni le siège ni l'allure, avec les névralgies, et surtout avec les autres céphalées de cet âge que nous allons étudier ou énumérer.

II. Céphalée de croissance. — Blache a décrit une céphalée de croissance, devenant parfois « une véritable maladie et constituant, à elle seule, un état pathologique », qu'il a observée plus souvent chez les garçons que chez les filles, et se manifestant volontiers avec les phénomènes de la puberté. G. Sée, Comby et d'autres auteurs ont étudié cet accident pubéral, et, sans se mettre d'accord sur sa pathogénie, ils en ont, du moins, tracé les signes cliniques d'une manière fort nette.

Cette céphalalgie qui éclate, de préférence, chez les neuro-arthritiques, ne prend nullement l'allure de l'hémicranie comme la migraine, elle est frontale ou diffuse et correspond, chez quelques sujets, à tout le cuir chevelu. La marche en est continue avec des exacerbations, des élancements douloureux, accompagnés, dit Blache, d'étourdissements et de maux de cœur; elle s'exaspère à chaque tentative de travail intellectuel pour se dissiper au grand air, et reconnaissant pour cause la contention d'esprit elle finit par entraver les études des jeunes gens. Elle ne dure jamais moins de six mois (Blache), atteint facilement quinze à dix-huit mois, et parfois, dépasse deux et trois ans.

Que cette céphalée soit ou non une « entité morbide », la description que nous en ont laissée ces auteurs correspond à des faits très bien suivis, et chacun de nous a vu des cas semblables.

Leur interprétation varie à l'extrême. La céphalée de croissance est en rapport avec l'hypertrophie cardiaque de croissance, d'après G. Sée. Elle dépend à la fois de troubles nerveux, de troubles circulatoires, d'une insuffisance d'aération, d'efforts intellectuels,... il y a disproportion entre l'action cérébrale et l'effort de l'intelligence, dit Blache. On invoque aussi l'anémie cérébrale, etc.

Mais chez d'assez nombreux sujets, je suis persuadé que cette céphalée de croissance reconnaît aussi une autre cause que j'ai pu retrouver souvent depuis que mon attention a été attirée sur ce point, cause qui, du reste, a déjà été signalée. « Chez un jeune homme de quinze ans, dit Poncet, dont la taille s'était accrue de 7 centimètres en six mois, nous avons rencontré une forme de céphalée avec douleur à la pression en divers points du crâne que nous avons attribuée à des poussées congestives s'y rattachant. La douleur répondait, en effet, aux épiphyses marginales; elle siégeait au niveau des sutures osseuses et ne paraissait pas reconnaître une autre cause que celle que nous indiquons. »

Ce sont des douleurs analogues à celles que nous observons le long des membres avec ou sans fièvre de croissance à la puberté, qui sont juxta-épiphysaires et non épiphysaires et arrivent à simuler une poussée rhumatismale, surtout si le malade présente de la fièvre et de la céphalée.

J'en ai observé un exemple tout à fait remarquable. Un jeune homme de treize ans entre dans mon service à la Pitié, le 10 juillet 1907. Toujours bien portant avant la maladie actuelle, il a grandi beaucoup dans les huit derniers mois. Le début des accidents qui l'amènent remonte au milieu du mois de juin, caractérisé par de la céphalée et des douleurs surtout vives au niveau des deux genoux. Lorsque ce malade arrive à l'hôpital, la céphalée persiste, continue avec battements, s'étendant à toute la tête, plus marqué le matin au réveil, et surtout vive de chaque côté du front. Là, en deux points symétriques, elle est exaspérée par la pression que le malade ne tolère pas et ces deux points me paraissent correspondre à la région de la suture fronto-temporale. Les genoux ne sont pas gonflés, et à leur niveau les douleurs ne sont pas articulaires, mais juxta-épiphysaires. Il y a de la fièvre.

Depuis le jour de l'entrée, 10 juillet, la céphalée a persisté, en s'atténuant, il est vrai, jusqu'à mon départ, le 10 août, mais en gardant les mêmes caractères de sensibilité à la pression et des points fixes. La douleur a gagné d'autres articulations et toujours péri-articulaire, juxta-épiphysaire, sans gonflement. La fièvre s'est montrée tout à fait variable comme en témoigne cette courbe : montant à 39°4 pour tomber en deux jours à 37 degrés, revenir à 39 degrés après des oscillations irrégulières, etc. Bien que j'aie porté le diagnostic de *fièvre de croissance*, à cause de la diffusion des phénomènes articulaires, j'ai prescrit, au début, le salicylate de soude qui est analgésique. Il a complètement échoué, peut-être même a-t-il exaspéré la céphalée; l'antipyrine et le pyramidon sont les médicaments qui m'ont paru produire les meilleurs effets; j'y joignais aussi une médication générale.

Cette observation me paraît indiscutable : s'établissant en même temps qu'une fièvre de croissance, et des souffrances péri-articulaires simulant le rhumatisme, cette céphalée tenace, d'une nature si particulière, relevait de douleurs osseuses. J'ai soigné d'autres malades dans des conditions analogues : une demoiselle grande et forte se plaignait naguère encore d'une tarsalgie tout à fait gênante, lorsqu'elle fut prise d'une céphalée continue avec douleur à la pression en des points fixes, qui l'obligea à suspendre son instruction.

Ce n'est pas toujours le travail intellectuel et la contention d'esprit qui font éclore la céphalée de croissance. « Il arrive très souvent, dit Dally, que sous prétexte de fortifier les enfants, on leur fait faire des exercices excessifs, de longues promenades de cinq à six heures, une gymnastique prématurée trop active. Que d'accidents dus à ces vues erronées n'ai-je pas rencontrés! Tantôt des maux de tête très violents qui interrompent les études pendant plusieurs années, tantôt des états nerveux spasmodiques, tantôt des douleurs fulgurantes souvent prises pour des rhumatismes et accompagnées de fièvre... »

III. Céphalée de croissance avec troubles du cœur. — Germain Sée a signalé une céphalée vio-

lente chez des jeunes gens et des adolescents de la deuxième enfance, atteints d'autre part de palpitations, de dyspnée ressortissant à une hypertrophie du cœur sans la moindre perturbation des organes cardio-pulmonaires ou nerveux et qu'il appelle *hypertrophie de croissance*.

Cependant il ajoute plus loin qu'il est difficile de savoir si la lésion consiste en une hypertrophie vraie ou en une dilatation.

La description qu'il a faite de cette céphalée montre que c'est bien la céphalée de croissance qu'il envisageait.

Quant aux troubles du cœur, outre les signes d'une hypertrophie, il a constaté un souffle qui n'est pas constant, systolique, couvrant en partie la surface précordiale, avec un maximum à la pointe; ce n'est pas un frottement, ce n'est pas un rétrécissement mitral.

Peu importe sa nature ; pour G. Sée, le point principal consiste en ce que les troubles du cœur tiennent d'une manière évidente, sous leur dépendance la céphalée du jeune sujet. Comment le cœur intervient-il sur l'encéphale? il ne saurait l'expliquer.

Non seulement cette relation de cause à effet n'est pas admise par de nombreux auteurs, mais la nature même de cette hypertrophie de croissance n'est pas acceptée.

Pour Potain et Vaquez il s'agit de modifications du rythme cardiaque survenant sous l'influence de dilatations passagères. Les palpitations, l'essoufflement, la céphalée « ont le plus souvent leur origine en des perturbations primitives d'autres organes, ou bien se rattachent au surmenage et à la neurasthénie sans que l'hypertrophie cardiaque y contribue en quoi que ce soit ».

M. Huchard invoque l'hypertension de tout le système circulatoire à l'époque de la puberté. Marcel Grosset, dans une thèse très étudiée, ne voit dans ces symptômes que les manifestations d'un éréthisme cardiaque, éclatant chez des jeunes gens tout à fait au début d'une tuberculose. Ces malades remarquables par leur maigreur et l'étroitesse de leur thorax se plaignent de palpitations, de dyspnée survenant au moindre effort, et n'attirent pas l'attention sur leurs poumons.

A coup sûr, nous retrouvons toutes ces diverses causes à l'origine des troubles du cœur à la puberté et nous ne saurions aujourd'hui rester exclusifs pour en invoquer une seulement.

Mais à propos du sujet qui nous occupe ici d'une façon particulière nous avons deux faits à considérer : d'une part une céphalée pubérale, d'autre part des troubles du cœur.

Ils peuvent certainement coexister sur le même sujet, céphalée pubérale, accidents cardiaques pubéraux, sans que pour cela cette céphalée dépende des troubles du cœur.

J'en ai vu des exemples tout à fait remarquables. Un jeune homme de seize à dix-sept ans vint me consulter pour une céphalée persistante qui l'obligeait absolument à interrompre ses études, ce dont il était fort chagrin, car il se voyait contraint à travailler assidûment ayant en vue l'admission à une école. Il s'agissait d'une céphalée pubérale chez un nerveux très surmené, mais qui se plaignait aussi de troubles du cœur : palpitations, dyspnée, oppression, etc., toute la description de G. Sée. Le cœur paraissait un peu gros et j'entendis un rythme très net de rétrécissement mitral avec dédoublement du second temps.

Mais ces signes d'auscultation n'étaient pas permanents et ils variaient sensiblement suivant que le jeune homme restait debout ou se couchait. Je crus pouvoir donner un pronostic favorable à la famille très effrayée, et en effet le malade guérit mais dut abandonner ses études et ses espérances de concours.

Récemment encore, une jeune demoiselle de seize ans, souffrant d'une céphalée pubérale continue depuis plusieurs mois, commença à se plaindre de palpitations et de troubles cardiaques. L'auscultation laissait entendre un léger bruit de la pointe avec un dédoublement très net du second temps ; l'impulsion cardiaque était fort vive.

Après quatre mois de vacances à la campagne, céphalée et troubles cardiaques avaient disparu. Il serait facile de multiplier les exemples.

Est-ce à dire que nous devons systématiquement refuser d'accepter l'hypertrophie cardiaque de croissance. Nous admettons bien à la puberté des arrêts de développement, des retards localisés, au niveau des organes génitaux, etc., et au niveau du cœur sous forme de rétrécissement mitral. Serait-il illogique d'admettre une avance? Pourquoi chez certains sujets, au lieu de rester en retard, l'évolution, l'augmentation de volume, le développement pubéral du cœur ne partiraient-ils pas un peu trop tôt par rapport au reste de l'organisme, nous donnant ainsi l'illusion d'une fausse hypertrophie jusqu'à ce que l'équilibre s'établisse? Pourquoi encore avec un cœur normal le thorax ne resterait-il pas en retard un certain temps dans son élargissement au lieu de prendre l'ampleur à laquelle la venue de la puberté donne l'impulsion ? L'étroitesse du thorax est précisément notée chez des sujets qui présentaient les signes de cette fausse ou véritable hypertrophie de croissance.

Quoi qu'il en soit, j'ai vu des malades qui m'ont fait songer à la description de Germain Sée, sans croire cependant à une relation de cause à effet entre les troubles du cœur et la céphalée.

Nous observons encore ces deux symptômes chez des jeunes filles aménorrhéiques, pâles ou plutôt au teint de cire, offrant toutes les apparences d'une chlorose ; nous leur constatons de la tachycardie avec des battements vigoureux, parfois une légère augmentation de la thyroïde, un peu d'exorbitis et un cortège de manifestations nerveuses qui nous font porter le diagnostic de syndrome basedowiforme. Ce syndrome accompagne volontiers en effet la dystrophie ovarienne, mais rarement le mal de tête acquiert la ténacité que nous lui connaissons dans la céphalée d'origine génitale ou dans la céphalée de croissance.

IV. Autres céphalées pubérales. — Au moins pour éviter des confusions et en faire le diagnostic,

nous devons énumérer diverses céphalées dont se plaignent les filles à la puberté et auxquelles nous devrons songer afin d'instituer notre thérapeutique.

De nombreux *troubles oculaires* (M. Perrin) et surtout l'asthénopie accommodative se trouvent la véritable cause de céphalalgies persistantes, qui, rebelles à tout traitement, guérissent assez vite grâce à l'emploi de verres appropriés. De même, nous vérifierons si la jeune fille ne souffre pas de *végétations adénoïdes*, d'accidents du côté du *nez*, des *sinus frontaux* ou *maxillaires*, du *côté de l'oreille*, etc.

Mais c'est l'état du *système nerveux* surtout qui nous préoccupera : nervosisme, neuro-arthritisme, neurasthénie, surmenage combinent leurs effets avec ceux d'une hygiène mal entendue, d'une alimentation non pas insuffisante, mais défectueuse, d'un manque d'aération, etc.

La *chlorose ordinaire*, les *dyspepsies*, tous les troubles de l'*estomac*, du *foie*, du *rein*, les *albuminuries méconnues* peuvent être incriminés tour à tour, etc.

C'est une revue de pathologie générale que nous aurions à faire et nous nous bornons à indiquer les principales lignes.

V. Indications du traitement. — Les céphalées énumérées plus haut qui se manifestent sous la dépendance d'un état gastrique, hépatique, oculaire, etc., réclament le traitement approprié à leur cause. Nous ne nous occuperons ici bien entendu que de la véritable céphalée pubérale.

Elle guérit toujours mais lentement, dit G. Sée, et presque tous les auteurs s'accordent à porter ce pronostic favorable. Cependant concurremment avec la céphalalgie ou indépendamment d'elle (Comby), d'autres manifestations nerveuses peuvent inspirer « parfois des craintes sur l'avenir psychique » de ces jeunes sujets.

Comme hygiène, G. Sée insistait sur la diminution du travail physique, et je rappelle l'opinion de Dally, que j'ai rapportée plus haut, sur la mauvaise influence des exercices excessifs, des longues promenades et d'une gymnastique prématurée trop active.

Le repos absolu de l'esprit d'abord, puis le « rationnement intellectuel » sont encore plus nécessaires, et lorsqu'il sera possible, nous prescrirons le séjour au grand air, le changement d'habitation, la vie à la campagne ou même sur la montagne à une altitude moyenne.

Bien des auteurs recommandent de ne pas instituer de médication. Ne combattez pas, disent-ils, une chlorose qui n'existe pas. Surtout ni fer, ni hydrothérapie, dit G. Sée, mais il ordonne l'iodure de potassium et la digitale. D'autres ont recours au bromure de potassium, etc.

Il me semble qu'il existe là une rigueur bien inutile. J'ai calmé, au moins pour quelques heures, au moment des paroxysmes, nombre de céphalées pubérales avec un peu d'antipyrine ou de pyramidon. Jamais je n'y ai vu d'inconvénient, bien au contraire ce soulagement momentané apportait du bien-être aux malades et rassurait les familles toujours promptes à s'alarmer et à prononcer les mots de méningite, etc. Lorsque la douleur me paraît due à une origine osseuse, je conseille en outre des applications directes, pommades au menthol, à l'ichtyol, à l'acide salicylique, etc. Au point de vue général, il convient d'ajouter la prescription de phosphates, auxquels on aura du reste songé dans l'alimentation qui comprendra aussi des albumines, des graisses et des aliments gélatineux.

Mais dans beaucoup de cas de céphalées d'origine génitale, et peut-être de céphalées de croissance, nous devons avoir recours à l'opothérapie; l'observation que j'ai rapportée au début de cette leçon nous encourage à persister dans cette voie thérapeutique. Si nous reconnaissons chez notre jeune malade quelques symptômes de dystrophie ovarienne, nous lui prescrirons des préparations ovariennes.

Une longue expérience m'a appris que cette médication est tout à fait exempte de périls et qu'elle peut être continuée longtemps sous forme de cachets de poudres d'ovaires, sous forme d'ovarine, de peptovarine, etc. Mais d'autres fois notre investigation nous amènera à pencher vers une insuffisance thyroïdienne et à dépister un myxœdème très fruste, une hypo-thyroïdie bénigne, et nous ordonnerons l'opothérapie thyroïdienne. Suivant certaines idées actuelles qui me paraissent fort judicieuses, nous pourrons aussi parfois combiner les deux opothérapies, ou bien, en alternant, faire succéder la thyroïde à l'ovaire, mais ces considérations rentrent plutôt dans le traitement de la dystrophie ovarienne en général.

Enfin il me reste à parler de l'hydrothérapie. Ni fer, ni hydrothérapie, dit G. Sée; cette défense reste tout à fait excessive. L'hydrothérapie nous rend les plus grands services et presque tous les auteurs reconnaissent en avoir obtenu d'excellents effets. Seulement suivant la recommandation de Beni-Barde, il ne faut pas la conseiller d'une manière uniforme à toutes les malades. Une jeune fille, à l'allure chlorotique, avec de l'aménorrhée et d'autres signes d'insuffisance ovarienne réclamera la douche froide sur tout le corps. On pourra la faire précéder « par un bain de pieds chaud ou par une douche très chaude sur la partie antérieure et interne des cuisses » destinés à stimuler la torpeur génitale.

Au contraire, chez une hyper-ovarique avec des ménorragies, on évitera de percuter le ventre ou la région centrale des lombes, « en se contentant d'un simple effleurage sur les extrémités inférieures. »

Je ferai encore une réserve à propos de la céphalée d'origine osseuse; pour celle-là, du moins, il vaut mieux s'abstenir d'hydrothérapie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 23 mars 1908)

Les leviers dans l'organisme. — M. Guillemin, en prenant pour exemple le travail qu'on effectue en se soulevant sur la pointe du pied, arrive à cette conclusion que le travail demandé au muscle est quadruple du travail utile : le moteur

humain ou plus exactement les conditions d'utilisation du moteur seraient donc très imparfaites.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 MARS 1908)

Tuméfaction mammaire et sécrétion lactée du nouveau-né. — MM. APERT et BUCAILLE présentent une fillette nouveau-née qui présente d'une façon exagérée le phénomène de la tuméfaction des seins avec ébauche de sécrétion lactée fréquente dans les premières semaines de la vie.

Chez cette enfant les seins sont volumineux comme chez une nouvelle accouchée et peuvent fournir en une seule traite une dizaine de grammes de lait. L'examen microscopique et l'analyse chimique de ce lait montrent l'identité avec le lait de femme en pleine lactation.

Un frère aîné de la fillette a présenté peu après sa naissance un phénomène analogue, quoique moins marqué. La notion hérédo-familiale semble la principale cause conditionnant le phénomène.

Méningite saturnine. — MM. E. MOSNY et M. PINARD rapportent deux cas de méningite saturnine aiguë.

Le premier de ces malades, peintre en bâtiments depuis plus de vingt ans, n'avait eu comme accidents saturnins que trois coliques de plomb nettement caractérisées. A la suite d'une quatrième colique survient une attaque épileptiforme suivie de phénomènes méningés rappelant le tableau clinique de la méningite tuberculeuse : somnolence, délire, photophobie, céphalée, raideur de la nuque et signe de Kernig. Température à 38°5.

La ponction lombaire révélait une lymphocytose de 80 à 100 éléments par champ. De nouvelles crises épileptiformes se produisirent. La guérison s'établit après une convalescence assez longue.

Le second malade, peintre également, depuis beaucoup moins de temps, n'avait jamais présenté d'accidents saturnins. A la suite d'une colique de plomb fruste, il perd subitement connaissance. Revenu à lui, il est pris le lendemain d'une crise épileptiforme sans cri initial, ni morsure de la langue. Il reste dans un état de torpeur avec subdélire pendant quatre jours, il quitte l'hôpital semblant conscient, mais agité.

La ponction lombaire révélait une dizaine de lymphocytes par champ. Rien ne pouvait faire penser à la syphilis dans les antécédents de ces deux malades. Dans le premier cas, il s'agissait de méningite saturnine aiguë, tardive chez un alcoolique. Il faut signaler la difficulté du diagnostic avec la méningite tuberculeuse d'autant plus que le malade présentait des lésions pulmonaires, l'évolution et l'inoculation négative du liquide céphalo-rachidien au cobaye permettent d'écarter ce diagnostic.

La méningite était précoce, au contraire, chez le second malade qui, fait à noter, était très sobre.

Un cas de mort subite au cours du diabète sucré par thrombose de la coronaire antérieure et infarctus du myocarde. — MM. MÉNÉTRIER et TOURAINE rapportent une observation d'infarctus hémorragique du myocarde sans anévrisme du cœur par thrombose de la coronaire gauche chez un diabétique, terminée par la mort subite sans aucun symptôme cardiaque antérieur. L'infarctus s'étend sur une moitié du ventricule gauche, sous l'endocarde qui est intact. La coronaire antérieure, très athéromateuse et par places calcaire, est oblitérée à l'origine du sillon interventriculaire par un caillot fibrineux adhérent. La coronaire droite et ses branches sont dilatées, établissant une certaine circulation complémentaire. L'aorte est également très athéromateuse.

Les auteurs insistent sur la dualité des lésions histologiques du myocarde, les unes purement mécaniques, c'est la dissociation par le sang des faisceaux musculaires et surcharge pigmentaire, les autres dégénératives montrant tous les stades de l'altération des faisceaux qui aboutit à l'état aréolaire typique et fournit ainsi une explication pathogénique de cet état.

Le diabète ne semble avoir agi que par son association avec l'artério-sclérose. Quant à la mort subite on peut expliquer son mécanisme par l'équilibre assez instable du fonctionnement d'un myocarde très altéré, mais compatible avec une survie suffisante pour l'évolution des lésions dégénératives, un effort léger du malade ayant suffi pour le détruire et provoquer une syncope mortelle.

Un cas d'instabilité thyroïdienne (neuro-arthritisme thyroïdien). — MM. LÉOPOLD-LÉVI et Henri DE ROTHSCHILD présentent une malade de quarante-cinq ans, atteinte de rhumatisme chronique partiel et offrant les caractères classiques du neuro-arthritisme.

L'analyse de son tempérament, en fonction thyroïdienne, montre l'association chez elle de phénomènes d'hypothyroïdie et d'hyperthyroïdie dans le présent et dans le passé.

C'est à cette association que convient le nom d'*instabilité thyroïdienne*, préférable à celui d'hypothyroïdie ou de dysthyroïdie.

En fait, 80 cachets environ de corps thyroïde ont équilibré le tempérament de la malade en même temps qu'ils l'ont guérie de son rhumatisme et améliorée de ses migraines.

La stomatite de l'huile grise. — MM. GAUCHER et L. BORY rapportent une huitième observation de stomatite grave gangréneuse et nécrotique consécutive aux injections d'huile et qui paraît spéciale à ce mode de traitement.

La maladie débute comme la stomatite moyenne et généralisée banale ; après une amélioration apparente, elle se localise sur l'os qu'elle nécrose en un point de prédilection qui est l'angle du maxillaire.

Cette nécrose se traduit ultérieurement par une tuméfaction unilatérale sous-maxillaire ou génienne, due à un œdème chronique inflammatoire qui augmente parallèlement à l'extension du processus.

La mort survient fréquemment (6 fois sur 8, dans des cas traités par différents médecins et dans différents services) par œdème de la glotte, broncho-pneumonie ou hémorragie brusque.

La première indication du traitement est l'incision précoce des nodules causés par l'huile grise dans les tissus et qui constituent une réserve de mercure longtemps persistante.

Angiomes, nævi pigmentaires, épithéliomes et cicatrices vicieuses traitées par le radium. — MM. WICKHAM et DEGRAIS présentés par M. BROCQ montrent une série de malades et de photographies aquarellées démontrant la valeur curative du radium dans le traitement de certaines affections rebelles de la peau. Leurs conclusions reposent sur trois années d'études et l'observation de 4 000 applications d'appareils à radium réparties sur 350 malades.

Les résultats favorables obtenus sur les nævi plans superficiels ou profonds ou les nævi tubéreux, pulsatiles et érectiles, sur les nævi pigmentaires et sur les épithéliomes ont déjà fait l'objet de communications antérieures. Certaines cicatrices viciées par la production ultérieure de chéloïdes ou de brides fibreuses saillantes peuvent aussi bénéficier de la radiumthérapie. L'action des rayons du radium est en effet très nette sur les chéloïdes et nivelle les brides saillantes.

Ces résultats sont obtenus par la combinaison ou le choix adaptés aux nécessités thérapeutiques de diverses méthodes dont voici les principales :

1° Méthode des applications directes à la peau qui permet d'utiliser la totalité de l'énergie des rayonnements en qualité et en quantité;

2° Le « filtrage » qui a pour but d'interposer des écrans entre les appareils et les tissus et de n'employer ainsi que ceux des rayons qui ont pu « filtrer » à travers ces écrans;

3° Le procédé du « feu croisé » qui a pour but de multiplier en une même séance courte dans la profondeur des tissus les rayons très pénétrants tout en intéressant leur surface de façon modérée.

Dans bien des cas il n'est nullement nécessaire de produire de réaction inflammatoire cliniquement visible et les guérisons s'obtiennent sans radiumdermite surajoutée ; mais lorsqu'une telle réaction est nécessaire et indispensable, celle-ci varie selon les dosages employés ; elle est fort peu douloureuse tant qu'on n'enlève pas les croûtes produites; elle laisse à sa suite un tissu de réfection de belle apparence. Les applications sont absolument indolores, ce qui facilite les traite-

ments chez les bébés et les gens pusillanimes. Leur durée varie selon les dosages nécessités; ceux-ci eux-mêmes dépendent de l'intensité de radio-activité des appareils utilisés. Lorsqu'il y a réaction les résultats sont obtenus en moyenne entre trois et six semaines.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 MARS 1908)

Traitement chirurgical des perforations intestinales de la fièvre typhoïde. — La discussion continue sur ce sujet. Chacun apporte ses faits. M. Mauclaire est intervenu quatre fois pour des perforations vraies ou fausses. Premier cas : phlegmon stercoral au vingtième jour, incision, guérison. Deuxième cas : péritonite par perforation, laparotomie au second jour, suture, mort dix jours après. Troisième cas : péritonite par perforation, opération le second jour, suture, drainage, mort. Quatrième cas : symptômes de perforation, opération six heures après, pas de perforation, mort.

Ainsi que le fait justement observer M. Mauclaire, il faut se méfier de ces fausses perforations, car chez les malades infectés une laparotomie exploratrice n'est pas indifférente. Pour ce qui est des vraies perforations, plus l'intervention est précoce, plus elle a de chances de succès.

M. Picqué est intervenu deux fois. Ses deux malades sont morts. Dans un cas, diagnostic douteux, attente vingt-quatre heures, intervention trop tardive, péritonite généralisée. Dans le second cas, intervention trois heures après, petite perforation difficile à suturer, drainage, mort vingt heures après.

M. Picqué relate, en outre, cinq observations dues à M. Dubujadoux, médecin en chef de l'hôpital militaire de Châlons. Sur ces cinq malades, un seul a guéri.

Tous ces faits tendent à prouver que la question de l'intervention chirurgicale, dans les cas de perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde, dépend de l'état local, de l'état général du malade et aussi de la précocité du diagnostic et de l'intervention.

Les faits de M. Hartmann ne sont pas précisément favorables à l'intervention. Premier cas : symptômes de perforation datant de la veille, empâtement local, état général grave. M. Hartmann s'abstient, mort cinq jours après. A l'autopsie on constate qu'une première perforation était enkystée et que la malade a succombé à une seconde perforation que la suture de la première n'aurait pas empêchée. Second cas : même état, M. Hartmann n'intervient pas. L'enfant guérit et est opéré trois mois après d'appendicite. Troisième cas, perforation au trente-troisième jour d'une fièvre typhoïde, évolution d'une péritonite enkystée. Après quelques semaines, ouverture, par le rectum, d'une vaste collection pelvienne, guérison.

Il résulte de ces faits qu'il est des perforations susceptibles de s'enkyster et de guérir spontanément ou, plus tard, à la faveur d'une simple incision d'abcès. M. Hartmann va jusqu'à penser qu'avant la production de la perforation, il a pu s'établir, par suite de la défense du péritoine, une barrière d'adhérences protectrices. Il vaudrait mieux, évidemment, dans ces cas, ne pas intervenir.

M. Quénu a observé 3 cas de perforations au cours de la fièvre typhoïde. Il conclut de ces faits que le diagnostic est parfois difficile et incertain : une jeune fille présente tous les symptômes d'une perforation intestinale. On ne l'opère pas; elle guérit. M. Quénu en conclut que c'était une pseudo-perforation. Dans un second cas, mêmes symptômes; on n'intervient pas; l'état s'aggrave et la malade meurt. Troisième cas, signes de perforation, laparotomie vingt heures après, suture d'une large perforation de l'iléon recouverte par le mésentère avoisinant. Mort, après six jours, de la rupture de la suture.

Contrairement à l'opinion soutenue par M. Loison, M. Quénu estime qu'il n'y a aucun avantage à retarder l'intervention. Il serait assez disposé à recourir à la suture dans les cas de petites perforations et, dans les cas de grandes perforations il préférerait l'abouchement de l'intestin perforé à la plaie cutanée. Enfin, M. Quénu croit aussi qu'il faut établir une distinction entre les cas de perforations libres et les cas de perforations avec adhérences.

Hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus. — M. Faure fait un rapport sur un intéressant travail de M. Jayle relatif à cette question. M. Jayle a opéré cinq cancers du corps et vingt-trois cancers du col de l'utérus.

Les faits de M. Jayle, comme ceux de M. Faure, montrent qu'avec un diagnostic précoce, et grâce à la technique moderne de l'hystérectomie large, le cancer de l'utérus devient le cancer le plus curable de tous, après celui du sein.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 MARS 1908)

Influence de l'hyperthermie expérimentale sur la composition du sang. — MM. E. Lesné et L. Dreyfus. Lorsqu'on examine le sang d'animaux dont la température est amenée aux environs de 42 degrés par un chauffage de plusieurs heures à l'étuve à 39 degrés on constate un abaissement considérable du nombre des globules blancs, qui ne fait jamais défaut. Le pourcentage des différentes variétés, difficile à cause du petit nombre d'éléments sur les lames, indique que l'abaissement porte d'abord surtout sur les polynucléaires, ultérieurement aussi sur les mononucléaires; le chiffre des cellules amphophiles est légèrement augmenté dans certains cas. L'alcalinité du sérum est nettement diminuée, les constatations sont plus difficiles à faire chez les animaux hyperthermisés par la piqûre du cerveau ou les injections de peptone.

Elimination du protoxyde d'azote. Répartition entre les globules et le plasma. — M. Nicloux. Le protoxyde d'azote s'élimine très vite : en cinq minutes, il a disparu complètement du sang, soit artériel soit veineux. Les globules fixent plus de protoxyde d'azote que le plasma.

L'action antihémolytique de la cholestérine. — M. H. Iscovesco rappelle les travaux antérieurs de L. Gérard et Lemoine et de Vincent sur l'action antitoxique de la cholestérine et de la bile ainsi que ceux de Roger sur la toxicité de cette même sécrétion. Il insiste sur les grands avantages que présente la cholestérine, produit non toxique en lui-même et dont il a étudié le pouvoir antihémolytique ainsi que sur les différences qu'il y a entre le pouvoir antihémolytique et le pouvoir antitoxique.

Action synergique du suc gastrique et pancréatique. — MM. Roger et Simon, dans une série de recherches antérieures, ont essayé d'établir que le suc gastrique, exactement neutralisé, augmente le pouvoir saccharifiant du suc pancréatique. Si quelques auteurs n'ont pas obtenu les mêmes résultats, c'est qu'il faut, pour les rendre évidents, se placer dans certaines conditions précises, et n'employer que de faibles doses de suc pancréatique. Ainsi, dans de nouvelles expériences, ils ont vu des doses de suc pancréatique, incapables à elles seules de saccharifier l'amidon, donner, en présence du suc gastrique, jusqu'à 7 milligrammes de sucre réducteur. Avec 1/4 de goutte de sucre pur, la quantité de sucre est de 0g019; si on ajoute du suc gastrique, la proportion de sucre monte à 0g050. Au contraire, si on emploie 2 centimètres cubes du liquide pancréatique, les différences deviennent négligeables, les quantités de sucre formé étant respectivement de 0g100 et de 0g107. Dans ces nouvelles recherches, les auteurs ont encore pu constater que le mélange de suc gastrique et de salive, inactif par lui-même, renforce l'activité du ferment pancréatique, encore plus énergiquement que le suc gastrique seul.

Vibrions cholériques dans les huîtres et les moules à Constantinople. — MM. Remlinger et Nouri. « On a signalé plusieurs fois, au cours des épidémies de choléra, l'apparition des premiers accidents chez des personnes ayant mangé des huîtres ou des moules. Il en a été ainsi au cours de la petite épidémie qui a sévi à Constantinople en janvier 1903 et nous avons été, à cette occasion, chargés d'analyser un grand nombre de mollusques provenant soit de la Corne d'Or, soit du Bosphore. Dans de nombreux échantillons, nous avons trouvé des vibrions présentant tous les caractères du véritable

vibrion de Koch et se distinguant seulement de lui par une agglutinabilité moindre sous l'influence des sérums spécifiques. Encore qu'il n'y ait nullement là un argument péremptoire, nous ne pensons pas avoir isolé de ces mollusques le microbe même du choléra asiatique, mais des germes voisins capables de jouer un rôle dans la genèse des diarrhées cholériformes souvent signalés après ingestion d'huîtres. Si des microbes extrêmement voisins du vibrion cholérique se rencontrent dans les huîtres, on peut en conclure que ces mollusques constitueraient, le cas échéant, un excellent milieu pour le véritable vibrion. D'où le danger de cet aliment en cas d'épidémie. »

Sur la recherche de l'indol dans les cultures microbiennes. — MM. Nonotte et Demanche. A une culture dans 20 centimètres cubes d'eau peptonée à 2 p. 100 additionnée de 5 p. 1000 de chlorure de sodium et neutralisée, ajouter un centimètre cube d'une solution de nitrate de potasse à 1/1000 et VIII gouttes d'acide sulfurique concentré, puis porter à l'ébullition la partie supérieure du tube de culture. Si la culture contient de l'indol, le liquide s'éclaircit et la coloration rosée apparaît avec la plus grande netteté dans la partie chauffée sous forme d'un tube coloré qui tranche avec la partie inférieure du tube incolore ou faiblement dorée. Au bout de quelques heures, la culture se dépose, et le liquide clair reste uniformément teinté.

Autres communications :

Note sur la sensibilité des mammifères à la tuberculine. — MM. Marie et Tiffeneau.

Quantité de protoxyde d'azote dans le sang, au seuil de l'anesthésie, pendant l'anesthésie confirmée, au moment de la mort. — M. Nicloux.

Sur le calcium du suc pancréatique. — M. Pozerski.

La sous-péricardite. — M. Babès.

Changements morphologiques des cellules des ganglions spinaux dans le mal de Pott. — MM. Marinesco et Minea.

Maladie lépreuse des rats et ses relations avec la lèpre humaine. — M. Marinesco.

Sur quelques lésions des glandes parathyroïdes chez les pellagreux. — M. Marinesco.

Essai d'atténuation du virus de la fièvre aphteuse. — MM. Starcovici et Calinesco.

Mode d'action des présures aux températures élevées. — M. Gerber.

Tumeur du médiastin à tissus multiples chez un canard. — MM. Alezais et Cotte.

Un appareil nouveau pour mesurer la viscosité du sang. — M. Zangger.

Structure comparée du tissu osseux. — M. Retterer.

Sur l'élimination de l'acide carbonique par la grenouille dans un gaz inerte. — M. Weiss

Formation de corps spirillaires dans une culture d'amibe. — M. Gauducheau.

FORMULAIRE

PARA ET PÉRIMÉTRITES

Thigénol « Roche »	1g50
Chlorhydrate de morphine	0g01
Extrait de belladone	0g01
Glycérine solidifiée	15 grammes.

Pour 1 ovule n° 10, un ou deux par jour.

Injections antiseptiques très chaudes, à 40 degrés environ. Faire chaque jour un pansement avec un tampon d'ouate hydrophile fortement imprégné de la solution :

Thigénol « Roche »	40 grammes.
Glycérine	60 —

Si les tamponnements ne peuvent être pratiqués, employer les Ovules « Roche » au thigénol dosés à 30 p. 100.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 AVRIL 1908

THÈSES

Mercredi 8 avril 1908, à une heure. — M. Dubedat. Etude sur un médecin gascon du XVIe siècle : Joseph du Chesne, sieur de la Violette, dit Quercetanus. (MM. Lannelongue, président; Segond, Lecène et Ombrédanne). — M. Auvret. Contribution à l'étude des luxations récidivantes de l'épaule. (MM. Segond, président; Lannelongue, Lecène et Ombrédanne.) — M. Deturck. Contribution à l'étude de l'ostéite des nacriers. (MM. Segond, président; Lannelongue, Lecène et Ombrédanne.) — M. Elie. Récidives et fausses récidives dans les mastoïdites. (MM. Segond, président; Lannelongue, Lecène et Ombrédanne.) — M. Fabignon. Etude sur les ruptures spontanées du cordon ombilical. (MM. Pinard, président; Reclus, Proust et Couvelaire.) — M. Goldenstein. Contribution à l'étude des métrorragies d'origine syphilitique. (MM. Pinard, président; Reclus, Proust et Couvelaire.) — Mlle Grosmann. Contribution à l'étude de la méthode Bier dans le traitement des métrites cervicales (applications des ventouses sur le corps utérin). (MM. Pinard, président; Reclus, Proust et Couvelaire.) — M. Guibourg. Traitement chirurgical de l'abcès du poumon. (MM. Reclus, président; Pinard, Proust et Couvelaire.) — M. Herard. Traitement esthétique des fractures de la clavicule. (MM. Reclus, président; Pinard, Proust et Couvelaire.)

Jeudi 2 avril, à une heure. — M. Fendeklian. Introduction à l'étude de la porencéphalie traumatique. (MM. Dieulafoy, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. Missakian. Pleurésie hémorragique tuberculeuse. (MM. Dieulafoy, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. Lesbroussart. Les accidents du traitement arsenical de la chorée de Sydenham. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. Barbé. Etude des dégénérations secondaires (bulbo-protubérantielle et médullaire) du faisceau pyramidal. (MM. Gilbert Ballet, président; Dieulafoy, Hutinel et Jeanselme.) — M. Cullere. Des rétractions tendineuses et de l'amyotrophie consécutives aux attitudes stéréotypées dans les psychoses. (MM. Joffroy, président; Chantemesse, Langlois et Claude.) — M. Descola. Contribution à l'étude des troubles de la volonté chez le neurasthénique. (MM. Joffroy, président; Chantemesse, Langlois et Claude.) — M. Bourzac. Le transport par mer des émigrants. (MM. Chantemesse, président; Joffroy, Langlois et Claude.) — M. Divaris. Médicaments galacto-dynamiques. (MM. Chantemesse, président; Joffroy, Langlois et Claude.) — Mlle Kotliarewsky. Etude sur les métrorragies d'ordre réflexe et congestif. (MM. Pozzi, président; Albarran, Quénu et Launois.) — M. Goupil. Contribution à l'étude des tumeurs des glandes surrénales. (MM. Albarran, président; Pozzi, Quénu et Launois.) — M. Desmarest. Le cancer du cæcum. (MM. Qnénu, président; Pozzi, Albarran et Launois.) — M. Guillerme. Contribution à l'étude des parotidites au cours de la fièvre typhoïde. (MM. Quénu, président; Pozzi, Albarran et Launois.)

Avis. — Par suite du rattachement à des hôpitaux pourvus d'un service d'accouchement des sages-femmes agréées auprès des hôpitaux Hôtel-Dieu, Necker, Bichat, les personnes indigentes ou nécessiteuses qui, antérieurement, se seraient présentées, pour faire leurs couches, auxdits établissements, devront, suivant leur domicile, se rendre, à partir du 1er avril 1908, dans les hôpitaux ci-après, d'où elles seront envoyées, s'il y a lieu, chez les sages-femmes agréées :

IIIe arrond. : Lariboisière; XVIIIe arrond. : Lariboisière ou Beaujon; VIIIe, XVIe, XVIIe arrond. : Beaujon; VIIe arrond. : Charité ou Boucicaut; XVe : Boucicaut; Ier, IIe, VIe arrond. : Charité; IVe, Ve arrond. : Pitié.

Il est rappelé aux personnes qui ont l'intention de venir accoucher dans une Maternité hospitalière qu'elles doivent se faire inscrire à l'avance dans cette Maternité.

La consultation des femmes enceintes a lieu à toute heure du jour et de nuit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admission.* — Le jury est définitivement composé de MM. J. Renault, Letulle, Boulloche, Thiroloix, Gaucher, Queyrat, Dalché, Hudelo et Souligoux.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 30 mars : MM. Piquand, 24; Chevrier, 27; Alexandre, 20.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Question donnée : « Iris, anatomie et physiologie. »

Jugement des titres. — Séance du 30 mars : MM. Chaillous et Monthus, 28; Cantonnet, 27.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 30 mars. — Question : « Surface articulaire. Ligaments et mouvement de l'articulation tibio-tarsienne. — Symptômes et diagnostic de l'ostéomyélite aiguë des adolescents. »

MM. Vernes, 14 + 21 = 35; Bloch, 14 + 19 = 33; Dreyfus, 13 + 16 = 29; Lemarignier, 13 + 20 = 33; Ferry, 13 + 18 = 31; Viel (Emile), 14 + 16 = 30; Roudinesco, 16 + 21 = 37; Josset-Moure, 15 + 22 = 37; Maisons, 14 + 21 = 35; Petit (Paul), 15 + 22 = 37.

ÉCOLE D'ALGER. — M. le docteur Weber, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy est nommé professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à l'Ecole d'Alger en remplacement de M. Bouin.

L'INCIDENT DU DISPENSAIRE E. LOUBET. — Le comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris nous communique la note suivante :

« Deux de nos camarades — internes au dispensaire Emile-Loubet — se sont vu brutalement, remerciés par l'administration de cet établissement. Aucune raison ne leur fut donnée. Il n'y en avait d'ailleurs aucune. Les internes de ce dispensaire étaient en fonction l'un depuis dix mois, l'autre deux mois, et avaient été appelés à ce poste — qu'ils occupaient à la satisfaction de leurs chefs et des malades — par les médecins de l'établissement. Ceux-ci ont protesté énergiquement contre le renvoi aussi brutal qu'injustifié dont nos camarades sont les victimes.

Ces camarades se sont adressés à leur groupement corporatif. Nous avons fait une enquête, qui est complètement en leur faveur, et nous avons l'intention de poursuivre leur défense avec énergie.

Nous ne permettrons pas que la situation de nos camarades puisse être compromise, et que leur honorabilité incontestable soit discutée, et cela par suite de la haine ou du mauvais vouloir d'une administration dont les habitudes autoritaires ne sauraient excuser l'impolitesse. — *Le Comité de l'A. C.* »

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — I. COURS DE TECHNIQUE HISTOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC OCULAIRE. — M. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, commencera le vendredi 1er mai 1908, à deux heures, au laboratoire du service d'ophtalmologie, une série de démonstrations avec exercices pratiques en collaboration avec MM. Manouélian et Carlotti.

Ce cours comprendra douze démonstrations et aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, après-midi.

II. COURS DE TECHNIQUE DES OPÉRATIONS SUR L'ŒIL ET LES ANNEXES DE L'ŒIL. — M. Morax commencera le lundi 1er juin 1908 un cours qui comprendra dix démonstrations avec exercices pratiques et qui se continuera les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Il fait partie des cours et exercices techniques de médecine opératoire régionale organisés sous la direction de M. P. Sébileau.

Consulter les affiches spéciales et s'inscrire chez le secrétaire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le professeur Féron-Vrau (de Lille), fondateur de la Faculté catholique de Lille et de plusieurs œuvres charitables ou hôpitaux.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — MM. Cauchoix, prosecteur, et Beaufumé, ancien interne, commenceront une nouvelle conférence d'internat le 1er mai. S'inscrire auprès de M. Cauchoix, à l'Ecole pratique, ou de M. Beaufumé, à l'hôpital Saint-Antoine.

CLINIQUE MÉDICALE

LES BACILLIFÈRES ÉBERTHIENS (1)

Par P.-E. LAUNOIS,

Médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé, chargé de cours.

Dans une précédente leçon (2), j'ai attiré votre attention sur la constance de l'infection des voies biliaires au cours de la fièvre typhoïde, sur son mécanisme et sur la persistance possible et plus ou moins prolongée de bacilles d'Eberth virulents dans la bile. Vous n'avez pas oublié les faits, et je ne veux vous rappeler que les plus démonstratifs, rapportés par Faitout et Ramond, par Droba, par Hunner qui ont retrouvé des germes pathogènes cinq ans, dix-sept ans, vingt ans même après une infection éberthienne. Les hasards de la clinique viennent de nous permettre de faire les mêmes constatations qu'eux chez une lithiasique qu'a opérée mon collègue et ami Cunéo et qui était porteuse de bacilles typhiques virulents depuis onze ans.

Agée de trente-deux ans, exerçant la profession de domestique, Marie D... a été hospitalisée salle Trousseau, lit 29 *bis*, le 21 février dernier, pour des accidents de lithiase biliaire.

En l'interrogeant, elle nous apprend qu'elle est exempte de tout antécédent personnel ou héréditaire et qu'elle a eu, à vingt-trois ans, une fièvre typhoïde qui évolua sans complications. Deux ans après, elle a eu une première crise de colique hépatique et celle-ci se répéta d'une façon régulière tous les cinq ou six mois. Depuis deux ans, les crises se sont rapprochées et l'ictère est presque permanent. Le dernier accès, qui remonte à trois semaines, est survenu à la suite d'une longue promenade en voiture, faite trois heures après le repas. Comme dans tous les autres, il y a eu quelques vomissements alimentaires et bilieux, des douleurs dans l'hypocondre droit se propageant dans la région dorso-scapulaire, des accès de fièvre s'accompagnant de sueurs, de l'ictère, du prurit, de la pigmentation de l'urine, de la décoloration des garde-robes.

L'examen de la malade confirme l'exactitude de ce complexus symptomatique et nous permet de constater que le foie a conservé ses dimensions normales. La palpation, même légère, détermine de la douleur au niveau du point de Flemming, c'est-à-dire dans la région où le bord externe du muscle grand droit rencontre le rebord costal. Les troubles digestifs sont peu marqués et pourtant la malade a maigri; ses matières continuent à être décolorées. L'urine est foncée, ne renferme ni sucre, ni albumine, la réaction de Gmelin est caractéristique.

La séro-réaction, faite à l'aide d'une culture fraîche, ayant été positive, nous fûmes amené à conclure que les voies biliaires étaient habitées par des bacilles encore virulents. N'ayant pu faire l'examen bactériologique des fèces, nous avions hâte de confirmer notre supposition au moment de l'opération, que la malade réclamait d'ailleurs.

Celle-ci fut pratiquée en notre présence le 2 mars par Cunéo avec l'assistance de Picot. Elle permit l'évacuation de calculs nombreux et de petit volume; elle se termina par cholécystectomie.

La bile, les calculs, recueillis aseptiquement, furent immédiatement utilisés pour des recherches bactériologiques.

Au bout de vingt-quatre heures, le bouillon, ensemencé avec la bile, se troubla et le trouble augmenta pendant les jours suivants, sans qu'il se dégageât aucune odeur et sans qu'aucune pellicule se développât sur sa surface.

L'ensemencement sur gélose provoqua, au bout de vingt-quatre heures, le développement de nombreuses petites colonies rondes et très fines.

L'examen microscopique décèle sur des préparations non colorées la présence de nombreux petits bâtonnets, quelques-uns plus longs, mais tous très mobiles.

Ces bâtonnets se décolorent par le Gram.

Après coloration par le violet de gentiane simple, ils se présentent sous la forme de bâtons courts, de dimensions plus minces que celles que présentent habituellement les colibacilles.

Pratiquée avec le sérum sanguin d'une typhique, la séro-réaction fut positive. L'agglutination fut nette à 1/20, faible à 1/30, négative à 1/40.

Ces constatations justifiaient l'exactitude de nos prévisions et démontraient la persistance, onze ans après une fièvre typhoïde, de bacilles d'Eberth virulents dans les voies biliaires.

La malade, dont je viens de vous résumer l'histoire clinique, vient donc grossir d'une unité le nombre des sujets qui, longtemps après l'infection éberthienne, continuent à être des *porteurs chroniques de bacilles*, ou, d'un mot, des *bacillifères*.

En étudiant précédemment avec vous la pathogénie de la lithiase biliaire, je vous ai indiqué les accidents (lithiase, cholécystite, angiocholite) qui surviennent chez les bacillifères. Je voudrais vous montrer aujourd'hui les dangers qu'ils font courir à leur entourage et le rôle qui leur revient dans la dissémination des germes virulents. Mais, avant d'aborder ce nouveau et si intéressant problème, je voudrais vous montrer, tout au moins succinctement, comment se sont peu à peu précisées les notions que nous possédons sur les modes de propagation de la fièvre typhoïde.

Il y a trente-deux ans, à l'époque où je commençais mes études de médecine, la théorie imaginée par von Pettenkoffer jouissait d'une vogue considérable; elle faisait jouer un rôle prépondérant, dans la dissémination de la maladie, aux oscillations du niveau de la nappe d'eau souterraine. J'entends encore mes premiers maîtres de Reims expliquer comment, en pareil cas, se faisait la contamination des puits et des sources.

Après l'avènement de la bactériologie, cette théorie

(1) Leçon faite à l'hôpital Lariboisière, le 14 mars 1908.

(2) P.-E. Launois. Lithiase biliaire et fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1908, nº 33, p. 387.

fût complètement délaissée. En se basant sur les acquisitions de la science nouvelle, on formula ce principe, accepté aujourd'hui par presque tous les hygiénistes et les pathologistes : *le germe de la fièvre typhoïde émane toujours, en dernière analyse, d'un typhique; il est représenté par une bactérie, le bacille d'Eberth-Gaffky*. On ne connaît pas d'espèce animale susceptible de contracter *spontanément* une infection par ce bacille. Donc l'infection typhique ne peut se développer qu'à la suite d'une contamination par le bacille pathogène provenant d'un sujet en puissance de cette même infection.

Ces données posées, il restait à s'entendre sur le mode de propagation des germes pathogènes ou, si vous le préférez, sur les modalités du contage. La *théorie hydrique*, qui avait déjà été acceptée en Angleterre et un peu plus tard en France, avant que ne fût admise l'origine bactérienne de la fièvre typhoïde et avant qu'on ne fût nettement fixé sur l'identité du germe bactérien de cette maladie, la théorie hydrique est, depuis vingt ans, en faveur auprès des épidémiologistes de tous les pays civilisés. Elle incrimine, vous le savez, l'eau destinée aux usages domestiques, et, en particulier, l'eau prise en boisson, comme le principal véhicule du contage de l'infection éberthienne. Vous n'ignorez certes pas les créations dont l'application de cette doctrine a été le point de départ : approvisionnement des villes en eau de source, canalisations fermées pour l'adduction des eaux, installations de fosses d'aisance étanches, etc.; toutes ces créations marquent un progrès considérable dans le domaine de l'hygiène publique, et, en fait, elles ont fait diminuer, dans nombre de villes, et d'une façon parfois très appréciable, le taux de la morbidité et de la mortalité par fièvre typhoïde. Mais, et il faut bien le reconnaître, nombre de ses adeptes, hygiénistes ou médecins, se laissèrent gagner par un exclusivisme regrettable. Ils admettaient bien la possibilité de la contagion par contact, de celle que l'on observe chez des personnes soignant des typhiques, du transport du contage par des linges, des vêtements, des ustensiles de ménage et autres, voire même par l'air, mais ne se préoccupaient que de la propagation du germe typhique par l'eau et, d'une façon accessoire, de sa dissémination par certains aliments tels que le lait, les huîtres, les légumes provenant des champs d'épandage. Or, la théorie hydrique nous permet surtout d'expliquer la genèse des *épidémies de fièvre typhoïde à marche explosive*, de celle, par exemple, qui succède à la contamination d'une conduite d'adduction d'eau. Si les mesures prophylactiques, qui en furent la conséquence, ont remédié dans une large mesure aux dangers inhérents à ces sortes d'épidémies, elles sont demeurées impuissantes, je ne crains pas de vous le dire, dans certaines *endémies*, dans des foyers localisés dans certains quartiers d'une ville, dans un groupe de villages rapprochés les uns des autres, dans un asile, dans une caserne, dans une ferme, dans une maison. Ces endémies possèdent des caractères un peu particuliers. Elles semblent même affecter une allure à marche progressive, non pas si on totalise simplement le nombre des malades, mais surtout si on tient compte des périodes de temps, mois ou années, pendant lesquelles s'est étagée la morbidité.

La lutte systématique entreprise contre la fièvre typhoïde dans certaines villes, dans certains districts de l'Empire d'Allemagne, en particulier dans le cercle de Trèves, a démontré que, pour expliquer la genèse de ces endémies et pour pouvoir leur opposer une prophylaxie efficace, il fallait faire intervenir la *contagion par contact*, je veux dire la transmission directe ou médiate du germe typhique d'un individu de notre espèce à un autre individu.

Vous comprenez maintenant le rôle que l'on a été amené à faire jouer dans la production et l'entretien de ces foyers endémiques aux porteurs chroniques de bacilles d'Eberth et vous ne serez pas surpris de me voir admettre avec Fresch et Donitz que *les bacillifères éberthiens sont les agents inconscients de la dissémination des germes pathogènes dans nombre de ces épidémies de maison, de caserne, d'asile, de quartier, de village*, dont vous avez certainement entendu parler.

Habituellement, comme viennent encore de le démontrer les recherches de Brion et Kayser qui ont porté sur 154 malades, chez la grande majorité (93 p. 100) des convalescents de fièvre typhoïde, les fèces ne recèlent plus de bacilles d'Eberth quinze jours après la défervescence. D'après celles de Simon et Dennemark, l'excrétion des bacilles s'effectue par poussées et est complète au bout de trois semaines.

Chez la plupart des convalescents, ce résultat se maintiendra indéfiniment. Mais chez quelques-uns, on sera à même de constater que, par intervalles, les bacilles typhiques réapparaissent. Dans les déjections des voies biliaires, qui constituent leur repaire habituel, ils sont par intermittences déversés dans l'intestin. Kayser a rapporté le cas d'une femme, âgée de soixante et un ans, qui avait eu de la fièvre typhoïde en février et mars 1904, et qui excrétait encore des bacilles en avril. Pendant la première moitié de mai, l'examen de ses selles ne permit pas d'en découvrir et les recherches faites depuis furent tantôt positives, tantôt négatives.

Des recherches poursuivies au laboratoire bactériologique de l'Institut d'hygiène de Strasbourg avec autant de patience que de méthode, il résulte qu'*un convalescent sur cent demeure un bacillifère chronique*. Quoique faible, cette proportion a néanmoins une importance qui ne vous échappera pas.

De plus, et la chose va au premier abord vous surprendre, l'infection éberthienne latente peut se rencontrer chez des sujets qui n'ont jamais eu la fièvre typhoïde. Sur un total de 1800 personnes bien portantes, mais qui s'étaient trouvées en contact avec des typhiques et dont les déjections ont fait l'objet d'examens bactériologiques, Kayser en a trouvé 27, c'est-à-dire 15 p. 100, qui excrétaient des bacilles d'Eberth à titre habituel ou à titre purement transitoire.

De ce premier groupe de bacillifères, dont les selles peuvent renfermer, de façon plus ou moins durable, des germes pathogènes, il me faut vous rapprocher ceux qui présentent une *bactériurie ty-*

phique plus ou moins prolongée. Dès 1881, au Congrès international de médecine tenu à Londres, Bouchard rapportait avoir constaté la présence des bacilles d'Eberth dans l'urine des typhiques. On a depuis analysé les modes suivant lesquels se fait cette élimination, sa durée, sa prolongation et même sa persistance. Parmi les travaux les plus importants consacrés à ces recherches, je vous citerai ceux de Neufeld en Allemagne, de Mahaut en France. En date, le dernier, chez nous, est dû à mon jeune et distingué collègue de l'Université de Lyon, Lesieur. Il a montré que la bactériurie pouvait avoir une longue persistance après la guérison de la fièvre typhoïde, alors qu'habituellement elle se fait d'une façon massive trois ou quatre semaines après la chute de la température et disparaît complètement. Gwyn a relaté l'histoire d'un malade qui, cinq ans après une fièvre typhoïde, éliminait encore des bacilles par l'urine. Laissez-vous dire que ces derniers peuvent avoir la même action nocive dans la vessie que dans la vésicule biliaire et provoquer une cystite.

Nous conclurons de toutes ces données que certains sujets, pendant un temps plus ou moins prolongé après une atteinte de fièvre typhoïde, que certaines personnes ayant vécu dans l'entourage des typhiques sans avoir présenté elles-mêmes des symptômes de l'infection, peuvent demeurer des bacillifères éberthiens et devenir, par leurs excreta (selles et urine), les agents de la dissémination des bacilles pathogènes.

Permettez-moi, en m'appuyant sur des faits bien observés, de vous démontrer l'exactitude de cette assertion.

Un ouvrier boulanger tombe malade le 20 mai 1904; il entre à l'hôpital où on diagnostique une fièvre typhoïde et il en meurt dans le courant de la troisième semaine. On fait une enquête chez la patronne qui l'occupait et on apprend que celle-ci avait eu la fièvre typhoïde dix ans auparavant, et que, depuis lors, tout ouvrier ou apprenti, nouvellement embauché, ne tardait pas à être affecté de « dérangement d'estomac ou de catarrhe intestinal ». Ce résultat, la susdite patronne le mettait sur le compte de la trop bonne nourriture qu'elle donnait à son personnel. Une enquête démontra que ses selles renfermaient des bacilles d'Eberth. Le 8 août 1905, son propriétaire, qui usait des mêmes cabinets d'aisance qu'elle, eût, à son tour, la fièvre typhoïde, à laquelle il succomba le 31 août. Et ainsi fut expliquée la pathogénie de cette endémie limitée à une maison.

La même explication est applicable à certaines endémies de quartier. Du 5 au 23 juin 1905, on releva, à Strasbourg, 8 cas de fièvre typhoïde et du 1er au 29 août, 9 autres, au total 17, dont 2 avec dénouement fatal. Tous se rapportaient à des malades qui avaient consommé du lait cru, bien qu'on eût signalé à la population le danger de cette pratique. Une enquête fût instituée par l'inspection sanitaire; elle démontra que la fermière, spécialement préposée à la laiterie, rendait des bacilles d'Eberth avec ses déjections et on décida que le lait ne quitterait plus la ferme sans être pasteurisé. A partir de ce moment, il ne se produisit plus de cas de fièvre typhoïde dans la clientèle de la ferme.

Dans la si intéressante étude que vient de faire paraître Kossel, se trouve rapportée l'histoire d'un porcher, porteur de bacilles d'Eberth, qu'on employait accessoirement à la traite des vaches et auquel il arrivait souvent de traire journellement 5 à 10 animaux; il avait contaminé le lait et propagé la fièvre typhoïde. On l'éloigna de la vacherie et l'affection disparut dans le quartier qui s'alimentait avec le lait qui en provenait. Une nouvelle apparition de l'infection coïncida avec la reprise par le domestique des occupations qui lui avaient été interdites.

Nieter et Liefmann ont, de leur côté, fait une enquête dans un asile d'aliénés abritant 900 femmes. La fièvre typhoïde régnait à l'état endémique dans un quartier de cet asile occupé par 250 pensionnaires. L'examen systématique des fèces démontra que 7 d'entre elles, dont aucune ne présentait d'ailleurs de symptômes de fièvre typhoïde, étaient bacillifères. On put établir que tous les cas intérieurs étaient survenus dans les salles où avaient séjourné ces 7 femmes et on put faire disparaître l'endémie par leur isolement rigoureux.

Le médecin militaire hongrois Pollak, le professeur Fresch ont montré de même le rôle des bacillifères dans des endémies de caserne ou de village.

Je voudrais pouvoir vous citer en entier le si curieux rapport dans lequel Fresch rend compte des résultats obtenus dans la lutte poursuivie contre la propagation de la fièvre typhoïde dans le district de Trèves. Les faits les plus intéressants y abondent, tout particulièrement ceux démontrant la contagion par contact.

Conradi, dans de récentes recherches sur les modes de contagiosité de la fièvre typhoïde, met en valeur le rôle joué par les porteurs chroniques de bacilles. Il les divise en trois catégories : les *primaires* sont ceux qui ne présentent aucune manifestation morbide et qui n'ont pas eu, autant qu'on puisse l'établir, une fièvre typhoïde antérieure; les *secondaires* sont ceux qui, convalescents d'une atteinte de l'infection, continuent d'excréter des bacilles d'Eberth pendant plus de dix semaines après le début de leur maladie, mais qui ne les excrètent que d'une façon intermittente; les *tertiaires* sont ceux qui, après une atteinte de fièvre typhoïde, excrètent le bacille d'Eberth d'une façon durable et continue.

D'après Conradi encore, chez les porteurs du bacille d'Eberth, *la virulence des bacilles* excrétés est susceptible des mêmes variations que chez les typhiques. Cette virulence ne présente pas une grandeur fixe.

Toutes ces données nouvelles comportent des conclusions pratiques qui sont de différents ordres. Je ne veux retenir votre attention que sur les plus importantes.

La première est que, si vous êtes appelés un jour à combattre une endémie de fièvre typhoïde, vous ferez analyser l'eau, le lait, au besoin certains aliments; mais, plus avisés parce que plus instruits, si

vos premiers résultats sont négatifs, vous penserez aux bacillifères. Vous rechercherez les porteurs chroniques de bacilles parmi les anciens typhiques, parmi les personnes qui leur auront donné des soins et vous demanderez l'analyse microscopique de leurs excreta.

La seconde est, qu'ayant retrouvé des bacillifères, susceptibles d'être inconsciemment les agents de la dissémination des germes, vous les soumettrez à un isolement rigoureux, vous chercherez à faire disparaître leur microbisme latent, biliaire ou urinaire, par des moyens appropriés. Les sels de soude, le calomel pour le foie, l'urotropine à la dose de 1 à 3 grammes par jour, les lavages avec des solutions étendues de permanganate de potasse pour la vessie, voilà les moyens que vous mettrez en œuvre.

Vous n'allez plus être surpris d'apprendre que certains chirurgiens, à l'exemple de Dehler, ont eu recours à la cholécystostomie ou à la cholécystectomie pour détruire le nid biliaire des microbes pathogènes. Vous vous expliquerez aussi la conduite des médecins qui, comme Grimm, chargés de surveiller et de diriger des asiles d'aliénés, proposent de soumettre à des examens bactériologiques systématiques les excréta des anciens typhiques et des nouveaux arrivants, qu'il s'agisse de malades ou d'infirmiers chargés de leur donner des soins. Cette méthode est d'ailleurs de pratique courante dans nombre d'asiles d'aliénés en Allemagne.

En France, nous sommes impuissants parce que nous ne sommes pas armés pour entreprendre une campagne cependant indispensable. Mais si les médecins civils en sont encore, chez nous, réduits à avouer leur impuissance, il n'en est plus de même pour les médecins militaires. Aussi actif que soucieux de la santé des soldats, notre sous-secrétaire d'Etat à la Guerre vient de faire paraître une circulaire relative à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Basée sur un remarquable rapport du médecin-inspecteur Vaillard, aussi savant bactériologiste que sagace hygiéniste, depuis hier directeur de l'Ecole de santé du Val-de-Grâce, cette circulaire édicte un certain nombre de mesures, dont quelques-unes ont plus particulièrement trait aux bacillifères. Je ne puis vous les laisser ignorer ; vous aurez tout profit, du reste, à les retenir et à les mettre, au besoin, en pratique.

Art. V. — *Afin d'éviter la contamination des sujets sains par des sujets porteurs de bacilles, on devra maintenir à l'hôpital les malades atteints de fièvre typhoïde, jusqu'à ce que l'examen bactériologique des selles et des urines ait démontré l'absence du bacille d'Eberth dans les excrétions.*

Art. VI. — *Si un typhoïdique guéri, mais encore porteur de bacilles, est autorisé à sortir de l'hôpital par congé de convalescence, il sera dûment averti des dangers que son état peut encore faire courir à son entourage et une instruction écrite lui sera remise, indiquant les précautions à prendre en vue de les éviter.*

Art. VII. — *Tout militaire qui, ayant été atteint de la fièvre typhoïde, retourne à son corps après un congé de convalescence, sera soumis à un examen dans le but d'établir s'il est encore porteur de bacilles typhiques. Dans l'affirmative, un nouveau congé lui sera accordé, jusqu'à ce qu'il cesse d'être un danger possible pour la collectivité.*

D'une manière très exceptionnelle, si des sujets restent porteurs de bacilles pendant plusieurs années, l'intérêt général justifiera leur présentation devant la commission de réforme.

Art. VIII. — *Les militaires ayant été atteints de fièvre typhoïde ne seront jamais, après leur retour au corps, utilisés dans les cuisines, dans les mess, les cantines, c'est-à-dire affectés à des emplois où ils auraient à manipuler des substances servant à l'alimentation.*

L'impulsion est donnée : puissent ces sages mesures se généraliser et s'opposer à la propagation d'une maladie infectieuse, en grande partie évitable, et marquer une étape importante dans les progrès de l'hygiène moderne !

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 MARS 1908)

Statistique obstétricale. — M. Pinard a fait une intéressante communication dans laquelle il donne la statistique de sa pratique hospitalière dans ces 25 dernières années de 1882 à 1908. Dans ce laps de temps, à Lariboisière de 1882 à 1889 et à Baudelocque de 1889 à 1908, 56 177 femmes sont passées dans ces deux services; 291 ont succombé, soit 0,51 p. 100. Cette mortalité très faible est due, selon M. Pinard, aux progrès constants de l'antisepsie et à une meilleure technique obstétricale, dont le mérite revient à Lucas-Championnière et à Tarnier. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant, c'est que d'après les chiffres fournis par M. Pinard, cette amélioration va toujours en s'accentuant. Par exemple, alors qu'à Lariboisière, la mortalité était de 0,74 p. 100, à Baudelocque elle n'était plus que de 0,47 p. 100. Et même, dans la dernière année 1907, M. Pinard n'a eu à déplorer qu'un décès dans son service.

Il semblerait, d'après M. Pinard, que les résultats des accouchements faits en ville seraient généralement meilleurs. Il attribue ces changements favorables à la consultation permanente pour les femmes enceintes qu'il a installée depuis 1897; 69 272 femmes sont passées par cette consultation et ont reçu des conseils très utiles.

Ces progrès ont aussi profité aux enfants nouveau-nés dont les affections habituelles et en particulier l'ophtalmie, sont devenues d'une extrême rareté.

Malheureusement le nombre des mort-nés reste toujours aussi élevé sous l'influence de l'alcoolisme et de la syphilis des parents.

En terminant, M. Pinard insiste sur l'importance de ce qu'il a appelé la puériculture intra-utérine, c'est-à-dire les soins à donner à l'enfant avant sa naissance, le repos de la mère, etc.

La belle statistique présentée par M. Pinard a vivement impressionné l'Académie qui a beaucoup applaudi aux efforts accomplis par l'éminent professeur de clinique obstétricale.

Tuberculine. — M. Zichoff a lu une note sur des recherches de laboratoire qu'il a faites relativement à la tuberculine de Jacobs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 MARS 1908)

Hérédo-syphilitiques et traitement spécifique. (*Suite de la discussion.*) — M. OZENNE, après avoir rappelé que les enfants, atteints de manifestations syphilitiques après leur naissance, doivent être traités immédiatement et jusqu'à leur complet développement, envisage les différentes catégories d'hérédo-syphilitiques adoptées par M. Audistère.

Le traitement mercuriel est indiqué pour ceux qui, sans manifestations spécifiques, restent chétifs et malingres. Pour ceux qui paraissent indemnes et se développent bien, l'auteur prescrit également ce traitement, car il estime que l'on ne doit pas se fier à l'aspect plus ou moins florissant de ces petits malades.

La même conduite est à tenir dans les cas où les enfants, jusqu'alors bien portants, présentent une manifestation douteuse : il s'agit souvent d'une hybridité tuberculo-syphilitique.

Même médication pour les héréditaires porteurs de stigmates.

Dans tous ces cas, M. Ozenne estime que le traitement mercuriel est formellement indiqué : seul, le mercure donne actuellement des garanties de certitude et on doit en continuer l'usage jusqu'au complet développement du sujet.

MM. MONEL, LEREDDE et G. WEIL estiment qu'il faut toujours appliquer le traitement aux enfants hérédo-syphilitiques.

A propos du tabes, M. ROCHON-DUVIGNAUD fait remarquer que, pour juger de l'action du traitement mercuriel même intensif dans l'atrophie tabétique au début, il faut d'abord connaître la marche de celle-ci.

Or, elle est fort irrégulière; de temps à autre, un malade conserve la vision de l'un ou des deux yeux pendant quelques années après le début sans aucun traitement. Or, on n'a pas encore publié assez d'observations des névrites tabétiques arrêtées par le traitement pour que l'on puisse croire encore qu'il s'agit ici d'autre chose que de cas à évolution spéciale.

MM. DUCOR et LE FUR échangent enfin quelques observations au sujet de l'autonomie des facultés.

ANALYSES

MÉDECINE

Le mouvement inverse du diaphragme dans le pneumothorax. (*Gazzetta degli Osped. e delle Clin.*, 8 sept. 1907, n° 108.) — En examinant par la radioscopie un malade atteint de pneumothorax, KIENBÖCK constata que du côté malade, et contrairement à l'état normal, le diaphragme s'élevait pendant l'inspiration et s'abaissait pendant l'expiration. C'est sur ce fait, très discuté, que Pari a fait de minutieuses recherches cliniques et expérimentales. D'après lui, il n'est pas vrai que l'élasticité pulmonaire soit le facteur essentiel de l'élévation expiratoire du diaphragme dans la respiration normale.

Quant au mouvement inverse du diaphragme, il se manifeste quand la pression dans la cavité pleurale est suffisamment accrue pour effondrer le diaphragme au point de produire une convexité dirigée vers l'abdomen. Dans ces conditions, le muscle en se contractant pendant l'inspiration aplanit sa courbe et s'élève. Il importe peu d'ailleurs que l'augmentation de pression soit due à des gaz ou à du liquide.

Le phénomène loin d'être l'effet de la paralysie ou de l'inactivité du diaphragme est l'effet de son activité et il est douteux qu'il puisse se produire en cas de paralysie du muscle.

Il se manifeste plus facilement à gauche qu'à droite à cause de la présence du foie.

Le mouvement inverse n'est pas pathognomonique du pneumothorax mais peut servir à en distinguer les différentes formes cliniques. S'il existe on peut nier qu'il y ait une forme à basse pression et affirmer un type à pression, par exemple un pneumothorax à soupape. Cela est vrai surtout quand il s'agit d'un pneumothorax droit.

L'exploration des mouvements du foie par la palpation ne peut remplacer l'examen radioscopique des mouvements du diaphragme ou du liquide qui le surmonte.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le glycogène dans les produits de l'expectoration; sa valeur diagnostique et pronostique. (*Riforma med.*, 29 juin 1907, n° 26.) — MOSCATI s'est attaché à connaître les rapports qui existent entre la présence du glycogène dans les crachats et les diverses maladies de l'appareil respiratoire. De ses recherches, il résulte que le glycogène existe toujours en quantités notables (0g05 à 1 gr. p. 100) dans la tuberculose et la phtisie pulmonaires; dans les dernières périodes de l'affection ainsi que dans la phtisie aiguë le glycogène augmente considérablement. Pour ce qui est des autres affections respiratoires l'auteur a trouvé le glycogène, en minimes proportions et d'une façon inconstante, dans les abcès du poumon et la bronchectasie alors qu'il ne l'a pas rencontré dans les expectorations catarrhales et bronchiales simples. Le glycogène est apparu également mais sous forme de traces et tout à fait à la fin de la maladie dans quelques poussées de pneumonie croupale.

En résumé, d'après l'auteur, les expectorations provenant de malades chez qui le parenchyme pulmonaire est intéressé sont riches en glycogène véritable. Il en va différemment dans les lésions des seules bronches où il existe bien du glycogène mais en petite quantité; il s'agit d'ailleurs là d'une variété chimique du glycogène type. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Diagnostic différentiel de diverses maladies mentales : étude de la formule leucocytaire. (SANDRI. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, août 1907, n° 8, p. 400-407.) — Cette étude, basée sur environ 120 cas, aboutit aux conclusions suivantes :

Au stade initial de la démence précoce, il y a légère leucocytose avec légère polynucléose, le nombre des hématies et leur valeur globulaire demeurant normaux : dans les formes catatoniques, le nombre des leucocytes est à peu près normal; il y a mononucléose, non polynucléose. Au début des psychoses aiguës à forme de confusion mentale avec agitation ou torpeur, on note une leucocytose nette avec polynucléose. Augmentation des hématies et de l'hémoglobine, diminution ou disparition des éosinophiles. Le manque d'équilibre de la formule hématique et la leucocytose sont plus accentués dans les cas plus graves.

Ces variations et surtout la leucocytose pourront aider au diagnostic entre le début d'une psychose à évolution chronique (démence précoce) et une véritable psychose aiguë, confusion mentale primitive; les mêmes caractères serviront à différencier les formes avec torpeur des psychoses aiguës avec confusion mentale, d'avec les états de mélancolie avec torpeur, la formule hématologique demeurant normale dans les derniers. L. ALQUIER.

L'anémie à type chlorotique de la première enfance. (Etienne LEENHARDT. Th. de Paris, 1906; Steinheil, édit.) — Dans ce très intéressant travail l'auteur cherche à dégager des anémies de l'enfance une forme à type chlorotique. Cette forme ressemble en effet à la chlorose vraie par son aspect clinique, sa formule hématologigue, et l'efficacité rapide et brillante de la médication martiale; elle en est distincte cependant, au moins pour le moment, par la théorie pathogénique admise par l'auteur.

Cette anémie de l'enfance à type chlorotique se caractérise cliniquement par une pâleur extrême des téguments et des muqueuses coïncidant avec un aspect satisfaisant d'embonpoint, quoique les chairs soient un peu molles et flasques, le poids est normal ou voisin de la normale. A l'auscultation il existe, quoi qu'en ait dit Henri Roger, des souffles anorganiques au cœur et dans les vaisseaux du cou. On observe de plus quelques troubles digestifs consistant surtout en irrégularité de l'appétit, constipation et vomissements. Un état habituel d'apathie et quelques troubles du sommeil complètent le tableau clinique.

L'examen hématologique donne, comme dans la chlorose, les résultats suivants : nombre des globules rouges, normal; diminution considérable de l'hémoglobine et de la valeur globulaire, poïkylocytose et anisocytose, absence constante de globules rouges nucléés.

Au point de vue pathogénique, l'auteur s'appuyant sur les recherches de Bunge et d'Hugounenq, admet qu'en venant au monde le nouveau-né apporte avec lui la réserve de fer nécessaire pour assurer son développement, car le lait de la mère ne lui en fournit qu'une quantité notoirement insuffisante. Cette réserve s'épuise peu à peu jusqu'au moment où l'enfant trouvera dans une alimentation plus variée la ration de fer nécessaire.

L'anémie à type chlorotique de l'enfant reconnaîtrait comme cause une insuffisance de cette réserve de fer de l'organisme, insuffisance congénitale (anémie de la mère, naissance avant terme, grossesse gémellaire) ou acquise (hémorragie à la naissance, troubles digestifs, maladies infectieuses, prolongation anormale de l'alimentation lactée exclusive).

Comme traitement l'auteur propose le protoxalate de fer à doses élevées de 30 à 40 centigrammes entre quinze mois et deux ans. Le résultat est rapide, brillant et définitif.

V. GARDETTE.

Tabes et crises gastriques. (M. Cauvy. *Journ. de physiothérapie*, oct. 1907.) — Dans ce travail l'auteur démontre que les crises gastriques ne doivent pas dans bien des cas être considérées comme une entité morbide, mais souvent comme des symptômes qui peuvent apparaître au cours de la maladie de Duchenne.

Elles sont parfois un des symptômes révélateurs, prémonitoires du tabes, apparaissant même avant l'abolition des réflexes.

Elles ont une allure clinique spéciale et sont un des symptômes les plus tenaces et les plus douloureux du tabes.

Les eaux de La Malou peuvent être considérées comme un agent thérapeutique de premier ordre contre ces crises et contre le tabes qui les produit.

A. GAYARD.

CHIRURGIE

Quelques considérations sur l'anurie calculeuse et en particulier de la néphrolithotomie bilatérale simultanée dans quelques cas de cette affection. (F. S. Watson. *Annals of Surg.*, sept. 1907, vol. XLVI, n° 3, p. 441-451.) — L'anurie calculeuse, les cas d'anomalies des reins et des uretères mis à part, dépend de l'un des trois mécanismes suivants : 1° occlusion simultanée des deux uretères par deux calculs; 2° occlusion d'un uretère, l'autre rein étant absent; 3° occlusion d'un uretère, l'autre rein étant malade ou détruit tellement que sa valeur fonctionnelle est nulle. L'arrêt de sécrétion d'un rein sain sous l'influence d'un réflexe, niée par beaucoup, semble être tout au moins rare; cependant il y en a au moins quatre cas absolument probants. Mais il est une classe de faits d'anurie calculeuse dont on ne parle guère; c'est celle où le rein non obstrué est malade, mais non totalement détruit. Ces cas ne sont pas très fréquents, mais ils sont très importants.

Depuis l'avènement de la radiographie, nous commençons à reconnaître la fréquence de la bilatéralité des calculs : Albarran et Legueu estiment la proportion des calculs bilatéraux à 50 p. 100, Morris à 10 p. 100 seulement, mais la moyenne de 231 cas empruntés à diverses statistiques donne 30 p. 100.

Si nous réunissons tous les cas de calculs bilatéraux, tous ceux dans lesquels le rein du côté non obstrué est plus ou moins malade et a été inhibé par réflexe et ceux, peu nombreux, où le chirurgien opère par erreur sur le plus abîmé, et non sur le moins, des deux organes, nous arrivons à un nombre considérable de cas dans lesquels le chirurgien se contentera d'ouvrir un seul rein, ne libérera pas toute l'activité fonctionnelle dont la somme de substance rénale de l'individu est capable et dont ce dernier a certes bien besoin. Dans ces cas, il faut ouvrir *de suite* le deuxième rein, à moins que l'état du malade ne fournisse une contre-indication absolue. Ceci est en contradiction avec l'enseignement de plusieurs qui disent qu'en cas de calculs bilatéraux, les deux calculs doivent être enlevés, *mais jamais dans la même opération*. Pourquoi? Une opération sur deux reins n'est guère plus grave que celle sur un; les doubles décapsulations, les doubles néphrotomies, les doubles néphropexies nous l'ont appris.

Watson a pratiqué cette double néphrolithotomie une fois avec un résultat excellent. Bien entendu, dans les cas d'anurie, il faut aller vite et les radiographies et les longs examens ne sont pas de mise. Raison de plus pour faire une double opération, surtout si le premier rein opéré n'a pas grande valeur; car alors il y a des chances pour que ce soit le second qui soit le bon. Watson étendrait même volontiers la néphrotomie double simultanée aux cas de calculs bilatéraux sans anurie.

F. GARDNER.

Sarcome mélanique à localisations multiples. (H. Rendu et Delval. *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 427.) — Une femme de quarante-sept ans est opérée d'une tumeur kystique située sous le lobe gauche du foie, et meurt quelques heures après l'intervention. Il s'agissait d'un sarcome mélanique; il en existait un autre à l'angle du maxillaire; l'autopsie révéla des noyaux multiples dans l'épiploon, et deux plus volumineux, l'un dans le foie, l'autre au sommet du poumon droit. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est l'intégrité complète des yeux.

L. ALQUIER.

PRATIQUE MÉDICALE

THÉRAPEUTIQUE DE LABORATOIRE ET THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Nous assistons en ce moment à une réaction, non pas contre les doctrines microbiennes, mais contre ces doctrinaires trop exclusifs qui, n'envisageant que le microbe, négligent de se préoccuper du terrain sur lequel ce microbe évolue; nous entendons aussi des protestations éloquentes contre les conclusions trop affirmatives que certains physiologistes tirent de leurs expériences de laboratoire; des voix s'élèvent pour proclamer des vérités, presque méconnues aujourd'hui, mais que les générations antérieures tenaient pour indiscutables : par exemple que les études cliniques doivent être la première et la principale des préoccupations du médecin; de courageux efforts sont tentés pour nous y ramener. On en revient à évoquer le grand nom de Trousseau et ceux de ses contemporains. On s'aperçoit enfin, comme le proclamait naguère un éminent conférencier, qu'il n'est pas bon « de tourner le dos à toutes les acquisitions du passé et de considérer nos éminents prédécesseurs en médecine comme des hommes naïfs ou des ignorants ».

Ce mouvement d'opinion est intéressant à constater. Il se produit après une longue période pendant laquelle le microbe a tenu non pas la grande place qui lui est due, mais une place exclusive. Et pourtant si la thérapeutique microbienne (qu'on me passe l'expression) compte des triomphes éclatants, elle enregistre aussi des revers. Le plus retentissant de ces échecs est celui qu'elle subit dans la lutte contre la tuberculose. Ici l'agent pathogène et ses toxines nous ont laissés désarmés. On a dû, bon gré mal gré, rester fidèle aux doctrines anciennes : on a dû s'attaquer au terrain (sanatoriums, cure d'air, climats d'altitude, suralimentation, etc.), et c'est, jusqu'à nouvel ordre, la seule méthode qui ait donné des résultats certains.

Parmi ces moyens, il en est un, la suralimentation, qui, il y a quelques années, souleva bien des enthousiasmes, et rencontre aujourd'hui des adversaires. A quoi est dû ce revirement? Tout simplement à ce fait qu'on a abusé de la suralimentation, ou que, la pratiquant mal, on n'a pas tardé à constater des troubles fonctionnels du tube digestif. Beaucoup ont condamné un système dont l'application défectueuse était seule coupable. Ceux-là s'imaginaient que, pour suralimenter un malade, il suffit de lui faire ingérer une quantité d'aliments supérieure à celle dont il avait l'habitude, soit en diminuant l'intervalle des repas, soit en ajoutant à ces repas une ration supplémentaire sans songer au surcroît de travail imposé à l'estomac. On donne ainsi à un malade des œufs, de la viande crue, des aliments ayant un certain volume, demandant, pour être digérés, certains efforts à l'organisme. Il est évident que la capacité — physique et chimique — de l'estomac est limitée et qu'on ne peut sans danger forcer cette capacité.

Pour suralimenter, dans le sens propre du mot, il faut donc donner, en sus des ingesta habituels, des aliments qui puissent être assimilés sans travail supplémentaire du tube di-

gestif, et qui soient en même temps des peptogènes. Ces aliments existent : ce sont les poudres de viande qui répondent à tous les desiderata, satisfont à toutes les conditions du problème. Elles se présentent sous un petit volume, dans un état d'extrême divisibilité; elles n'imposent à l'organisme qui doit les assimiler aucun effort. Cependant, malgré ces qualités, elles ont subi des attaques et quelques-uns en sont arrivés à douter de leurs propriétés.

Aux études cliniques des Debove, des Dujardin-Beaumetz, des Grancher, des Letulle et de tant d'autres, on a opposé des expériences de laboratoire prouvant que des chiens, gardés en cage, soumis à un régime carné exclusif, ont maigri!

Cela nous montre évidemment qu'un régime constitué par de la viande seule n'est pas favorable à des représentants de la race canine, vivant dans la claustration? Etait-il donc besoin de ces expériences pour le savoir?

Pour nous, nous pensons avec sir Dyce Duckworth que les prétentions des physiologistes sont excessives. Dans la conférence à laquelle nous avons déjà fait allusion, il a proclamé ceci : « Le physiologiste a devant lui un cobaye, un chien, mais rarement un homme. Les problèmes ne sont pas les mêmes et ne *peuvent jamais l'être*. » C'est là une de ces vérités indiscutables, trop souvent méconnues aujourd'hui, dont nous avons parlé. Aux résultats divers obtenus par voie expérimentale chez les animaux, nous avons le droit et le devoir d'opposer les *constatations faites chez l'homme*. Parlant des poudres de viande, Dujardin-Beaumetz a écrit que, grâce à elles, « nous voyons l'appétit revenir, le poids du corps augmenter, les forces renaître » et que « cette médication s'adresse à tous les cas où la nutrition ne peut se faire et en particulier à la tuberculose ». Tous les grands cliniciens se sont depuis associés à ces conclusions, tous ont utilisé les poudres de viande, non seulement dans la tuberculose, mais dans tous les états cachectiques, dans tous les cas où l'alimentation se fait mal, où la nutrition est insuffisante. Les grands spécialistes de l'estomac en font faire d'énormes consommations. Peut-on croire maintenant qu'ils sont tous tombés dans une même et grossière erreur?

Est-il besoin d'ajouter que l'immense majorité des praticiens continuent à employer journellement les poudres de viande et continuent à s'en trouver très bien ainsi que leurs malades? Nous savons que quelques-uns invoquent, pour ne pas s'en servir, la répugnance des malades, le mauvais goût du produit. A ceux-là nous répondrons que deux causes peuvent justifier leur appréhension.

La première de ces causes est le mauvais emploi qu'ils en font. Il est bon de savoir en effet que les poudres de viande doivent être employées *à froid*, dans un véhicule quelconque, pourvu que ce véhicule *ne soit pas du bouillon ni du potage*. Les liquides qui doivent être préférés sont: l'eau sucrée additionnée ou non d'un arôme alcoolique quelconque en très petite quantité (rhum, kirsch, anisette, etc.), ou, suivant la méthode du professeur Letulle, le lait additionné de sucre vanillé avec ou sans jaune d'œuf, ou encore le café au lait; on doit procéder à leur administration deux ou trois heures avant les principaux repas, de manière à utiliser leur pouvoir peptogène.

La seconde cause qui peut les faire rejeter, c'est leur mauvaise qualité. Il est clair qu'en pareille matière un choix judicieux s'impose. Nos préférences vont à la poudre de viande de Trouette-Perret, qui n'est pas une poudre de viande pure : elle contient du lactose qui lui donne une saveur agréable, du malt de lentilles qui en fait une poudre diastasée, très facilement assimilable, et enfin de la poudre de viande (pour les trois cinquièmes environ) qui correspond à cinq fois son poids de viande. Quand on en donne à un malade une cuillerée à soupe de 20 grammes, on lui fait ingérer la valeur de 60 grammes de viande fraîche, sans compter les éléments azotés du malt de lentilles et les hydrocarbures du lactose.

La dose quotidienne est de deux à quatre cuillerées à soupe. Sous un très petit volume, dans un état de divisibilité extrême, par conséquent facilement attaquable par les sucs du tube digestif, la poudre de viande de Trouette-Perret constitue véritablement un aliment complet d'un goût agréable et qui s'assimile sans le moindre effort de l'organisme. C'est avec des produits de ce genre que la suralimentation donne tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Pierre Delbet; — Fasc. XXV : *Les hernies* (1), par MM. Jaboulay et Patel.

M. Jaboulay qui s'est adjoint M. Patel pour écrire ce volume a modifié profondément et mis au courant l'article qu'il avait écrit dans la première édition du *Traité de chirurgie clinique et opératoire*.

C'est ainsi que dans les chapitres consacrés aux hernies en général, nous trouvons une longue étude des étranglements et des accidents qui leur sont consécutifs et qui n'ont bien été décrits que tout récemment tels que : les entérorragies, les rétrécissements, les occlusions sine materia.

MM. Jaboulay et Patel passent ensuite en revue les hernies des différentes régions et des différents organes : inguinales, crurales, ombilicales, obturatrices, ischiatiques, lombaires, périnéales.

Signalons l'heureuse idée qu'ont eue les auteurs de décrire dans un chapitre particulier tout ce qui a trait aux épiplocèles aiguës et chroniques.

Dans d'intéressants chapitres d'ensemble sont exposées pour la première fois les hernies du gros intestin, celles de l'appareil iléo-cæcal et celles de l'uretère.

De très nombreuses figures accompagnent le texte toujours clair et qui sera lu avec profit par tous ceux qui s'intéressent aux hernies, notamment au point de vue des accidents du travail.

ÉTIENNE LE SOURD.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATURIE (2)

2° Hématuries par cause locale (ou hématuries chirurgicales.) — a. *Traumatiques*. — Un corps étranger de l'urètre postérieur ou de la vessie, une plaie pénétrante atteignant la vessie ou le rein, une fracture du bassin, la contusion de la région lombaire peuvent déterminer l'hématurie; mais l'état de santé antérieur, la relation étroite entre le traumatisme et l'hémorragie conduisent au diagnostic. Il faut savoir que souvent, le traumatisme plus ou moins ancien invoqué par le malade n'a joué aucun rôle appréciable ou a été seulement la cause occasionnelle d'une affection de la vessie ou du rein.

b. *Non traumatiques*, ou hématuries *des urinaires*.

α. *Urètre postérieur et prostate*. — L'écoulement du sang se fait surtout au début de la miction, l'hématurie est *initiale*.

(1) Paris, Baillière.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 33, p. 394, et n° 36, p. 430.

Dans l'*urétrite* postérieure aiguë, dans la *cystite du col*, on peut observer une hématurie peu abondante.

Dans l'*hypertrophie de la prostate*, l'hématurie peut être provoquée par le cathétérisme, ou spontanée; le diagnostic repose sur l'existence de troubles de la miction chez un sujet âgé : pollakiurie nocturne, rétention incomplète, incontinence par regorgement; sur les résultats du toucher rectal décelant l'hypertrophie en masse ou partielle de la prostate. La *tuberculose prostatique* s'accompagne d'hématuries au début (congestives) et à la période d'ulcérations; il faut rechercher les autres localisations bacillaires (testicule, canal déférent). Le cancer, *carcinose prostato-pelvienne* (Guyon) détermine une hématurie ordinairement tardive, se produisant sans cause apparente; au toucher, la prostate est grosse, dure; il existe des douleurs irradiées vers les régions voisines.

β. *Vessie.* — L'hématurie vésicale se produit ou présente son maximum à la fin de la miction, elle est *terminale*.

Dans les *cystites*, aiguës et chroniques, l'hématurie peut s'ajouter aux autres symptômes : fréquence des mictions, douleur au moment de la miction, pyurie. On l'observe à la phase de début des cystites aiguës : *blennorragique*, *cantharidienne*; dans la cystite *variqueuse* (varices du col); dans la cystite interstitielle des *rétrécis*; après le cathétérisme chez un rétentioniste (*prostatiques*), c'est l'hématurie dite *a vacuo*.

Les *calculs vésicaux* déterminent des hémorragies qui ont pour caractère d'être provoquées par les mouvements, par la fatigue, la marche, le saut, les cahots, tandis qu'elles s'arrêtent quand le malade est au repos; ce sont des hématuries de courte durée, pouvant se produire debout. Les autres signes sont les douleurs irradiées vers le périnée, la verge, les cuisses ; la pollakiurie, l'interruption brusque du jet pendant la miction. Le diagnostic est confirmé par l'exploration vésicale (explorateur métallique); le toucher rectal peut être utile chez l'enfant. Il faut aussi rechercher si la cystite concomitante est primitive ou secondaire.

Dans la *tuberculose vésicale*, l'hématurie est précoce, peu abondante, spontanée, se reproduisant sans cause appréciable, devenant plus rare, en général, avec les progrès de l'affection. Il existe une douleur souvent intense s'exagérant au début et à la fin de la miction, réveillée par le palper hypogastrique, l'exploration vésicale et le toucher rectal; il y a parfois de la rétention. A l'hématurie succède la pyurie, et l'examen bactériologique décèle le bacille de Koch.

Les *tumeurs* de la vessie déterminent des hématuries spontanées, abondantes, longues, se reproduisant et cessant brusquement; l'examen vésical les provoque facilement. Elles restent longtemps l'unique symptôme, devenant de plus en plus abondantes et entraînant par là un état anémique. Le diagnostic de la variété (*papillome*, *cancer*, *sarcome*) est ordinairement très difficile (Thèse d'Albarran).

Les lésions *uretérales* sont trop rarement primitives pour qu'il soit possible de leur rapporter, en dehors de cas exceptionnels, une hématurie, présentant la plupart des caractères d'une hématurie rénale.

γ. *Rein.* — Les hématuries rénales présentent pour caractères communs d'être *totales*, car le premier jet d'urine est aussi coloré que le dernier (ce qui peut il est vrai se rencontrer quelquefois dans les hématuries vésicales, alors que l'hématurie rénale peut être quelquefois terminale), d'être intermittentes, de s'accompagner d'émission de caillots allongés.

La *lithiase rénale* en présente deux types : l'hématurie *de migration*, provoquée par le sable fin, les petits graviers oxaliques; elle précède, ou, plus souvent, suit la crise douloureuse de la colique néphrétique, et dure un ou deux jours; l'hématurie par séjour d'un *calcul* dans le bassinet : elle est provoquée par la marche, les secousses, la fatigue physique calmée par le repos, bien que ce ne soit pas là un caractère constant (adhérence d'un calcul à branches multiples); elle est favorisée par l'état congestif de la muqueuse pyélique dû à la présence du calcul. Courte dans la majorité des cas, elle peut parfois être très prolongée. Les signes diagnostiques sont : la douleur rénale, la coloration foncée, avec dépôt rouge brique, des urines, la conservation de l'état général (sauf s'il y a pyélo-néphrite), l'expulsion de calculs.

Le *cancer du rein* (dans ses différentes variétés histologiques, *sarcome* chez l'enfant et *épthéliome* chez l'adulte) détermine une hématurie spontanée, « survenant par crises, colorant uniformément toute l'urine, non modifiable par le repos, indolore et assez abondante, » irrégulière dans ses retours, mais subissant parfois l'influence du mouvement et du repos. La douleur rénale peut manquer complètement, ainsi que la cachexie; la tumeur rénale avec ses caractères spéciaux (ballottement rénal, présence au-dessus d'elle d'une zone sonore due au côlon) n'est perceptible que tardivement; le varicocèle par compression (qu'on recherchera sur le malade debout et ayant marché), l'examen des urines, tels sont les autres signes qui devront être recherchés. Parfois, l'évacuation du sang est intermittente; il y a hémato-néphrose intermittente (Tuffier).

La *tuberculose rénale* provoque une hématurie peu abondante en général, sauf dans les formes miliaires (infection par voie sanguine, opposée à la tuberculose uro-génitale ascendante, où coexistent des lésions vésicales, uretérales et rénales); elle est précoce, spontanée, rarement accompagnée de douleur, mais bientôt suivie de pyurie. Le rein devient perceptible à la palpation. L'examen microscopique et l'inoculation des urines décèlent la présence du bacille de Koch.

Il faut encore signaler la possibilité de l'hématurie dans le *rein mobile*, l'*hydronéphrose*, le *rein polykystique*.

En résumé, à côté des lésions inflammatoires et congestives, il y a trois grands types un peu schématiques d'hématuries : l'hématurie provoquée par la fatigue, les secousses [hématurie des mauvais pavés (Guyon)] qui est celle des calculeux; l'hématurie spontanée, causée par rien, souvent isolée de tout cortège symptomatique qui est due aux néoplasmes, et l'hématurie spontanée, mais accompagnée ou suivie de pyurie, qui est celle de la tuberculose.

D'ailleurs, le diagnostic, malgré les rensuignements étiologiques et l'examen complet du malade, ne peut pas toujours être posé avec certitude et dans un certain nombre de cas, l'intervention sur le rein commence par être une *néphrotomie exploratrice*.

VI. PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — L'hématurie est toujours un symptôme sérieux, mais si sa gravité varie avec son abondance, sa répétition, son retentissement sur l'état général, elle dépend avant tout de sa cause plus ou moins accessible à la thérapeutique. Le malade sera placé au repos absolu, dans le décubitus horizontal; l'usage des hémostatiques, du sérum physiologique, est indiqué; mais le véritable traitement est celui qui s'adressera à la cause, et il variera avec celle-ci.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour deux places de chirurgien des hopitaux. — *Lecture.* — Séance du 2 avril : MM. Alglave, 28; Kendirdjy, 23; Hallopeau, 24.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 1er avril. — Question : « Muscles péroniers latéraux (anatomie et physiologie). — Causes, signes et diagnostic du mal perforant plantaire. »

M. Binet-du-Jassonneix, 13 + 18 = 31; Mlle Neveux, 13 + 19 = 32; MM. Chibret, 12 + 19 = 31; Haller, 16 + 24 = 40; Lévy (Edmond), 12 + 23 = 35; Flandin, 17 + 24 = 41; Lorin, 15 + 18 = 33; Brac, 12 + 22 = 34; Gauchery, 13 + 18 = 31.

La prochaine séance aura lieu le samedi 4 avril, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

HOPITAL MARITIME DE BERCK. — Sont nommés chirurgiens-assistants de cet établissement, MM. les docteurs Andrieu, assistant de chirurgie à l'hôpital des Enfants-Malades, et Calvé, assistant de chirurgie à l'hôpital maritime de Berck.

MÉDECINS MARRONS. — Le Syndicat général de garantie du bâtiment et des travaux publics a adressé au parquet une plainte dans laquelle il révèle que des médecins délivrent des certificats de complaisance à des ouvriers pour qu'ils touchent des indemnités pour des blessures qu'ils n'ont point reçues. Le parquet s'est ému de ces faits. En conséquence, des commissaires de police ont été chargés de se rendre chez divers médecins qui auraient établi ces certificats. Des perquisitions ont été également faites chez des pharmaciens et des tenanciers de bains où les ordonnances ont été exécutées. Le résultat de ces opérations sera ensuite porté à la connaissance du parquet, qui décidera alors si des poursuites doivent être exercées.

FRAIS MÉDICAUX ET ACCIDENTS DU TRAVAIL. — La commission instituée en 1905, et composée notamment de représentants des médecins, des pharmaciens, des syndicats ouvriers, des syndicats patronaux et des assureurs, s'est réunie au ministère du Travail et a poursuivi l'étude de la revision du tarif des remboursements de frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Après de longues discussions et à la suite d'observations présentées par le directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales, la commission a pensé que le moyen le plus efficace de ménager aux victimes d'accidents le libre choix de leur médecin, tout en écartant les exagérations de frais qui pourraient abusivement peser sur l'industrie, consisterait à établir, d'après la commune expérience des médecins et des assureurs, le coût normal des dépenses médicales à prévoir pour le traitement des différentes catégories d'accidents, sauf à ce que ce coût puisse être majoré ou réduit dans les cas d'exception; le bien-fondé de cette majoration ou de cette réduction serait alors apprécié par des commissions arbitrales où seraient représentés les divers intérêts en jeu.

La commission, à l'unanimité, s'est ralliée en principe à cette solution, et a décidé de la prendre pour base d'une étude approfondie à laquelle une sous-commission va immédiatement se livrer pendant les vacances parlementaires.

HOPITAL TROUSSEAU. — Sous la direction de M. le docteur Rieffel, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Trousseau, MM. Duclaux, ancien interne des hôpitaux, assistant d'orthopédie, Combier, Le Mée, Saïssi, internes du service, commenceront le 6 avril, à quatre heures, au pavillon Verneuil, une série de huit leçons suivies d'exercices pratiques portant sur : « Les appareils plâtrés chez l'enfant. — Le tubage et la trachéotomie. »

1. Appareils plâtrés en général, gouttières, bandes, corsets plâtrés, leurs indications, leur préparation. — Appareils silicatés, leurs indications, leur préparation. — Appareils en gutta percha, leurs indications, leur préparation. — Appareils en celluloïd, leurs indications, leur préparation.

2. Traitement des arthrites chroniques chez l'enfant par l'immobilisation. — Divers appareils à extension continue.

3. Appareils plâtrés spéciaux pour affections de l'épaule, du coude, du poignet.

4. Appareils plâtrés spéciaux pour affections du genou, pour coxalgie.

5. Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — Premier temps. — Deuxième temps. — Réduction et contrôle radiographique sous plâtre.

6. Appareils plâtrés spéciaux pour affections du cou-de-pied. — Maux de Pott.

7. Soins consécutifs à donner aux appareils plâtrés. — Traitement des arthrites chroniques par les infections médicamenteuses intra-articulaires.

8. Tubage et trachéotomie.

Après chaque leçon les auditeurs seront exercés individuellement à la confection et à l'application des appareils décrits pendant le cours. Pour cette raison le nombre des inscriptions est limité à 10.

Droits à verser (cours et travaux pratiques) : 80 francs.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES PHLÉBITES DU MEMBRE INFÉRIEUR
APRÈS LES LAPAROTOMIES

Par E. MÉRIEL (de Toulouse),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Ce fut longtemps, et c'est encore pour bien des chirurgiens une habituelle tendance de l'esprit à voir dans le shock, l'hémorragie et la septicémie péritonéale les seuls graves dangers à redouter après une laparotomie, si bien qu'une fois écoulés les délais nécessaires à leur apparition, le malade peut se croire à l'abri de nouveaux périls et le chirurgien envisager l'avenir d'un esprit pleinement rassuré. Un tel optimisme est excessif comme vient nous le rappeler parfois certaine complication non dépourvue de danger vital dont je me propose de faire ici l'étude.

Le shock, l'hémorragie, la péritonite sont de nos jours bien moins fréquents, nous savons les éviter tour à tour; néanmoins l'avenir d'une laparotomie — quelle que soit la nature de l'affection qui la motiva — reste réservé quelques jours encore, même après les huitième ou dixième jours, les points de suture enlevés, alors que l'alimentation habituelle est reprise et que l'opéré essaye ses forces en se soulevant dans son lit.

C'est en effet vers le quinzième jour, rarement plus tôt, parfois un peu plus tard, en bonne voie de convalescence, en plein espoir d'un lever prochain, que subitement une douleur et de l'œdème se produisent dans le membre inférieur gauche, signalant l'apparition d'une infection des gros troncs veineux, laquelle sera légère ou grave — on ne sait — mais qui, dans tous les cas, condamnera le convalescent à un séjour au lit pour plusieurs jours encore.

Sans être absolument inconnue en France, cette *phlébite post-opératoire* n'a suscité jusqu'ici chez nous aucun travail d'ensemble, encore qu'à l'étranger et surtout en Amérique, la question ait fait l'objet d'articles et de discussions que j'utiliserai au cours de cette étude (2). Il m'a paru, par suite intéressant de tirer des faits publiés ou inédits que j'ai pu observer les traits essentiels d'un tableau clinique et d'examiner aussi les hypothèses émises pour éclairer certaines obscurités de la localisation phlébitique.

Cette phlébite est-elle un accident fréquent, et dans quelle proportion l'observe-t-on vis-à-vis du grand nombre des laparotomies? S'il faut en croire Cordier (3), qui a écrit un long article sur le sujet, le pourcentage serait de 2 p. 100 à la suite de toutes les opérations abdominales. Pour ma part, et d'après ce que j'ai pu observer, le pourcentage serait un peu plus élevé; mais je me garderai de fixer un chiffre car il me semble difficile d'interpréter par une estimation globale des faits peu comparables dans leur mode de production. Il y a là, comme nous le verrons plus loin, des éléments prédisposants dont il faut tenir le plus grand compte et qui peuvent, dans un même ordre d'opérations, donner lieu à une proportion plus grande d'accidents phlébitiques.

Au lieu de ce pourcentage global, je préfère donner quelques chiffres tirés de divers auteurs.

Clark (1) après 3000 laparotomies a observé 42 cas de thrombo-phlébite fémorale, ainsi répartis : myome utérin 16 cas, kyste de l'ovaire 10 cas, rétroflexion utérine 5 cas, cancer utérin 2 cas, appendicite 2 cas, salpingite et péri-ovarite 2 cas, rein mobile 1 cas, cancer du pylore 1 cas.

Sonnenberg (2) dans sa série de 1 000 appendicites opérées a noté 30 fois la phlébite : dans les veines du membre inférieur droit 9 fois, dans celles du membre gauche 6 fois, dans les deux membres simultanément 2 fois, dans la veine-porte 1 fois, et 1 fois dans la veine-cave inférieure.

R. Peterson (3) relate 6 phlébites fémorales sur 1030 laparotomies et cela dans un intervalle de onze à vingt et un jours après l'opération.

Coe (4) a observé 7 cas de phlébites après laparotomies peur tumeurs utérines ou annexielles (4 cas) ou appendicites (3 cas).

Welch (5) signale aussi cette complication des opérations d'appendicite.

Miller (6) décrit 22 cas dont 14 suivis de mort par embolie pulmonaire.

Schenck (7) a pu rassembler 48 cas chez 7 130 opérés dans treize années de service gynécologique à John Hopkins Hospital. Sur ces 48 cas, 28 soit 58 p. 100 ont été observés après l'ablation des tumeurs pelviennes.

La statistique la plus importante est celle de Cordier, puisqu'elle porte sur 232 cas dont 168 sont soigneusement répartis ainsi qu'il suit : myomectomies 69, opérations abdominales et pelviennes pour lésions diverses 36, appendicectomies 27, néphrectomies 16.

Voici encore d'autres chiffres empruntés à la clinique d'Arbos (8) où sur 1651 laparotomies faites de 1901 à 1906, on a pu observer 11 cas de thrombophlébite, et Morley (9) y ajoute 11 cas personnels dont 10 pour opérations sur l'utérus et les annexes et 1 pour curetage et trachélorraphie.

Très curieuse à consulter est la statistique d'Albanus (10), parce que la phlébite s'y retrouve après des opérations autres que celles de la zone génitale. Les 53 cas de thromboses veineuses appartiennent, en effet, à 1 140 opérations faites pour des opérations abdominales de nature variée; ainsi la phlébite apparut 1 fois après une opération pour cancer œsophagien, 8 fois dans le traitement chirurgical d'affections de l'estomac, 10 fois après des appendicectomies, après des opérations pour cancer de l'intestin

(2) Nous avons fait sur le même sujet une communication à la Société de médecine de Toulouse le 11 décembre 1907. Cette communication a été suivie d'un rapport par le docteur Sécheyron, rapport publié par la *Semaine gynécologique* le 24 décembre 1907. Ceci pour établir nos droits de priorité sur les récents articles de MM. de Bovis et Moty qui ont judicieusement traité certains points de cette importante question inétudiés jusqu'ici dans notre pays. — (*Note de l'auteur.*)
(3) CORDIER. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1905, p. 1792.

(1) CLARK. *Univ. of Penn. Bull.*, 1902-1903, XV, p. 133.
(2) SONNENBURG. Congr. de chir., Berlin 1902.
(3) Reuhen PETERSON. *Ann. gyn. Soc.*, 22-24 mai 1906.
(4) COE. *New-York med. Journ.*, 1899, LXXV, p. 4.
(5) WELCH. *Allbutt's Syst. of Med.*, VI, p. 155.
(6) MILLER. *Am. Journ. of Obst.*, 1905, LI, p. 445.
(7) SCHENCK. *New-York med. Journ.*, 1902, p. 401, et 1906, p. 645.
(8 et 9) MORLEY. *Arch. f. Gyn.*, 1907, Bd. LXXXII, p. 679 (Bibl. à consulter).
(10) ALBANUS. *Beit. z. klin. Chir.*, 1903, XL, H. 2. S. 311.

3 fois, pour maladies du foie et lithiase 7 fois, pour abcès sous-phrénique 2 fois, pour iléus, pour péritonites par perforation, tuberculeuse, cancéreuse, et sarcomes de la paroi abdominale 1 fois.

Les maladies du tractus génital figurent pour 19 cas dans sa statistique; 3 cancers de l'ovaire, 1 cancer utéro-ovarien, 1 cancer utérin, 5 pyosalpinx, 4 kystes de l'ovaire, 3 myomes utérins, 1 prolapsus, 1 grossesse extra-utérine.

Ces chiffres montrent qu'à l'étranger la moisson des cas de thrombo-phlébite post-opératoire est assez riche à l'heure actuelle, et la bibliographie assez fournie déjà indique l'intérêt que présente pour beaucoup d'auteurs cette tardive complication des laparotomies. Il n'en est pas de même en France. A quoi cela tient-il ? L'attention est-elle moins souvent attirée sur ces incidents dans les services d'hôpitaux et leur mention n'est-elle pas omise dans la rédaction écourtée des suites opératoires qui s'annoncent bénignes ? C'est fort possible, car je ne puis croire que la chirurgie française jouisse d'une sorte d'immunité particulière à l'égard de la phlébite post-opératoire qui se voit assez souvent à l'étranger. La technique aseptique d'ailleurs diffère peu à l'heure actuelle d'un pays à l'autre, les mêmes conditions pathogéniques se retrouvent à peu près partout, et forcément la phlébite doit se voir quelquefois chez nous, on néglige seulement d'en parler.

Je n'en veux pour preuve que la lecture des nombreuses observations rassemblées en recueil à la fin des dix volumes de *Cliniques chirurgicales* de Péan; le plus souvent une ou deux lignes à peine sont consacrées aux suites immédiates de ses opérations abdominales, mais pas un mot de ce qui a pu survenir au delà du deuxième ou quatrième jour, sinon pour déclarer la malade guérie dans les délais normaux. J'ai peine à croire cependant que, dans le nombre, il n'est pas une opérée — pour ne parler que des opérations abdominales, gynécologiques — qui n'ait eu à souffrir de quelque poussée phlébitique. Il y a, en effet, de ces phlébites légères et ne retardant pas sensiblement la guérison qui n'en ont pas moins fait souffrir quelques-unes de ces opérées aux suites opératoires dites excellentes. Cette désagréable surprise a dû arriver à d'autres, elle survient encore actuellement, comme j'ai pu m'en rendre compte par ma petite enquête dans le milieu chirurgical toulousain, et j'estime qu'il n'y a aucune honte à en faire l'aveu, car ces phlébites sont le plus souvent — je n'aurai pas de peine à le montrer — indépendantes de la technique aseptique du chirurgien.

A lire les traités classiques français de ces dernières années, on ne glane que de rares faits que je vais cependant citer ici (1).

C'est ainsi que Troisier (2), dans sa thèse, rapporte une observation de Périer dans laquelle on vit une phlébite débuter dix-huit jours après une ovariotomie compliquée avec traitement externe du pédicule.

Une malade à laquelle Quénu (3) avait pratiqué la

(1) Je dois reconnaître que les phlébites après appendicectomie ont attiré l'attention plus spécialement qu'après les autres laparotomies, comme en témoignent les travaux de Vignard et Villard (1901), de Petit (1903), de Leclerc (Soc. de chir., 1907), de Bordessoule (Th. de Paris, 1905), de Robert (Th. de Paris, 1907), de Dieulafé (Soc. de chir., 1906), et la discussion qui suivit (Broca, Routier, Potherat, Toussaint).

(2) Troisier. Th. d'agrég., 1880.

(3) Quénu. *Traité de chirurgie* Duplay-Reclus, p. 202, note.

castration pour une dysménorrhée douloureuse et dont l'opération avait été très simple, fut prise au douzième jour d'accidents syncopaux ; le lendemain, douleur au pli de l'aine, et l'on vit se développer une phlébite qui dura deux mois et se reproduisit dix mois après.

Au dixième jour, après une hystérectomie vaginale pour fibrome, une malade de Bouilly (1) présenta une phlébite crurale gauche avec embolie pulmonaire consécutive; mort au cinquante-septième jour.

Ce cas et le précédent ont été en outre compliqués d'embolie ; or l'embolie a été plus fréquemment notée et mieux étudiée en France que la phlébite simple qui lui donne naissance, comme le montre l'article de Michel [de Nancy (2)]. J'en reparlerai plus loin.

Il me fut donné d'observer personnellement et presque coup sur coup 3 cas de phlébites dans l'espace d'une année ; je me livrai à ce propos à une petite enquête auprès des chirurgiens toulousains. Aux professeurs Jeannel et Cestan, à M. le docteur Sécheyron j'ai tour à tour demandé quelques notes sur des faits semblables de leur pratique.

M. Jeannel a pu retrouver deux observations récentes : l'une concernant une hystérectomisée pour fibrome qui eut sa phlébite au dixième jour; l'autre (3) parle d'une ovariotomisée pour annexite qui présenta d'abord les signes troublants d'une embolie pulmonaire, puis une phlébite, tout comme la malade de Quénu. Ces faits rentrent dans le groupe des phlébites latentes à début embolique, si bien étudié par Vaquez.

Dans la clinique de mon maître et ami le professeur Cestan, j'ai relevé sur le registre d'observations de ces dernières années, 6 cas de phlébites dont voici l'essentiel ;

1. M. A..., quarante-trois ans. Fibrome sphacelé, hystérectomie totale le 30 juillet 1903; phlébite gauche le neuvième jour. Mort.

2. B. A..., trente-neuf ans. Fibrome utérin, hystérectomie subtotale le 15 septembre 1903, légère phlébite le vingtième jour. Guérison.

3. B. V..., quarante-quatre ans. Fibrome utérin. Hystérectomie subtotale le 1er mars 1904. Au sixième jour, phlébite gauche et phlébite droite deux jours après. Guérison.

4. M. M..., cinquante-deux ans. Epithélioma vésical; résection partielle de la vessie et d'une portion d'uretère. Phlébite gauche au treizième jour. Guérison.

5. C. M..., trente-neuf ans. Cancer du rectum. Laparotomie le 18 octobre 1906. Phlébite double. Guérison.

6. B. M..., quarante-huit ans. Fibrome utérin. Hystérectomie subtotale le 17 octobre 1906. Phlébite droite dix jours après. Guérison.

A cette liste j'ajouterai mes trois cas personnels :

1. Mme L. B..., trente-deux ans. Gros fibrome utérin. Hystérectomie subtotale et ablation des annexes kystiques le 6 mai 1906. Phlébite gauche au quinzième jour. Hydarthrose. Guérison.

2. Mme D. L..., quarante-quatre ans. Kystes hématiques intra-ligamentaires. Castration double le 6 août 1906. Phlébite le vingt et unième jour. Guérison.

(1) Bouilly. *Congr. de chir.*, 1898, p. 649.

(2) Michel. *Revue de gynécol.*, 1900, p. 627.

(3) Rispal. Soc. anat. clin. et *Toulouse méd.*, 1900, p. 100-103.

3. G. R..., quarante ans. Annexite double. Castration totale le 2 septembre 1907. Légère phlébite au dix-huitième jour. Guérison.

Je ne parle pas des quelques faits de phlébite que j'ai pu observer après une hystérectomie pour cancer du col utérin, la lésion veineuse a dans ces cas une cause bien connue et sans rapport avec les faits que j'étudie (1).

Tels sont les douze cas recueillis en quatre ou cinq années dans le milieu hospitalier toulousain sur 2 ou 300 laparotomies environ. La proportion n'est pas négligeable, et j'ai pu, dans les faits où j'étais personnellement en cause, suivre au jour le jour le tableau symptomatologique dont je vais retracer les traits principaux.

Symptomatologie. — D'une manière générale, chez ces malades ayant subi une hystérectomie, une ovariotomie, etc., la première quinzaine se passe sans incidents lorsque ensuite, un matin, à la visite, l'opérée accuse une douleur spontanée, sourde ou pulsatile, dans l'aine ou au mollet, accompagnée de lourdeur et d'endolorissement de tout le membre inférieur.

La palpation très légère en ces points (aine ou mollet) réveille une douleur très vive et permet déjà de sentir une certaine tension des tissus. Le lendemain et jours suivants, il sera possible — pas toujours cependant — de sentir un cordon induré et douloureux sur le trajet de la saphène ou de la veine crurale.

En même temps que se produit cet endolorissement de la cuisse ou du mollet, on peut remarquer que ces régions sont le siège d'un œdème blanc ou blanc-rosé, mou et dépressible au niveau des malléoles ainsi qu'une tuméfaction des ganglions du triangle de Scarpa.

Le thermomètre indique une élévation de température de 1 à 2 degrés environ, et le pouls a une *accélération* particulière.

Tels sont les signes locaux et généraux de cette phlébite qui répond assez au type des phlébites atténuées, telle la phlegmatia des accouchées; c'est à dessein que je choisis ce terme de comparaison pour montrer, comme je le ferai, les analogies qu'on observe entre ces deux affections.

Après la description rapide de l'apparition de cette infection veineuse, il convient d'étudier maintenant dans le détail certains symptômes principaux.

La phlébite peut s'annoncer *longtemps avant son apparition* et le chirurgien averti doit rechercher le signe avertisseur.

a. *Caractères du pouls.* — Après une laparotomie dont les suites doivent être sans incident, pouls et température vont marcher de pair : une petite élévation thermique sera toujours accompagnée d'une parallèle accélération du pouls, puis tout rentrera dans l'ordre. Mais si la température reste sensiblement normale et que le *pouls s'accélère seul* (100-110) dès le lendemain de l'opération, sans cause appréciable, et se maintienne en cet état, il faut craindre l'imminence d'une phlébite. Chez ma première malade L. B... (fibrome et annexite kystique), j'observai très nettement cette curieuse dissociation du pouls et de la température; à aucun moment, il n'y eut menace de septicémie, comme je le croyais, tout imbu des idées classiques sur cette vitesse du pouls (1), mais le péritoine resta silencieux et les suites opératoires furent, à la phlébite près, absolument normales (fig. 1). Ce *pouls phlébitique*, je l'ai ensuite recherché systématiquement sur mes deux autres malades d'hôpital, et les suites me donnèrent raison, il y eut phlébite. Je pense que si on veut bien à l'avenir prendre systématiquement

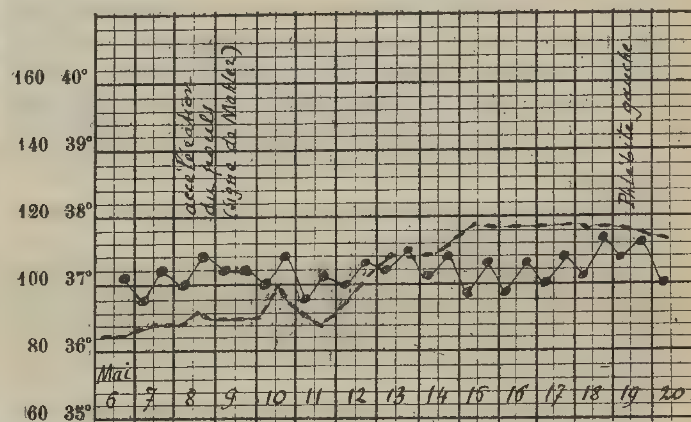


Fig. 1. — *Signe de Mahler, dans une phlébite apyrétique* (Mme L. B..., fibrome utérin.)

l'état du pouls et de la température, on fera, le cas échéant, la même constatation : l'accélération dans les premiers jours *indique la phlébite*, elle en est, pourrait-on dire, le signal-symptôme.

Mais, dira-t-on, l'accélération est également un signe avant-coureur de l'infection péritonéale, « il dénonce souvent, avant le thermomètre, avant les accidents fonctionnels, l'imminence du danger » [Lejars (2)].

Mais c'est autant au degré de fréquence que de petitesse que se mesure la gravité des infections fournies par le pouls. Or, dans le cas dont j'ai parlé, j'ai bien remarqué que la fréquence ne s'accompagnait pas de petitesse, de cet état fuyant, irrégulier, se dérobant sous le doigt qui est le caractère bien connu du pouls de la péritonite. Ici rien de pareil, la fréquence est seule constatée. Et cette fréquence s'accuse progressivement; il y a une *montée par échelons* (*Staffelformig*) de la courbe du pouls *avec une température normale*, comme Mahler (3) l'a le premier bien indiqué. Mahler rappela, en effet, l'attention sur ce phénomène du *pouls grimpant* (*Kletterpuls*), déjà observé avant lui mais mal étudié, et qui apparaîtrait quelques jours avant les autres symptômes de thrombose chez les accouchées. D'après lui, cette ascension serait due à la résistance de plus en plus grande opposée par les thromboses à la circulation, résistance que le cœur chercherait à vaincre en forçant le passage par les collatérales voisines. Le cœur des accouchées, fréquemment atteint de légère dégénérescence, ne pouvant fournir des contractions plus énergiques, surmonterait ce surcroît de travail par des contractions plus fréquentes. « Le plus grand nombre des pulsations correspondrait donc au moment où l'obstacle est maximum; et la courbe du pouls reprendrait son aspect normal à mesure que se dilateraient les branches collatérales (4). »

(1) A ces onze cas, je puis en ajouter un nouveau que j'ai observé dans le service de M. le professeur Jeannel après une laparotomie pour kyste de l'ovaire. Le tracé sphygmographique était très net, l'accélération du pouls concordait avec l'ascension thermométrique.

(1) Jayle. *Septicémie péritonéale.*

(2) Lejars. *Leçons de chirurgie*, 1894, p. 13.

(3) Mahler. Thromboses, embolies, etc., *Arch. aus der Kgl. Frauenklinik in Dresden*, 1895, Bd. II.

(4) Vaney. La phlébite utérine puerpérale, *Ann. de gyn.*, 1903, p. 473.

Ces idées de Mahler, admises depuis par Singer et Wyder, et récemment encore par Richter (1), peuvent s'adapter exactement à la phlébite post-opératoire. Par un mécanisme que j'étudierai plus loin, des thrombus se sont formés dans les gros troncs veineux du membre inférieur gauche, et ces obstacles jetés dans la circulation vont provoquer une fréquence de contractions cardiaques jusqu'au moment où la circulation collatérale se dilatant, assumera le principal rôle.

Dans le cas de fibromes utérins volumineux, en effet, le cœur est le plus souvent dégénéré, il est en état d' « atrophie brune » décrit par Hofmeier; il est bien certain que ce cœur dégénéré ne pourra pas par des contractions plus fortes vaincre cette résistance, et le nombre des pulsations sera par suite augmenté.

Le même raisonnement peut s'appliquer aux kystes de l'ovaire volumineux (2).

Dans l'appendicite, le cœur est atteint aussi, dans quelques cas, de myocardite (Tuffier), d'endocardite (Ashby, Schwartz) et bien des morts subites sont dues sans doute à ces lésions cardiaques aussi bien qu'à l'embolie.

Plus cette fréquence sera marquée, plus elle indiquera d'obstacles à la circulation, et la plus grande résistance que le cœur puisse éprouver existant dans la gêne de la petite circulation, nous voilà en possession d'un indice certain d'une embolie prochaine.

Ainsi donc, en résumé, le *signe de Mahler annonce la phlébite* et, par son intensité, l'embolie prochaine.

Voilà de quoi nous rendre attentifs à l'avenir à ces avertissements que donne l'étude du pouls et ne plus nous laisser prendre à cette « température fatidique de 37 degrés qui semble répondre de tout » (Lejars) (fig. 2).

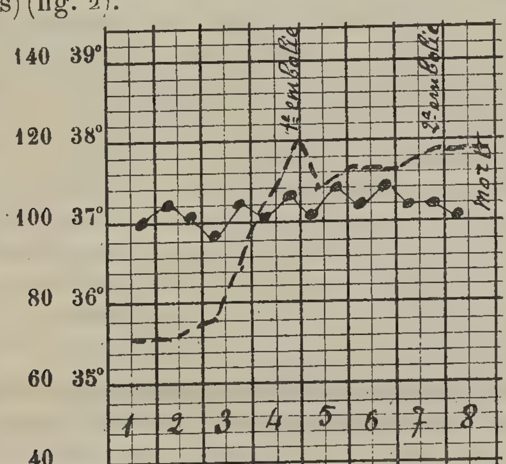


Fig. 2. — *Le signe de Mahler, et la température dans une embolie mortelle (Vaney).*

En voici quelques exemples frappants :

La malade de Gross (3), hystérectomisée pour fibrome très volumineux, présenta la fréquence du pouls dans les jours qui suivirent ; le pouls était à 120 le lendemain de l'opération, le soir de même, mais *bien frappé et régulier, quoique fréquent*, j'ai déjà signalé ce contraste propre à cette variété de phlébite. Le pouls se maintint à 100-110 avec une température de 37°5, puis redevint normal; la malade, se sentant bien, voulut se lever, grave imprudence qui causa la mort dix-huit jours après l'opération. A l'autopsie, thrombose des veines du bassin au niveau du pédicule droit et caillot oblitérant l'artère pulmonaire.

Même tableau clinique chez la malade de Weiss (1) [hystérectomie subtotale] : fréquence anormale du pouls, excellent état général, mort dix jours après, d'une embolie. Thrombose pelvienne, caillot dans l'artère pulmonaire.

Dans une observation de Février (2), il s'agissait d'une tumeur très vasculaire ; pouls fréquent, température normale.

La malade de Routier (3) [in Thèse Diriart) eut après hystérectomie totale, température et pouls normaux le lendemain ; mais deux jours après le pouls battait à 116, et trois semaines après embolie et mort.

Flaischlen (4) craignait une thrombose et une embolie chez une malade très anémiée par un fibrome à accroissement rapide, accidents indiqués par l'accélération du pouls dans les premiers jours ; l'embolie survint, mais heureusement la malade guérit.

Wyder (5) indique aussi cette ascension du pouls et insiste sur sa haute valeur pronostique. Le pouls peut, dit-il, être élevé après une grande hémorragie chez une opérée, la fréquence peut coïncider avec une ascension thermique, cela n'a rien d'étonnant. Mais quand en observe « une augmentation du pouls après les premiers jours de l'opération, alors que les dangers d'infection sont déjà à l'arrière-plan, que la température est normale ou presque, pendant un bien-être complet ou relatif, l'attention du médecin doit être attirée sur ce symptôme qui plaide pour une thrombose cachée ou manifeste ».

Voilà des preuves suffisantes montrant que la phlébite s'annonce à l'avance par un signe clinique constant et facile à rechercher.

b. *La fièvre.* — Sans avoir la constance et surtout la valeur révélatrice du symptôme précédent, une élévation thermique accompagne presque toujours les inflammations veineuses. Même si les bactéries ne sont pas encore répandues dans le sang et continuent à se développer le long des vaisseaux, leurs toxines sécrétées sans cesse, et à certains moments résorbées en plus grande abondance, déterminent des variations de combustions exprimées immédiatement par la courbe thermique (Vaney).

La poussée phlébitique est caractérisée, à ce point de vue, par un frisson suivi d'une ascension thermique atteignant 38°5, 39 degrés, rarement 40 degrés, puis d'oscillations d'un degré environ pendant trois à quatre jours pour aboutir ensuite à l'apyrexie complète.

A part le degré de l'élévation thermique qui est ici en rapport avec une infection atténuée, c'est bien la description de l'ancienne phlébite infectieuse de Siredey. La multiplicité des frissons marque bien la différence qui existe entre l'infection veineuse et l'infection lymphatique où le frisson serait unique et la température constante.

A titre d'exemple, voici le tracé d'une hystérectomie du professeur Jeannel, où se voient les ascensions quotidiennes mais modérées de la T.

Ce tracé, ces frissons multiples s'observent dans les *formes dites pyrétiques* de la phlébite post-opé-

(1) Richter. *Arch. f. Gyn.*, LXXIV, 1, 1905.
(2) Sébileau. *Revue de chir.*, 1887.
(3) Gross, in Michel. Loc. cit.

(1, 2, 3, 4 et 5) Cités par Michel (de Nancy), in *Revue de gyn.*, 1900 (l'embolie après les opérations pour fibromes).

ratoire. La fièvre apparaît avec la phlébite et se maintient élevée pendant quatre à cinq jours.

Dans les appendicites opérées à froid, les mêmes symptômes s'observent, et les faits de Legueu (1), de Guinard, de Villard et Vignard (2), de Walther en sont des exemples connus.

En dehors de ces formes pyrétiques, on a décrit une variété névralgique où tout se réduit à une douleur localisée en un point plus ou moins étendu du membre inférieur, *sans ascension thermique importante*, sans œdème marqué. Il faut se défier de ces formes traîtresses qui parfois se terminent par une embolie mortelle.

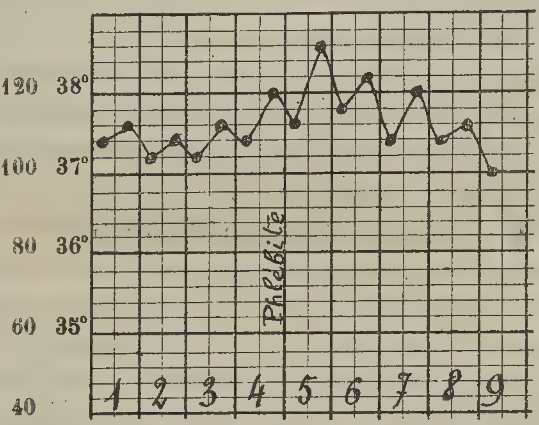


FIG. 3. — *Courbe thermique d'une forme pyrétique.*

c. *La douleur.* — A chaque poussée de phlébite correspond un accroissement de la zone endolorie, laquelle progresse le plus souvent de bas en haut ou inversement. Ces souffrances ne sont pas seulement provoquées par la pression, mais la toux, la respiration un peu profonde même les accentuent péniblement. Précédant souvent l'œdème, cette douleur s'explique par la striction que subissent à leur passage dans leurs anneaux fibreux respectifs la veine crurale ou la saphène.

On comprend alors que chaque mouvement respiratoire profond, chaque accès de toux puisse gêner l'évacuation de la fémorale et faire gonfler les veines de la jambe ; cette augmentation de volume va exagérer la pression entre le ligament et la branche pubienne, d'où production de douleur au niveau du pli de l'aine.

Localisée à l'aine ou au mollet, la pression du doigt sur le cordon veineux induré provoque une douleur vive, la chose est connue.

d. *L'œdème* est généralement blanc rosé et mou, en godet marqué à la pression et d'intensité variable évidemment selon le degré de la gêne respiratoire, siégeant à l'aine ou même dans le bassin. Dès que la circulation collatérale se fera, et petit à petit aura pris l'importance d'une circulation de premier plan, on verra l'œdème disparaître ; mais gardons-nous de croire, à ce moment, écarté définitivement le danger d'une aventureuse embolie! J'ai montré plus haut quel était le seul indice qui pouvait la faire prévoir,

Elle peut éclater d'un moment à l'autre, elle est donc le risque perpétuel de nos opérées phlébitiques.

(*A suivre.*)

(1) LEGUEU, in thèse de Bordessoule, Paris 1905.
(2) VILLARD et VIGNARD. *Revue de chir.*, 1901.

LA MALADIE DE CALVIN

Par MM. ANTONIN PONCET et RENÉ LERICHE (1).

Plus on envisage l'arthritisme avec l'idée bien arrêtée de lui trouver une cause et d'en définir clairement le mécanisme étiologique, plus le problème se simplifie et plus l'insaisissable diathèse semble sortir du domaine idéologique où on l'avait reléguée, pour entrer dans la vivante réalité clinique. Les multiples manifestations qu'elle englobe, qu'elle créerait par ralentissement de la nutrition, apparaissent comme la banale traduction d'une infection plus ou moins latente, à localisations pluriviscérales; et cela, quelle que soit la multiplicité même de ces localisations, la variété de leur symptomatologie. Une fois le principe admis, plus rien ne saurait surprendre, car tous les tissus, tous les organes peuvent être également frappés. En principe, tous le sont.

De ce chef, certains malades synthétiques deviennent étrangement éducateurs; toutes les tares organiques semblent s'accumuler chez eux, avec un polymorphisme déroutant : rhumatisme, eczéma, hémorrhoïdes, gravelle, goutte, nodosités du tissu cellulaire, œdèmes sous-cutanés, scléroses aponévrotiques, etc. Tout le cortège de l'arthritisme est là ; l'arthritisme lui-même s'y trouve; mais une infection qui se cache a fait tout cela. Elle a actionné un arthritisme dont on peut retrouver la cause et dont, bien souvent, une tuberculose déjà ancienne rend raison.

Trop souvent, on se laisse surprendre par les caractères bénins de la maladie originelle. Au lieu de voir, dans son atténuation même, la cause réelle des lésions anormales que l'on constate, on préfère supposer un antagonisme de l'infection et du terrain, sans que rien justifie pareille hypothèse.

Il faut être plus simpliste et donner aux coïncidences cliniques la valeur étiologique qu'elles méritent. Dès lors, bien des pathogénies s'éclairent, et bien des diagnostics se réforment.

Parmi les malades auxquels sont applicables les notions générales que nous venons d'évoquer, il en est un que l'on peut réellement donner comme type.

La tuberculose lui fut lourde, et par elle, croyons-nous, s'explique tout le neuro-arthritisme dont on s'est plu à relever chez lui les stigmates. Cet homme, c'est Calvin, dont la vie, au point de vue médical, comporte pour tout esprit curieux un intérêt puissant.

En face de cet être étrangement débile, au profil dur, osseux, à l'œil creusé, au regard brillant, devant ce tuberculeux amaigri et décharné, sans cesse terrassé par de rudes atteintes morbides, poursuivant, malgré tout, avec une énergie tenace l'expansion des idées qu'il voulait imposer, douloureusement cahoté de sa migraine à son catarrhe, de ses hémorroïdes à sa gravelle, toujours prostré et cependant toujours actif, qu'une souffrance ne quitte que pour faire place à une autre, on se prend à penser qu'en suivant sa douloureuse voie pathologique, Calvin ne fut pas seulement l'homme d'une idée, mais encore l'homme d'une maladie.

Cette maladie, certes, prend des formes variées. C'est une maladie à facettes, mais, dans le fond, on sent qu'une seule cause met en branle toutes ces lésions, et c'est cette cause que nous voudrions chercher.

A lire les études d'un si réel intérêt, consacrées aux misères de Calvin par la curiosité érudite de Cabanès, par l'admiration pieuse de M. Doumergue, avec l'aide autorisée du docteur L. Gautier, il nous a semblé que cet ensemble était merveilleusement échafaudé sur une base unique. Ce qui empoisonna la vie du Réformateur, ce ne fut point le redoutable antagonisme de deux diathèses tour à tour agissantes, mais l'incessante injure d'une infection toujours présente : *la tuberculose*, que ses hémoptysies traduisirent bruyamment, et que ses correspondants déplorèrent maintes fois.

L'observation qui suit, dont nous empruntons les principaux éléments aux beaux travaux des auteurs que nous avons cités (2), le démontrera amplement :

(1) Communication à la Soc. méd. des hôpit., séance du 3 avril.
(2) CABANÈS, *Les indiscrétions de l'histoire*, 3e série, 1906 ; — E. DOUMERGUE, *Jean Calvin*, 3 vol. chez G. Midel, 1899-1905 ; —

Jean Calvin naquit à Noyon le 10 juillet 1509. De ses ascendants, nous ne savons rien au point de vue pathologique, non plus que de son enfance. Muni d'un bénéfice à douze ans, il vient en 1523 à Paris poursuivre ses études classiques, et cinq ans plus tard, les continue à Bourges et à Orléans. Si nous rappelons ces dates, c'est que dès cette époque il aurait commencé, dit-on, à malmener sa santé par un surmenage intensif.

« Bien souvent il étudiait jusques à minuict, et pour ce faire, mangeait bien peu au souper. Puis le matin estant réveillé, il se tenait encore quelque temps au lict, en remémorant et ruminant tout ce qu'il avait estudié le soir. Il n'y a point de doute que telles veilles (et peut-on ajouter tels jeûnes à cet âge) ne lui ayent bien offensé sa santé. » Nous ne savons si ce fut là cause aussi efficiente qu'on a voulu le dire, car bien des étudiants d'aujourd'hui sont logés à la même enseigne et sans dommage; peu importe, toujours est-il que de bonne heure il commença à souffrir de rhumes répétés, de catarrhe et de migraines violentes. Déjà, semble-t-il, il avait l'habitus extérieur du tuberculeux. A. Bossert nous le dépeint ainsi d'après un émail de Léonard Limousin de 1535 : « Il a le front large, les yeux vifs, les sourcils noirs, le nez long, la bouche petite, la barbe très fournie, d'un brun roux (1). Les traits sont encore pleins, quoique déjà fatigués par les veilles. » Il n'a pas vingt-six ans. Déjà il est célèbre, et dès lors il va commencer à tenir ses nombreux correspondants au courant de son état de santé si précaire. Antérieurement, il semble bien qu'il fût déjà migraineux et catarrheux, mais les détails, dont plus tard il sera si prolixe, manquent un peu et on n'ose rien affirmer.

En 1536, à Lausanne, il se plaint d'un *catarrhe bronchique* pénible et tenace. Peu après, à Genève, c'est une diarrhée si violente « qu'en un seul soir, presque épuisé », il a toutes les peines du monde à se soutenir. A Strasbourg, en 1540, son catarrhe le fatigue de nouveau, ainsi que ses migraines, et à différentes reprises il doit dicter ses lettres de son lit.

Le 26 janvier 1546, il relève d'une maladie sur laquelle nous sommes sans détail. Mais ce ne fut point le début d'une convalescence. C'était à peine un répit. En avril il est de nouveau très souffrant. *Déjà sa maladie revêt un caractère métastatique bien spécial, et sur lequel lui-même attire l'attention :* « La difficulté est des fascheries et des rompements de teste qui interviennent pour rompre vingt fois une lettre ou encore davantage. *Quant à la santé, j'estais beaucoup plus débile, vous escrivant naguère, que je ne suis à présent. Mais estant bien disposé par tout le reste du corps, je suis tourmenté sans cesse d'une douleur qui ne me souffre quasi rien faire.* »

Et c'est ainsi qu'oscillant entre la migraine et le catarrhe, il va désormais régir l'église de Genève et régenter le protestantisme français.

En octobre 1546, c'est la migraine : « Ma micraine me sourmenoit si durement, qu'à grand'peine j'ouvrois la bouche. » En août 1547, c'est le catarrhe. Peut-être même fait-il à ce moment une poussée articulaire? Prévoyant à longue échéance la future doctrine du rhumatisme tuberculeux, il écrit que son catarrhe lui « donne si rude sur l'épaule » qu'il ne peut « jecter coup de plume sans grande payne ». L'année suivante, les céphalées reparaissent. Le 20 avril il mande aux pasteurs de Lausanne et de Bâle qu'après avoir lutté trois jours, le mal fut le plus fort et qu'il s'est vu contraint de garder le lit. Un peu plus tard, de vives coliques le tourmentent. Au début de janvier il ne peut tenir la plume et fait écrire pour lui, tant il souffre. En même temps, comme le fait remarquer M. Doumergue, il devient très énervé, très sensible; ses réactions psychiques sont vives : la lecture d'une lettre lui a blessé l'âme à tel point qu'il en a éprouvé une très violente douleur de tête, car « cette maudite migraine revient toujours ». Elle s'annonçait, nous apprend Audin (2), par un bleuissement des lèvres, la contraction des muscles faciaux, l'excitation fébrile du cerveau. Il était obligé de s'arrêter de travailler pour ne pas tomber en syncope. Quand la douleur était trop vive, il s'enfermait dans sa chambre, tirait d'épais rideaux devant sa fenêtre, se traînait sur un lit de repos, et laissait son mal s'affaiblir graduellement. Plus tard tous les expédients de sédation demeurèrent inutiles : « Sa tête restait brûlante des heures entières, et le volcan ne jetait plus de flammes. Un catarrhe suffocant le clouait au lit, lui ôtait le sommeil, le mouvement des jambes et des bras, et jusqu'à la liberté des pensées sérieuses. » Mais n'anticipons pas.

De 1550 à 1554, il ne cesse de gémir sur ses douleurs de tête qui ne lui sont « que trop familières ». Puis les lésions pulmonaires paraissent prendre le dessus. En 1555, apparaît un violent point de côté qui ne cède pas, faisant redouter à Textor, son médecin, le développement d'une pleurésie. Le diagnostic était juste. La maladie pleuro-pulmonaire était bien là. Le 14 mars 1558, Calvin parle à nouveau d'une douleur au côté qui l'empêche de dicter et qui, pendant tout un mois, l'a rendu presque inutile. Le dimanche 24 décembre 1559, ce fut plus grave, écrit M. Doumergue, que nous suivons pas à pas. Il y avait foule dans le grand temple. Calvin fut obligé de forcer sa voix. Le lendemain au moment du repas, il fut pris d'une violente toux et se mit à cracher abondamment le sang. L'hémoptysie dura peu, mais au bout de quelques jours, malgré les conseils de ses médecins et de ses amis, il voulut recommencer ses prêches et reprendre sa vie surmenante. Le résultat ne s'en fit point attendre; à deux ou trois reprises, l'hémoptysie se renouvela. Le 20 avril 1560, Blauser lui écrit sa grande tristesse « sur cette hémorragie venue des poumons » et, sans ambage, lui déclare qu'on le dit « tout à fait poitrinaire ». Quelques mois plus tard, il se plaint d'avoir été très tourmenté « par les douleurs de ventre et par l'ébullition du sang au poumon ». Puis ce sont les céphalées qui reprennent, alternant avec des points de côté.

Bref, Calvin se débat entre la migraine et la manifestation pulmonaire de sa phtisie; tour à tour, l'une semble remplacer l'autre. Depuis longtemps déjà, ces maladies n'étaient d'ailleurs plus seules à le tourmenter : de graves crises hémorroïdaires le tenaillaient cruellement, et de pénibles complications locales en étaient venues aggraver la gêne; des « ascarides » lui avaient amené un prurit intense; il eut peine à s'en débarrasser. Aux lésions de grattage semble s'être ajouté de l'eczéma périnéal; il eut plus encore : des ulcères périanaux le préoccupent vivement, tant ils l'incommodent. De quoi s'agissait-il? ulcération de grattage, hémorroïdes ulcérées, fistule anale? Les trois hypothèses sont assez vraisemblables pour permettre de rejeter bien loin les calomnies toutes gratuites de Bolsec.

Mais il n'était point encore au bout de ses peines.

En 1556 et en 1558, se placent deux épisodes pathologiques sur lesquels nous voulons passer brièvement : Calvin, tuberculeux, arthritisant, migraineux, hémorroïdaire, est atteint, semble-t-il, de paludisme. Déjà fébricitant du fait de ses lésions pulmonaires, il est en proie à la fièvre intermittente, à type tierce d'abord, puis quarte. Au début, les accès sont légers, puis, ayant prise sur un organisme aussi taré, ils se répètent, s'éternisent et l'anémient profondément (1).

Entre temps, à maintes reprises, de graves coliques avec diarrhée profuse lui font mieux insister sur son habituelle constipation. Peut-être quelques ulcérations tuberculeuses de l'intestin étaient-elles en cause? Peut-être s'agissait-il simplement d'entéro-colite muco-membraneuse? L'une et l'autre hypothèse sont admissibles. Tout cela le conduit à une poussée phlébitique de la jambe droite qui le laisse longtemps impotent et le fit dès lors toujours souffrir.

Au travers de ces tristes épisodes : intestinaux, fébriles, migraineux, hémorroïdaux, Calvin, toujours catarrheux et hémoptoïque, arrive en 1561 pour se voir doter de nouvelles

L. Gautier, Les maladies de Calvin d'après le professeur Doumergue, *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 juillet 1905; — E. Wickersheimer. *Revue crit.*, in *France méd.*, 10 août 1907; — A. Lefranc. *La jeunesse de Calvin*, 1888.

(1) On sait que cet *érythrisme* partiel est pour Delpeuch, s'inspirant, du reste, d'Hippocrate, un stigmate réel de prédisposition à la tuberculose.

(2) Audin. *Histoire de la vie, des ouvrages et des doctrines de Calvin*, 6e édit., 1856.

(1) Nous n'avons aucune bonne raison pour rejeter chez Calvin l'impaludisme, qui était alors, paraît-il, fréquent à Genève (L. Gautier, loc. cit.). Mais il est permis de se demander si ces accès intermittents ne se rattachaient pas directement à l'état pathologique de ses voies urinaires? On sait, en effet, combien cette dernière infection peut aisément simuler l'empoisonnement paludéen.

maladies : la gravelle et la goutte. « Mes douleurs articulaires manquent de délices, écrit-il à de Bèze. Pendant deux jours, j'ai souffert les plus vifs tourments dans le pied droit... » Et le surlendemain, après deux jours de cruelles souffrances, il est au lit, avec son diagnostic fait : Dieu l'a voulu podagre et goutteux. Il n'a plus qu'à supporter avec patience « sa répréhension paternelle ».

Le même jour, il est saisi par de fortes coliques qui le tourmentent quarante-huit heures durant. Et dès lors, sans répit, « ses maladies » vont s'acharner sur lui; « comme par compagnie, par escadron et d'une seule attaque, cette foule d'ennemis a fait irruption sur moi. » Il va de la migraine à la goutte, de la goutte aux coliques. Dominant tout, son catarrhe ne le quitte plus. Peu à peu, les coliques se précisent. Le 2 juillet 1563, il rend un calcul de la grosseur d'une noisette après d'horribles souffrances. Cette expulsion le soulage; la trêve fut courte. Il le dit, en écrivant aux médecins de Montpellier le 8 février 1564 :

« Dès que j'ai été convalescent de la fièvre quarte, une douleur forte et vive m'a saisi au mollet; elle s'est un peu calmée; mais elle est revenue une et deux fois. Enfin elle s'est changée en maladie articulaire, qui va des pieds aux genoux. Longtemps une ulcération aux veines hémorroïdes m'a tourmenté.... » et il continue, en rappelant sa néphrite, sa gravelle, etc.

Le 6 avril 1564, l'état n'est pas meilleur : « Quoique la douleur au côté soit calmée, les poumons sont tellement accablés de phlegmes que la respiration est difficile et courte. Un calcul occupe ma vessie... l'ulcère aux veines hémorroïdes me tourmente cruellement. La goutte m'a torturé trois jours... c'est à grand peine qu'on me décide à prendre quelque nourriture. »

Deux mois après il mourait, le 27 mai 1564, à l'âge de cinquante-cinq ans.

Au milieu de cette attristante odyssée, il devient difficile de s'y reconnaître et de savoir comment il mourut exactement. L. Gautier suppose que la fin fut précipitée par des accidents de lithiase urinaire et non point par la tuberculose pulmonaire.

La chose est possible, mais les textes ne sont pas assez précis pour que le diagnostic rétrospectif soit facile.

Qu'importe au fond. Depuis longtemps, Calvin avait en lui plus qu'il n'en fallait pour mourir. Il se trouvait au dernier tournant de la vie, à la merci d'un rien; sa dernière atteinte pathologique ne fit qu'achever son agonie.

Au milieu des mille détails d'une histoire aussi complexe, il est malaisé de s'orienter. Deux choses cependant émergent : les manifestations variées d'un arthritisme tenace, et la constante activité d'une tuberculose pulmonaire datant de loin.

Pour presque tous les auteurs, ces deux choses ne doivent point être mises sur le même plan. « Calvin, nous dit L. Gautier, était un beau type d'arthritique. La série des manifestations de cette prédisposition morbide a été chez lui presque complète : migraine, dyspepsie, hémorroïdes, gravelle, goutte. On pourrait encore rattacher à l'eczéma, les ulcérations calomnieusement incriminées par Bolsec... Il semble que l'on parcoure le livre de Bouchard sur les maladies par ralentissement de la nutrition. Deux épisodes surajoutés viennent faire tache dans ce tableau d'une seule teinte : la fièvre intermittente, les accidents pulmonaires... La fièvre intermittente est actuellement très rare à Genève. Elle y était probablement plus fréquente du temps où la ville était entourée de fossés vaseux... Quant aux accidents pulmonaires, il me semble qu'on peut, sans se compromettre être de l'avis de Blauser, et dire que Calvin était « tout à fait poitrinaire ». Mais Calvin était arthritique, il était même goutteux. Or l'arthritique, surtout s'il est un vrai goutteux, est un mauvais sol pour le tubercule. La phtisie a donc marché très lentement chez le réformateur. Elle s'est bornée à produire, de temps en temps, un crachement de sang ou une poussée de bronchite suffocante... L'arthritisme est donc à la source de presque tous les maux de Calvin; mais, d'autre part, Calvin a tout fait pour donner des aliments à cette disposition morbide. Ses habitudes sédentaires, son activité cérébrale dévorante... étaient les éléments d'une hygiène déplorable. S'il avait pu venir de nos jours consulter un médecin, on lui aurait conseillé le repos, l'absence de soucis, le séjour en plein air, à la campagne, un régime exclusivement lacto-végétarien. Calvin a pris le contre-pied de ces prescriptions, heureusement pour son œuvre, malheureusement pour la durée et l'agrément de sa vie. »

Nous avons tenu à citer, presque en entier, ces conclusions d'une consultation fort intéressante sur la maladie de Calvin, pour bien montrer quelle est la note tout à fait clinique qu'on a presque toujours donnée devant le récit de ses maux ; mais, comme l'aurait dit Calvin lui-même, en ce point du diagnostic posthume synthétique, on se trouve devant « la voie fourchue qui mène en deux chemins contraires, desquels l'un tire à la vie et l'autre à la mort ». Sans hésitation nous prendrons une autre route que L. Gautier.

Pour nous, en effet, l'arthritisme n'est pas un grand mot derrière lequel s'abrite, en repos, notre ignorance des causes premières. L'arthritisme est un syndrome que toute cause, longtemps agissante, peut lentement produire. Toute infection, toute intoxication larvée, réalisera, au maximum, les conditions d'apparition de la prétendue diathèse; petit à petit, les humeurs modifiées remanieront le terrain et feront arthritiques ceux qui n'en avaient antérieurement nullement les traces.

L'histoire d'un tuberculeux n'est pas, en effet, réductible à la phtisie pulmonaire qui l'emporte. Elle commence souvent aux débuts même de la vie, par une scrofule dont il triomphe, par des accidents variés, que l'on dira plus tard prétuberculeux, mais qui sont déjà de l'infection active. Elle se poursuit par une série de manifestations, diverses, très atypiques, dont on méconnaît la nature et qu'on dit arthritiques. Elle s'achève un jour par des lésions du sommet.

Ainsi en fut-il de Calvin. Surmené, mal nourri, vivant dans une hygiène déplorable, ses migraines ou son catarrhe furent son début dans la vie tuberculeuse. C'était déjà de la tuberculose en acte, mais une tuberculose arthritisante, c'est-à-dire bénigne localement. Peu à peu et sous l'influence d'une intoxication de tous les instants, se créèrent chez lui ces fragilités vasculaires, qui lui donnent des hémorroïdes, de la phlébite, ces troubles de la nutrition qui le conduisent à la lithiase urique. Nous avons insisté ailleurs (1) sur cette filiation, et nous n'y voulons point revenir autrement que pour l'affirmer comme une fréquente réalité clinique.

Ainsi donc, bien loin de considérer la tuberculose comme un épisode surajouté qui fait tache dans son histoire d'arthritique, et gênante pour le diagnostic, nous y voyons le premier agent responsable de cette lamentable existence.

Et d'ailleurs, rien ne permet de la considérer comme quantité négligeable. Calvin ne fut pas seulement un tuberculeux précoce. Il semble avoir semé la tuberculose autour de lui. Certes, nous ne savons pas de quoi mourut son enfant, mais ce que nous savons bien, c'est ce qu'il advint de la douce Idelette, sa femme.

En août 1540, Calvin, âgé de trente et un ans, épouse Idelette de Bure, veuve d'un anabaptiste qu'il avait converti. Deux ans plus tard, des couches prématurées et malheureuses ayant fortement ébranlé la santé d'Idelette, Textor en écrit à Calvin : « Il m'est pénible que ta femme soit si souvent malade. Si le Seigneur voulait que par notre art elle fût rendue à sa santé primitive, je ne reculerais devant rien. » Et les termes dont il se sert semblent bien indiquer le dénouement fatal qu'il prévoit. Effectivement, en 1545, elle faillit mourir ; « la crise est terrible, » écrit, quelques jours plus tard, son mari qui déplore à nouveau la toux qui « la tourmente beaucoup et augmente ses douleurs ordinaires ». En revanche, la fièvre ne la quitte plus. « Ma femme se remet difficilement. Des hémorroïdes la tourmentent. La toux exaspère sa douleur. De plus, la fièvre n'est pas encore passée. » Elle ne devait point passer, et le 29 mars 1549, après une légère amélioration, Idelette mourait tuberculeuse, moins de neuf ans après son second mariage.

Dès lors, il semble bien qu'il faille accorder à la tuberculose de Jean Calvin la haute place qu'elle dut jouer dans sa vie. Elle lui fit payer un assez dur tribut pour qu'on la retienne. Cela peut paraître troubler certaines doctrines

(1) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire et arthritisme. Les arthritiques ou prétendus tels ne sont souvent que des tuberculeux, Acad. de méd., 6 janv. 1907.

médico-psychologiques. Ce sont, a-t-on dit, les arthritiques nerveux qui laissent après eux une trace de leur passage sur la terre. « Leurs facultés sont plus développées, leur volonté plus forte, leur énergie plus intense que celle des hommes qui ont une autre constitution, une fibre moins bien trempée (1). » Nous n'en disconvenons point, mais nous ajouterons que les arthritiques nerveux ne sont bien souvent que des tuberculeux en évolution insidieuse et que la tuberculose, comme toute infection, peut tremper la fibre d'un homme de talent ou de génie. Les exemples n'en manquent pas dans l'histoire.

Jean Calvin, faux arthritique, en est un nouveau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 26 MARS 1908)

Après une courte discussion entre MM. Drouineau et Manon sur la **prophylaxie des maladies infectieuses dans l'armée**, on aborde la question du **secret médical dans l'armée**. MM. Labitte et Champeaux estiment que l'obligation du secret médical est aussi stricte pour le médecin militaire que pour le médecin civil. — M. Monod pense que la loi sur le secret médical s'applique aux infirmiers; elle s'appliquerait aussi, d'après M. Lafeuille, aux divers agents du commandement qui prennent, par état, connaissance de rapports d'ordre médical.

Insuffisance nasale respiratoire chez le soldat. — M. Wissemans, au sujet d'une communication de M. Seigneurin, montre que si les infirmeries régimentaires étaient pourvues du matériel nécessaire, il serait possible de traiter au régiment le plus grand nombre de sujets porteurs de lésions naso-pharyngées et d'éviter les complications, parfois graves, dont ils sont les victimes.

Faux adéno-phlegmon sous-maxillaire. — M. Ferraton communique trois observations de malades chez lesquels une obstruction inflammatoire du canal de Wharton provoqua une tuméfaction de la glande sous-maxillaire, simulant un adéno-phlegmon sous-maxillaire Il désigne cette modalité clinique sous le nom de faux adéno-phlegmon sous-maxillaire, et donne comme signes de diagnostic son unilatéralité, la présence dans le plancher de la bouche d'un cordon induré représentant le canal de Wharton et l'existence au niveau de l'ostium des fausses membranes. Le traitement de cette affection ne nécessite pas toujours l'incision de la glande, car les lavages de la bouche et un massage peuvent amener dès le début des accidents la désobstruction du canal et la disparition de la tuméfaction de la glande sous-maxillaire.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

La dose suffisante de bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie a été bien définie autrefois par Gilles de la Tourette qui préconisait, comme Charcot, la méthode par *périodes d'administration de trois semaines* à doses croissantes, puis décroissantes, à raison de 1 gramme par semaine. « Toutefois, disait-il, le passage d'une période de trois semaines à une autre, de la troisième à la quatrième semaine, par exemple, doit en réalité se juger par la suppression de *deux* grammes de bromure et non d'*un*.

Je suppose, ajoutait-il, que l'on donne pendant la première semaine 3, la deuxième 4, la troisième 5 grammes de bromure, la quatrième semaine on supprimera *deux* grammes et on arrivera à 3, 4 et 5 comme la première semaine. On donnera 3, 4, 5; 3, 4, 5 et ainsi de suite, sans interruption d'un seul jour même pendant les règles. »

Ces prescriptions sont très faciles à réaliser avec le sirop de Henry Mure, si exactement dosé à 2 grammes par cuillerée à soupe et dans lequel le sirop d'écorces d'oranges masque parfaitement la saveur désagréable salée du bromure. On se rendra parfaitement compte que la dose est suffisante lorsque le patient, la semaine où il prend la plus forte dose, accuse une certaine lassitude, une certaine somnolence, et qu'il présente enfin le signe de la pupille, c'est-à-dire que ses pupilles ne réagissent plus ni à la lumière, ni à l'accommodation et qu'elles sont en outre à leur maximum de dilatation.

(1) L. Gautier. Loc. cit.

ACTES DE LA FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 AVRIL AU 2 MAI 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Legry et Macaigne.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Gosset et Rieffel; — (2e série) : MM. Thiéry, Proust et Branca; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Lecène et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Gaucher, Sicard et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 28 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Nicloux et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Albarran, Launois et Morestin; — (2e série) : MM. Prenant, Quénu et Cunéo.

3e (oral, 2e partie) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Ricard et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Gouget; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 29 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Pierre Marie et Macaigne.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Rieffel et Proust; — (2e série) : MM. Thiéry, Branca et Mulon.

4e : MM. Pouchet, Lœper et Zimmern; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Segond, Gosset et Lecène; — (2e partie) : MM. Déjerine, Sicard et André Jousset; — M. Legry, suppléant.

Jeudi 30 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Marion et Cunéo; — (2e série) : MM. Quénu, Launois et Morestin.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt; — (2e série) : MM. Gilbert, Gouget et Jeanselme.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours pour deux places de chirurgien des hopitaux. — *Lecture.* — Séance du 3 avril : MM. Mercadé, 23; Bouchet, 20; Okinczye, 24.

Prochaine séance mardi 7 avril, à cinq heures, à la Charité.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 30 mars : MM. Chaillous et Monthus, 28; Cantonnet, 29.

Epreuve orale. — Séance du 1er avril : MM. Chaillous, Cantonnet et Monthus, 27.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 4 avril. — Question : « Rapports des artères sous-clavières. — Signes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse. »

MM. Fénard, 8 + 15 = 23; Toulant, 13 + 21 = 34; Fouchet, 12 + 21 = 33; Dumont, 18 + 19 = 37; Bachy, 13 + 18 = 31; Luzoir, 14 + 22 = 36; Dutheil, 7 + 16 = 23; Strauss, 6 + 17 = 23; Brodin, 13 + 19 = 32; Bénazet, 12 + 20 = 32.

Facultés de médecine. — Lille. — M. le docteur Bué, agrégé, est chargé d'un cours de clinique obstétricale en remplacement de M. le professeur Gaulard en congé d'un an.

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 2 avril 1908, la liste des membres externes de la section technique de santé est arrêtée comme suit : MM. les médecins-majors de première classe Sabatier, à l'état-major du gouvernement militaire de Paris, chargé spécialement du service médical de l'établissement des Invalides; Barbès, du régiment des sapeurs-pompiers de Paris; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Roux, de la garde républicaine; Lamoureux, du 1er cuirassiers; Fischer, du 16e bataillon d'artillerie à pied; — MM. Sacquépée, Dopter et Picqué, professeurs agrégés à l'Ecole d'application.

Cessent par suite de faire partie de la section technique de santé comme membres externes : M. le médecin principal de deuxième classe Wissemans, de l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; — M. le médecin-major de première classe Barthélemy, désigné récemment pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Aix; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Le Goïc, de la garde républicaine; Tanton, professeur agrégé à l'Ecole d'application.

Ministère de l'intérieur. — Une médaille de bronze pour services rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le docteur Doger de Spéville (de Courbevoie).

La mortalité dans l'armée. — La *France militaire* passe en revue pour la période 1901-1908, les principales causes de morbidité, tant pour les troupes de l'intérieur que pour celles d'Algérie et de Tunisie.

A l'intérieur, la grippe entre dans la proportion de 21 p. 100 dans la morbidité générale; la typhoïde, 3,7 p. 100; la rougeole, 18 p. 100; la scarlatine, 8 p. 100; les oreillons, 15,2 p. 100; le paludisme, 5,3 p. 100; la dysenterie, 1,60 p. 100; la tuberculose, 5,9 p. 100; la broncho-pneumonie et bronchite capillaire, 3,8 p. 100; la pleurésie, 7,64 p. 100; l'angine, 6,9 p. 100; les maladies vénériennes, 29,1 p. 100.

En Algérie, ces chiffres sont ainsi modifiés : grippe, 5,1 p. 100; typhoïde, 11,2 p. 100; rougeole, 2,9 p. 100; scarlatine, 7 p. 100; oreillons, 4,3 p. 100; paludisme, 2,8 p. 100; dysenterie, 7,56 p. 100; tuberculose, 5,9 p. 100; bronchites, 3,6 p. 100; pleurésie, 4,49 p. 100; angine, 34,7 p. 100; maladies vénériennes, 72,2 p. 100.

On constate une légère diminution dans presque toutes les maladies, sauf pour les angines et les maladies vénériennes.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la treizième semaine, 1092 décès, au lieu de 1083 pendant la semaine précédente et de 1056, moyenne ordinaire de la saison. La mortalité est donc voisine de la moyenne.

La rougeole et la scarlatine continuent à être très répandues, mais causent très peu de décès (55 cas nouveaux de rougeole et 237 cas de scarlatine).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Dallas (de Castelnau-de-Médoc), M. Lacour, étudiant à Bordeaux, M. le médecin principal de première classe Bresson.

Cours pratique pour les affections chirurgicales du nez, larynx, oreilles. Broncho-œsophagoscopie. — MM. les docteurs Luc et Guisez recommenceront le samedi 9 mai, à cinq heures, à leur clinique, 15, rue de Chanaleilles, leur cours de perfectionnement. Ce cours, essentiellement pratique, sera complet en 20 leçons et durera un mois.

S'inscrire à l'avance par envoi de carte et de droits d'inscription (100 francs) à Mme Morel, directrice de la clinique.

TUMEURS ABDOMINALES

SIMULANT LE CANCER ET LEUR TRAITEMENT

Par A. W. MAYO-ROBSON (1).

I

Suivant l'invitation du président de notre Société, je viens donner le résultat de mon expérience au sujet d'une catégorie de faits qui ne sont point rares et qui soulèvent un des problèmes les plus embarrassants dans l'exercice de notre profession. Les cas, auxquels je fais allusion, fournissent les plus grandes satisfactions, bien qu'elles soient inattendues, car beaucoup de ces malades ont été jugés comme perdus; chez quelques-uns d'entre eux, le traitement peut leur redonner une parfaite santé.

Malheureusement, c'est un de ces cas isolés qui peut faire la fortune d'un charlatan ou établir la réputation d'un remède à la mode; de plus, celui qui administrerait, sans esprit scientifique, des préparations réputées, comme les extraits thyroïdiens ou autres médicaments anti-cancéreux, pourrait bien oublier qu'une hirondelle ne fait pas un été.

J'ai vu de nombreuses tumeurs abdominales qui ont simulé les tumeurs malignes et dont l'évolution a montré qu'il s'agissait de produits inflammatoires; je puis conclure qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne le suppose, et je pense que lorsqu'on est appelé à donner une opinion sur une tumeur abdominale ayant toutes les allures du cancer, il faut savoir réserver, de toutes façons, le pronostic.

De telles tumeurs se montrent partout; j'ai vu des erreurs commises par les plus compétents au sujet de tumeurs du cou, du sein, du thorax, des membres; les plus fréquentes ont eu lieu au niveau de l'abdomen; ce sont d'elles dont je m'occuperai aujourd'hui.

I. Tumeurs de l'S iliaque et du côlon. — L'attention a été récemment attirée par de nombreux écrivains au sujet de lésions inflammatoires de l'S iliaque simulant le cancer: on peut rencontrer les mêmes conditions sur tout le gros intestin (cæcum, côlon, anse sigmoïde, rectum), rendant plus fréquentes les erreurs de diagnostic et de pronostic, que les fautes thérapeutiques.

A cinq reprises, dans ces douze dernières années, j'ai vu des malades qui m'étaient adressés pour des cancers supposés du rectum ou de l'S iliaque, avec des signes d'obstruction nécessitant une colostomie; après des périodes variant d'un à trois ans, j'ai été appelé à fermer l'anus contre nature à cause de la totale disparition de la tumeur supposée. Je ne mentionnerai que quelques-uns de ces cas.

1° Un homme de cinquante ans se plaignait d'une constipation opiniâtre et d'hémorragies rectales passagères; au toucher, on ne pouvait sentir aucune ulcération ou rétrécissement; mais dans l'S iliaque on percevait une volumineuse tumeur. Son état général était précaire, il paraissait cachectique. Personne ne doutait, et moi le premier, qu'on ne fût en face d'un cancer; on fit un anus contre nature. Quand le ventre fut ouvert, je pus sentir de petits noyaux durs; les ganglions pelviens étaient pris; il y avait de l'ascite; je ne songeai pas un instant à une opération radicale. A mon grand étonnement, la tumeur diminua graduellement; la santé revint; au bout d'un an, tout était parfait.

Je ne refermai l'anus contre nature que deux ans après; il y a de cela trois ou quatre ans, le malade est en bonne santé.

2° Chez un vieux curé, qui avait eu la même histoire, je fis le même traitement; chez lui, cependant, je pensai à une tumeur inflammatoire.

Il revint me voir deux ans après, l'état était parfait. Au sigmoïdoscope, je trouvai une lumière intestinale normale; l'anus artificiel fut fermé; l'état est aujourd'hui très bon.

3° Un officier retraité, de cinquante-cinq ans, souffrait depuis trois mois de douleurs abdominales; pendant cette période, une tumeur du côlon ascendant se développa.

Quand je le vis, il avait beaucoup maigri; il se plaignait d'une douleur dans la fosse iliaque droite, coïncidant avec un péristaltisme très prononcé; la tumeur était diffuse, mais je ne pus sentir aucun ganglion; il n'y avait pas d'ascite; mes collègues et moi pensions à un cancer, l'opération fut refusée. Comme il n'y avait pas de signes d'obstruction, nous lui donnâmes de la belladone et de la noix vomique. Six mois après, il était guéri.

4° En août 1906, je vis un cas remarquable avec l'un de mes collègues dans le Lincoln. Un homme âgé avait des signes d'obstruction intestinale associés à une tumeur de la région ombilicale; il y avait une cachexie profonde. En ouvrant l'abdomen, je trouvai de l'ascite avec une tumeur bosselée, englobant le côlon transverse, l'épiploon, une partie du grêle; l'ablation était impossible; je fis une entéro-anastomose; la tumeur disparut et le malade guérit.

5° Il y a douze ans, j'opérai un cas analogue chez un vieillard de soixante-dix ans, il y avait une tumeur du côlon ascendant; je fis une anastomose iléo-iliaque. Trois ans après, le malade était encore bien portant.

6° Il y a deux ans, je vis une dame, d'âge moyen, souffrant d'une obstruction intestinale chronique avec un péristaltisme intestinal douloureux, datant de plusieurs semaines. En ouvrant l'abdomen, je trouvai une volumineuse tumeur entourant l'angle gauche du côlon et deux anses de l'intestin grêle. Comme l'épiploon était adhérent et que la tumeur était bosselée, je fis une double anastomose (colo-colique, iléo-iléale). Tous ceux qui ont vu la malade ne lui ont pas donné pour plus de trois mois de vie; elle est encore actuellement bien portante.

Quelle est la pathogénie de tels cas? Il s'agit probablement de colite chronique infiltrante, occasion-

(1) *The Brit. med. Journ.*, 22 fév. 1908, p. 425. Traduit par M. Patel, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, avec l'autorisation de l'auteur.

née vraisemblablement par de petits diverticules logeant des matières fécales ou bien d'une simple infection des parois intestinales.

On en décrit en général deux formes : la colite chronique adhésive dans laquelle le début est brusque, la colite chronique infiltrante à début insidieux. Toutes deux sont caractérisées par des douleurs intestinales vives et la perte de l'état général.

Le fait que le cancer est souvent compliqué d'inflammation rend un diagnostic positif extrêmement difficile et quelquefois impossible. Mais heureusement le traitement opératoire est curatif si la maladie est due à une inflammation primitive et non secondaire à la tumeur.

D'autres maladies de l'intestin simulant le cancer peuvent demander un traitement chirurgical.

J'ai opéré, il y a un an, un officier d'âge moyen qui m'était envoyé avec le diagnostic de tumeur du cæcum ; les symptômes paraissaient dus à une inflammation développée sur un cancer.

Une opération exploratrice fut décidée ; une masse dure fut trouvée ayant tous les aspects d'une tumeur du cæcum.

L'épiploon était adhérent, je pensai qu'il était préférable d'enlever la tumeur croyant qu'il s'agissait d'un cancer. Le patient guérit retourna chez lui et il est actuellement en parfaite santé. Il s'agissait d'une dilatation cæcale ; toutes les bosselures contenaient des concrétions fécales dures. L'une avait perforé la paroi et le processus inflammatoire avait été limité par les adhérences de l'épiploon.

La tuberculose chronique du cæcum peut parfaitement simuler le cancer, et dans les comptes rendus de la Société clinique de 1902 j'ai rapporté une série de cas dans lesquels l'examen microscopique put seul révéler la nature de la tumeur.

Dans deux cas j'ai trouvé des tumeurs tuberculeuses chroniques de l'intestin grêle laissant quelques doutes au sujet de leur nature ; dans l'un, j'ai excisé 45 centimètres d'iléon sur un malade de cinquante et un ans ; dans l'autre, je fis une entéro-anastomose ; dans les deux cas, il y eut guérison.

Quoique dans ces cas le diagnostic soit possible d'après l'histoire de la tuberculose et la lenteur de l'évolution de la maladie, dans quelques autres un diagnostic précis n'est pas facile, même après avoir enlevé et examiné la tumeur. L'âge du malade n'est pas toujours un guide, j'ai vu des cas de tuberculose au delà de cinquante ans et j'ai enlevé un cancer du côlon chez une jeune fille de quatorze ans.

Le fait suivant a trait à une variété de tumeurs simulant la malignité :

En 1907, j'avais à résoudre un problème difficile chez une malade qui avait des symptômes intestinaux associés à une maladie des annexes ; il y avait adhérence à gauche avec la partie inférieure de l'S iliaque. Après avoir enlevé les annexes malades et séparé les adhérences, je sentis un épaississement marqué de la paroi du gros intestin à l'endroit où la trompe était adhérente. Pensant qu'il s'agissait là de quelque chose d'inflammatoire, je me décidai à ne pas enlever. Quelques semaines après, comme les symptômes d'obstruction augmentaient, j'ouvris l'abdomen, trouvai la tumeur qui formait la sténose et l'enlevai. La malade guérit.

Un examen microscopique montra que la tumeur était une infiltration de la paroi de l'S iliaque, par l'épithélium cilié de la trompe ; il en était résulté de petits kystes à l'intérieur du côlon qui formaient la tumeur.

On pourrait à peine croire qu'un calcul de l'uretère gauche puisse laisser penser à un cancer de l'angle gauche du côlon, c'est pourtant ce qui arriva chez un homme de soixante-treize ans, atteint d'obstruction intestinale et qui présentait une tumeur au-dessous des fausses côtes gauches et aucun symptôme urinaire. Heureusement, l'apparition ultérieure d'une hydronéphrose volumineuse vint lever tous les doutes, et quand j'extirpai ce calcul, le côlon n'avait aucune tumeur.

II. Tumeurs de l'œsophage. — J'ai vu, au début de ma carrière, un malade, ayant atteint les limites extrêmes de la cachexie, et avec tous les signes d'un cancer de l'œsophage, sans toutefois qu'il y ait des signes évidents de sténose ou de dilatation œsophagienne. Une gastrostomie fut faite ; six ou sept ans plus tard, le malade se nourrissait encore par sa bouche gastrique.

Dans deux autres cas, je vis la même chose et toujours je me demandai s'il ne s'agissait pas de cancer.

III. Tumeurs de l'estomac. — C'est au niveau de l'estomac que j'ai vu le plus grand nombre de ces tumeurs douteuses. Au début de ma carrière, alors que j'ignorais l'importance de ces faits, je reçus une dure leçon. J'explorais l'abdomen d'un homme âgé qui présentait les symptômes typiques d'un cancer de l'estomac, avec une tumeur facilement perceptible au-dessus des fausses côtes gauches. Comme l'organe était envahi en entier, je fermai l'abdomen et fis un mauvais pronostic. A mon grand étonnement le malade vint me voir un an plus tard, il s'agissait assurément d'une inflammation autour d'un ulcère, le repos et la diète nécessités par l'opération avaient amené la guérison.

J'ai opéré depuis de nombreux cas dans lesquels, après une longue histoire stomacale, une tumeur s'était développée et présentait tous les caractères du cancer. A l'ouverture de l'abdomen, on avait la même impression, sauf que les ganglions n'étaient pas envahis et qu'il y avait des adhérences qui empêchaient une opération radicale.

Voici quelques exemples :

1° Un homme âgé de trente et un ans avait une dyspepsie depuis dix-sept ans, devenue plus marquée depuis vingt mois. En décembre 1897, l'estomac descendait au pubis avec un péristaltisme visible, jusqu'en mars 1898 ; il se tint à la diète ; il perdit de 15 à 20 kilos, une gastro-entérostomie fut faite en mai 1898 ; une tumeur irrégulière fut trouvée au niveau du pylore remontant le long de la petite courbure, ses ganglions quoique envahis étaient peu nombreux. Le malade est depuis en parfaite santé.

2. Un homme âgé de quarante-cinq ans souffrait

depuis deux ans une heure après son repas et maigrissait considérablement. Depuis neuf mois il vomissait tous les jours, il y avait une dilatation gastrique très prononcée et on percevait une tumeur au pylore. A l'ouverture de l'abdomen le pylore fut trouvé très épaissi et adhérent, formant une tumeur bosselée ayant toutes les apparences du cancer; une gastro-entérostomie fut faite le 12 juin 1900. Dès la deuxième semaine le malade pouvait manger des solides; sa guérison s'est complètement maintenue depuis.

3° Un homme âgé de quarante-huit ans était considéré comme souffrant d'un cancer trop avancé pour le traitement, le malade étant extrêmement faible et ayant perdu 8 à 10 kilos en six mois. La présence d'une tumeur pylorique avec une dilatation très grande de l'estomac et d'abondants vomissements marc de café rendaient le diagnostic très probable. L'opération fut faite le 30 mai 1902 (gastro-entérostomie). Le malade reprit rapidement; trois mois après, il était tout à fait robuste, toute trace de tumeur avait disparu, son état est parfait aujourd'hui.

Ces cas montrent qu'il ne faut pas trop rapidement porter un mauvais pronostic après la gastro-entérostomie faite pour une tumeur de l'estomac; une autre conclusion à tirer est qu'il faut toujours faire une laparotomie exploratrice dans toutes les tumeurs de l'estomac, car si la tumeur peut être enlevée, même s'il s'agit d'une tumeur maligne, la guérison peut suivre. Dans deux cas de cette nature où l'absence d'adhérences rendait possible cette extirpation, j'ai pu prouver la nature de la tumeur en enlevant le pylore et en faisant un examen microscopique : il s'agissait d'un ulcère chronique avec une hypertrophie inflammatoire.

IV. Tumeur du duodénum. — L'ulcère du duodénum, soit qu'il y ait de la périduodénite chronique, soit qu'il y ait une perforation imminente, peut s'accompagner d'une telle altération de la santé que lorsqu'on découvre une tumeur qui persiste et s'accroît graduellement, on est capable de penser à une tumeur maligne.

Dans un cas de ce genre, un chirurgien avait pensé à un cancer; le drainage d'un abcès sous-phrénique et une gastro-entérostomie amenèrent une complète guérison.

Dans le cas d'un officier de marine qui avait des hématémèses et du mælena avec une histoire d'ulcère duodénal et pylorique datant de plusieurs années, la tumeur sentie avant et examinée durant l'opération était si étendue et si adhérente aux parties voisines (foie, pancréas, vésicule biliaire, côlon) que l'on pensa à un cancer. Quelques mois après la gastro-entérostomie, tout avait disparu.

V. Tumeurs du foie. — Le foie est fréquemment le siège de tumeurs soupçonnées malignes et si l'on constate en même temps un rapide amaigrissement et un ictère plus ou moins prononcé, on formule le diagnostic de cancer avec son pronostic fatal.

Récemment une tumeur du foie diagnostiquée sarcome par un médecin me fut envoyée pour une opération; tout disparut à la suite d'un traitement mercuriel. J'eus l'occasion d'observer encore un cas analogue chez un homme âgé et chez une jeune fille de quatorze ans.

L'année dernière je vis aussi chez un homme d'âge moyen revenant des Indes une tumeur du lobe droit du foie qui s'accompagnait d'une déchéance générale; l'opération montra qu'il s'agissait non d'un cancer comme on l'avait pensé, mais bien d'un abcès chronique du foie.

Je puis rappeler aussi d'autres cas dans lesquels une tumeur dure, bosselée, siégeant au niveau du foie avait été prise pour un cancer alors qu'il s'agissait de calculs, de kystes hydatiques calcifiés ou de cirrhose atypique.

Voici un cas que je n'ai jamais été capable d'expliquer.

Un homme d'âge moyen se plaignait d'une douleur dans la région de la vésicule biliaire. On constatait une tumeur du foie : en ouvrant l'abdomen je trouvai une tumeur du lobe droit et un très grand nombre de petites tumeurs blanchâtres du volume d'un haricot disséminées sur le reste de l'organe; je fis le diagnostic de cancer primitif de la vésicule biliaire ayant envahi le foie; l'abdomen fut refermé; à ma grande surprise le malade guérit complètement.

Il n'y avait chez lui aucune histoire de syphilis et le traitement spécifique ne fut jamais utilisé.

VI. Tumeurs de la vésicule biliaire et du pancréas. — Dans la région de la vésicule biliaire, les tumeurs simulant le cancer sont si fréquentes que je suis d'avis qu'il ne faut jamais faire perdre au malade le bénéfice d'une exploration. Voici quelques exemples :

1° Je fus appelé il y a quatre ans pour voir une dame de soixante-douze ans qui souffrait d'une tumeur du foie que l'on croyait être un cancer, elle n'avait jamais eu de coliques hépatiques, mais depuis quelques semaines elle avait été mise au lit en raison d'une douleur au-dessous des côtes droites; en même temps apparaissait une tumeur paraissant développée aux dépens du lobe droit; l'opération montra une vésicule biliaire pleine de calculs, elle fut enlevée et la malade est guérie.

2° Dans un cas analogue je vis une dame de soixante-dix ans avec une tumeur accompagnée d'ictère et d'amaigrissement, on avait admis un cancer. La présence de la réaction pancréatique caractéristique des urines me fit penser à des calculs biliaires dans le cholédoque avec de la pancréatite; l'opération prouva que le diagnostic était exact et la malade guérit rapidement.

Il y a quelque dix-sept ans, je vis un cas qui m'intrigua beaucoup et qui est encore pour moi inexplicable.

Chez une femme de cinquante-six ans je vis une tumeur située dans la région de la vésicule bosselée, dure et non fluctuante et ayant apparemment envahi le foie, l'estomac, le côlon et l'épiploon; je fis une ponction exploratrice dans toutes les directions et ne trouvai ni pus, ni calculs; mon aiguille semblait traverser un cartilage; l'abdomen fut refermé, je portai

un mauvais pronostic, la malade guérit, elle était bien portante plusieurs années après.

S'agit-il d'une tumeur inflammatoire, due à un calcul demeuré inaperçu, ou était-ce réellement une tumeur que l'opération fit disparaître ?

La sensation d'une tumeur formée d'un épiploon épaissi et de viscères attenant à une vésicule biliaire enflammée, est souvent très trompeuse, et dans deux faits récents après avoir exploré une semblable tumeur je fermai l'abdomen en faisant un bon pronostic qui fut confirmé dans la suite. Avant de faire une intervention sérieuse, en raison des adhérences existantes, il est préférable d'agrandir son incision et d'examiner avec soin le foie et les parties adjacentes de façon à s'assurer de l'absence de noyaux secondaires.

Dans le doute, il est préférable de détacher soigneusement l'épiploon qui couvre la vésicule; on peut alors trouver une vésicule pleine de pus et de calculs, et même, si comme cela peut se produire, un cancer est découvert, paraissant encore localisé, on peut faire une opération radicale avec chance de succès. Il y a huit ans, chez un homme d'âge moyen, j'enlevai une tranche de foie et la vésicule biliaire cancéreuse, il est actuellement encore en bonne santé. Dans un autre cas, chez une femme de cinquante-six ans j'enlevai la vésicule, le pylore et une portion du foie; aujourd'hui, c'est-à-dire sept ans après l'opération, la malade va bien.

Dans deux observations le diagnostic fut confirmé par le microscope.

Si cependant des noyaux secondaires sont vus ou sentis dans le foie ou dans l'épiploon, l'abdomen sera refermé.

Les faits suivants feront mieux voir ma manière de penser.

1° Femme âgée de cinquante ans. Jaunisse depuis huit mois. Amaigrissement, douleurs modérées. Un éminent médecin de Manchester fit le diagnostic de cancer. Opération le 29 septembre 1899, calculs trouvés dans le cholédoque et la vésicule biliaire. Cholécystostomie. Guérison.

2° Femme, cinquante ans. Ictère depuis dix mois. Diagnostic de cancer fait par un médecin de Sheffield. Opération le 4 octobre 1892. Calculs dans la vésicule et le cholédoque. Guérison.

3° Femme âgée de cinquante-quatre ans, envoyée pour une tumeur de la région de la vésicule biliaire avec douleurs et ictère. Je diagnostiquai des calculs. En ouvrant l'abdomen, je découvris une tumeur dure, bosselée ; la ponction exploratrice ne retira que du sang; je crus à un cancer et refermai le ventre. La malade guérit très bien.

4° Homme âgé de quarante-cinq ans. Douleurs épigastriques depuis douze mois, ictère foncé depuis six mois, vésicule biliaire distendue, amaigrissement. Opération le 20 mars 1898; pas de calculs; tumeur de la tête du pancréas que je crus être du cancer, drainage de la vésicule pendant dix jours. Guérison complète. Il s'agissait assurément d'une pancréatite interstitielle.

5° Homme âgé de trente-neuf ans. Coliques hépatiques depuis cinq ans. Opération le 22 septembre 1898. La vésicule et le foie sont infiltrés comme s'il s'agissait d'un cancer. Quelques calculs sont sentis profondément dans les canaux biliaires, le malade guérit.

6° Homme âgé de cinquante et un ans regardé par un éminent médecin de Londres comme souffrant du foie. Jaunisse depuis neuf mois, amaigrissement. Pas de douleurs et pas de coliques hépatiques. Opération le 21 septembre 1901. Je trouvai six calculs dans le cholédoque. Guérison complète.

Tous ces cas permettent de dire que si le diagnostic est douteux et si le malade peut supporter l'opération, une laparotomie exploratrice doit être pratiquée; car non seulement on peut quelquefois supprimer la cause de l'ictère, mais même il peut arriver que, si la maladie apparaît comme incurable, l'opération seule, par une influence inexpliquée, peut favoriser la guérison.

Je pourrais allonger la liste des opérations; en 1900, je faisais remarquer la fréquence des lésions inflammatoires du pancréas accompagnant les calculs biliaires, lésions qui peuvent persister et simuler le cancer. En voici quelques cas :

1° Femme, âgée de quarante-quatre ans ; avait souffert d'un ictère foncé avec douleur intense, accès fébriles intermittents, troubles digestifs, amaigrissement. Le 22 juin 1890, après avoir libéré un grand nombre d'adhérences, je trouvai une tumeur du pancréas. enserrant le cholédoque; je crus à un cancer. Je ne trouvai aucun calcul et comme il y avait tendance à l'hémorragie, je fermai l'abdomen. Y eut-il un calcul poussé sous le duodénum? Je ne sais ; mais la malade guérit très bien.

2° Un homme de cinquante-sept ans avait été opéré pour un ictère chronique ; on ne trouva aucun calcul, mais une tumeur pancréatique. Une fistule biliaire persistante me conduisit à faire une cholécystentérostomie ; le malade guérit.

3° Je vis, en 1897, un homme de trente-quatre ans, qui, depuis un an, avait des coliques hépatiques et un ictère foncé. La vésicule biliaire distendue se sentait aisément; l'amaigrissement était considérable. A l'opération, pratiquée le 25 février 1897, je trouvai une vésicule biliaire entourée d'adhérences et une tête du pancréas, dure et volumineuse ; je fis une cholécystentérostomie; sept ans après, le malade était en bon état.

4° Je vis en 1898 un homme de quarante-cinq ans qui depuis un an avait des crises gastriques suivies de vomissements et qui depuis le mois de janvier présentait un ictère foncé, il avait aussi maigri beaucoup. En l'examinant, la vésicule biliaire paraissait un peu augmentée de volume, mais non douloureuse; le foie était un peu volumineux. A l'opération, le 30 mars 1898, je trouvai la vésicule distendue et liée par des adhérences au pylore, au duodénum, au côlon et à l'épiploon. Aucun calcul ne fut trouvé, la tête du pancréas était irrégulière et bosselée; une cholécystostomie fut pratiquée, le patient guérit complètement.

Ce sont là des cas d'inflammation chronique de la

tête du pancréas, sans qu'il y ait lieu de songer à la malignité, quoiqu'ils se seraient probablement terminés par la mort sans l'intervention chirurgicale.

Je pourrais rapporter aussi beaucoup d'exemples de tumeurs simulant le cancer, non seulement dans les organes que j'ai envisagés plus haut, mais aussi dans les reins, les capsules surrénales, dans les ganglions lymphatiques de l'abdomen, l'utérus, les ovaires, les trompes; mais je pense que j'ai donné un nombre suffisant d'exemples pour justifier des opérations exploratrices plus fréquentes, non seulement pour assurer le diagnostic dans des cas douteux, mais encore pour faire le traitement en même temps. Actuellement on peut certainement dire qu'une opération exploratrice faite avec toutes les précautions connues est absolument sans danger, si bien que si l'on doute il n'y a aucune raison sérieuse pour différer.

Loin de moi la pensée que l'opération empêche d'essayer par un tout autre moyen d'arriver au diagnostic; ce que je veux dire, c'est que si l'on a fait tous ses efforts pour assurer le diagnostic et que le pronostic semble grave, s'il y a encore une hésitation, il faut alors recourir à l'opération. Dans quelques cas ce qui avait apparu comme une tumeur incurable peut être enlevé et dans d'autres, une opération palliative peut faire disparaître les accidents menaçants et parfois donner une guérison inattendne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 MARS 1908)

Sur les propriétés lécithinophiles du bacille tuberculeux et de la tuberculine. — MM A. CALMETTE, L. MASSOL et M. BRETON, en étudiant les propriétés activantes de divers sérums à l'égard des venins de serpents, ont constaté que les bacilles tuberculeux et la tuberculine ont une affinité très particulière pour la lécithine.

Cette affinité joue probablement un rôle essentiel dans la réaction générale fébrile et dans les réactions locales de la peau ou des muqueuses (cuti et ophtalmo-réaction) qui apparaissent après les injections sous-cutanées ou les instillations de tuberculine sur les muqueuses. On constate, en effet, que lorsqu'une solution de tuberculine précipitée à froid a été laissée en contact à l'étuve pendant quelques heures avec un sérum de cheval ou de chien préalablement chauffé une heure à 58 degrés et riche en lécithine, de telle sorte que, dans le mélange, il reste encore, après fixation, un excès de lécithine capable d'activer le venin, la tuberculine ainsi traitée n'est plus capable de provoquer l'ophtalmo-réaction; cependant sa toxicité ne semble pas diminuée, car 1 milligramme de cette tuberculine saturée de lécithine tue le cobaye sain par inoculation intra-cérébrale.

C'est peut être à cette affinité pour la lécithine des cellules nerveuses qu'il faut attribuer les accidents si caractéristiques de la méningite tuberculeuse et aussi la toxicité de la tuberculine pour les animaux sains lorsque cette substance est introduite directement dans le cerveau, tandis que la tuberculine est inoffensive pour ces mêmes animaux sains lorsqu'on l'introduit sous la peau ou dans le péritoine ou dans les veines.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1908)

Cas de gangréne diabétique traités et guéris par l'air chaud sous pression. — MM. René BONAMY, MAROT et VIGNAT présentent quelques cas de gangrène diabétique traités à l'hôpital Gouin et guéris par l'air chaud sous pression et à haute température au moyen d'un appareil très ingénieux dû à M. Prat.

Cette méthode se différencie totalement de celles à air chaud étudiées en France par ce fait que grâce à ses hautes pressions et ses hautes températures, elle permet non seulement d'obtenir une hyperémie active comme celle de Bier mais également une stérilisation totale, une exérèse pour ainsi dire des tissus morbides.

Un cas de cyphose traumatique. — MM. Georges GUILLAIN et LAROCHE ont observé un cas d'une curieuse et peu fréquente affection de la colonne vertébrale, la cyphose traumatique. Leur malade très bien constitué jusqu'à l âge de quinze ans, a fait à cette époque une chute sur le dos n'ayant déterminé ni fracture ni luxation de la colonne vertébrale. Deux mois après cet accident une déviation cyphotique de la colonne vertébrale commença et progressa durant une année, puis elle resta telle qu'elle se montre encore aujourd hui. La cyphose chez leur malade est très accentuée, son point culminant est vers la cinquième vertèbre dorsale; elle persiste depuis plus de vingt ans, déterminant quelques douleurs intermittentes, mais n'occasionnant aucun trouble fonctionnel important.

Il faut distinguer parmi les cyphoses traumatiques un type bien décrit par Kümmell et Henlé (à ce type appartient leur cas) et un cas hérédo traumatique sur lequel M. Pierre Marie a attiré l'attention. La pathogénie de ces cyphoses traumatiques s'explique par ce fait que la chute sur la colonne vertébrale détermine la rupture de certains ligaments et surtout du ligament vertébral commun antérieur. Ces ligaments rompus se séparent par ossification et cette ossification a pour conséquence la courbure cyphotique progressive.

Injection d'huile grise. — M. QUEYRAT insiste sur l'importance des moindres détails dans l'administration de l'huile grise :

1° Rechercher d'abord s'il y a de l'albumine dans les urines;

2° S'inquiéter de l'état de la bouche et des gencives. Instituer une hygiène très minutieuse de la bouche.

Le malade ne devra pas se brosser les dents avec une brosse trop dure.

Il emploiera avec avantage le savon dentaire suivant :

Savon amygdalin		40 grammes.
Glycérine neutre		25 —
Extrait de ratanhia	} *ââ*	1gr40
Borate de soude		
Essence d'anis		1gr50
Essence de menthe		0gr40

Ce savon évite l'irritation des gencives.

3° Au cours du traitement, s'il persiste des nodosités, suspendre immédiatement les injections et ne les reprendre que quand les nodosités auront disparu;

4° Dans la quantité d'huile à injecter, tenir grand compte du poids du malade : un malade pesant 70 kilogrammes ne devant pas supporter plus de 7 centigrammes par semaine.

M. Queyrat présente ensuite un malade qui a été guéri d'une stomatite mercurielle très grave par les injections de platine colloïdal associées aux injections d'eau de mer.

La maladie de Calvin, par MM. A. PONCET et LERICHE. — (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 40, p. 475.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1908)

Traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. — Les faits s'accumulent et conduisent toujours, ou à peu près, aux mêmes résultats.

M. TOUSSAINT apporte un fait de perforation intestinale avec ganglions mésentériques suppurés. Il a bien suturé la perforation, mais le malade est mort au dix-huitième jour. A l'autopsie, on a constaté que la suture avait très bien tenu, mais que l'adénite mésentérique suppurée avait déterminé une péritonite généralisée. M. Toussaint regrette donc de n'être pas intervenu contre l'adénite mésentérique. M. Rochard, le premier, a enlevé, de propos délibéré, des ganglions mésentériques suppurés.

Dans un autre cas, M. Toussaint est intervenu croyant avoir affaire à une perforation intestinale, mais c'était une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'une appendicite. M. Toussaint a enlevé l'appendice et le malade a parfaitement guéri.

Mais pour en revenir à l'adénite mésentérique, M. Toussaint a raison d'insister sur ces faits et de proposer qu'on intervienne contre cette adénite, comme on intervient pour les perforations. Cette complication est encore assez fréquente dans la fièvre typhoïde, surtout dans la fièvre typhoïde des pays chauds, où la mortalité atteint encore 31 p. 100.

M. MIGNON est intervenu quatre fois chez les jeunes soldats atteints de perforation intestinale, le premier au quinzième jour, le second au trentième jour, le troisième au vingt-cinquième jour, le quatrième au vingt et unième jour de la fièvre typhoïde. Chez les trois premiers malades, le diagnostic a pu être précoce et la laparotomie a été pratiquée chez le premier six heures, chez le second quatre heures, chez le troisième huit heures après le début des accidents. Chez le quatrième, l'intervention n'a été pratiquée que douze heures après les accidents. Deux fois M. Mignon s'est trouvé en présence d'une péritonite localisée, et deux autres fois en présence d'une péritonite généralisée.

Ces quatre malades sont morts dix-neuf, vingt-cinq, vingt-six et trente heures après l'opération. L'autopsie a montré la parfaite étanchéité de la suture et l'absence de tout épanchement.

M. PONCET apporte au débat 7 observations de laparotomies pour perforations intestinales; premier cas : laparotomie sept heures après le début des accidents, mort trois jours après ; deuxième cas : opération au deuxième jour, mort trente-six heures après; troisième cas : laparotomie trois jours après, mort quatre heures après l'opération; quatrième cas : perforation au cours d'un typhus ambulatoire, laparotomie, mort vingt-quatre heures après; cinquième cas : typhus ambulatoire, laparotomie, mort vingt-quatre heures après; sixième cas : perforation, opération deux heures après, mort quelques heures après; septième cas : perforation intestinale, péritonite généralisée, laparotomie, mort. Donc 7 cas d'intervention pour perforation intestinale, 7 insuccès. C'est là une statistique peu encourageante. M. Poncet fait remarquer que, sur ces 7 cas, il en est 4 de typhus ambulatoire. Les malades atteints de cette forme de fièvre typhoïde marchent, mangent, ce qui peut favoriser la perforation intestinale.

Les signes les plus importants qui permettent de reconnaître l'existence d'une perforation sont la douleur brusque, et la contraction de la paroi. En général, dans les cas relatés par M. Poncet, l'opération a montré des lésions plus importantes que celles qu'on soupçonnait.

Dans les cas de perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde, il faut opérer tôt et vite. En effet, l'opération précoce et rapide peut seule avoir des chances de succès.

Les résultats ne sont pas en faveur de l'opération tardive. Chez des malades affaiblis, comme ceux dont il s'agit ici, il faut se méfier de l'anesthésie. Toutefois M. Poncet reste partisan de l'anesthésie générale à l'éther de préférence au chloroforme.

M. DELBET n'a qu'un seul cas suivi de mort rapide. Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, du service de M. Landouzy, qui fut pris d'une douleur atroce à l'extrémité de la verge avec rétention d'urine. On fait le cathétérisme; rien de particulier; le toucher rectal n'indique rien; la température est de 40°2, surviennent les signes d'une perforation, la chute brusque de la température, un pouls incomptable. M. Delbet opère immédiatement; il trouve sur le grêle une perforation énorme, d'un centimètre de diamètre, le petit bassin est rempli de liquide; le malade a des vomissements noirs et meurt. Selon M. Delbet, le pronostic est d'autant plus grave que la perforation est plus précoce; à la période terminale les conditions sont meilleures.

On a proposé de traiter d'abord la péritonite puis d'intervenir ensuite pour la perforation. M. Delbet n'oserait pas agir ainsi et ne consentirait pas à attendre pour suturer.

Fibrome et grossesse. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation de M. Riche. Il s'agit d'un utérus fibromateux enlevé trois jours après un accouchement. Une femme de quarante et un ans présentant une grossesse normale accouche le 14 octobre 1907; elle a une hémorragie abondante. L'utérus est dur et volumineux; on y reconnaît la présence d'un fibrome. Les lavages intra-utérins restent sans résultats; le pouls est à 140. Les lochies sont fétides, la température est à 38°5. M. Riche intervient, il fait l'hystérectomie abdominale, il enlève l'appendice. Les suites furent très simples et la malade guérit.

M. DELBET cite un cas analogue; il s'agit d'une femme qui expulsa successivement trois fibromes et qui fut prise d'accidents d'infection analogues à ceux de la malade de M. Riche. M. Delbet fit l'hystérectomie; l'utérus était friable et se déchirait. M. Delbet fit un bon drainage et la malade finit par guérir.

Bandage herniaire. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur un travail de M. Robert Lœvy relatif à un bandage herniaire et une ceinture abdominale solidaires. Il s'agit d'une pelote placée d'une façon convenable sur une sangle de Glénard. Ce bandage-ceinture peut rendre de réels services dans les cas où la cure radicale de la hernie est contre-indiquée.

Infections pleuro-pulmonaires à allure clinique d'infections péritonéales. — M. MIGNON, sous ce titre, communique plusieurs observations très intéressantes; il s'agit de cas où l'on crut d'abord à une appendicite, ou à un abcès du foie et où il s'agissait, en réalité, d'une pleurésie purulente droite. Un colonial, en 1896, présenta tous les signes d'un abcès du foie, c'était une pleurésie enkystée du poumon droit.

Dans un autre cas, on crut à un abcès sous-phrénique. Il s'agissait d'un homme de quarante-quatre ans, traité depuis dix ans pour de la dyspepsie. Le 13 octobre 1906, il est pris d'une violente douleur en ceinture dont le maximum est au creux épigastrique et qui se propage vers l'épaule droite. Cette douleur s'accompagne de vomissements. On croit à une colique hépatique, on fait une injection de morphine qui ne calme pas le malade. Une voussure se forme au creux épigastrique; le malade ne tousse pas; il maigrit considérablement. On pense qu'il se forme un abcès périhépatique. Il n'y a toujours aucun signe du côté du thorax. Le malade crache un liquide chocolat; il rend un litre de pus en vingt-quatre heures. On croit à une perforation de l'estomac et à un abcès sous-phrénique. Enfin apparaissent des symptômes thoraciques qui remplacent les symptômes péritonitiques. Ce ne fut que cinq mois après le début des accidents qu'on put reconnaître qu'il s'agissait d'une pleurésie diaphragmatique compliquée plus tard de pleurésie latérale.

M. DELBET a observé plusieurs exemples d'affections thoraciques faisant penser à une affection sous-diaphragmatique. Il fut appelé un jour auprès du fils d'un ancien camarade d'internat pour l'opérer d'une appendicite. Il s'agissait d'une pneumonie dont il a très bien guéri. Il y a aussi la contre-partie, c'est-à-dire des affections sous-diaphragmatiques prises pour des affections sus-diaphragmatiques. Il est souvent très difficile de faire un diagnostic différentiel.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a aussi observé plusieurs cas de ce genre. Il cite, entre autres, un cas de soi-disant appendicite, avec douleurs des plus nettes au Mac Burney, qui n'était qu'une pleurésie purulente.

M. SEGOND a souvent observé des enfants atteints d'affections thoraciques qui accusaient une douleur abdominale très vive. Il fut appelé récemment auprès d'une fillette de dix ans pour l'opérer d'une appendicite aiguë. C'était une pneumonie dont elle a très bien guéri. M. Segond cite aussi l'observation d'une femme de quarante-cinq ans qui était atteinte d'appendicite et de phénomènes thoraciques du côté droit considérés comme consécutifs à l'appendicite. Il fut appelé pour inciser la plèvre; il sortit un liquide infect mais non purulent. La

fièvre tomba, puis se releva. M. Dieulafoy affirme qu'il y avait encore du pus quelque part. M. Segond incisa directement le diaphragme pensant à une périhépatite suppurée. Il n'y a pas de pus. On dit à M. Dieulafoy qu'on ne trouvait pas de pus. Il insista et engagea à chercher de nouveau, convaincu qu'il y en avait. M. Segond fit une petite incision sur la paroi abdominale à droite; il donna issue à deux verres de pus fétide. Il s'agissait d'une pleurésie putride compliquée d'un abcès sous-diaphragmatique.

M. Kirmisson rappelle que l'erreur si souvent commise entre l'appendicite et la pneumonie chez l'enfant est bien connue et aujourd'hui classique. Dans ses cliniques, M. Kirmisson revient constamment sur cette erreur qu'il faut arriver à savoir éviter.

M. Arrou cite trois malades auprès desquels il a été appelé pour les opérer d'appendicite et qui étaient atteints de pneumonie. La fréquence de la respiration et le battement des ailes du nez l'ont poussé, dans ces cas, à ausculter les petits malades et à reconnaître l'existence, soit d'une pneumonie, soit d'une pleurésie, alors que tous les symptômes indiquaient une appendicite.

M. Tuffier cite plusieurs cas analogues à ceux de M. Mignon. Il est souvent très difficile de distinguer une affection sous-diaphragmatique d'une affection sus-diaphragmatique. La radiographie et l'examen histologique du pus pourraient faciliter ce diagnostic.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 4 avril 1908)

Processus histologique de la réaction méningée de la syphilis secondaire. — M. Sézary décrit le processus méningé dont dépend la lymphocytose céphalo-rachidienne de constatation banale chez les syphilitiques secondaires. Histologiquement, il a constaté des lésions très marquées de la pie-mère médullaire, dilatation des vaisseaux dont les parois sont infiltrées de cellules rondes et en voie de prolifération conjonctive, infiltrats de cellules rondes dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien. Ces lésions existent dans toute la hauteur de la moelle, surtout à sa partie postérieure, jusqu'à la protubérance. Les méninges cérébrales sont intactes. Des altérations interstitielles très marquées des racines postérieures et de leurs ganglions ont été notées. Il n'y avait pas de tréponème : on sait que ce dernier n'a jamais été trouvé dans le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire. On est en droit de se demander si de telles altérations ne peuvent, à la longue, entraîner des lésions parenchymateuses et être la cause de certaines affections nerveuses dont la syphilis est le facteur habituel.

Lésions histologiques du foie dans la syphilis secondaire. — M. Sézary a observé dans le foie d'un syphilitique mort de ramollissement cérébral soixante-dix jours après le chancre, sans avoir jamais présenté de signe clinique d'affection hépatique, des lésions analogues à celles qui ont été décrites dans les formes légères de la syphilis héréditaire et chez les singes syphilisés. Ces lésions consistent en congestion avec dilatation marquée des veinules portes, en épaississement des artérioles, en infiltration de cellules rondes et néoproduction de tissu conjonctif jeune dans les espaces de Kiernan. Elles forment des îlots isolés de cirrhose embryonnaire avec congestion, bien distincte des lésions de cirrhose banale ou biliaire au début. L'absence du tréponème n'est pas un argument à l'encontre de l'origine syphilitique du processus. A retenir la congestion et l'épaississement des artérioles de la rate dont le volume était normal, pour rapprocher ces altérations des formes connues de la syphilis spléno-hépatique.

Toxicité des sécrétions duodénales. — MM. Roger et Garnier ont établi antérieurement que le contenu de l'intestin grêle et notamment du duodénum était plus toxique que celui du gros intestin, de sorte que contrairement à l'opinion classique la toxicité du contenu intestinal n'est pas en rapport avec la putréfaction. Cette toxicité du contenu duodénal ne dépend pas au moins uniquement des sécrétions qui se déversent dans cette portion de l'intestin grêle comme l'ont soutenu récemment Cybulski et Tarchanoff qui l'attribuent au suc pancréatique. En effet, si on recueille dans le duodénum lié à ses deux bouts les liquides qui s'y accumulent sous l'influence d'injections de sécrétine, on voit que chez le lapin ce liquide même injecté à la dose de 40 à 50 centimètres cubes par kilo ne détermine jamais la mort immédiate de l'animal; le liquide duodénal du chien recueilli dans les mêmes conditions est toxique sur le lapin à la dose de 4 centimètres cubes par kilo, toxicité qui reste bien inférieure à celle du contenu duodénal de l'animal en digestion, laquelle est de 0,5 à 1 centimètre cube par kilo.

Si, chez le chien, on recueille par une fistule le suc pancréatique obtenu par injection de sécrétine, on reconnaît que ce liquide même injecté à la dose de 16 à 20 centimètres cubes par kilo ne tue pas le lapin. Il ne devient toxique que si on le mélange à une certaine quantité de suc duodénal; il tue alors à la dose de 2 à 4 centimètres cubes par kilo en amenant des coagulations dans le cœur droit. Cette activation du suc pancréatique par le liquide duodénal n'est pas due à la présence de la bile; le mélange de suc pancréatique et de bile n'est pas plus toxique que la bile seule, laquelle tue le lapin à la dose de 8 centimètres cubes par kilo; elle est le fait du suc duodénal. Ainsi de même que pour obtenir la digestion de l'albumine, il faut pour provoquer des manifestations toxiques unir le suc pancréatique au suc duodénal.

Le rôle du foie normal et pathologique dans la résorption des ferments peptiques et pancréatiques. — MM. Lœper et Ch. Esmonet ont constaté que la résorption dans le tube digestif des ferments peptiques et pancréatiques détermine une excitation constante de la glande hépatique qui se traduit par la diminution du glycogène de l'organe, la sécrétion d'une bile à la fois plus abondante et plus active. Tous ces phénomènes sont portés à leur maximum quand l'intestin est malade. L'action empêchante du foie normal vis-à-vis des ferments peptiques et pancréatiques, particulièrement vis-à-vis des ferments des albuminoïdes, est évidente. Cette action n'est pas exclusivement chimique, puisqu'elle disparaît par le chauffage à 55 degrés. Le foie malade se comporte différemment : son action antiprotéolytique est moindre et l'apparition de peptones dans son parenchyme montre qu'il se laisse altérer, digérer par les ferments injectés dans la veine mésentérique ou dans la cavité intestinale.

Histogenèse des processus de cirrhose hépatique. — M. N. Fiessinger insiste sur la technique nécessaire en expérimentation pour aborder l'étude des cirrhoses provoquées. Il montre que le lapin est l'animal de choix; seulement, certaines précautions doivent être prises pour écarter les causes d'erreur. Ces causes d'erreur viennent de la cirrhose spontanée du lapin, le lapin peut être cirrhotique avant l'expérience, et on comprend ainsi comment certains auteurs ont cru provoquer une cirrhose expérimentale en un ou deux mois. Aussi est-il nécessaire de n'utiliser comme animaux que ceux dont un examen histologique du foie a démontré l'intégrité (une parcelle de parenchyme étant recueillie à l'opération). L'évolution de la cirrhose a été suivie chez les animaux en expérience à l'aide de prises aseptiques et successives de foie.

Le toxique qui a donné le meilleur résultat est le chloroforme mélangé à de l'huile de paraffine. L'intoxication doit être prolongée plus de dix à douze mois.

Troubles de la miction et de la défécation par lésions expérimentales du cône terminal ou de la queue de cheval chez le chien (première note et présentation d'animaux). — MM. G. Roussy et Rossi amènent trois chiens ayant subi, il y a plus de cinq mois, l'ablation du cône terminal ou de la queue de cheval et présentant aujourd'hui encore des troubles très accusés de la miction et de la défécation. Ces faits vont donc à l'encontre des observations de Gœtz et Ewald et de Müller, pour qui l'ablation du cône ou de la queue de cheval n'amène pas de paralysie durable et persistante de la vessie et du rectum. Ils prouvent que les centres réflexes vésicorectaux siègent bien dans la moelle sacrée et non pas, conformément à la doctrine classique, dans les ganglions hypogastriques sympathiques, ainsi que l'admet la théorie nouvelle défendue par Müller et par d'autres auteurs après lui.

Xanthélasma et cholémie. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet ont insisté sur la place du xanthélasma parmi les symptômes révélateurs des affections biliaires ou hépatiques et montré que tout sujet qui en est porteur est par là même suspect de cholémie. Parmi les nombreux faits qui leur ont prouvé la réalité de ces connexions étiologiques, ils en citent deux qui établissent que le xanthélasma, lésion définitive, peut survivre à la cause qui l'a provoqué et exister, alors que la cholémie a disparu, tout en ayant été la conséquence de celle-ci. Dans l'un de ces faits, deux jaunisses antérieures, dans l'autre, divers accidents biliaires anciens établissaient l'origine biliaire du xanthélasma des paupières observé, bien que, au moment de l'examen, toute cholémie pathologique ait disparu. Le xanthélasma doit donc être considéré, au même titre que les mélanodermies, comme étant souvent l'un des stigmates révélateurs d'une affection biliaire ou hépatique ayant entraîné une cholémie permanente ou passagère.

Action du bicarbonate de soude sur l'excrétion urinaire. — M. Fauvel.

Sur la conservation de la couleur des pièces anatomiques. — M. Fornario.

Inexistence de l'urocarmine en tant qu'espèce chimique nouvelle. — M. Maillard.

De l'ostéogénèse. — M. Retterer.

Les processus ectroméliens et le type ectromélien. — M. Salmon.

Sur les échanges gazeux de la grenouille passant alternativement par l'air et l'hydrogène. — M. Weiss.

Thymus et athrepsie. — M. Lucien.

Variations de volume de la rate chez les cirrhotiques. — M. Perrin.

Retards de développement par intoxication tabagique expérimentale. — MM. Richon et Perrin.

A propos du séro-diagnostic de la syphilis. — MM. Spillmann et Lamy.

FORMULAIRE

PILULES KÉRATINISÉES DE UNNA

Runge a communiqué au *Pharmaceutische Zeitung* (1907), comme préconisée par Unna, une note sur la préparation des pilules kératinisées. La composition de l'excipient gras employé est la suivante :

Cire jaune	15 grammes.
Graisse de bœuf fraîche	85 —

Faites fondre et ajoutez la solution :

Coumarine	0g10
Alcool à 90 degrés	5 grammes.

Mêlez intimement et évaporez l'alcool au bain-marie.

Comme excipient secondaire on emploie différentes poudres [particulièrement l'hydrate d'alumine (bol blanc), le kaolin, la poudre de charbon, la fleur de riz] additionnées d'un peu de savon. Les pilules, ainsi préparées, sont enduites à cinq ou six reprises avec une solution de kératine (1 p. 30 d'ammoniaque). Pour empêcher les pilules de se coller les unes aux autres, on les roule, lorsqu'elles sont sèches, dans la poudre de graphite. C'est là une précaution indispensable, car le revêtement de kératine serait endommagé et le médicament ne produirait pas l'effet attendu.

Voici deux formules de pilules recommandées par Unna :

A. Pilules d'acide arsénieux.

Acide arsénieux	0g50
Charbon végétal pulvérisé	3 grammes.
Savon méd. pulvérisé	0g50
Excipient gras	6 grammes.

Triturer l'acide avec la poudre de charbon, faire une masse avec le savon pulvérisé et l'excipient gras; divisez en 100 pilules, chacune contenant 0g005 d'acide arsénieux.

B. Pilules de protochlorure de fer.

Chlorure de fer desséché	3 grammes.
Kaolin	5g50
Amidon de riz	5 grammes.
Savon méd. pulvérisé	1g50
Excipient gras	10 grammes.

Triturer le protochlorure de fer avec le kaolin. D'autre part, mélanger le savon pulvérisé et le riz. A l'aide de l'excipient faire une masse du tout et diviser en 100 pilules. Chaque pilule contiendra 0g03 de $FeCl^2$. (*Chemist and druggist*, 1907, p. 446, et *Union pharm.*, n° 1, janv. 1908.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 27 AVRIL AU 2 MAI 1908)

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 1er mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legris.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Rieffel et Macaigne; — (2e série) : MM. Reclus, Branca et Mulon.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Déjerine, Sicard et Lœper; — (2e série) : MM. Gaucher, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Lecène et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Segond, Gosset et Proust; — M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Couvelaire; — M. Potocki, suppléant.

Samedi 2 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Roger, Fernand Bezançon et Nicloux.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Marion et Cunéo; — (2e série) : MM. Quénu, Launois et Morestin.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Gouget; — (2e série) : MM. Chantemesse, Claude et Balthazard; — (3e série) : MM. Gilbert, Carnot et Brumpt; — M. Langlois, suppléant.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaigne, Demelin et Jeannin.

5e (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt; — (2e série) : MM. G. Ballet, Jeanselme et Castaigne; — M. Auvray, suppléant.

THÈSES

Mercredi 29 avril 1908, à une heure. — M. Pointin. Puériculture des enfants jumeaux pendant les premières années de leur existence. (MM. Pinard, président; Gaucher, Marcel Labbé et Couvelaire.) — M. Maurios. L'acné ortiée de Kaposi. (MM. Gaucher, président; Pinard, Marcel Labbé et Couvelaire.) — M. Queuille. Contribution à l'étude de l'anémie pseudo-leucémique de l'enfance et son traitement par l'ingestion de moelle osseuse. (MM. Gaucher, président; Pinard, Marcel Labbé et Gouvelaire.) — M. Simon. Le grattage méthodique. Nouveau procédé d'exploration clinique en dermatologie. (MM. Gaucher président; Pinard, Marcel Labbé et Couvelaire.)

Jeudi 30 avril, à une heure. — M. Le Cabon. Du devoir des médecins vis-à-vis les uns des autres et à l'égard de la médecine. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Rénon et Castaigne.) — M. Angebaud. Contribution à l'étude de la leucémie (nature infectieuse). (MM. Debove, président; Dieulafoy, Rénon et Castaigne.) — M. Coutelas. Essai sur la coordination des mouvements des yeux à l'état normal et pathologique. (MM. de Lapersonne, président; Roger, Langlois et Carnot.) — M. Puech. Le lait et les régimes lactés. (MM. Roger, président; de Lapersonne, Langlois et Carnot.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 42. — JEUDI 9 AVRIL 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 9 AVRIL 1908. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour deux places de chirurgien des hopitaux. — *Lecture.* — Séance du 7 avril : MM. Mouchet, 27; Marcille, 26.

Hôpitaux consignés : Hôtel-Dieu, Charité, Beaujon, Necker.

Prochaine séance lundi 4 mai, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le concours vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Monthus. Nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à notre collaborateur et ami.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Versailles. — Le 7 mai 1908, à neuf heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de quatre internes en médecine.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le samedi 2 mai 1908.

LA CHAIRE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Dans sa dernière séance de la session, le Conseil municipal, conformément aux conclusions d'un rapport de M. Deville, a adopté le projet de délibération suivant :

« Un crédit de 4000 francs est mis à la disposition de l'Administration, sur la réserve du budget pour être affecté au fonctionnement de la chaire d'oto-rhino-laryngologie, dont le Conseil a décidé en principe la création.

« Ce crédit ne sera toutefois employé que sur nouvelle délibération du Conseil, après avis de la quatrième commission. »

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille d'honneur en or est décernée à M. Bridoux, étudiant en médecine à Lille (acte de courage à la catastrophe de Courrières en 1906).

L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL organise, du 13 au 25 avril 1908, une série de cours à l'usage des praticiens.

Liste des cours. — I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Huit heures. Chirurgie pratique, M. Cazin; — Onze heures. Chirurgie dentaire, M. Roy; — Quatre heures. Orthopédie et chirurgie infantile, M. Barbarin; — Cinq heures. Accouchements, M. Dubrisay; — Six heures. Electrothérapie, M. Zimmern.

II. *Dans différents hôpitaux.* — Huit heures. Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde (établissement dermatologique); — Neuf heures et demie. Gynécologie, M. d'Herbécourt (Clinique, 73, rue d'Amsterdam); — Auscultation, M. Audistère (Hôtel-Dieu); — Neuf heures et demie. Onze heures. Maladies des voies urinaires, M. Pasteau (Necker); — Une heure et demie. Oto-rhino-laryngologie, M. Laurens (Clinique de la Trinité); — Cinq heures. Ophtalmologie, M. de Font-Réaulx (Clinique, 73, rue d'Amsterdam); — Cinq heures. Oto-rhino-laryngologie, M. Caboche (Clinique, 73, rue d'Amsterdam); — Six heures. Oto-rhino-laryngologie, M. Menier (Clinique médico-chirurgicale, 76, quai des Orfèvres).

Le droit d'inscription de chaque cours (qui comprendra en moyenne 9 leçons) est fixé à 25 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance, ou bien le lundi 13 avril, de onze heures à midi, à l'hôtel des Sociétés savantes.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Barbarin, 186, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Cours hors série. — Le docteur Audistère fera, pendant la durée des cours, une série de six leçons pratiques, à l'Hôtel-Dieu, sur les applications à la clinique des méthodes de laboratoire (recherche des principaux microbes, angines, cesto-diagnostics, sang, urines, etc., ponction lombaire).

Chaque élève sera exercé individuellement. Le nombre des élèves est limité à dix. Plusieurs séries pourront être faites. Prix : 50 francs.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — MM. Cauchoix, prosecteur, et Beaufumé, ancien interne, commenceront une nouvelle conférence d'internat le 1er mai. S'inscrire auprès de M. Cauchoix, à l'Ecole pratique, ou de M. Beaufumé, à l'hôpital Saint-Antoine.

Adjudication en l'étude de Me LAVERNE, notaire à Paris, 13, rue Taitbout, le lundi 13 avril 1908, à 2 heures précises, de

l'Académie d'Électricité médicale

DE PARIS, sise 15, rue de Calais.

Jouissance immédiate. Mise à prix : 10000 francs. Consignation pour enchérir : 5000 francs.

S'adresser audit Me LAVERNE, notaire, et à Me FERNAND-BERTIN, avoué, 18, rue Duphot.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DU

CRAW-CRAW

Par Louis RONGIER,

Médecin aide-major de première classe des troupes coloniales.

Pendant un séjour prolongé au moyen Congo et au Gabon nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre d'Européens et d'indigènes atteints d'une affection ulcéreuse particulière, siégeant aux membres inférieurs (exceptionnellement aux membres supérieurs), connue dans ces régions sous le nom de « craw-craw ». L'examen journalier de ces malades nous a permis de faire certaines constatations cliniques, thérapeutiques et étiologiques, qu'il nous paraît intéressant de rapporter, les traités classiques de pathologie exotique et de dermatologie ne contenant pour la plupart sur cette maladie que des renseignements succincts et souvent discordants.

Le « craw-craw » est une affection très répandue au moyen Congo et au Gabon. Commune chez les nègres, elle frappe aussi les Européens, pour peu qu'ils fassent dans la colonie un séjour de quelque durée. Nous donnerons une idée de sa fréquence en rappelant que, dans une compagnie de tirailleurs sénégalais à 200 hommes, dont le cadre comprenait 12 Européens, nous avons compté, de novembre à mars 1906, 1794 indisponibilités pour plaies et ulcérations de même aspect et de même évolution que le « craw-craw ».

La cause déterminante de la maladie nous est inconnue, et celles qui favorisent son développement sont encore bien obscures. Le séjour dans les grands centres ne met pas à l'abri du craw-craw, cependant on l'observe surtout chez les individus qui circulent dans la brousse, et qui habitent dans les villages indigènes. Il est incontestable que les soins de propreté journaliers les plus minutieux, voire même les lavages antiseptiques, n'en réalisent pas une prophylaxie certaine. Il en est de même de la protection des membres inférieurs par des vêtements ajustés (bandes molletières, guêtres de cuir) et de la précaution d'éviter la traversée des rivières à gué et la marche dans les marais. Notre observation personnelle en est un exemple probant : nous avons été frappé à plusieurs reprises, malgré la mise en œuvre rigoureuse de toutes ces mesures supposées prophylactiques.

La pullulation des chiques et le développement du craw-craw semblent favorisés par les mêmes conditions étiologiques (saison chaude, voisinage des chiens, séjour dans les cases indigènes, dans les magasins, etc.). Ce fait, très remarquable, nous a paru indéniable. Il est corroboré par un certain nombre d'autres observations. Chez un même individu la réceptivité au craw-craw varie suivant que les conditions de saison ou d'habitation sont plus ou moins favorables à la reproduction des chiques. Entre plusieurs malades soumis à notre examen, les plus éprouvés par la morsure des chiques ont toujours été les plus gravement frappés par le craw-craw. Nous avons vu un sous-officier européen, indemne pendant deux mois où il avait séjourné dans des cases d'Européens, devenir indisponible pendant deux mois consécutifs après un séjour dans un hangar infesté de chiques. Un autre sous-officier, qui hébergeait sous l'influence d'une inexplicable réceptivité de grandes quantités de ces parasites (44 extractions lui furent faites en une matinée), fut pendant huit mois de séjour au Gabon atteint constamment d'ulcérations du type craw-craw et dut être rapatrié pour ce motif.

Nous-même ne fûmes atteint qu'en février 1906 et alors que nous avions constaté sur nous d'une façon exceptionnelle la présence de quelques chiques.

Nous tenons à insister sur les rapports intimes qui existent entre ces deux affections, chiques et craw-craw, car ils nous ont paru réels et constants. N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence?

La piqûre du parasite crée-t-elle la solution de continuité qui servira de porte d'entrée au germe spécifique de l'affection? La chique ne dépose-t-elle pas au moment de sa piqûre une substance toxique, ou les germes mêmes de la maladie auxquels son intestin servirait de réceptacle? Autant d'hypothèses que des observations plus complètes et des recherches expérimentales permettront peut-être de confirmer.

Il est toutefois intéressant de remarquer que cette affection récidivante, parfois pendant des mois, à la colonie, clôt comme par enchantement la série de ses manifestations, lors du rapatriement.

Cette brusque disparition des symptômes s'explique mal dans l'hypothèse d'une affection générale comme cause efficiente du craw-craw.

Quoi qu'il en soit de son étiologie, le craw-craw ne siège qu'au niveau des membres inférieurs, de préférence à la face dorsale du pied, aux régions malléolaires, à la jambe. Les traumatismes, les varices, les cicatrices anciennes ne constituent pas une prédisposition évidente. Le début est toujours brusque, marqué par l'apparition en un point très limité de la peau d'une démangeaison extrêmement vive. Ce prurit survient subitement. Sa localisation en un point limité est si précise qu'il est attribué le plus souvent à une piqûre d'insecte. Seule l'évolution ultérieure des accidents vient démontrer la véritable nature de cette sensation. A cette époque l'examen attentif de la région sensible permet de constater l'existence en son centre d'une *macule* punctiforme, légèrement rosée, insignifiante.

Dans les douze heures la lésion est modifiée, la peau se soulève en une légère saillie, une véritable *papule* se constitue. Elle se transforme bientôt en une *vésicule* dont le contenu ne tarde pas à se troubler : l'élément est devenu *pustuleux*. Il s'entoure d'une aréole rouge nettement inflammatoire. La région est douloureuse à la pression, mais il n'y a pas de douleur spontanée. On ne note aucun trouble de l'état général. Au bout de quarante-huit heures cette pustule se rompt, vide son contenu et fait place à une *ulcération* lenticulaire, à bords réguliers, qui

constitue en définitive le symptôme fondamental de l'affection.

C'est une ulcération moyenne, de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ, de forme ovalaire ou elliptique à bords réguliers, non décollés. Sa profondeur est minime, elle ne dépasse pas les couches profondes du derme, et n'atteint jamais ni les muscles ni les os. Son fond légèrement jaunâtre sécrète une sérosité sanglante mélangée à du pus. Autour de l'ulcération existe une légère zone de lymphangite. On ne constate que peu ou pas de retentissement ganglionnaire. Dans les cas rebelles au traitement la lésion progresse quelque peu en surface et en profondeur, atteint au maximum la dimension d'une pièce d'un franc, prend une coloration vineuse, violacée, et se recouvre d'une croûte, sous laquelle le suintement de la plaie continue à s'opérer. Les lésions sont la plupart du temps multiples; quatre, six ou dix ulcérations évoluent à quelques jours d'intervalle.

Au bout d'un temps plus ou moins long, qui varie de huit à vingt jours, la cicatrisation s'opère. Ici se place un caractère important : l'aspect invariable, toujours semblable à lui-même, de la *cicatrice*. La peau est légèrement amincie, gaufrée et présente une coloration brunâtre qui, dans les cas de craw-craw étendu au mollet, pourrait donner le change pour une séquelle d'ulcères variqueux; mais qui, dans les cas de lésions bénignes, étroites, disséminées, des régions molléolaires ou dorsales du pied, ressemblent à s'y méprendre à des cicatrices de syphilides ulcéreuses.

Le diagnostic du craw-craw est dans la colonie relativement facile. Pour affirmer la nature des lésions on se basera : sur leur siège exclusif aux membres inférieurs, sur le caractère de l'ulcération, l'absence de réaction ganglionnaire, de phénomènes généraux. On ne la confondra pas avec l'ulcération syphilitique plus profonde, à bords plus nettement taillés et plus circulaires, qui ne suppure pas, mais laisse écouler un liquide filant de consistance gommeuse; avec l'ulcère variqueux, qui siège à la face interne du tibia sur un membre variqueux, s'étend surtout en surface; avec l'ulcère des pays chauds qui progresse rapidement en étendue et en profondeur, exhale une odeur sui generis, siège fréquemment sur les cuisses.

Le pronostic est bénin dans tous les cas.

Le traitement pour les cas simples consiste dans l'occlusion de la plaie par l'emplâtre diachylon qui supprime les contacts douloureux et hâte la cicatrisation. Si la zone de lymphangite qui entoure la lésion s'est quelque peu étendue, les pansements humides au permanganate de potasse donnent les meilleurs résultats. L'ulcération se déterge, présente un fond cruenté en voie de bourgeonnement, les bords s'amincissent et s'effacent, l'épiderme est bientôt régénéré.

L'emploi des poudres inertes ou antiseptiques (acide borique, talc, iodoforme, tannin, bismuth) a donné de mauvais résultats. Incapables de provoquer la dessiccation de la surface comme dans les plaies propres ou les brûlures superficielles, elles s'unissent aux sécrétions en formant un magma purulent sous lequel la lésion progresse en profondeur. Les cautérisations et les grattages sont de même entre nos mains restés inefficaces. La question du traitement se résoud enfin de la façon la plus nette par le rapatriement, car c'est un caractère constant pour cette affection de disparaître dès que le malade a quitté la colonie.

En résumé, l'affection dite craw-craw se caractérise par les signes suivants :

1° C'est une lésion bénigne, locale, de la peau qui s'ulcère par rupture d'une vésico-pustule. Cette ulcération reste toujours de petites dimensions; n'a pas de tendance au phagédénisme; ne provoque ni infection à distance ni retentissement ganglionnaire. Elle ne trouble pas l'état général.

2° Elle siège de façon exclusive sur les membres inférieurs, principalement le pied et la jambe.

3° Elle laisse persister, après sa guérison, une cicatrice pigmentée, brunâtre.

4° Elle disparaît très vite après le départ de la colonie.

5° Le traitement par les applications humides de permanganate de potasse paraît agir efficacement contre elle.

ANÉVRISME TRAUMATIQUE

DE LA

TIBIALE ANTÉRIEURE

Ligature de la fémorale au tiers inférieur.

GUÉRISON

Par le docteur A. PRÉVOST,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chauny.

La méthode de choix dans le traitement des anévrismes traumatiques est sans contredit l'ouverture large du sac avec ligature des deux bouts de l'artère, elle n'est malheureusement pas toujours applicable, soit que l'artère blessée étant volumineuse, l'ouverture du sac se présente comme une opération redoutable, soit que l'artère cachée dans la profondeur demeure difficile à atteindre. Il faut savoir en outre que la découverte des deux bouts au milieu des caillots, dans une région modifiée par le traumatisme, puis par l'épanchement sanguin, n'est pas sans offrir certaines difficultés. La ligature à distance reste donc une précieuse ressource; le cas suivant le démontre péremptoirement :

Le nommé P..., âgé de trente-six ans, cantonnier, coupe une branche avec son couteau le 26 août 1906, quand à la suite d'un faux mouvement la lame pénètre par sa pointe dans la partie supérieure et externe de la jambe gauche. La plaie saigne abondamment. Mais aussitôt des assistants lavent la plaie à l'eau froide puis organisent un tamponnement improvisé. Comme le suintement sanguin persiste, on envoie chercher un médecin qui constate sur la jambe gauche une plaie de 6 centimètres située à deux travers de doigt du tiers supérieur de la crête tibiale et parallèle à celle-ci. Le médecin fait un lavage à l'eau oxygénée, puis un pansement occlusif antiseptique. Le lendemain 27, trouvant la plaie étanche, il suture la plaie. Le 1er sep-

tembre le même médecin constate que les points ont cédé et que la plaie en partie béante se comble par bourgeons charnus. Dans la nuit du 3 au 4 septembre, il se produit une forte hémorragie que l'on rapporte à l'érosion de bourgeons charnus par la marche. Le malade avoue en effet avoir marché et s'être fatigué. La plaie est lavée à l'eau oxygénée et pansée. Tout semble évoluer normalement quand le 18 septembre une nouvelle hémorragie se produit : cette fois le sang a giclé, dit le malade. Il y a donc hémorragie artérielle et vu le lieu de la blessure, une hémorragie provenant de la tibiale antérieure. Je suis appelé en consultation et constate que la plaie en partie cicatrisée, ne reste ouverte que sur un point très limité à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs; en revanche, il existe un soulèvement diffus de toute la région avec léger œdème de la peau, et la main placée à plat sur la région antéro-externe est soulevée par des battements isochrones aux pulsations cardiaques. La région est d'ailleurs douloureuse, ce qui empêche une exploration prolongée. Le diagnostic est certain ; il s'agit d'un hématome anévrismatique diffus, et devant la possibilité d'une ouverture spontanée, devant les dangers que présenterait cette éventualité chez un blessé demeurant dans un village loin de toute surveillance scientifique, nous décidons le docteur Bernard, médecin traitant et moi, d'ouvrir la poche et de lier le bout supérieur de l'artère.

Nous donnons quelques gouttes de chloroforme et incisons la peau et l'aponévrose. Immédiatement un jet formidable de sang se produit ; les pinces que nous plaçons déchirent sans amener l'hémostase; le docteur Bernard fait rapidement la compression digitale de la fémorale au pli de l'aine ; le sang coule avec moins d'intensité. J'en profite pour installer au-dessus du genou un garrot de fortune et faire un tamponnement serré. Nous décidons alors d'amener le malade à l'hôpital; le transport a lieu aussitôt.

Le malade est installé à neuf heures du soir : la plaie continue à suinter ; il faut prendre un parti définitif et immédiat. Dans une consultation avec les docteurs Caplet et Bernard, nous estimons que la recherche du bout supérieur dans l'espace interosseux sera malaisée et que pendant la manœuvre le malade profondément affaibli déjà, est exposé à perdre beaucoup de sang en pure perte, que la ligature de la poplitée, toujours assez laborieuse, nécessitera une position incommode et que l'anesthésie déjà assez sérieuse sera de ce fait rendue plus dangereuse; nous décidons d'un commun accord de faire la ligature de la fémorale à l'anneau de Hunter, opération bien réglée et par suite rapide; opération laissant de larges voies anastomotiques, et par suite sans danger pour la vitalité du membre inférieur.

Le docteur Caplet donnant le chloroforme, je pratique aussitôt l'opération suivant les règles classiques ; elle est aisée. Le fil est mis aussi bas que possible. Le suintement de la plaie jambière s'arrête aussitôt. Le membre, un peu plus froid que son congénère pendant deux jours, a vite repris sa vitalité; la cicatrisation de la plaie opératoire se fit par première intention. Un mois après, la plaie jambière était fermée et il n'existait plus traces de l'épanchement anévrismatique. La sixième semaine le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

MÉDECINE PRATIQUE

LES LAVAGES INTESTINAUX AU VIN ROUGE DANS LE TRAITEMENT DES DIARRHÉES INFANTILES

Bien avant les travaux de Sabrazès et Marcandier sur l'action antiseptique du vin acide (1), les anciens avaient utilisé le vin pour le lavage de certaines plaies.

Partant de ce principe que le vin, solution tanno-alcoolique était un antiseptique naturel, donc physiologique, M. le docteur F. Houssay (de Pontlevoy) a eu l'idée de l'employer dans les lésions intestinales des enfants atteints de gastro-entérites estivales (2).

Il procède ainsi : avec du vin rouge ordinaire marquant 7 à 8 degrés, donner deux à trois lavages d'un litre le premier jour, 2 litres les jours suivants, et cesser quand les selles reviennent à l'état normal. Technique banale de l'entéroclyse, le seul point essentiel est de se servir d'un bock et de veiller à l'expulsion régulière du liquide. La canule intestinale à double courant facilite l'opération surtout chez les enfants atteints de diarrhée grave compliquée de convulsions.

Sur un certain nombre de cas de diarrhée infantile, environ une quinzaine ainsi traités, M. Houssay en signale quatre d'une extrême gravité qui lui permettent d'affirmer que dans les cas de gastro-entérites rebelles, tenaces, il y a avantage à ordonner de grands lavages au vin rouge chaud.

Les seules conditions à observer, c'est d'éviter de prendre du vin vieux riche en alcool, pour choisir exclusivement du vin de l'année de 7 à 8 degrés et de donner, cela est important, un lavage et non un lavement.

Dans les cas d'entérite chronique chez des enfants déjà grands, on pourra user du même traitement, mais avec une certaine réserve, car il est plus difficile, pour un public ignorant, de donner un lavage à un enfant déjà conscient qu'à un tout jeune.

Un des énormes avantages de ce traitement est qu'il est simple, à la portée de tous et peut être exécuté dans un bref délai.

M. Houssay rappelle que dès 1880 on a employé pendant un certain temps et avec succès le lavement de vin dans le traitement de la diarrhée de Cochinchine (Le Dantec).

Or, quand des intestins aussi altérés peuvent supporter des lavements de vin, rien ne s'oppose à ce qu'un tube digestif d'enfant anatomo-pathologiquement moins lésé n'en ressente pas immédiatement de bons effets, c'est-à-dire d'une part le bénéfice d'une action antiseptique et tonique due à l'alcool et au tannin, et, d'autre part, une action excitante et tonique due à l'alcool.

M. Houssay termine en faisant remarquer que c'est la première année où il n'a pas eu, malgré les cas graves qu'il a soignés, de décès de diarrhée estivale à enregistrer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 7 avril 1908)

Les vers intestinaux et la fièvre typhoïde. — Les vers intestinaux sont-ils une cause provocatrice de la fièvre typhoïde? — Telle est la question qu'étudient MM. Chantemesse et Rodriguez. Depuis longtemps les vers intestinaux ont été accusés de pouvoir provoquer la fièvre typhoïde. Rœderer et Wagler au XVIIIe siècle, Raspail au XIXe et, plus

(1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 67, p. 794.
(2) *Arch. de méd. des enf.*, n° 4, avril 1908.

récemment, Guiart ont émis l'opinion que les vers jouaient un très grand rôle dans la production de la fièvre typhoïde, Guiart allait jusqu'à soutenir qu'un homme dont l'intestin était libre de vers pouvait impunément boire de l'eau souillée. Pareille assertion mérite examen. Déjà les médecins lyonnais ont protesté. Depuis deux ans MM. Chantemesse et Rodriguez ont recherché systématiquement les vers intestinaux et leurs œufs dans les garde-robes d'un grand nombre de malades dont 134 étaient atteints de fièvre typhoïde et 62 de maladies diverses.

Sur les 134 typhoïdiques, on en trouve 91 dont les garde-robes contenaient des œufs de tricocéphales et 43 avec absence d'œufs de tricocéphales, soit 67 p. 100 avec présence de ces œufs.

Chez les malades atteints de maladies diverses cette proportion est de 72 p. 100. Il résulte de cette statistique que le tricocéphale ou ses œufs ne sont pas plus fréquents chez les typhoïdiques que chez les autres malades.

Des recherches des auteurs, il résulte également que la présence du tricocéphale chez les typhoïdiques n'a aucune action sur la bénignité ou la gravité de la maladie. Pas plus que la présence, le nombre des tricocéphales n'influe sur le pronostic de la maladie.

Le tricocéphale s'observe dans les affections les plus diverses.

La présence des ascarides et des oxyures est assez rare chez les typhiques et ne feront jouer aucun rôle dans l'étiologie de l'affection.

Des recherches de MM. Chantemesse et Rodriguez, il résulte que, dans ces vingt dernières années, le nombre des individus atteints de tricocéphalose a sensiblement augmenté chez les Parisiens. Pourquoi cela ? parce qu'ils mangent des salades ou des fruits poussés sur les champs d'épandage de Gennevilliers.

Les auteurs terminent leur travail par les conclusions suivantes :

1° Les vers intestinaux et, en particulier, les trichocéphales, accusés d'être une cause de fièvre typhoïde, nous paraissent innocents de ce méfait;

2° Les trichocéphales ne jouent aucun rôle dans l'étiologie, le diagnostic et le pronostic de la fièvre typhoïde ;

3° Il serait dangereux d'abandonner les mesures de prophylaxie ordinaire : pureté de l'eau potable, désinfection des matières souillées, etc., pour leur substituer des précautions de thérapeutique individuelle préventive ne visant que la destruction ou l'expulsion des helminthes intestinaux.

De l'élément artériel dans les intoxications oxy-carbonées. — M. Hirtz a fait une très intéressante communication sur le rôle dangereux des poêles mobiles à combustion lente sur les artères.

Scléroses tertiaires et scléro-gommes de l'hypoderme. — M. Balzer a lu une note sur ce sujet.

Le ventre, tel est le titre d'un livre de MM. Cautru et Bourcart, présenté avec éloges par M. Huchard. Il s'agit de l'importance du massage pour le traitement de certaines affections gastro-intestinales.

Elections. — L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

M. Dastre a été élu par 52 suffrages sur 73 votants.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 2 avril 1908)

Les effets de la section du spinal. — MM. Sicard et Descomps. Au cours d'une ablation de ganglions, la branche externe du spinal fut sectionnée. Il en résulta la paralysie atrophique avec troubles des réactions électriques, du sterno-mastoïdien et du trapèze, avec les troubles fonctionnels et esthétiques qui en sont ordinairement la conséquence. Ces troubles persistaient, légèrement atténués, trois mois après. Il faut donc être très prudent avant de conseiller la section du spinal dans un but thérapeutique.

Variations des troubles dus aux lésions corticales, suivant la profondeur de celles-ci. — M. Noica. Dans un cas d'hémiplégie cérébrale infantile, les gros mouvements étaient conservés, ceux des doigts (abduction isolée, opposition du pouce) étaient troublés. En comparant ce cas avec les résultats des interventions pratiquées, sur l'écorce cérébrale d'épileptiques, l'auteur arrive à cette conclusion que, si les couches superficielles de l'écorce sont seules touchées, les mouvements des extrémités sont seuls troublés, plus les lésions sont profondes, plus les gros mouvements sont gênés.

Râle trachéal hystérique. — M. Déjerine. Depuis quatorze ans, une hystérique nette présente des accès de suffocation, avec râle trachéal; l'examen clinique, laryngoscopique, la radiographie, n'ont révélé aucune cause organique. L'introduction d'un tube d'enfant, d'abord, dans le larynx, puis dans l'œsophage, amena la cessation immédiate des accidents, que l'on peut considérer comme hystériques. En effet, ils sont survenus chez une hystérique avérée, et le traitement (tubage œsophagien) n'a guère pu agir que par suggestion. — Pour M. Babinski, la preuve n'est pas suffisante, il faudrait avoir pu reproduire et faire disparaître les accidents à volonté. Ils sont peut-être simplement névropathiques. Le même doute se présente fréquemment : M. Ballet cite le cas d'une hystérique, chez laquelle des accès semblables nécessitèrent dix ou douze trachéotomies; il s'agissait d'une hystérique, mais il a observé un spasme semblable chez un homme de soixante-cinq ans ; le spasme a duré dix à quinze ans ; s'agit-il là d'hystérie ? Le même problème se pose à propos de deux médecins, atteints de spasme de l'œsophage, dont MM. Raymond, Brissaud et Souques résument l'histoire. Dans les deux cas, existait un diverticule œsophagien, qui peut être la cause du spasme.

Troubles de la motilité oculaire chez une basedowienne. — MM. de Lapersonne et Bourdier.

Double lésion pyramidale légère. — M. Monier-Vinard. Le frère et la sœur présentent (cette dernière à la suite d'une grossesse) le facies figé, avec hypertonicité musculaire, légère exagération des réflexes rotuliens, clonus difficile à provoquer. L'existence du signe de Babinski montre qu'il s'agit d'une lésion légère du faisceau pyramidal.

Sarcome kystique du cervelet. — MM. Cantonnet et Coutela. A l'autopsie d'un malade qui avait présenté les signes d'une tumeur cérébrale, avec torpeur intellectuelle et asthénie très marquée, on trouva un sarcome kystique du lobe droit du cervelet gros comme une noisette. Les auteurs insistent sur l'analogie que présentait ce sarcome avec un gliome, et sur l'intensité des troubles oculaires (amaurose totale, stase papillaire très marquée) disproportionnée avec le volume de la tumeur (noisette). Il y avait une hydrocéphalie ventriculaire considérable, et des exsudats diffus, sans syphilis.

Syphilis nerveuses anormales. — MM. Ballet et Barbé. Dans un premier cas, la céphalée syphilitique s'accompagnait de lymphocytose légère du liquide céphalo-rachidien. Après soixante injections mercurielles, la céphalée disparut, en même temps que la lymphocytose. Elles reparurent un mois plus tard, puis survinrent tous les signes d'une méningite cérébro-spinale qui emporta la malade en dix jours. A l'autopsie, lésions méningées avec périartérite diffuse, ressemblant, histologiquement, à la tuberculose.

Dans un autre cas, la lymphocytose permit de rapporter à

la syphilis une débilité mentale, observée chez une jeune fille de dix-neuf ans, hérédo-syphilitique.

Palilalie. — M. Souques propose de désigner sous ce nom la répétition des mêmes mots, à plusieurs reprises, observée par lui chez trois malades atteints d'affaiblissement intellectuel. — Il s'agit plutôt d'un trouble de la mémoire que de l'élocution, pour M. Dupré. — M. Déjerine dit qu'on observe la même chose, atténuée, chez les aphasiques sensoriels.

Forme apnéique de la crise bulbaire tabétique. — MM. G. Guillain et Laroche. Chez un tabétique, est apparue, à la suite de douleurs fulgurantes, une crise d'apnée, presque complète, ayant duré six heures, pendant lesquelles la respiration ne fut entretenue que grâce à des excitations de la muqueuse nasale et de la région épigastrique, sans lesquelles le malade aurait probablement succombé. Cette forme qu'il faut opposer aux accidents bulbaires habituellement observés chez les tabétiques (vertige laryngé, spasme glottique, crises respiratoires), est peut-être attribuable à une parésie transitoire des pneumogastriques.

ANALYSES

MÉDECINE

L'infection éberthienne des voies biliaires. (Lemierre et Abrami. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrit.*, janv. 1908, p. 1.) — Ce travail est une contribution intéressante à l'étude de la septicémie éberthienne dans une de ses manifestations, l'infection des voies bilaires; les auteurs ont constaté que dans les septicémies expérimentales à bacille d'Eberth, ce bacille est éliminé par le foie et détermine fréquemment des lésions inflammatoires de la vésicule biliaire; le bacille persiste dans la vésicule après sa disparition du sang. Ces résultats expliquent plusieurs faits cliniques et leur pathogénie. Dans la fièvre typhoïde humaine, l'infection des voies biliaires n'est pas une infection ascendante du cholédoque par les microbes venus de l'intestin, comme on le croyait autrefois; elle est la conséquence de la présence dans le sang du bacille d'Eberth. Le bacille peut déterminer une cholécystite suppurée pendant la fièvre typhoïde ou pendant la convalescence; le bacille d'Eberth persiste aussi dans la vésicule biliaire et la cholécystite ne survient quelquefois que plusieurs années après la fièvre typhoïde; il semble aussi que l'infection typhique est parfois la cause de certains ictères, de quelques cirrhoses biliaires. Enfin cette persistance du bacille d'Eberth dans la vésicule biliaire explique que certains sujets présentent des bacilles d'Eberth dans les selles pendant des mois et des années; ce sont les « porteurs de bacilles » très étudiés en Allemagne au cours de ces dernières années; c'est dans la vésicule biliaire que pullulent les bacilles qui sont ensuite versés avec la bile dans l'intestin. Cette notion nouvelle des porteurs de bacilles est importante pour la prophylaxie de la dothiénentérie. L. BABONNEIX.

Lavage de l'estomac et tubage à sec contre la constipation. (Lebeaupin. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrit.*, fév. 1908, p. 88.) — En 1901, Spirak, pratiquant chez des dyspeptiques le lavage d'estomac, remarqua que cette opération déterminait chez les malades d'abondantes évacuations. Il employa alors systématiquement ce moyen pour combattre la constipation accompagnant les gastropathies. Ziemssen, Calabi, d'Halluin essayèrent cette méthode et en obtinrent des résultats très satisfaisants.

Lebeaupin rapporte l'observation intéressante d'une femme de trente-deux ans, constipée depuis l'enfance et gastropathe qu'il a soumise à ce traitement. Un premier lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy fut suivi deux heures après d'une garde-robe; trois jours plus tard, le tubage à sec produisit le même résultat. Une série de tubages à sec pratiqués tous les deux jours pendant plusieurs semaines amena une amélioration très notable de la constipation.

Ainsi donc, on peut, dans le traitement de la constipation rebelle au traitement et au régime, essayer soit le lavage de l'estomac, soit le tubage à sec qui donne les mêmes résultats. Il semble que le passage de la sonde dans l'estomac a une action mécanique sur la motricité de l'estomac et de l'intestin. Les cas de constipation ainsi traités sont encore assez peu nombreux; ce nouveau moyen thérapeutique pourra rendre service quand tous les autres auront échoué.

L. BABONNEIX.

Le refroidissement comme cause de maladie. (W. Siegel. *Deuts. med. Wochens.*, 12 mars 1908, n° 11, p. 454.) — Siegel a rapporté au dernier congrès de Wiesbaden des expériences dans lesquelles il a pu provoquer chez le chien des néphrites aiguës par application directe de glace sur un de ces organes découvert par une incision lombaire. Chose curieuse; quoique l'action du froid n'ait porté que sur un seul rein, les animaux présentent toujours de la néphrite bilatérale. Siegel considère comme vraisemblable que les lésions du second rein sont dues à des néphrotoxines, engendrées sous l'influence des altérations du rein refroidi.

Siegel a repris les mêmes expériences en se contentant d'appliquer de la glace sur la peau de la région lombaire rasée ou non. Dans ces expériences les chiens, nullement anesthésiés, étaient très agités et cherchaient à s'échapper. Jamais dans ces conditions il ne s'est produit de néphrite. Au contraire, en prenant soin de s'assurer de l'immobilité des animaux par une narcose légère, par la morphine, Siegel a vu se produire des néphrites.

Chez d'autres chiens ses expériences ont été différentes : il a laissé ces animaux plus ou moins longtemps les pattes de derrière immergées jusqu'aux genoux dans de l'eau à 4 degrés. Il a vu chez certains de ces animaux se développer des signes de néphrite aiguë parenchymateuse : albuminurie, cylindres hématiques, épithéliaux, granuleux, en même temps que les animaux devenaient tristes et maigrissaient. L'autopsie confirmait le diagnostic clinique, et même chez un chien mort, neuf jours après l'apparition des signes de néphrite, existait dans la cavité péritonéale un épanchement ascitique de 200 centimètres cubes.

Du reste, Siegel a observé que pendant les temps neigeux, froids et humides, presque tous les chiens, malgré tous les signes d'une bonne santé apparente, présentent dans leurs urines de l'albumine, des globules rouges, quelques cylindres granuleux et des cellules de l'épithélium rénal. Il existe donc fréquemment chez le chien des lésions rénales légères se manifestant spontanément sous l'influence du froid; et il faut se demander si la répétition de ce processus n'aboutit pas à la néphrite chronique et à l'atrophie rénales, si fréquentes chez le chien et que l'on ne peut expliquer par une des causes habituellement invoquées chez l'homme.

Il existe donc bien des néphrites à frigore. Mais quel est leur mécanisme intime? Siegel repousse toute intervention microbienne. Il se demande si l'on ne peut invoquer des troubles de la circulation rénale se produisant sous l'influence du froid, une vaso-constriction, et une anémie consécutive aboutissant à des troubles de la nutrition et à la dégénération des épithéliums du rein. A. LEMIERRE.

Les troubles gastro-intestinaux de la maladie de Graves-Basedow. (Gaultier. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrit.*, nov. 1907, p. 667.) — Les troubles digestifs sont fréquents au cours de la maladie de Basedow; mais dans certains cas, et M. Gaultier en rapporte deux observations, ils apparaissent comme symptômes précurseurs de la maladie, précédant pendant plusieurs mois la tachycardie,

l'exophtalmie et le développement du goitre. Quelquefois encore, mais plus rarement, les troubles gastro-intestinaux sont les phénomènes terminaux de la maladie de Basedow.

De ces troubles digestifs, le plus commun est la diarrhée, qui a pour caractères d'être paroxystique et non accompagnée de coliques. Les autres sont la boulimie, la fausse sensation de réplétion gastrique, plus rarement les vomissements, les accès de gastralgie. L'examen du suc gastrique révèle un type d'hyperchlorhydrie des plus manifestes; l'examen des fèces, pratiqué selon la technique de l'auteur, montre que la diarrhée est une diarrhée de sécrétion à type acide.

En présence de ces divers phénomènes au cours d'une affection dans laquelle le grand sympathique a certainement un rôle important permet de les attribuer à un trouble dans les fonctions du sympathique, car on sait que celui-ci intervient, par l'intermédiaire de la circulation, comme régulateur de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac.

L. BABONNEIX.

Etude sur les migraines tardivement aggravées et sur les migraines d'apparition tardive. (A. MATHIEU. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrit.*, déc. 1907, p. 717.) — C'est une notion classique que la migraine débute dans l'enfance et disparaît vers quarante à quarante-cinq ans, les accès devenant plus rares et moins intenses puis cessant brusquement. Il y a cependant des exceptions à cette règle; M. Mathieu a vu 5 cas de crises migraineuses qui se sont produites seulement après trente ans, et, chez onze malades, il a observé des migraines persistant et même s'aggravant après quarante ans. La persistance de la migraine et son aggravation à une époque de la vie où elle disparaît le plus souvent ne sont donc pas très rares.

Pour la pathogénie de la migraine, M. Mathieu insiste sur la relation des crises migraineuses avec les troubles digestifs; chez des prédisposés, et sous l'influence d'une fatigue intellectuelle ou visuelle, l'auto-intoxication d'origine digestive est un des facteurs principaux de ces migraines tardives et tardivement aggravées. Aussi faut-il conseiller à ces migraineux le régime lacto-végétarien et des cures laxatives.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Anastomose artério-veineuse. (Gaston TORRANCE. *Annals of surg.*, vol. XLVI, sept. 1907, nº 3, p. 333-334.) — Il n'y a pas de chirurgie plus à l'ordre du jour en Amérique actuellement que la chirurgie vasculaire. La méthode dont Torrance s'est servi dans son cas est très analogue à la méthode d'invagination de Pozzi pour les uretères, avec cette différence qu'il n'y a point de fente longitudinale.

Un homme de quarante ans reçoit deux cylindres de fonte sur les jambes. Résultat : fracture simple de la jambe gauche et fracture compliquée comminutive du cou-de-pied droit. De ce côté l'artère tibiale antérieure est déchirée et la lacération des tissus est telle que l'état de la tibiale postérieure est très problématique. Pas de pulsation, peut-être à cause du shock profond. La saphène interne était déchirée aussi. Du sang coulait des deux vaisseaux et on les lia temporairement pendant la résection de la tibio-tarsienne. Puis l'on réséqua les bouts contus et l'on invagina le bout central de l'artère dans le bout périphérique de la veine. Le lendemain, la circulation du pied opéré semblait aussi bonne que celle du côté opposé. Au onzième jour, l'artère était normale en apparence; il n'y avait pas de pulsations, mais il semblait qu'un petit courant de sang y passait. Puis, plusieurs jours après, l'artère se gangréna. Il est probable que l'opération joua le rôle qui semble, d'après les observations publiées, être le plus fréquent : favoriser le développement de la circulation collatérale en aidant temporairement à la nutrition du membre.

Au bout de six mois, une ostéite se déclara et le malade réclama l'amputation qui fut pratiquée; malheureusement Torrance étant absent, l'on oublia d'étudier le régime circulatoire.

F. GARDNER.

DERMATOLOGIE

Etat actuel de la question du favus humain. (Paul NÉE. Th. de Paris, 1906; Asselin et Houzeau, édit.) — Ce travail ne vise pas à l'exposition de vues nouvelles et originales sur le favus humain, mais veut être une revue générale de cette question qui a été, et est encore, si discutée. En fait tout ce qui a été dit et écrit sur le favus s'y trouve résumé et avec la plus grande clarté; si bien que ceux que cette question intéresse peuvent limiter leurs recherches bibliographiques aux travaux postérieurs à cette thèse.

Certains chapitres sont d'une lecture facile et attachante et profitable à tous; d'autres, notamment ceux sur l'achorion dans ses cultures artificielles, sur l'anatomie pathologique, sont d'une érudition plus ardue, mais précieuse pour le spécialiste.

V. GARDETTE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES FONCTIONS DE MAIRE, PRÉSIDENT DE DROIT DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE D'UN HOSPICE COMMUNAL, ET CELLES DE MÉDECIN RÉTRIBUÉ DE CET HOSPICE SONT-ELLES INCOMPATIBLES?

Il s'agit là d'un cumul très fréquent.

Il peut évidemment présenter des inconvénients, et une circulaire du ministre de l'Intérieur du 15 mai 1884 a attiré l'attention des préfets sur les situations de ce genre. Les médecins des hôpitaux et hospices, élus maires de leur commune, ont donc toujours été invités à opter.

Mais cette interdiction est-elle légale?

C'est une question délicate que le Conseil d'Etat vient d'être appelé à trancher.

L'administration a toujours invoqué la loi du 24 vendémiaire an III, aux termes de laquelle aucun citoyen ne pourra exercer ni concourir à l'exercice d'une autorité chargée de la surveillance médiate et immédiate des fonctions qu'il exerce dans une autre qualité.

Mais, ainsi que l'a fait remarquer au Conseil d'Etat le commissaire du gouvernement Chardenet, à supposer que ce texte n'ait pas été abrogé par les lois ultérieures sur les conseils généraux et municipaux, il résulte de la loi elle-même qu'il ne vise que les agents compris dans la hiérarchie administrative et non pas les membres des commissions des établissements publics comme les hospices.

Quant aux maires et aux conseillers municipaux, leurs cas d'incompatibilité sont limitativement déterminés par la loi du 5 avril 1884.

Il est vrai que l'article 33 déclare inéligibles les agents salariés de la commune. Mais parmi eux ne sont pas compris ceux qui, exerçant une profession indépendante, ne reçoivent une indemnité qu'à raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession.

Le commissaire du gouvernement a donc conclu que l'incompatibilité visée n'a été édictée par aucune disposition législative.

Conformément à ces conclusions — dit le *Temps* auquel nous empruntons ces détails — le Conseil d'Etat a jugé qu'il n'appartient pas à un préfet de mettre un maire en demeure de faire cesser, comme contraire à la loi, le cumul existant entre les fonctions de président-né de la commission de l'hospice et celles de médecin rétribué de cet hospice.

FORMULAIRE

ENDOMÉTRITE

Pansements faits tous les jours ou tous les deux jours avec des tampons de coton hydrophile fortement imprégnés de la solution :

Thigénol « Roche ». 30 ou 40 grammes.
Glycérine.......... 70 ou 60 —

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 5, 2 fév. 1908.) PITRES : Sur un cas d'hémiplégie faciale nucléaire d'origine syphilitique. — (N° 6, 9 fév.) CHAVANNAZ : Appendicite tuberculeuse. — SABRAZÈS et DUPÉRIÉ : Observation et nécropsie d'aphasique. — (N° 7, 16 fév.) CODET-BOISSE : Pied-bot talus paralytique. Transplantations tendineuses. — (N° 8, 23 fév.) ARNOZAN : Les ferments métalliques. — DUPÉRIÉ : Hémiplégie droite et aphasie urémique. — (N° 9, 1er mars.) W. DUBREUILH : Traitement préliminaire des épithéliomes de la peau par les rayons X. — J. CARLES : La valeur thérapeutique de l'atoxyl. — (N° 10, 8 mars.) A. BOURSIER : Deux cas de cancer primitif de l'urètre chez la femme.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 fév. 1908.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Thérapeutique des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Journal des praticiens. — (N° 1, 4 janv. 1907.) BROCQ : Lichen simplex chronique ou prurit circonscrit avec lichénification. — PAUCHET : Appendicite aiguë. — (N° 2, 11 janv.) RECLUS : L'ongle incarné et l'exostose sous-unguéale. — (N° 3, 18 janv.) ROUTIER : Traumatismes et maladies. — CASTEX : La syphilis de l'oreille. — (N° 4, 25 janv.) E. BARIÉ : L'endocardite choréique. — (N° 5, 1er fév.) LE GENDRE : Le médecin et la mort. — E. TERRIEN : Les dyspepsies du premier âge. Traitement diététique chez l'enfant au biberon. — (N° 6, 8 fév.) L. RÉNON : Les cures hydrominérales de la tuberculose pulmonaire. — (N° 7, 25 fév.) VILLEMIN : L'ostéite syphilitique héréditaire. — PASTEAU : Les points douloureux rénaux. — HUCHARD et FIESSINGER : Médication d'urgence par la réduction des liquides. — (N° 8, 22 fév.) BROCA : Traitement des hémorragies chez les hémophiles.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 5, 1er fév. 1908.) DELASSUS : Anévrisme simple de l'artère poplitée chez un jeune homme de seize ans, consécutif à une piqûre par une tige de fer rougie au feu. Extirpation du segment artériel portant le sac. — Jean LEPLUS : Lésion tuberculeuse du cou-de-pied et astragalectomie. — (N° 6, 8 fév.) H. DURET : Deux énormes hernies crurales traitées par la cure radicale. — GRAVELINE : Un cas de double cancer papillaire primitif de l'ovaire avec ascite. — (N° 7, 15 fév.) DELASSUS : Le drainage abdominal avec aspiration. — DAVID : Un cas de méningite à méningocoques. — (N° 9, 29 fév.) DUHAIN : Étude clinique et critique sur les symptômes de la psychasthénie envisagés surtout au point de vue de leur pathogénie (*suite*). — FOURDINIER : Fibromes utérins dégénérés. — (N° 10, 7 mars.) H. DURET : Branchiomes malins du cou et tumeurs du médiastin. — LEPLUS : Epulis et papillome coïncidant avec un nævus vasculaire de la face.

Nord médical. — (N° 320, 1er fév. 1908.) VANVERTS : Des relations qui existent entre le traumatisme et le sarcome. — (N° 321, 15 fév.) G. LEMOINE : Un cas d'ulcère simple de l'estomac. — J. VANVERTS : La stérilisation de l'eau de boisson. — Jayme FERREIRA : Critique de la médication éthérée. — (N° 322, 1er mars.) E. DUFOUR : Les cardiaques à Vichy. — VALENTIN et VANVERTS : Fracture de la mastoïde par balle. Otite purulente.

Revue de la tuberculose. — (N° 1, fév. 1908.) S. ARLOING : Variabilité du bacille de la tuberculose. — LEMOINE : Elimination des tuberculeux de l'armée. — Ch. MANTOUX : Ophtalmo-réaction chez deux cents enfants non malades.

Semaine médicale. — (N° 8, 19 fév. 1908.) CHEINISSE : Que faut-il entendre par alcalinité du sang ? — (N° 9, 26 fév.) L. BARD : De la réalité et du mécanisme du dédoublement vrai du premier bruit du cœur.

NOTES POUR L'INTERNAT

ALBUMINURIE

L'albuminurie est le passage dans les urines d'une ou de plusieurs des albumines du sang. Symptôme très fréquent, devant être recherché chez tout malade, l'albuminurie n'a pas par elle-même une très grande valeur séméiologique; elle indique seulement que la fonction rénale n'est plus normale; c'est par la recherche des circonstances étiologiques, par l'examen complet des urines et du malade, qu'on pourra faire un diagnostic et un pronostic.

ÉTUDE CLINIQUE. — La recherche de l'albumine dans une urine comporte trois temps : reconnaître l'albumine, la doser, séparer les unes des autres les matières albuminoïdes (voir les *Traités classiques*).

Recherche de l'albumine. — Le procédé le plus simple consiste à coaguler l'albumine par la chaleur en solution acide (chaleur et acide acétique). Les phosphates précipitent aussi par la chaleur, mais le précipité est dissous par l'acide acétique.

La recherche de l'albumine par l'acide azotique à froid est un procédé peu précis, car l'anneau d'albumine peut être difficile à différencier du précipité d'acide urique.

Le réactif de Tanret (iodure double de mercure et de potassium) est très sensible; il précipite l'albumine à froid; si ce précipité ne disparaît pas à chaud, on peut affirmer la présence de l'albumine.

Toutes ces recherches doivent être faites avec de l'urine filtrée ; on aura eu soin de vérifier que l'urine à examiner ne renferme ni sang, ni pus, ni sécrétions vaginales.

Dosage de l'albumine. — Cliniquement, le dosage avec le tube d'Esbach et le réactif citro-picrique est suffisant pour suivre, chez un malade, les variations journalières de l'albumine. Mais, pour avoir un dosage exact, il faut filtrer l'urine acidifiée et chauffée, recueillir le précipité sur le filtre, le laver, le sécher et le peser.

La quantité d'albumine varie de quelques centigrammes à plusieurs grammes par litre.

Séparation des substances albuminoïdes. — La véritable albumine de l'urine est la *sérine*. Mais on peut y trouver d'autres albuminoïdes.

La *globuline* sera reconnue en mélangeant l'urine filtrée avec une solution saturée de sulfate de magnésie, en agitant et en laissant reposer vingt-quatre heures; la globuline précipite.

M. Patein a signalé une albumine *acéto-soluble*. Mais en ajoutant à l'urine, dont l'albumine est acéto-soluble, un peu

de chlorure de sodium, la précipitation de l'albumine se produit et persiste même après l'addition d'acide acétique (Brault).

Les *nucléo-albumines* précipitent à froid par l'acide acétique.

Les *albumoses* (Bence Jones) donnent à chaud, en urine alcaline, un précipité noir, après addition de quelques gouttes d'une solution d'acétate de plomb. Les *peptones* précipitent par le réactif de Tanret, mais le précipité se dissout par la chaleur.

L'albuminurie étant reconnue et dosée, on cherchera si elle est rétractile ou non rétractile (Bouchard), si son élimination est continue ou intermittente. On étudiera tous les caractères de l'urine : quantité, densité, dosage de l'urée, des chlorures, recherche des cylindres.

Ces caractères sont très variables selon les cas, l'albuminurie pouvant coïncider avec l'oligurie et la polyurie, avec la rétention ou une élimination normale de chlorures, etc. Il sera quelquefois nécessaire de se renseigner sur la fonction rénale par l'examen de la toxicité urinaire, par la cryoscopie, les épreuves du bleu de méthylène, de la phloridzine, de l'albuminurie provoquée. Puis on fera un examen complet du malade, en recherchant particulièrement s'il a des œdèmes, s'il présente de l'hypertrophie du cœur, un bruit de galop, les petits signes du brightisme ou les symptômes de l'urémie.

FORMES CLINIQUES D'APRÈS L'ÉTIOLOGIE. — *Albuminurie des infections et des intoxications aiguës.* — L'albuminurie est très fréquente dans les *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, scarlatine, diphtérie, pneumonie, grippe, érysipèle, angines...). Quelquefois, le rein est profondément lésé par les toxines; l'albuminurie coïncide avec des urines rares, des symptômes d'urémie; c'est la forme rénale des maladies infectieuses d'un pronostic très grave. Plus habituellement, l'albuminurie n'est que peu abondante, peu durable, ne s'accompagnant d'aucun symptôme d'intoxication urémique; c'est la néphrite passagère de la période d'état. Entre ces deux formes, se place l'albuminurie persistant après la convalescence et passant à l'état chronique, ce qui indique une altération du rein quelquefois légère mais pouvant faire redouter pour l'avenir l'évolution d'une néphrite chronique.

Dans les *intoxications aiguës* par la cantharide et le sublimé, la néphrite suraiguë est à redouter. On voit aussi l'albuminurie apparaître dans l'intoxication par le phosphore, l'arsenic. On a signalé l'albuminurie dans l'intoxication par le chloroforme.

Albuminurie des maladies infectieuses chroniques. — La *tuberculose* donne plusieurs formes d'albuminurie : albuminurie pré-tuberculeuse (Teissier); albuminurie banale des tuberculeux, peu abondante et sans autre modification de l'urine; albuminurie hémorragique continue (Talamon); albuminurie pyurique de la pyélo-néphrite tuberculeuse; enfin albuminurie très abondante avec polyurie indiquant la dégénérescence amyloïde du rein.

Dans la *syphilis*, on distingue une albuminurie précoce, survenant à la période secondaire, très abondante, s'accompagnant fréquemment d'œdèmes et d'accidents urémiques; une albuminurie tardive due le plus souvent à la dégénérescence scléro-gommeuse du rein avec association de lésions amyloïdes. On a signalé quelques cas d'albuminurie liée à la syphilis héréditaire.

Le *paludisme* provoque plusieurs formes d'albuminurie, les unes passagères au moment des accès, les autres permanentes liées à une néphrite aiguë ou subaiguë.

Albuminurie des intoxications chroniques. — Le *saturnisme* est une cause importante d'albuminurie; chez les saturnins jeunes, l'albuminurie est intermittente; puis elle devient permanente et s'accompagne d'hypertrophie cardiaque, d'œdèmes, d'accidents urémiques. Le rein des saturnins est un type de petit rein rouge contracté.

Dans le *diabète*, l'albuminurie est fréquente (40 à 50 p. 100 des cas); par rapport à la glycosurie, elle peut être alternante, concomitante ou substitutive.

Chez les *goutteux*, on a décrit une albuminurie pré-goutteuse, une albuminurie permanente par néphrite évoluant vers la forme du petit rein goutteux.

L'albuminurie de la *grossesse* dépend parfois d'une lésion rénale antérieure à la grossesse ou d'une pyélo-néphrite gravidique; dans d'autres cas, de l'auto-intoxication gravidique. Dans ce dernier cas, le danger qui menace les femmes est l'éclampsie; le fœtus est très exposé (hémorragies placentaires, avortement, accouchement prématuré). Il existe aussi une albuminurie du travail ; quant à l'albuminurie des suites de couches, elle est liée en général à une infection puerpérale.

Albuminurie des néphrites chroniques. — L'albuminurie n'a pas les mêmes caractères dans les deux grandes variétés de néphrites chroniques : néphrites parenchymateuses et néphrites interstitielles d'après la classification anatomo-pathologique et qui correspondent assez à la classification clinique proposée par Castaigne en néphrite hydropigène et néphrite urémigène. Dans la *néphrite hydropigène* caractérisée surtout par de l'anasarque, des œdèmes séreux et viscéraux, l'albuminurie est toujours très abondante, les urines sont rares, la perméabilité rénale sensiblement normale. Dans la *néphrite urémigène*, l'albuminurie est peu abondante, elle peut même manquer; l'urine est abondante, de densité faible, on constate les signes d'imperméabilité rénale et le syndrome cardio-artériel (hypertension artérielle, hypertrophie du cœur, bruit de galop).

Dans la *dégénérescence amyloïde*, l'albuminurie est considérable, atteignant 10 à 15 grammes ; les urines sont abondantes.

On trouve encore de l'albuminurie dans les *pyélo-néphrites* d'origine ascendante; et quelquefois dans le cancer du rein, l'hydronéphrose et le rein flottant.

Albuminurie d'origine circulatoire. — Elle apparaît par suite de troubles vaso-moteurs (hémorragie cérébrale, traumatisme cranien); ou, quand il y a stase veineuse, ralentissement du courant sanguin et abaissement de la pression glomérulaire. C'est l'albuminurie des cardiaques à la période d'asystolie, par congestion passive du rein.

Les urines sont rares, hautes en couleur, avec un dépôt abondant d'urates; l'élimination du bleu de méthylène est normale.

Albuminuries fonctionnelles et physiologiques. — A côté de ces albuminuries dues à des lésions du rein ou à des troubles circulatoires, on a décrit une albuminurie physiologique et des albuminuries fonctionnelles. L'albuminurie physiologique apparaîtrait à la suite de fatigues (Teissier). L'albuminurie fonctionnelle serait d'origine gastro-intestinale ou hépatique. L'albuminurie intermittente *cyclique* de Pavy et l'albuminurie *orthostatique* devraient aussi être considérées comme indépendantes d'une lésion rénale. Mais aujourd'hui on a tendance à admettre plutôt que toute albuminurie est liée à une altération rénale, qu'il ne faut pas nier, sous le prétexte que, dans bien des cas, elle est superficielle, passagère et curable (Castaigne).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — L'albumine s'élimine aussi bien par les tubes contournés que par le glomérule malade (Castaigne). Elle est due à une lésion rénale pure ou à une stase au niveau des vaisseaux du rein; on a abandonné la théorie de Semmola ou de la dyscrasie sanguine d'après laquelle l'albumine passe dans l'urine parce que les albumines du sang sont plus diffusibles et filtrent au niveau du glomérule.

PRONOSTIC. — La quantité de l'albumine, sa persistance, sa rétractilité (indiquant une néphrite grave) peuvent donner quelques renseignements pour le pronostic. Mais, en réalité, l'albuminurie n'indique pas la valeur physiologique de l'élimination rénale puisque des altérations limitées du rein peuvent la produire, tandis qu'elle peut manquer au cours de la néphrite la plus grave (néphrite atrophique). C'est donc une étude complète du malade et de ses fonctions rénales qui permettra de prévoir si la lésion rénale est légère et curable ou si elle doit faire craindre plus ou moins rapidement l'urémie.

TRAITEMENT. — On prescrira, selon les cas, le régime lacté, lacto-végétarien ou déchloruré. On a conseillé contre l'albuminurie plusieurs médicaments, dont le plus récent est le chlorure de calcium. On pourra parfois faire le traitement de la cause, par exemple dans les affections cardiaques et la syphilis.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Admission.* — Séance du 9 avril : MM. Michel, 20; Laubry et E. Weil, 17.

Prochaine séance mardi 5 mai, à neuf heures, à la Charité.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 4 avril. — Question : « Cordon spermatique. — Signes et diagnostic de la tuberculose du testicule. »

MM. Martingay, 14 + 24 = 38; Rouget, 14 + 21 = 35; Girode, 13 + 22 = 35; Sevestre, 14 + 22 = 36; Rousselot, 12 + 21 = 33; Prélat, 12 + 19 = 31; Bruslé, 11 + 16 = 27; Bruel, 8 + 17 = 25; Perdoux, 14 + 22 = 36; Miginiac, 12 + 20 = 32; Thibaut, 14 + 18 = 32; Morancé, 11 + 16 = 27; Séguinot, 12 + 19 = 31.

Séance du 10 avril. — Question : « Muscles grands droits de l'abdomen et leurs gaines. — Signes et diagnostic de la paralysie infantile. »

MM. Charac, 14 + 20 = 34; Fabre, 13 + 21 = 34; Bricout, 17 + 23 = 40.

Séance supplémentaire pour la place de premier. — Question : « Nerf facial intrapétreux. — Causes, signes et diagnostic de la paralysie faciale périphérique. »

MM. Douay, 19; Sorrel, 18; Flandin, 17; Levant, 16.

ASILE D'ALIÉNÉS DE QUIMPER. — Une place d'interne est vacante à l'asile des aliénés de Quimper. Conditions : être Français, âgé de vingt et un ans au moins, avoir 10 inscriptions. Nommé pour trois ans, l'interne est nourri, logé, éclairé, chauffé, blanchi, il reçoit un traitement de 800 francs par an. — Bibliothèque, laboratoire.

S'adresser au directeur-médecin en chef de Quimper.

LE VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE, DE GÉOLOGIE ET DE THÉRAPIE PAR LES AGENTS PHYSIQUES se tiendra à Alger, 4-10 avril 1909, sous le haut patronage de M. Jonnart, gouverneur général de l'Algérie.

Pour tous renseignements et communications, s'adresser au secrétaire général, M. le docteur L. Raynaud, 7, place de la République, Alger.

LES RECRUES PESANT MOINS DE 50 KILOS. — On sait qu'une circulaire ministérielle prescrit aux médecins militaires experts près d'un conseil de revision de ne jamais déclarer aptes au service armé ou auxiliaire des individus dont le poids est inférieur à 50 kilogrammes.

Mais le conseil de revision, juge souverain de l'aptitude physique, reste libre de passer outre à l'avis des médecins experts, comme prend soin d'ailleurs de le spécifier la circulaire dont il s'agit.

Le seul recours que puissent avoir les intéressés acceptés quand même consistera à soumettre leur cas, lors de l'appel de la classe 1907, à la commission spéciale de réforme la plus voisine de leur résidence.

PROJET DE SANATORIUM EN COCHINCHINE. — Le *Courrier saïgonnais* annonce que M. Beau, avant de quitter l'Indo-Chine, a résolu de faire commencer les études pour l'installation d'un sanatorium dans la région des Nui, montagnes d'une altitude de 1 000 mètres environ, qui se trouvent assez près de Saïgon, à droite de la ligne ferrée de cette ville à Phan-Tiêt. Les températures moyennes constatées y sont de 17 à 23 degrés et les extrêmes de 14 à 25.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le professeur Terrier, décédé mercredi à l'âge de soixante et onze ans. Dans un prochain numéro nous montrerons ce que fut sa carrière chirurgicale; — de M. Edouard Landrin, chimiste, ancien président de la Société de pharmacie de Paris, trésorier de la Chambre syndicale des produits chimiques.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 2 mai, à dix heures un quart, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.* — Sous la direction de M. le docteur Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, les docteurs Paul-Laurens et Hautant, assistants, commenceront le mardi 28 avril 1908, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques.

Ce cours aura lieu tous les jours à huit heures et demie du matin; il sera complet en trente leçons. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le nombre de places étant limité, prière de vouloir s'inscrire d'avance, dans le service, auprès du docteur Paul-Laurens.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES PHLÉBITES DU MEMBRE INFÉRIEUR

APRÈS LES LAPAROTOMIES (2)

Par E. MÉRIEL (de Toulouse),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

e. *Embolie.* — Voici de cette terrible complication quelques exemples à méditer. Le malade de Keiffer, atteint de phlébite après une opération d'appendicite, quitte l'hôpital trop tôt, rentre chez lui et meurt subitement d'embolie cérébrale.

De même, une autre malade opérée de cholécystostomie ayant eu une phlébite le septième jour, meurt subitement d'embolie cérébrale.

L'embolie pulmonaire se voit plus fréquemment après les hystérectomies pour fibromes qu'après une autre opération abdominale. J'ai souvent entendu mon regretté maître Chalot attirer mon attention sur cette éventualité, en souvenir d'une malade qui succomba sous nos yeux, à l'Hôtel-Dieu en 1896, au vingtième jour après une hystérectomie au milieu d'un état général satisfaisant. L'opérée avait-elle eu de la phlébite les jours précédents, je ne puis le dire, mes souvenirs d'interne ne sont pas précis sur ce point particulier.

B. Robinson (3) parle d'un cas de mort subite succédant à une phlébite survenue dix-sept jours après hystérectomie vaginale. L'autopsie montra une phlébite de la veine ovarienne gauche et une occlusion de l'artère pulmonaire par des caillots allongés et fusiformes.

Lucy Waite cite un cas analogue après avortement (phlébite de la veine ovarienne gauche).

Shelton : 1 cas après appendicectomie et phlébite, au treizième jour.

Second : 1 cas après herniotomie.

Cullen : 1 cas, vingt et un jours après une hystérectomie vaginale.

Brittin (d'Athènes) : 1 cas après appendicectomie; au vingt-troisième jour, crises dyspnéiques fréquentes, guérison.

Tels sont les cas récents que j'ai pu recueillir dans le travail de Cordier; mais il en est d'autres antérieurs que j'emprunte à l'article fort documenté de Michel.

Après les opérations pour fibromes, on a souvent observé des embolies (4). Vautrin en citait déjà 5 cas dans sa thèse d'agrégation (5).

Après lui, Le Monniet (6), Pozzi, A. Martin, Driart (7), Fenke en publient une vingtaine d'analogues. Leur nombre s'accroît avec les observations de von Erlach, Kustner, Hiller, Duncan et Reclus.

Avec les cas de Bouilly, Schauta, Wehner, etc., on arriva à un total de 586 cas d'hystérectomies abdominales comprenant 13 morts par embolie, soit plus de 2 p. 100. Sur 209 cas d'hystérectomies vaginales, par contre, on relève 7 morts, donc 3,35 p. 100.

Enfin les 25 cas de myomotomies comprennent 3 décès par embolies, soit 1,4 p. 100.

Le pourcentage plus récent de Cordier est de 6 cas sur 232, soit 2,5 p. 100; celui d'Albanus est bien plus fort puisqu'il cite 23 cas sur 53, soit le gros chiffre de 43,4 p. 100!

La phlébite et l'embolie consécutive restent donc malgré tout la « complication terrible contre laquelle nous paraissons désarmés » [Delagenière (1)].

Cette embolie survient comme « un coup de foudre dans un ciel serein », dit Wyder; rien ne la fait prévoir — si ce n'est la fréquence maxima du pouls — et la thrombose qui lui a donné naissance a pu être parfois peu apparente.

C'est pendant qu'on changeait son pansement que meurt la malade de Legueu; celle de Pozzi succomba pendant qu'on changeait les draps de son lit.

La malade de Février succombe aussi en pleine convalescence, en se promenant dans la salle; celle de Reclus se levait depuis plusieurs jours quand elle s'affaisse et meurt en traversant la cour de l'hôpital.

C'est, la plupart du temps, de cette façon brusque et dramatique que se passent les choses, et le malade meurt avant qu'on ait pu lui porter secours (2).

L'embolie peut, dans certains cas assez rares, précéder la phlébite; le fait a été bien étudié par Vaquez, et rentre dans le cadre des phlébites atténuées, latentes, qui passent inaperçues.

C'est dans ce groupe que je rangerai l'observation déjà citée de Quénu, celles de Duguet et de Brun, celle enfin de MM. Jeannel et Rispal. Il est permis de penser qu'un processus phlébitique caché, dans le bassin, devait préalablement exister et évoluer puisqu'il y a eu embolie et que ce n'est qu'après une nouvelle poussée provoquée peut-être par la toux, la dyspnée, l'agitation, que la phlébite s'est montrée

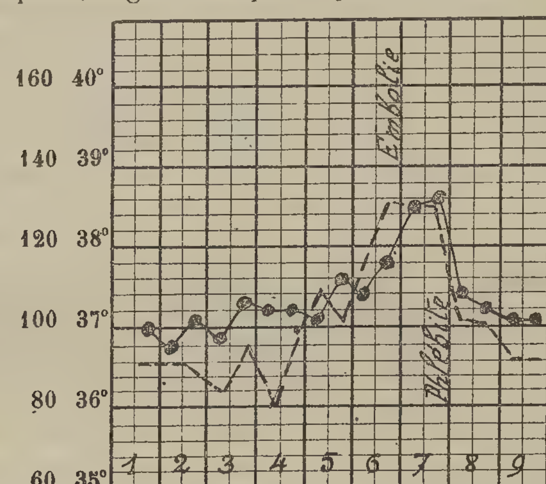


Fig. 4. — *Signe de Mahler et température dans une embolie pré-phlébitique, d'après Vaney.*

tardivement à la jambe gauche. Quoi qu'il en soit, cette embolie s'annonce par une accélération du pouls, et le signe de Malher retrouve ici encore toute sa valeur. Le tracé ci-joint l'indique clairement (fig. 4).

---

(1) Reproduction interdite.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 40, p. 471.

(3) Byron Robinson. *New-York med. Rec.*, 1905, LXVIII, p. 47.

(4) Zurhelle. *Arch. f. Gyn.*, 1908, LXXXIV, 2, p. 473. Cet article, paru depuis que mon étude est sous presse, est intéressant à consulter notamment pour la proportion des phlébites après les myomectomies (2,75 p. 100).

(5) Vautrin. Th. d'agrég., 1886.

(6) Le Monniet. Th. de Paris, 1894.

(7) Driart rapporte les observations de Routier dans sa thèse, Paris, 1897.

(1) Delagénière. *Chirurgie de l'utérus*, 1898, p. 180.

(2) Il en résulte évidemment qu'une étroite surveillance s'impose pour ces opérés en imminence d'embolie. Le malade de Dieulafé s'était soustrait au moins en partie et de bonne heure à sa surveillance, et Broca ajoute : « Cela lui a réussi, tant mieux pour lui,

La phlébite post-opératoire qui est toujours atténuée n'a jamais évolué vers la suppuration.

Pour compléter cette description, je signalerai l'*hydarthrose* du genou du côté atteint de phlébite, comme je l'ai observé chez ma première malade qui eut cette hydarthrose phlébitique décrite par Letulle.

On a enfin cherché d'autres petits signes révélateurs des phlébites graves par l'analyse des urines qui a dénoté dans 20 cas, soit 41 p. 100, des quantités appréciables d'albumine, tandis que dans 50 cas consécutifs de kystes ovariques et de myomes utérins où ne survint aucune phlébite, 20 p. 100 seulement donnèrent lieu à une véritable albuminurie. Au demeurant, cette recherche est louable et doit être faite avant toute laparotomie comme indication générale, mais les résultats précédents montrent qu'elle ne saurait être mise en parallèle avec le seul signe qui ne trompera jamais, la fréquence du pouls.

Étiologie, Pathogénie. — Me voici parvenu au point le plus délicat de cette étude, à savoir le comment de la production phlébitique et le pourquoi de sa localisation fréquente à gauche.

Sur ce dernier point, on a édifié bien des hypothèses, inutiles à mon sens, puisque l'anatomie normale nous montre les conditions pathogéniques suffisantes pour expliquer cette constante localisation à gauche.

A la première question : pourquoi et comment y a-t-il phlébite après certaines laparotomies? Je répondrai en rappelant les notions actuellement admises sur la pathogénie des inflammations vasculaires et les rapports de Mayet et de Vaquez au Congrès de Nancy en 1896 me fourniront les arguments nécessaires.

Tout d'abord c'est la question de terrain qui importe : il est indispensable qu'il existe une altération de la paroi veineuse ou du courant sanguin.

La simple altération nutritive ou traumatique de la paroi vasculaire, sans intervention microbienne, suffit à elle seule à jouer le rôle de cause provocatrice immédiate.

De même, la simple altération chimique du sang peut parfois — c'est exceptionnel — jouer le rôle principal dans la formation d'un caillot. Bardeleben (1) dans une étude récente vient de montrer que les strepto, staphylocoques lèsent les leucocytes par leurs toxines; des leucocytes lésés — et seulement de ceux-là — sort une substance qui précipite la fibrine du plasma sanguin.

D'après Boise, il y aurait excès de fibrinogène, excès des sels de chaux existant normalement dans le sang, enfin présence de la nucléo-protéide qui se forme anormalement aux dépens des globules rouges et des leucocytes.

Or les sels de chaux se trouvent en plus grande proportion dans le sang des chlorotiques ou des infectés.

On sait également que les fibromes qui donnent les plus fortes proportions d'embolies sont, d'après certains, ceux qui s'accompagnent d'un excès de sels de chaux dans le sang ainsi que d'une dégénérescence du muscle cardiaque.

Mais voici d'autres hypothèses moins vraisemblables.

Stranck (de Moscou) attribue la phlébite, qu'il a observée 5 fois, à l'usage du plan incliné. Il prétend pour cela que la position des genoux avec pression sur l'angle de la table au niveau des veines poplitées peut réaliser les conditions de stase favorable à la formation d'un caillot dans les veines des membres inférieurs. Depuis lors, il ne fixe plus les malades sur la table par les genoux mais par les épaules, ce qui pourra peut-être leur donner d'autres phénomènes de compression (1).

Pour tel autre, la compression exercée par la tumeur dans le décubitus horizontal amènerait une lésion du plexus pampiniforme et préparerait le terrain à une phlébite.

Nous arrivons ainsi à mettre en cause l'état antérieur de la paroi veineuse. Sans une lésion antécédente l'infection ne produira rien. Bardeleben vient en effet de montrer combien est grande la résistance de la paroi vasculaire vis-à-vis du streptocoque, si bien qu'elle constitue pour lui un obstacle très sérieux qu'il évite spontanément. Aucun autre tissu, dit-il, ne fait preuve à l'égard du streptocoque d'une semblable résistance.

Or la paroi des vaisseaux pelviens et iliaques a été comprimée dans les gros fibromes et les gros kystes, altérée par les adhérences des annexites; supposons maintenant l'action traumatisante des diverses manœuvres opératoires, piqûre des paquets vasculaires (cas de Pozzi), libération laborieuse d'une tumeur enclavée ou adhérente, les veines ainsi étirées, irritées, feront facilement de la phlébite.

Ces veines pelviennes, dans les cas de grosses tumeurs, sont dilatées, variqueuses, déjà sclérosées et dans ce cas, il suffit, dit Schwartz, d'un traumatisme insignifiant en lui-même pour amener par rupture, par éraillure des tuniques veineuses, une phlébite aseptique qu'on peut croire spontanée mais qui qui en réalité est la résultante d'éléments prédisposants à rechercher.

C'est la phlébite aseptique de Vaquez qui s'observe à la suite d'une ligature, d'une plaie.

Je crois même qu'en dehors de ces lésions des veines pelviennes, il doit exister des cas où les veines du membre inférieur atteintes de varices légères, méconnues, fourniront le terrain favorable à l'éclosion d'une phlébite opératoire.

« La santé parfaite, ainsi que le dit Roger, n'existe pas; et, d'autre part, il est fort malaisé, pour ne pas dire impossible, de tracer une démarcation nette entre les deux états de santé et de maladie, qui sont absolument différents dans leurs expressions les plus hautes, mais se rapprochent et se fusionnent dans leurs manifestations les plus atténuées. » Il semble dès lors facile de passer de l'état variqueux habituel et compatible avec la santé à l'état pathologique, à l'état phlébitique après une laparotomie.

La lésion veineuse jointe à l'altération indéniable

---

mais il s'est exposé gravement à l'embolie, cette phlébite n'a pas été soignée, à mon sens, avec toute la rigueur d'immobilisation nécessaire. » Une opérée de hernie bilatérale de Broca a succombé ainsi *un mois après*, en voulant se lever, par mode de protestation, sous l'œil même de l'interne; elle tomba morte dès qu'elle eut les jambes pendantes hors du lit. *Bull. de la Soc. de chir.*, 17 oct. 1906, p. 811.

(1) Bardeleben. Streptococcus und Thrombose, *Arch. f. Gyn.*, 1907, Bd. LXXXIII, Heft 1, p. 1.

(1) Moty (*Sem. méd.*, n° 12, 18 mars 1908) attribue au défaut du drainage dans les laparotomies, une grande part dans la production des phlébites. Cependant, je dois dire que mes 3 malades avaient été drainées pendant quarante-huit heures, comme je le fais systématiquement dans la plupart de mes laparotomies. Cela vient à l'encontre de l'opinion de M. Moty.

du sang par l'anémie due aux hémorragies des fibromes, à la compression des gros kystes ou à la résorption des annexites, voilà plus qu'il n'en faut pour voir survenir une phlébite.

Phlébite aseptique, évoluant sans grande fièvre, avons-nous dit, mais pour laquelle il ne faut pas cependant faire abstraction totale de l'élément infectieux.

Il suffit de se rappeler combien une asepsie idéale sans reproches est difficile à maintenir au cours d'une longue et laborieuse extirpation d'une tumeur pelvienne adhérente ou d'un appendice inclus dans la paroi cæcale ou perdu dans des adhérences. Un fil peut s'infecter, l'aiguille piquer la muqueuse intestinale dans un surjet, la même aiguille peut servir, par inattention, aux surjets utérin et péritonéal dans une subtotale; n'est-on pas exposé à ouvrir d'un coup de doigt un kyste purulent de la trompe dont quelques gouttes échapperont à un champ opératoire un peu froissé : toutes causes d'infection, souvent impossibles à éliminer et qui provoqueront une phlébite dans des veines antérieurement préparées. Je dois noter aussi le rôle des germes déposés sur le péritoine au cours d'une laparotomie et absorbés par les lymphatiques, lesquels vont les conduire jusqu'à la veine sous-clavière dans laquelle ils sont déversés sans avoir subi aucune altération. Une fois dans le sang, ils ne tardent pas à être détruits, à moins que, trop nombreux ou de nature trop résistante, ils ne persistent à vivre et à vaincre, en un point prédisposé du courant sanguin, la puissance phagocytaire de l'organisme. Les états dyscrasiques, les anémies post-opératoires, les lésions veineuses antérieures, l'âge aussi (un seul cas chez l'enfant, Broca), prédiposeront à cette défaite (G. Boeri, *Riforma médiea*, 8 sept. 1906).

Telle est l'action directe de l'infection, réduite ainsi à son véritable rôle de cause nécessaire, mais non suffisante.

On tendait trop autrefois à ne voir dans toute inflammation des veines que l'infection microbienne; on sait maintenant qu'elle n'explique rien à elle seule.

L'origine purement et uniquement septique trouve d'ailleurs peu de crédit auprès de Cordier et d'Albanus qui ne l'admettent que dans 30 p. 100 des cas environ; elle est rejetée également par Ch. Noble (1) dans les 48 phlébites de la statistique de John Hopkins Hospital.

Roux n'écrivait-il pas également que la phlébite survient « aussi bien après l'appendicectomie à froid, c'est-à-dire en dehors de tout accident septique palpable, qu'au cours d'accès aigus » (2)?

Et la conclusion s'impose que cette phlébite n'est pas consécutive à des accidents d'infection opératoire puisque aucun accident infectieux ne se manifeste du côté de la plaie et que celle-ci se réunit par première intention.

On ne s'en est pas tenu là, et cette conclusion négative a servi à édifier l'hypothèse moins vraisemblable d'une infection générale partie de l'appendice enflammé et dont la phlébite ne serait qu'une localisation (Tripier et Paviot). Ce n'est pas le lieu d'apprécier cette hypothèse, mais je ferai simplement remarquer que la phlébite ne survient que tardivement après le début de l'appendicite, ce qui est l'inverse des thromboses consécutives aux infections générales, comme dans l'état puerpéral.

(1) Ch. Noble. *Amer. gyn. Soc.*, 22, 23, 24 mai 1906, discussion, et la *Gynécologie*, oct. 1906, p. 450. Taber Johnson (de Washington) n'affirme pas, à la même Société, l'origine infectieuse.

(2) A signaler aussi l'influence du lever précoce (de Bovis. *Sem. méd.*, 12 fév. 1908).

Jusqu'à preuve du contraire, il faut penser que la phlébite est une complication qui a pris naissance dans le foyer appendiculaire primitif.

Dans les 8 observations de la thèse de Robert (1907) il s'est toujours agi de phlébites en rapport avec un acte opératoire antérieur, lequel fut long et laborieux (Legueu, Poncet, Guinard, Dieulafé).

En résumé, qu'il s'agisse de laparotomies pour fibromes, kystes, annexites ou appendicites, nous sommes en présence ici d'une forme atténuée de l'infection phlébitique; c'est en effet une inflammation lente, d'incubation assez longue et dont le début — rare avant le douzième jour — est une preuve de la moindre virulence du contage et de la résistance par là plus facile des tissus envahis.

Reste maintenant à rechercher la cause de la localisation habituelle à gauche.

Les hypothèses n'ont pas fait défaut, certaines même dénuées de toute vraisemblance.

Quant à la proportion de la fréquence à gauche, Cordier sur 232 cas en relève 213 à gauche, soit 90 p. 100, et les autres statistiques sont sensiblement concordantes. Sonnenburg toutefois pencherait un peu en faveur du siège à droite, et de plus, il indique l'extension du processus aux parois de l'abdomen. Cordier également en figure un cas remarquable après une opération intra-vésicale.

La localisation s'explique sans peine à l'aide de faits bien connus d'anatomie et de physiologie normale, sans se torturer l'esprit à chercher mieux.

On sait, en effet, que la veine iliaque externe est plus oblique à gauche qu'à droite; de plus, elle est recouverte par l'artère correspondante et enfin elle est croisée par un organe qui peut la comprimer, je veux parler de l'S iliaque. Voilà trois bonnes raisons pour amener le ralentissement du courant sanguin. Or depuis Virchow on s'accorde à faire de la stase plus ou moins complète la raison nécessaire d'une thrombo-phlébite. L'infection véhiculée par le courant sanguin se déposera tout à loisir sur l'endoveine des gros troncs veineux du membre inférieur où le courant est moins rapide, le membre gauche pour les raisons dites plus haut. Cette opinion est toujours exacte, et les faits expérimentaux récents de Bardeleben viennent la confirmer puisqu'il dit en propres termes : « Nous n'observâmes des thromboses veineuses par les streptocoques que lorsque ceux-ci parvenaient dans un sang stagnant. » Jakowski (1) parle dans le même sens dans ses expériences sur les thromboses par l'action du bacterium coli.

Pourquoi dès lors Dieulafé (2) cherche-t-il une autre explication pour interpréter son cas, intéressant d'ailleurs, de phlébite gauche au quinzième jour d'une opération d'appendicite? Il y a eu phlébite à gauche, dit-il, parce que le membre droit est immobilisé par le pansement et par la crainte d'une souffrance réveillée dans la plaie au moindre mouvement, tandis que le gauche, affranchi de ces entraves, se meut librement et à son aise. Par suite, « la circulation étant plus active du côté opposé (gauche) il est plus facilement exposé aux localisations des micro-organismes sur le système veineux. » La réfutation d'une semblable hypothèse est toute dans la théorie

(1) Jakowski. *Centralbl. f. Bakt.*, janv. 1899.

(2) Soc. de chir., 17 oct. 1906, et Th. de Robert, Paris 1907.

de Virchow que je viens de rappeler : la stase est la condition préalable de toute thrombo-phlébite. Comment après cela expliquer qu'une phlébite se fixe sur les veines d'un membre, en état de mouvement libre et incessant et dont les conditions circulatoires sont, de ce fait, bien améliorées et impropres alors à la stase (1)?

Je vais plus loin et je me demande comment avec cette hypothèse on expliquera la production d'une phlébite gauche dans une laparotomie pour fibrome par exemple : la plaie est ici médiane, donc les deux membres sont immobilisés pareillement et pour les mêmes raisons, et cependant c'est habituellement à gauche (90 p. 100) que se manifeste la phlébite. Ne fait-on pas également des ablations d'appendice par une plaie médiane de laparotomie au cours d'une ovariotomie par exemple : pourquoi malgré tout cette prédilection de la phlébite pour le côté gauche?

Enfin comment Dieulafé expliquerait-il, avec ses idées, que des opérations faites à droite soient suivies de phlébite à droite? Le membre droit a-t-il pour faire cette phlébite inconsidérément remué et favorisé ainsi la phlébite, comme le veut l'auteur? Ses considérations sont donc inadmissibles parce qu'elles sont la négation de ce qu'apprennent depuis de longues années la clinique et l'expérimentation, à savoir que la stase — et non le mouvement — est l'état favorable aux thrombo-phlébites.

Par quelle voie l'infection partie de la zone opératoire se rend-elle aux veines du membre inférieur? Les micro-organismes atteignent-ils d'emblée la veine crurale et la saphène, de proche en proche, de haut en bas, ou bien y viennent-ils après la longue traversée dans le sens du courant sanguin? Les deux modes peuvent s'observer, mais c'est surtout dans le sens du courant sanguin que se fera la fixation.

Pourquoi dès lors, les conditions étant si favorables aux thromboses, tous nos opérés de laparotomies ne font-ils pas peu ou prou une phlébite crurale, tel est le dernier point que je veuille examiner. Je répondrai en disant que les opérés frappés par la phlébite sont tous des anémiques du fait de leur tumeur, des hémorragies, des infections qu'elle provoque, du fait aussi des modifications chimiques produites dans le courant sanguin par ces états dyscrasiques. De plus, par la présence de cette tumeur pelvienne, ces malades avaient un système veineux pelvien et crural en état de moindre résistance (altérations de la paroi) devant une infection légère qui sans cela ne se serait pas fixée sur l'endoveine. Ne fera pas une phlébite post-opératoire qui voudra, dirai-je en terminant, il y faut réunir, avons-nous vu, un certain nombre de causes favorables en terrain préparé.

Je m'arrête, laissant volontiers dans l'ombre le traitement de ces phlébites qui ne présente rien de spécial.

De ces faits relativement rares mais toujours possibles, une leçon et un conseil se dégagent, à savoir que, en dépit d'une technique aseptique, il est un certain nombre de malades plus particulièrement sensibles à une infection, si légère soit-elle, et, par suite, nous devrons chez eux tenir notre attention en éveil longtemps à l'avance par l'étude de signes avant-coureurs d'une complication qui viendrait brusquement démentir nos prévisions et nous montrer que notre œuvre thérapeutique n'est pas achevée ni sans défaut (1).

(1) C'est l'opinion de Rics, Boldt, Chandler, Brothers, Vana, Baldy, Deaver en Amérique, de Landau, Hartoy, Cramer en Allemagne qui font lever et marcher leurs opérées pour *éviter* la phlébite.

(1) A consulter encore sur ce sujet : Abbott. *Surg. gyn. and obst.*, 1906, II, p. 287; — Bennett. *Brit. med. Journ.*, 1904, II, p. 1553; — Boise. *Surg. gyn. and obst.*, III, nº 1, p. 146 et 164; — Carie. *New-York med. News*, 1892, LXIV, p. 404; — Cerisier. Pathogénie des phlébites, *Revue de méd.*, 1902, p. 699; — Gropf. *Munch. med. Wochens.*, 1903, p. 205; — Coop. *Internat. Journ. Surg.*, 1895, p. 305; — Dohrsu. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1885, p. 126; — Gerulano. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1900, p. 361; — Gerster. *New-York med. Rec.*, 1903, p. 1005; — Haward. *Phlebitis and thrombosis*, 1906, 1 vol.; — Johnson. *Surg. gyn. and obst*, 1906, p. 110 et 164; — Krusen. *Ibid.*, 1906, p. 111; — Lennander. *Centralbl. f. Chir.*, 1899, p. 553; — Meyer. *Ann. of surg.*, 1901, p. 605; — Miller. *Amer. Journ. of Obst.*, 1905, p. 445; — Oppenheim. *Berl. klin. Wochens.*, 1902, p. 94; — Vanderveer. *Amer. med.*, 1901, p. 66; — Vaquez. *Semaine méd.*, 1905, p. 349, et *Bull. de la Soc de biol.*, 1883, p. 167; — Wyder. *Samml. klin. Voitr.*, nº 146. — A. Brothers. *Med. Rec.*, 23 mars 1907; — Krönig. *Deuts. Ges. f. Gyn.*, 23 mai 1907; — Hartoy. *Berl. klin. Woch.*, 7 janv. 1907; — Baldy. *Amer. Journ. of Obst.*, juillet 1907, p. 86; — Noble. *Amer. Journ. of Obst.*, sept. 1907. — Tuskai, in Zurhelle (discussion). *Zeits. f. Gyn.*, 26 oct. 1907; — Chandler. *New-York med. Journ.*, 16 fév. 1907; — Vance. *New-York med. Journ.*, 16 fév. 1907; — Deaser. *Amer. Journ. of Obst.*, sept. 1907; — Cramer, in discussion de la communication de Krönig, *Zeits. f. Gyn.*, 22 juin 1907; — Lennander. *Upsala lak. forhandl.*, 1899, IV, 51.

MÉDECINE PRATIQUE

UN NOUVEAU RÉACTIF

Il est chaque jour nécessaire de se rendre compte si un liquide organique quelconque, l'urine le plus souvent, présente une réaction acide ou alcaline, et dans la première hypothèse il est bon de savoir si l'acidité du milieu est due à un acide organique ou non. Or, il semble que le docteur G. Campanella (de Catane) vienne de découvrir (2) un réactif très sensible et permettant de résoudre rapidement, au lit même du malade, les questions ci-dessus.

En étudiant la façon dont se comporte le suc filtré de mûres en présence de milieux acides ou alcalins, cet expérimentateur a remarqué qu'il y avait dans le premier cas une coloration rouge magenta s'atténuant jusqu'au rouge simple selon le plus ou moins d'acidité du liquide. Si au contraire il s'agissait d'une solution alcaline la coloration était violette.

Du papier à filtres plié en double et imbibé de suc de mûres prend une teinte rouge cramoisi. Vient-on à le tremper dans un liquide acide le rouge devient plus vif; dans une solution alcaline ce papier prend une teinte gris sale.

Des urines acides, additionnées de deux à trois gouttes de suc de mûres, prennent une coloration qui va du jaune au rouge, selon l'échelle de Foëchel; dans les mêmes conditions des urines alcalines prennent une teinte allant du rouge au jaune selon la même échelle, de sorte que les urines alcalines ont une teinte plus sombre.

Mais ce n'est pas tout. En traitant de l'acide chlorhydrique, de l'acide sulfurique, de l'acide nitrique par deux ou trois gouttes de suc de mûres, le docteur Campanella vit toujours apparaître la splendide coloration rouge magenta, que l'acide fût concentré ou dilué. Par contre, en traitant de la même manière de l'acide acétique, de l'acide sulfanilique, de l'acide lactique, la coloration obtenue est violette quel que soit le degré de concentration de l'acide.

L'auteur reconnaît lui-même que ces recherches ne sont pas définitives et qu'il est bon notamment de chercher à déterminer quelle est la substance contenue dans le suc de mûres qui peut donner lieu aux phénomènes que nous venons de décrire.

(2) *Gazzetta degli ospedali e della cliniche*, 24 nov. 1907, nº 141, p. 1482.

En tout cas il serait précieux, sans avoir besoin de recourir au tournesol, à la phénophtaléine, à l'acide rosolique de se rendre parfaitement compte de l'état d'acidité ou d'alcalinité d'un milieu liquide et en même temps de déterminer, le cas échéant, s'il s'agit d'un acide organique ou inorganique.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1908)

L'anesthésie rachidienne. — En sortant de cette séance, nous étions tous sous cette impression que l'anesthésie rachidienne avait vécu. Qu'il s'agisse de rachi-cocaïnisation, de rachi-stovaïnisation, de rachi-coca stovaïnisation, avec ou sans scopolamine préalable, les différents orateurs qui se sont succédé à la tribune sont tous arrivés à la même conclusion qui peut ainsi se résumer : « J'ai loyalement essayé l'anesthésie rachidienne et j'y renonce. »

M. Legueu renonce à la rachi-stovaïnisation parce que les petites doses lui ont paru insuffisantes pour produire une bonne anesthésie et parce que les grandes doses lui ont semblé dangereuses.

M. Guinard, dont l'opinion a d'autant plus de valeur qu'il a été l'un des promoteurs de la rachi-stovaïnisation, est convaincu qu'il y a des cas de complications graves éloignées qui échappent à l'attention du chirurgien. Les malades, en effet, vont dans les services de médecine où ils sont soignés pour des myélites, des paraplégies, dont la vraie cause est ignorée. Veut-on des exemples? Voilà une malade qui a été opérée d'un abcès du sein par M. Tuffier à l'aide de la rachi-cocaïnisation. Tout alla bien et elle reprit bien vite ses fonctions de concierge. Un médecin qui venait voir un malade dans la maison et qui s'intéressait à elle, ne la trouvant pas un jour dans sa loge, apprit qu'elle était entrée à Lariboisière pour s'y faire soigner d'une paraplégie, dont on ignorait la vraie cause.

Il y a ainsi beaucoup de malades que les chirurgiens ne revoient pas et qui sont atteints d'accidents qu'on n'attribue pas à leur vraie cause.

M. Guinard trouve aussi qu'on abuse un peu, surtout en médecine, de la ponction lombaire. Il y a, croit-il, de ce côté, une exagération qu'il est bon de signaler. Ces ponctions lombaires sont loin d'être toujours aussi innocentes qu'on le croit.

Enfin il est un dernier point de la question que soulève M. Guinard, c'est celui des accidents du travail. Si l'on a fait une rachi-stovaïnisation ou même seulement une ponction lombaire à un ouvrier qui est atteint ultérieurement d'ataxie, de paraplégie syphilitique ou autre et qu'il se plaise à invoquer cette rachi-stovaïnisation ou cette ponction comme causes de sa paralysie, on voit d'ici tous les ennuis qui peuvent en résulter pour le chirurgien ou le médecin qui ont pratiqué cette rachi-stovaïnisation ou cette ponction lombaire.

M. Tuffier rappelle avoir insisté, dans ses premières communications, sur la possibilité d'accidents ultérieurs. Les chirurgiens, qui continuent à recourir à l'anesthésie rachidienne, devront aussi se tenir en garde contre les vrais ataxiques ou les vrais syphilitiques qui pourraient invoquer la rachistovaïnisation comme cause de leur paralysie et qui pourront, de ce fait, les attaquer. M. Tuffier estime qu'il faut tout autant se méfier de la ponction lombaire. Enfin, tout en admettant la possibilité des accidents ultérieurs dont on vient de parler, il reste à comparer ces accidents avec ceux de l'anesthésie générale et à voir si, au point de vue de la mortalité, l'avantage ne reste pas à l'anesthésie rachidienne.

M. Demoulin envisage la question au point de vue des accidents du travail. Il s'est trouvé plusieurs fois commis pour des expertises avec des médecins qui ont refusé de faire la ponction lombaire pour éclairer le diagnostic. Un seul a consenti à le faire après avoir fait signer à la famille un papier dégageant sa responsabilité. M. Demoulin, voulant se renseigner exactement sur la valeur de la rachi-stovaïnisation, a été dans le service de M. Tuffier; il a été émerveillé de la perfection de l'anesthésie, même pour des opérations importantes, telles des hystérectomies abdominales pour fibrome, une amputation de cuisse, etc. Mais il a constaté, chez ces opérés, des phénomènes d'intoxication assez impressionnants, sueurs froides, angoisse précordiale, douleurs vives au creux épigastrique, vomissements, relâchement des sphincters. Après la rachi-cocaïnisation M. Demoulin a eu recours à la stovaïne. Il a rassemblé 50 cas bien observés : la dose de stovaïne injectée a été de 5 à 7 centigrammes. Sur ces 50 cas, 3 fois l'anesthésie a complètement échoué; 32 fois l'anesthésie a été parfaite; 14 fois il y a eu des incidents ou des accidents : céphalée durant jusqu'à cinq et six jours, vomissements incoercibles, rétention d'urine, troubles intestinaux ou urinaires durant jusqu'à deux, trois, quatre et cinq mois après. En somme l'anesthésie rachidienne est une méthode brillante, mais qui n'est pas sans dangers.

M. Faure, comme M. Demoulin, a été frappé de la simplicité et de l'élégance de l'anesthésie rachidienne telle que l'a proposée M. Tuffier. Il est certain qu'on obtient une anesthésie parfaite, qu'on observe rarement des accidents; toutefois il y a toujours quelques risques inévitables. Qu'il s'agisse d'anesthésie générale ou d'anesthésie rachidienne, il y a toujours quelques dangers. Pour M. Faure, l'anesthésie rachidienne doit être réservée à des cas particuliers. Elle est surtout indiquée dans les cas de contre-indication de l'anesthésie générale.

D'une façon générale, M. Faure n'aime pas voir le malade assister à son opération. Il y a toujours une certaine émotion, une certaine angoisse qui fait que la présence morale de l'opéré est bien un peu troublante pour l'opérateur. M. Faure ne fera jamais, par exemple, une hystérectomie abdominale avec l'anesthésie rachidienne. L'inclinaison à 45 degrés, indispensable pour une bonne technique opératoire, ne saurait être gardée longtemps par une personne éveillée. En outre, l'anesthésie rachidienne ne donne pas la résolution musculaire si utile, dans les laparotomies, pour pouvoir aisément écarter les muscles avec les écarteurs. Enfin l'anesthésie générale a fait tant de progrès depuis qu'elle se fait avec les nouveaux appareils qu'elle donne à M. Faure toute satisfaction.

Faut-il donc abandonner l'anesthésie rachidienne? il ne le pense pas. Elle peut rendre des services dans certains cas où l'anesthésie générale offrirait des dangers sérieux. Mais elle ne saurait complètement se substituer à elle. Si, dit en terminant M. Faure, nous vivions depuis quarante ans avec l'anesthésie rachidienne seule et qu'un génie inventât aujourd'hui l'anesthésie générale, c'est-à-dire la suppression de la douleur, la résolution musculaire, le sommeil, quelle serait notre admiration pour un pareil progrès!

M. Routier n'a eu recours que 5 fois à la rachi-cocaïnisation. Les quatre premières anesthésies ont été parfaites. La cinquième a été aussi très bonne, mais le malade a eu des sueurs froides, une pâleur extrême de la face qui ont persisté longtemps après l'anesthésie et qui ont tellement inquiété M. Routier qu'il a abandonné la rachi-cocaïnisation. Est venue la rachi-stovaïnisation. M. Routier, poussé par ses internes, a bien voulu l'essayer, sans enthousiasme d'ailleurs. Il a employé des ampoules de 6 centigrammes dans une vingtaine de cas. Deux fois, il n'y a pas eu d'anesthésie, dans quelques cas, il y a eu une céphalée persistante. Un de ses internes a opéré une jeune femme d'une fistule anale; cette jeune femme a eu une céphalée persistante, des troubles circulatoires graves

qui ont duré pendant huit jours et qui ont inspiré des inquiétudes. Cette malade a clos la série des expériences de M. Routier sur la rachi-stovaïnisation. Il n'en fera plus et n'en laissera plus faire dans son service.

M. Thiéry se demande si cette nouvelle méthode d'anesthésie mérite l'excès d'honneur que lui accordent ses partisans (Tuffier, Chaput) et cette indignité dont elle est l'objet de la part de ses adversaires (Guinard, Legueu, Routier, Demoulin, etc.). Peu enthousiaste pour cette méthode M. Thiéry a plutôt laissé faire qu'il n'a fait lui-même. L'anesthésie rachidienne, au premier abord, lui paraît un procédé élégant scientifique, admirable. Toutefois, en cas d'accidents, le chirurgien est désarmé. Les troubles consécutifs constatés par plusieurs chirurgiens sont assez graves. Au point de vue de l'application pratique, cette méthode ne saurait supporter la comparaison avec l'anesthésie générale qui passerait pour un immense progrès si elle avait été inventée après l'anesthésie rachidienne. En cas de contre-indications de l'anesthésie générale, M. Thiéry préférerait l'anesthésie locale par la cocaïne. Bien que ne possédant que quelques cas de rachi-stovaïnisation dans son service, M. Thiéry a constaté un assez grand nombre d'accidents immédiats ou consécutifs pour ne plus vouloir pousser plus loin l'expérience.

M. Delbet n'a jamais eu recours à la cocaïnisation lombaire, mais il possède 79 cas de rachi-stovaïnisation. Il a employé des doses variant de 5 à 8 et même 9 et 10 centigrammes. Sur ces 79 cas, il en compte 41 avec résultats satisfaisants et 38 avec des incidents ou même des accidents plus on moins graves. Il divise ces accidents en immédiats, consécutifs et tardifs. Comme accidents immédiats, en dehors de l'insuffisance de l'anesthésie observée dans plusieurs cas, M. Delbet a à déplorer deux morts. Il est vrai qu'il s'agissait de deux vieillards très affaiblis. Ils n'en sont pas moins morts brusquement de l'intoxication par la stovaïne. Comme accidents consécutifs ou tardifs, M. Delbet signale des céphalées persistantes, des troubles d'incontinence ou de rétention urinaires, ou d'incontinence intestinale, des crises épileptiformes, des vomissements, des troubles méningitiques, accidents dont la durée a été très variable, parfois fort longue, des phénomènes paralytiques apparaissant longtemps après; il a vu aussi des malades se présentant le chef branlant, les bras ballants, les jambes chancelantes un an après une rachistovaïnisation. La statistique que nous présente M. Delbet est donc nettement défavorable à la rachistovaïnisation. Les accidents ne résultent pas d'une question de doses, puisqu'on voit des anesthésies insuffisantes, mais sans accidents, avec 10 centigrammes et des accidents très graves avec 5 centigrammes. L'abandon de M. Guinard est des plus significatifs. D'où vient donc que les résultats de la plupart des chirurgiens soient si différents de ceux de MM. Tuffier et Chaput? M. Delbet a fait une enquête auprès des neuropathologistes dans les services desquels de nombreux accidents ont été constatés.

En résumé, M. Delbet renonce à la rachi-stovaïnisation, et personne n'en fera plus dans son service.

Au cours de cette discussion nous pensions en nous-mêmes que dans bien des cas qui ont été cités, on aurait pu préférer l'anesthésie locale, qui a fait ses preuves, à l'anesthésie rachidienne et, voyant M. Reclus écouter attentivement cette discussion, nous étions quelque peu étonné de son silence. Mais il a enfin demandé la parole : Il n'a jamais fait de rachi-cocaïnisation.

A la suite de la communication de Guinard sur la stovaïne, il se serait peut-être décidé à essayer la rachi-stovaïnisation s'il n'avait été arrêté par une raison philosophique, son immense respect pour la moelle de ses semblables, l'organe le mieux protégé de tous contre toutes les atteintes extérieures.

M. Reclus n'a donc pas plus fait de rachi-stovaïnisation que de rachi-cocaïnisation. La discussion actuelle ne le pousse pas à modifier sa ligne de conduite. Mais ce qui l'a frappé dans cette discussion, c'est que les deux tiers des opérations dont on a parlé auraient pu être faites avec l'anesthésie locale, avec la cocaïne externe. M. Reclus rappelle qu'avec la cocaïne localisée, il n'a jamais eu un cas de mort. Depuis trois ans qu'il emploie la stovaïne locale, il n'a jamais eu le moindre incident.

M. Reclus ne s'explique donc pas comment il se fait que la plupart de ses collègues ne l'aient pas suivi dans cette voie. Sans doute, il y a une certaine technique un peu délicate à laquelle il faut se faire.

Nous pensons que M. Reclus s'exagère le peu de succès de sa méthode. Il a certainement plus de partisans qu'il ne le croit. Le principe essentiellement chirurgical et humanitaire sur lequel repose sa méthode : *primo non nocere*, devrait la faire préférer à tous ces procédés d'anesthésie rachidienne, sans doute fort élégants, très admirables, mais vraiment trop dangereux.

M. Quénu a suivi toutes ces discussions sans jamais se laisser convaincre. Il n'a jamais fait, ni laissé faire, dans son service, d'anesthésie rachidienne. Comme M. Reclus, il professe un profond respect pour la moelle de ses semblables. Comme M. Reclus aussi il préfère de beaucoup l'anesthésie locale. Il l'a suivi dans cette voie et s'en félicite.

La question des ponctions lombaires est tout autre. Elle mérite discussion. Il se peut qu'on en abuse, mais elles peuvent avoir leur utilité dans les fractures du crâne par exemple.

La discussion se poursuivra dans les séances ultérieures. Mais la question paraît jugée et nous finissons comme nous avons commencé en disant : L'anesthésie rachidienne a vécu.

LIVRES NOUVEAUX

La pratique de la dystocie (1), par M. André Boquel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Angers.

M. Boquel réunit dans ce volume les leçons où se trouve exposée, dans son ensemble, sa manière de voir sur la pratique de la dystocie en général. S'en tenant au sens étroit du mot dystocie, il ne s'occupe dans ses leçons que de l'étude des difficultés proprement dites de l'accouchement, et des moyens propres à lutter contre ces difficultés.

Cherchant à synthétiser cette étude, il commence par la dystocie d'origine osseuse, comme étant à la fois la cause la plus fréquente et la forme la plus capable de donner une idée d'ensemble suffisante de toutes les questions que peut soulever la dystocie en général. Il fait une étude détaillée des viciations pelviennes (étude anatomique, étiologie, examen clinique, thérapeutique). La thérapeutique de ces viciations est divisée en opérations précoces et tardives, opérations d'urgence.

Cette thérapeutique s'applique aux autres causes de dystocie que l'auteur étudie alors plus succinctement dans trois chapitres : tumeurs utérines ou juxta-utérines, anomalies des contractions. dystocie fœtale.

M. Boquel termine son ouvrage par l'exposé de sa pratique personnelle dans la dystocie en général. Voici le résumé de ses conclusions :

A. Pendant la grossesse. — Accouchement provoqué dans le bassin rachitique de 85 à 90 millimètres de P. P. minimum.

B. A terme. — 1° *Disproportion manifeste* entre la tête fœtale et l'obstacle osseux ou mou; césarienne précoce complétée

(1) In-8 de 360 pages. — Paris, O. Doin.

s'il est nécessaire par l'ovariotomie, la myomectomie ou l'hystérectomie.

2° *Disproportion pas manifeste.* — *a.* Bassins limités de fœtus volumineux : levier ou version ;

b. Bassins asymétriques : version ;

c. Tumeurs : attendre ou tenter version. Si ces différentes manœuvres échouent : césarienne conservatrice.

3° *Enfant souffrant* au cours du travail, quelle que soit la cause de dystocie : si aucune intervention simple n'est faisable, césarienne suivie de Porro lorsque infection.

C. TÊTE ENGAGÉE. — Forceps ou emphyséotomie.

D. ENFANT MORT OU NON VIABLE. — Embryotomie.

M. DELESTRE.

CONGRÈS

CONGRÈS DES PRATICIENS. — Dans sa dernière séance, la sous-commission de l'enseignement s'est occupée de l'*inscription irrégulière d'étudiants en médecine.*

M. LEREDDE a lu la correspondance échangée avec le docteur Mesnil, secrétaire du Syndicat de Bernay, au sujet d'un étudiant en cours irrégulier d'études.

M. CHOMPRET signale un fait à peu près semblable. M. LAFONTAINE connaît le cas d'un étudiant qui a fait son P. C. N. sans être bachelier. M. MAIRE sait qu'à l'Ecole de Clermont six jeunes filles ont commencé leur médecine sans être bachelières. M. GILLET cite les paroles de M. Pinard au Congrès, déclarant que les étrangers obtenaient facilement des équivalences grâce aux ambassadeurs.

M. NIGAY déclare que les greffiers des justices de paix ne connaissent pas la différence qui existe entre le diplôme universitaire et le diplôme d'Etat.

M. MAIRE signale le fait d'un médecin de Vichy qui écrivait des lettres, demandant qu'on lui envoie des malades, émaillées de fautes d'orthographes, et se disant médecin de Hambourg (où il n'y a pas de Faculté).

M. GILLET demande s'il ne conviendrait pas de faire des démarches au sujet de l'affaire signalée par le syndicat de Bernay.

MM. MAIRE et CHOMPRET proposent de demander au ministre l'application intégrale du décret refusant toute équivalence dans toute la France. En second lieu, le droit pour les syndicats médicaux et les sociétés de défense professionnelle de vérifier l'authenticité des diplômes et l'inscription des étudiants.

Il est décidé que le bureau règlera la question des démarches à faire.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Journal médical de Bruxelles. — (N° 5, 30 janv. 1908.) E. JAVAUX et R. SAND : Un cas de sténophlébite. — H. COPPEZ : Les théories modernes du sens lumineux et du sens chromatique. — (N° 6, 6 fév.) LANGELEZ et DEHAYE : Traumatisme du périnée. Déchirure de l'urètre membraneux. Opération d'urgence. Guérison rapide. — Adrien LIPPENS : A propos de l'entrée de l'air dans les veines au cours d'interventions chirurgicales. — (N° 7, 13 fév.) Jules STEINHAUS : Les tumeurs, leur nature, leur genèse, leur étiologie et leur classification. — (N° 8, 20 fév.) J. STEINHAUS : Les tumeurs, leur nature, leur genèse, leur étiologie et leur classification (*suite*). — HUSTIN : A propos d'un cas de splénophlébite publié par MM. les docteurs Sand et Javaux. — (N° 9, 27 fév.) HUSTIN : Histologie et physiologie normale du pancréas. — G. BOUCHÉ : A propos de chirurgie du système nerveux. — (N° 10, 5 mars.) G. BOUCHÉ : Les manifestations extérieures de l'épilepsie. — (N° 11, 12 mars.) G. BOUCHÉ : Les manifestations extérieures de l'épilepsie (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 25 fév. 1908.) RÖSSLE : Sur l'hypertrophie et la corrélation des organes, — RIEDER et KAESTLE : Nouveaux points de vue sur le développement du diagnostic radiologique. — MUCH : Sur la bactériocidinne dans le lait perhydrazé. — BRAUS : Analyse de l'histoire de l'évolution de l'hyperdactylie. — ESAU : Le rhumatisme tuberculeux de Poncet. — HUBNER : La disposition et les usages du nouveau pavillon des prostituées de la clinique des maladies cutanées à l'hôpital de Francfort. — JACOBY : Sur un accouchement par le siège à la fin d'une grossesse dans un utérus bicorne. — KARKEIB : Plaie de l'abdomen. Laparotomie après soixante-treize heures. Guérison. — BETZ : Nouveau pansement à la colle de zinc. — PFLUGRADT : Nouveau dispositif pour les rayons Röntgen. — REUSCHEL : Emploi comparé des réactions de la tuberculine pendant l'enfance. — (N° 9, 3 mars.) SCHÖTTMULLER et MUCH : Les opsonines comme moyen de différenciation et d'identification des variétés de microbes pathogènes. — PRETI : Action hémolytique de l'ankylostome duodénal. — SACHS : Action du venin du cobra sur les globules rouges. — THEILHABER : L'emploi des saignées et des émissions sanguines locales dans les névroses et les affections gynécologiques. — ROSENBAUM : Recherches sérologiques dans le carcinome de l'intestin et de l'estomac. — JAQUET : Sur l'enregistrement graphique de la pression sanguine de l'homme. — HESSMANN : Les meilleurs moyens de dosage des rayons Röntgen. — ZICKGRAF : Les inhalations de saponine dans les maladies des voies respiratoires supérieures. — BIRNBAUM : Contribution à l'étude des cas de mort après l'anesthésie lombaire à la stovaïne. — BUNZL : Un cas de tuberculose à gros noyaux du foie guérie par l'opération. — SCHEVEN : Sur la pathogénie du laryngocèle. — WIESNER : Sur l'importance de l'examen radiologique du côlon. — RÜHL : Sur le traitement du placenta prævia par l'opération césarienne vaginale. — QUADFLIEG : Sur un cas de luxation traumatique du nerf cubital droit. — BRENNER : Une bombe de verre à employer en pratique pour les injections d'eau salée. — FLATAU : La réduction des incisions abdominales par les méthodes d'opérations vaginales.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 8, 25 fév. 1908.) SZALAÏ : L'hypérémie dans la pratique médicale générale. — (N° 9, 1er mars.) SCHEIN : Sur les rapports du placenta, des ovaires et des testicules avec la sécrétion lactée.

Presse médicale. — (N° 11, 5 fév. 1908.) Prof. BAR : Leçon d'ouverture. — (N° 12, 18 fév.) C. NICOLLE et E. CASSUTO : Infection splénique infantile à corps de Leishmann-Donovan. Ses rapports avec le kala-azar et l'anémie splénique infantile. — MALLY : Le cancer et rayon X. — (N° 13, 22 fév.) GUISEZ : Valeur de l'œsophagoscopie au point de vue diagnostique et thérapeutique. Etude basée sur 300 observations personnelles. — (N° 14, 15 fév.) Cyrille JEANNIN : Le segment inférieur de l'utérus. Aperçu général de son anatomie et de son rôle physiologique et pathologique.

— G. Haret : Les rayons X font-ils naître le cancer? — (N° 15, 19 fév.) Sir Dyce Duckworth : Les diathèses, le facteur personnel dans les maladies. — (N° 16, 22 fév.) Robert Odier : L'action des injections de ferments glycolytiques chez l'homme. — Louis Wickham et Degrais : Action thérapeutique du radium dans la tuberculose cutanée. — (N° 17, 26 fév.) Garré : La strumectomie dans la maladie de Basedow. — Marcel Labbé : Les grands syndromes pathologiques. — Langlois : La transplantation en masse des deux reins. — (N° 18, 29 fév.) Balthazard : L'état antérieur chez les victimes des accidents du travail. — (N° 19, 4 mars.) Redard : De l'électrolyse dans le traitement des angiomes et particulièrement des angiomes de la région parotidienne. — P. Londe : Evolution, formes et traitement de l'auto-infection broncho-intestinale chez le nouveau-né. — (N° 20, 7 mars.) Léon Bernard et Laederich : Le foie dans les affections du rein. Etude des lésions expérimentales. — (N° 21, 11 mars.) V. Balthazard : L'état antérieur chez les victimes des accidents du travail. — (N° 22, 14 mars.) Sargnon et Barlatier : De la laryngostomie. — Paul van Durme et Evariste Stocke : Lésions oculaires tardives après ophtalmo-réaction à la tuberculine.

Province médicale. — (N° 5, 1er fév. 1908.) Tédenat : Hernie des organes génitaux de la femme. — Chalier : Pancréatite aiguë hémorragique avec cyto-stéato-nécrose. — Fernand Arloing : Essai sur le mécanisme de l'oculo-réaction à la tuberculine. L'oculo-réaction est-elle spécifique? — (N° 6, 8 fév.) Jaboulay : Myxosporidies des tumeurs bénignes. — L. Dubreuil-Chambardel : Asialie par atrophie totale des glandes salivaires. — L. Schnyder : A propos de la définition de l'hystérie. — (N° 7, 15 fév.) Forgue et Massabuau : Comment se pose actuellement la question des tumeurs branchiogènes du cou. — J. Martin : Un cas de syphilis ostéo-articulaire du genou. — (N° 8, 22 fév.) Ancel (de Nancy) : Leçon d'ouverture du cours d'anatomie. — Rimbaud (de Montpellier) : Polynévrite post-grippale. — (N° 9, 29 fév.) G. Roque et J. Chalier : Paralysie d'une corde vocale d'origine cérébrale. — Deléarde : A propos d'un cas de réaction méningée à liquide louche, puriforme et aseptique, simulant une méningite cérébro-spinale.

Revue de chirurgie. — (N° 2, 10 fév. 1908.) L. Sauvé : Des pancréatectomies et spécialement de la pancréatectomie céphalique (*à suivre*). — Delore et Ballivet : De la douleur dorsale dans le cancer du rein. — Bertein et Worms : Le diastasis vertébrale. — P. Mathieu : Rétrécissements non néoplasiques des voies biliaires principales [9 fig.] (*fin*). — H. Dufour et P. Fredet : La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson et son traitement chirurgical (9 fig.). — (N° 3, 10 mars.) Delbet et Mocquot : Recherches expérimentales sur les injections de gaz dans les veines. — Guisez : De la cure des rétrécissements cicatriciels à forme grave par l'œsophagoscopie. Etude basée sur vingt observations personnelles (7 fig.). — R. Utean : Traitement de l'anurie (*à suivre*). — L. Sauvé : Des pancréatectomies et spécialement de la pancréatectomie céphalique [4 fig.] (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 2, 10 fév. 1908.) Ch. Sabourin : Le pneumothorax muet. — Marcel Labbé : L'hémophilie. Pathogénie et traitement. — Romant et Guignot : Splénopneumonie grippale à forme hémoptique prolongée. — E. Uhry : Une année de traitement de la tuberculose par le sérum antituberculeux de Marmorek. — G. Reynaud : Tachycardie symptomatique paroxystique et gastro-entéroptose. — R. Lépine : Glycogénie sans glycogène, dégagement de glycose aux dépens du virtuel. — A. Deléarde et J. Minet : Le syndrome paraplégie spasmodique familiale (*suite* et *fin*). — (N° 3, 10 mars.) A. Mendicini Bono : La paraplégie spasmodique familiale (étude clinique). — Malloizel : Recherches anatomiques sur les réactions pleuro-corticales [6 fig.] (*à suivre*). — Marmorstein : Contribution à l'étude des aortites grippales (un cas d'artérite grippale avec thrombose de l'artère basilaire).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 5, 1er fév. 1908.) Kaufmann : Labyrinthite circonscrite chronique; évidement pétro-mastoïdien; curetage du canal semi-circulaire externe; guérison. — (N° 6, 8 fév.) Jouveau-Dubreuil : Les complications auriculaires des sinusites. — (N° 7, 15 fév.) Piétri : De la valeur clinique du Rinne paradoxal dans l'examen fonctionnel de l'audition. — (N° 8, 22 fév.) Wm. Scheppegrell : Tumeurs fibreuses du naso-pharynx. — (N° 9, 29 fév.) Kaufmann : Double cholestéatome; thrombo-phlébite du sinus latéral droit; double trépanation; ouverture du sinus; injections d'électrargol; guérison. — De Champeaux : Sur un signe des affections chroniques du pharynx. — (N° 10, 7 mars.) J. Duverger : Quatre cas d'évidement pétro-mastoïdien pour lésions suppuratives chroniques de l'oreille moyenne et des cavités annexes, avec suture immédiate du pavillon (procédé de Moure); présentation de malades.

Revue médicale de l'Est. — (N° 1, 1er janv. 1907.) Bernheim : Neurasthénies et psycho-névroses (*suite*). — L. Michel : Les ressources actuelles de la thérapeutique dans la crise appendiculaire grave. — (N° 2, 15 janv.) Vuillemin : Le lauréat du prix Nobel de physiologie et de médecine. — Bernheim : Neurasthénies et psycho-névroses (*suite*). — L. Michel : Les ressources actuelles de la thérapeutique dans la crise appendiculaire grave (*fin*). — (N° 3, 1er fév.) Baros : Une étude descriptive de l'alcoolisme dans les hautes Vosges. — (N° 4, 15 fév.) Bichat et Stœber : Appendicite à évolution anormale. — Lucien et J. Parisot : Considérations relatives à la pathogénie du rein polykystique. — (N° 5, 1er mars.) Bernheim : Neurasthénies et psycho-névroses (*suite*). — Harter : Stases veineuses dans certains cas de lésions aortiques.

Revue neurologique. — (N° 1, 15 janv. 1908.) Hanshalter et Lucien : Polyurie simple et tubercule de l'hypophyse. — Parhon et Goldstein : Etat psychasthénique survenu chez une jeune fille épileptique soumise au traitement thyroïdien, disparaissant par la cessation du traitement et réapparaissant par sa reprise. — (N° 3, 15 fév.) A. Stcherbach : Etude graphique des phénomènes vibratoires. Clonus fonctionnel et organique chez les animaux. — Laure : Sur un cas de méningisme avec aphasie au cours et au déclin d'une fièvre typhoïde chez un enfant de dix ans. — (N° 4, 28 fév.) Klippel et François Dainville : Méningo-myélite à marche rapide.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 8, 20 fév. 1908.) Schur et Wiesel : Sur le tissu chromaffine pendant la narcose. — Hessl et Sackl : Influence des toxines sur la destruction de l'albumine de la cellule. — Raubitscheck et Russ : Sur le pouvoir bactéricide de la pyocyanase. — Kren : Sur l'action des injections sous-cutanées de pyocyanase. — Heim et John : Allergie et échantillons d'infiltrats tuberculeux d'après v. Pirket-Detre. — Brudzinski : Sur les réflexes contralatéraux aux extrémités inférieures chez les enfants. — (N° 9, 27 fév.) Tandler et Grosz : Recherches sur les skopzy. — Stoerk : Remarques sur la réaction des précipitines dans la tuberculose. — Müller : Sur l'emploi et l'importance de la réaction d'union au complément pour le diagnostic de la syphilis. — Nobl et Arzt : Sur le séro-diagnostic de la syphilis. — Herz : Cœur flottant et neurasthénie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 44. — MARDI 14 AVRIL 1908. 81e ANNÉE. MARDI 14 AVRIL 1908. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE..	3 mois : 7 fr. »	— 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Douay, Sorrel, Flandin, Levant, Haller, Cottenot, Marie, Rafinesque, Bricout, Ménard,

11. Mlle Dechaux, MM. Roux, Chamard-Bois, Bienvenue, Richet, Cotoni, Martingay, Guenot, Jolivet, Wilhelm,

21. Petit (Jacques), Phélip, Lamouroux, Blechmann, Josset-Moure, Roudinesco, Velter, Sourdel, Petit (Paul), Léon-Kindberg,

31. Dumont, Vuillet, Ludembacher, Gauduchau, Perdoux, Pironneau, Detré, Sevestre, Gastinel, Luzoir,

41. Verdun, Pélissier, Collin, d'Halluin, Fouquiau, Verdoux, Lévy (Edmond), Salin, Weill, Fenestre,

51. Mora, Vernes, Regnard, Ausset, Girode, Maisons, Rouget, Mornard, Bertier, Cotillon.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Gendron, Lévy (Pierre), Clarac, Brac, Brocq, Toulant, Fabre, Zislin, Brémond, Bith,

11. Manne, Le Grand, Weissembach, Baumgartner, Renaud-Badet, Chauvet, François, Lorin, Lemarignier, Patrowoski,

21. Aine, Fauchet, Ségard, Rousselot, Saint-Girons, Bloch (André), Caudrelier, Jumon, Thibaut, Bénazet,

31. Pellot, Brodin, Miginiac, Baron, Lechevallier, Mlle Neveux, MM. Mondor, Bloch (Marcel), de Cumont, Passot,

41. Binet du Jassonneix, Prélat, Maillet, Bachy, Nicaud, Chibret, Corpechot, Séguinot, Fery, Gauchery,

51. Mutel, Bollack, Davesne, Philbert, Buizard, Rousseau-Langwelt, Crétaux, Loubeyre, Bernard, Chevallier (Paul),

61. Niel (Emile), Pont, Dreyfus, Dournay, Philippon, Lasnier, Gauthier, Croissant, Baufle, Creté,

71. Huber, de Vaugiraud, Potelet, Séjournet, Girou, Amaudrut.

— Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1908-1909. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1908-1909, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1908) : Internes et internes provisoires, le mardi 28 avril, à une heure et demie ;

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1908) : Ceux de septième année (militaires), de sixième, de cinquième et de quatrième année (externes ayant concouru en 1901, 1902, 1903, 1904), le vendredi 1er mai, à une heure et de demie; — ceux de troisième année (externes ayant concouru en 1905), le lundi 4 mai, à une heure et demie; — ceux de deuxième année (externes ayant concouru en 1906), le mercredi 6 mai, à une heure et demie; — ceux de première année (externes ayant concouru en 1907), le vendredi 8 mai, à une heure et demie.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement au concours.

Marine. — Par décret du 6 avril 1908, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de première classe en retraite Léo.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin principal en retraite Lassabatie.

L'hygiène de la bouche dans les écoles. — Le ministre de l'Instruction publique, comme suite au vœu du dernier congrès d'hygiène scolaire, vient d'adresser aux inspecteurs d'académie, une circulaire prescrivant aux instituteurs d'enseigner aux enfants les soins d'hygiène de la bouche les plus élémentaires.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Paillasson (de Lyon).

Hopital de Levallois. — Enseignement libre et gratuit d'oto-rhino-laryngologie. — M. le docteur J. Glover, oto-rhino-laryngologiste du Conservatoire national de musique et de l'hôpital de Levallois, lauréat de l'Académie des sciences, de médecine et de la Faculté, fera, à commencer du lundi 13 avril et les lundis suivants (sauf le 20, à dix heures un quart, à l'hôpital (80, rue de Villiers, à Levallois, tramway Madeleine-Pont Bineau), un enseignement propédeutique et des démonstrations pratiques de clinique thérapeutique et de chirurgie spéciales.

Cours de psychologie appliquée a la pédagogie. — M. le docteur Bérillon, professeur, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés, commencera son cours le jeudi 14 mai, à cinq heures (salle des conférences de l'école de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts) et le continuera les jeudis suivants, à cinq heures.

Sujet du cours : Les enfants et les adolescents anormaux. Applications de l'hypnotisme à la pédagogie.

LA PELLAGRE EN ALGÉRIE

Par J. BRAULT,

Professeur de clinique dermatologique à l'École de médecine d'Alger.

Jusqu'à ces derniers temps, je considérais la pellagre comme plutôt rare en Algérie, je l'ai même écrit et publié, je reconnaissais seulement qu'elle donnait lieu de temps à autre à quelques observations.

Toutefois, en regardant de plus près et en dressant le bilan de nos cas, pour notre seul service, nous nous sommes aperçus, que si la plupart du temps nous n'en observions par an qu'un ou deux cas, certaines années étaient plus chargées, et qu'il existait là une quantité qui n'était pas absolument négligeable.

En 1898, nous relevons 4 cas; en 1899, 1902, 1903, 1904, 1905, 1 cas; en 1906, 3 cas; cette dernière année 1907, nous avons eu 7 cas de la plus haute gravité avec 5 décès (1).

Au surplus, voici ces sept dernières observations :

Observation I. — U. S..., Espagnole, âgée de quarante-quatre ans; habite Hussein-Dey, à côté d'Alger, depuis deux ans elle entre à la clinique, salle Leloir, n° 18, le 17 mars 1907.

Cette personne n'a jamais eu de maladie grave et n'a rien présenté d'analogue à ce qu'elle nous montre actuellement; elle est mère de sept enfants, dont cinq sont vivants. *En Espagne, autrefois, elle mangeait six mois de l'année de la farine de maïs; depuis deux ans qu'elle est ici, elle n'en mange plus*; la nourriture de la famille se compose surtout de pommes de terre, choux, poissons et rarement de viande, très peu de pois chiches ou d'arachides, elle mange du pain de froment.

A partir du mois de décembre 1906, la malade perdit l'appétit et se montra déprimée. A la fin de février 1907, les accidents éclatèrent, la bouche devint sèche, empâtée, en même temps l'érythème se *présenta à la vulve*.

Le 5 mars après exposition un peu prolongée au soleil, survinrent de la diarrhée, des vomissements; en même temps, l'érythème apparaissait sur les mains, d'abord indolent, puis cuisant, prurigineux et phlycténulaire.

Au moment de l'entrée de la malade, l'érythème exulcéré par places est d'un rouge foncé, d'une teinte tout à fait spéciale, il s'arrête aux premières phalanges; cependant à la main gauche, sur le pouce et l'index, toute la peau dorsale est prise jusqu'à l'extrémité des doigts.

Au poignet, il y a un bracelet complet; en outre, sur le dos de l'avant-bras, les lésions remontent jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du radium; l'odeur qui s'échappe des parties ulcérées est fade et nauséeuse. En même temps, la malade présente aux angles internes des deux yeux de l'érythème également exulcéré; à gauche, la paupière supérieure est d'un rouge foncé dans toute son étendue et il y a un peu de conjonctivite.

Les lèvres sont exulcérées et fissuriques, la langue est rouge vif, dépouillée, il y a également des exulcérations au palais; la malade souffre, ouvre difficilement la bouche et avale avec peine même les liquides.

Les grandes lèvres légèrement œdématiées sont le siège d'érythème également exulcéré; l'examen des viscères ne révèle rien, le foie est plutôt petit.

L'état général est très précaire, la malade asthénique se laisse aller et se tient difficilement debout; la température oscille aux alentours de 38 degrés.



Fig. 1. — *Mains de la malade de l'observation I.*

Délire nocturne, vomissements bilieux, diarrhée profuse, soif ardente, urines rares, ni albumine, ni sucre; malgré le sérum caféiné, l'anurie arrive et la malade meurt dans la nuit du 1er au 2 avril; la famille réclame le corps et l'autopsie ne peut être faite.

Obs. II. — Il s'agit ici d'un sujet indigène, M. Ben Ali, âgé de quarante-trois ans, né à Alger et y demeurant; il entre salle Herdy n° 5, le 20 mars 1907.

Cet homme qui a un passé éthylique avéré, a été souvent malade, mais c'est la première fois qu'il présente des accidents analogues.

Douleurs dans les jambes, céphalée, vertige, il y a quelques semaines; en même temps un érythème large apparaissait sur le dos des mains et des poignets. Cet érythème est survenu ensuite à la base du cou, sur le devant de la poitrine, à la ceinture, aux aines et aux aisselles.

L'éruption qui a le même coloris que chez la malade précédente, est plus pemphigoïde dans tous les points atteints; les plaies ont d'ailleurs la même odeur que chez la malade précédente.

C'est dans cet état que le malade se présente à nous, il dit ne *pas avoir mangé de maïs*, il vit dans un café maure et il est impossible d'avoir par ailleurs des renseignements très précis sur son alimentation.

Il entre très abattu, la température oscille entre 38°5 et 39 degrés; il y a des frissons, du vertige, du délire surtout nocturne (1); trémulation très accentuée des mains et de la

(1) En outre, durant cette même année 1907, nous avons eu un cas fruste, ou plutôt tout à fait au début, chez un Italien.

(1) Par les diverses observations d'indigènes que nous donnons ici, on voit que la folie pellagreuse existe chez eux, toutefois, elle semble moins fréquente qu'en Egypte.

langue. L'examen des viscères n'apprend rien; traces d'albumine. En outre des lésions cutanées sur lesquelles je ne veux pas revenir, il y a des lésions très étendues sur les lèvres, la langue, la voûte palatine et le pharynx, qu'on ne peut examiner que très difficilement, en raison d'un certain degré de trismus qui va en s'accentuant; toutes ces parties sont recouvertes d'exulcérations et d'un enduit crémeux, la déglutition est très douloureuse et presque impossible; il y a de la diarrhée profuse et des vomissements.



Fig. 2. — *Malade de l'observation II.*

Malgré les topiques, malgré le traitement général, la cachexie s'accentue et le malade succombe le 12 avril 1907.

Autopsie.—Adhérences de la plèvre des deux côtés, quelques tubercules sur le poumon droit; il y a également des adhérences de l'épiploon, le foie est friable, les reins sont très pâles, se décortiquent difficilement, le gauche est lobulé, les autres viscères, de même que les centres nerveux, macroscopiquement du moins, paraissent sains (1); des prélèvements ont été faits pour examen histologique.

Obs. III. — Notre troisième malade E. E. est encore une femme espagnole, mais beaucoup plus jeune que la première, puisqu'elle n'a qu'une vingtaine d'années. Elle n'a jamais fait de maladie antérieure grave et, *d'après sa famille, elle n'aurait pas mangé de maïs.* Il y a deux ans, après une fausse couche de trois mois, elle présenta de la stomatite et de l'érythème un peu bulleux sur les mains, convulsions, pâleur de la face, asthénie.

Il y a onze mois, nouvelle grossesse; elle va en Espagne durant un mois et demi et y fait une nouvelle fausse couche (pas d'alimentation au maïs). Vingt jours après son retour en Algérie : diarrhée, stomatite, vulvite et érythème de la face dorsale des mains, *la malade entre pour la première fois dans notre service. On constate à la vulve un érythème rouge, vernissé, occupant les grandes lèvres*; il y a un léger suintement, toujours même odeur et même coloris.

La bouche présente une stomatite diffuse avec enduit crémeux, la langue est rouge, dépouillée. Inutile de revenir sur l'érythème des mains qui est typique; la malade ne présente pas de troubles digestifs très marqués, mais elle a par instants du délire, elle s'évade de l'hôpital.

Chez elle, depuis, l'état général ne fait qu'empirer : amaigrissement, courbature, troubles digestifs, constipation d'abord, puis diarrhée.

Au dire de ses proches, depuis deux mois et demi, elle délire très fréquemment, il y a eu quelques petites crises épileptiformes, l'érythème s'est étendu, la déglutition est pénible, la salivation est abondante, mais elle a encore été aggravée par des pilules de protoiodure qui lui ont été prescrites par un médecin.

La malade *rentre à nouveau dans le service, salle Leloir, le 27 mai 1907.* On constate un amaigrissement très prononcé, de la prostration, la malade est couchée en « chien de fusil », mais elle n'a pas de signe de Kernig, les réflexes et les pupilles ne présentent rien d'anormal; hypothermie, délire continu, carphologie, trismus, diarrhée incoercible, anorexie, dysphagie. L'érythème de la face dorsale des mains plus accentué sur le dos de ces dernières, descend cependant en s'atténuant jusqu'au bout des doigts. Au poignet, la teinte rouge foncé de la « rôtissure » exulcérée par places, se termine par un liséré plus teinté encore (voir fig. 3); sur le devant des poignets, l'érythème forme bracelet et mesure environ trois travers de doigt, la paume est intacte.

On remarque des placards de même teinte aux plis des coudes, des deux côtés; érythème moins marqué à la rotule droite, l'érythème de la vulve a presque disparu. Les parties exulcérées exhalent la même odeur fade et repoussante que chez les malades précédents.

Sang. — Globules rouges : 4 553 000, hémoglobine : 44 (Gowers), 26 divisions, soit 7,5 à l'hématoscope de Hénocque; globules blancs; polynucléaires, 49 p. 100; grands mononucléaires, 6; lymphocytes, 11; moyens mononucléaires, 10; mononucléaires avec noyau en fer à cheval, 24.

Urines. — Urée, 22 grammes au litre; P^2O^5, 1g55; rapport azoturique, 70 p. 100; chlorures, 4 grammes; albumine, traces.



Fig. 3. — *Mains de la malade de l'observation III.*

La malade de plus en plus faible, s'éteint le 26 mai.

L'*autopsie* a été faite, la voici très résumée :

Crâne. — La dure-mère paraît trop grande pour son con-

(1) Il existe toutefois un peu de congestion des méninges, du cerveau et de la moelle.

tenu, elle est comme plissée, macroscopiquement les méninges et les centres nerveux ne présentent pas de lésions appréciables.

Thorax. — Adhérences pleurales des deux côtés; les poumons paraissent sains; adhérences du péricarde à la face postérieure du cœur, ce *dernier pèse seulement 150 grammes*, il est petit, ferme, il n'y a pas de lésions orificielles.

Abdomen. — Diaphragme très aminci, *foie, 1040 grammes*, graisseux; rate, 160 grammes, consistance normale; rein droit, 100 grammes, kystique et présentant un petit abcès; on trouve également de petits kystes dans le rein gauche, 105 grammes.

Intestin très dilaté, ainsi que l'estomac; les parois de ces organes sont amincies, surtout au niveau de la valvule iléo-cæcale. Capsules surrénales normales, pancréas également. Utérus très petit, annexes saines. Des pièces ont été prélevées et seront examinées.

Obs. IV. — Dif. b. Yousef, journalier, sujet musulman, entre salle Hardy le 22 août 1907, il habite un misérable gourbi dans un petit village près de Rovigo, où il vivait très misérablement, il ne mangeait pas tous les jours, mangeait ce qu'il trouvait, *et ne faisait en aucune manière du maïs sa nourriture habituelle.* Il avoue avoir bu de l'absinthe, mais l'occasion ne s'en présentait pas souvent.

Le malade a un délire qui ne lui laisse que peu de répit, il faut profiter de ses quelques moments de lucidité pour lui arracher quelques renseignements.

Il n'a jamais eu d'affection grave, la maladie dont il est actuellement porteur, remonte à six mois environ, au début, il ressentit des maux de tête, de la faiblesse et de la raideur dans les jambes.

Actuellement Dif. b. Y... présente tous les signes les plus caractérisés d'une pellagre à la dernière période.

La figure est brune et un peu desquamante, les conjonctives sont injectées, la nuque est également très teintée, surtout derrière les oreilles.

Sur le dos des mains on voit l'érythème classique, la peau est d'un rouge brun foncé, elle a perdu ses plis et sa souplesse; on remarque en outre d'assez vastes exulcérations suppurantes et grisâtres.

Même érythème sur le dos des pieds et le tiers inférieur des jambes, à la limite on note une desquamation grise, sèche.

Les symptômes digestifs sont un peu moins marqués que dans certains autres cas, il y a cependant de la diarrhée, quelques nausées, mais pas de vomissements; le malade n'a pas de trismus et pas de salivation, la bouche est plutôt sèche, la langue est dépouillée et fissurique (1), il n'y a pas d'ulcérations buccales.

Par contre, le délire est intense et presque continu avec redoublement nocturne, D. b. Y... crie, chante, gesticule.

Les mouvements sont mal assurés, saccadés, il existe un tremblement très marqué. La démarche est ébrieuse, le malade qui doit être soutenu, avance le buste rejeté en arrière, les jambes sont écartées et les pieds traînent sur le sol.

On note par places quelques troubles de la sensibilité, mais le malade répond mal et les zones tantôt hyperesthésiques, tantôt hypoesthésiques sont imprécises.

Les réflexes rotuliens sont abolis, on note également du myosis des pupilles, de l'incontinence des urines et des matières fécales.

(1) Les lèvres sont également sèches et fendillées.

24 août. — Le malade présente à peu près les mêmes symptômes que la veille; le délire a été très intense toute la nuit.

25 août. — D. b. Y... ne peut plus se lever; délire professionnel, le malade croit conduire une charrette; les mouvements convulsifs augmentent, il y a de la fièvre, comme le jour précédent, la température s'élève au-dessus de 39 degrés.

26 août. — Le malade se tient en opisthotonos, il ne fait plus entendre que des cris rauques, la bouche est très sèche, râles de bronchite, fièvre intense; ponction lombaire; injection de 10 centigrammes d'atoxyl.

27 août. — Les râles de bronchite sont plus étendus, les selles sont moins fréquentes, le pouls est à 136, la température de 40°8 le matin, monte à 41°5 le soir et le malade succombe à dix heures du soir.

Traitement. — Régime lacté, nous avons fait la thérapeutique des symptômes : pansements, antidiarrhéiques, narcotiques, on a fait en outre une injection d'atoxyl de 10 centigrammes, malheureusement le malade était si bas, que nous n'avons eu le temps de faire qu'une seule piqûre.

Autopsie très résumée. — On observe un peu d'emphysème pulmonaire.

Estomac rétracté, intestin aminci et vascularisé, foie gras (1ᵏ650), rate normale (230 grammes), reins congestionnés, cœur normal (340 grammes).

Centres nerveux. — Liquide arachnoïdien abondant mais clair, pie-mère congestionnée, surtout en certains points, notamment à gauche à la hauteur du pli courbe, congestion également marquée de la substance grise du cerveau et du cervelet, même injection vive des méninges et de la moelle. Cette dernière paraît avoir sa consistance normale, elle a été fixée et sera coupée; on a prélevé également de la peau et des morceaux des différents organes (1).

Obs. V. — B. S..., vingt-deux ans environ, journalier indigène, originaire d'Orléansville, n'a jamais quitté l'Algérie.

Cet homme exerce actuellement la profession de garçon de café maure à Alger, il entre à la clinique, salle Hardy, le 29 août 1907.

Il n'a jamais été malade jusqu'ici, ce n'est pas un famélique, il *n'a jamais mangé de maïs.* Il est un peu entaché d'alcoolisme, toutefois, il prétend avoir cessé de boire depuis un an.

L'affection dont il est porteur et qui est une pellagre bien caractérisée, a débuté vers le commencement du mois d'août, et cela par de la diarrhée; l'érythème vint ensuite sur les parties découvertes.

Au moment où nous le voyons, cet érythème brun foncé, qui est exulcéré par places, occupe le dos des pieds et des orteils, le dos des mains, depuis le poignet, jusqu'à la deuxième phalange des doigts.

Autour du cou, on remarque un collier brun foncé, la face est également brunie par l'érythème, notamment au front, sur le nez et les pommettes des joues.

Enfin il faut noter encore quelques traces aux coudes et aux hanches.

Le malade a une forte diarrhée, accompagnée de sang (neuf à dix selles en vingt-quatre heures).

Le système nerveux paraît peu touché, la démarche est mal

(1) L'étude anatomo-pathologique de ces cas fera l'objet d'un autre mémoire. Nous avons fait également des cultures et des inoculations avec le sang et le liquide céphalo-rachidien centrifugés de deux malades qui ont fini par succomber, mais nos expériences, sont encore trop peu avancées, pour que nous puissions donner nos conclusions.

assurée, le malade a l'air un peu hébété, mais c'est tout, il n'y a pas de délire, les pupilles sont très dilatées.

Rien à noter du côté des viscères, le foie est plutôt petit, il y a un peu d'obscurité respiratoire aux deux sommets.

Il n'y a pas de fièvre ; les urines sont normales.

Le malade moins avancé que les précédents, a été soumis au traitement suivant : cachets de salicylate de bismuth et benzo-naphtol, élixir parégorique, contre les coliques et la diarrhée; pansement de l'érythème, d'abord avec des compresses humides, puis avec de la pommade soufrée ichthyolée.

Enfin j'institue le traitement récemment préconisé, l'atoxyl.

Injections : 30 août, 10 centigrammes; 4 septembre, 10 centigrammes ; 9 septembre, 20 centigrammes; 13 septembre, 20 centigrammes; 17 septembre, 20 centigrammes; 21 septembre, 20 centigrammes; 2 octobre, 15 centigrammes.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la courbe, les injections n'ont pas donné lieu à des élévations de la température.

Tout d'abord, malgré le traitement, la diarrhée a persisté, elle n'a commencé à s'améliorer que vers le 8 septembre, même après cette époque, les coliques ont persisté jusqu'à la fin du mois. Vers la même époque, les pupilles sont redevenues normales; le malade plus éveillé, mange d'assez bon appétit, il se plaint de quelques fourmillements dans les jambes.

Au moment où le malade nous quitte il semble guéri, du moins momentanément; bien qu'il s'agisse d'un indigène, nous tâcherons de le suivre.

Obs. VI. — S... Jean, caviste, âgé de trente-cinq ans, né à Sidi-Moussa, réside en Algérie depuis sa naissance, il est d'origine mahonaise.

Il a eu autrefois la fièvre paludéenne contractée dans les environs de Sidi-Ferruch.

Sa maladie actuelle s'est déclarée au mois de mars 1907 : coliques, douleurs dans les membres inférieurs.

Un peu plus tard, alors que le malade marcha dans les vignes, au soleil, survint l'érythème classique (mains, pieds, figure).

Dernièrement, durant une période de vingt-huit jours, à Bouira, le mal empira et l'autorité militaire le renvoya à Alger par voie rapide, c'est alors que S... entra à la clinique, salle Hardy, lit 9, le 3 octobre 1907.

Etat actuel. — Sur le dos des mains, du poignet à la deuxième phalange des doigts, l'érythème s'étale d'un rouge un peu sombre, la peau est sèche, fendillée, rouge et desquame.

A la base du cou, on observe un collier érythémateux, l'éruption descend à la partie antérieure et dessine une sorte de hausse-col sur la poitrine.

A la face, l'érythème ne prend guère que le nez qu'il déborde un peu par côté.

Les coliques du début ont un peu disparu, les troubles digestifs en effet, dans ce cas, sont peu marqués.

Le système nerveux par contre est très touché.

Le malade sub-délirant le jour, a un sommeil très agité, parfois même il a un fort délire nocturne. Le sujet qui comprend mal les questions et répond difficilement, passe d'ailleurs par des alternatives d'excitation et de dépression.

Sur les jambes, des genoux aux pieds la sensibilité au tact, à la température, à la douleur, paraît un peu obtuse et surtout retardée.

La démarche est ébrieuse.

Les réflexes patellaires sont exagérés, le malade se plaint de fourmillements dans les jambes.

La vue d'après le malade est comme voilée.

L'examen des viscères montre que le foie est diminué de volume, la rate est normale, le cœur et les poumons sont sains.

Les urines sont normales.

Traitement. — On soigne les symptômes : délire nocturne, érythème; atoxyl en injections, 10 centigrammes les 3 et 8 octobre; 20 centigrammes les 13, 17, 21 et 25 octobre.

Le malade nous quitte dans la première quinzaine de novembre, il semble ne plus présenter aucun trouble pour l'instant. Nous tâcherons également de le suivre (1).

Obs. VII. — C... Pierre, né à Perrégaux, trente-cinq ans, d'origine française, a toujours séjourné en Algérie, il exerce la profession de charretier.

Le malade prend ses repas dans une gargotte, *il n'a jamais mangé de maïs*, par contre il est franchement alcoolique.



Fig. 4. — *Erythème sur l'épaule droite de notre malade de l'observation VII.*

L'affection débuta chez lui vers la fin d'août, par de l'érythème sur les mains, la face, les bras, les pieds.

Peu après survinrent des coliques et de la diarrhée.

Le malade n'y prit pas garde tout d'abord, mais un peu plus tard, sa vue se mit à se brouiller, les jambes faiblirent et le délire apparut.

C'est alors qu'il nous arrive salle Hardy lit 3, le 8 octobre 1907, d'après sa propre expression « et il doit s'y connaître », il lui semble qu'il est ivre toute la journée.

Nous constatons chez lui un érythème foncé.

A la face, le nez, les paupières sont surtout colorées, les conjonctives sont injectées.

Sur le cou, qu'elle contourne à la façon d'un faux-col, la teinte érythémateuse s'étend en arrière jusqu'à la naissance

(1) Le malade est revenu dans notre service, il y a quelques semaines; l'érythème ne s'est pas reproduit, mais S... est à nouveau subdélirant; nous le soumettons à un traitement un peu plus énergique par l'atoxyl. *Dans ce cas encore le maïs ne paraît avoir joué aucun rôle.*

des cheveux et descend en avant, sur le thorax, sous forme d'un court plastron.

Sur les épaules et les membres supérieurs, l'érythème prend ici une forme tout à fait particulière.

Des deux côtés, après avoir ourlé le bord postérieur de l'aisselle, il dessine sur les deux régions scapulaires du malade deux omoplates assez réduites, il contourne le moignon de l'épaule qu'il recouvre, enfin il passe à la partie antérieure des bras et de l'avant-bras, qu'il colore jusque vers le poignet (voir fig. 4). Le coloris est plus accentué au pli du coude.

La face dorsale des mains seulement est atteinte, il y a des exulcérations grisâtees surtout dans l'interstice des doigts.

La face dorsale des pieds, elle aussi, est recouverte par le même coloris.

Le malade qui vomit le matin, a une diarrhée profuse, il a des évacuations involontaires.

P. C.... est délirant presque tout le temps, mais surtout la nuit, il bégaie; sur les membres principalement ses sensations sont retardées (douleur, température, tact, pression).

Les réflexes patellaires sont exagérés, la marche est difficile, ébrieuse.

A l'examen des viscères, rate normale, foie petit, cœur et poumons sains. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Traitement. — Thérapeutique des symptômes : diarrhée, érythème, etc. Atoxyl en injections : 10 centigrammes les 9 et 14 octobre; 20 centigrammes les 19, 23, 27 et 31 octobre.

Après s'être relevé pendant un moment, le malade est retombé dans le délire, et a succombé rapidement (convulsions, contractures, 1er novembre 1907).

Autopsie résumée. — *Cœur normal. Poumon* adhérent à droite. *Rate* à peu près normale, de coloration un peu foncée. *Foie* légèrement atrophique, un peu graisseux par places. *Reins* congestionnés. *Estomac* et *intestin* non amincis. *Cerveau* et *moelle*, congestion des méninges, tractus blanchâtres, laiteux, sur la pie-mère cérébrale en plusieurs points. Des fragments ont été prélevés sur tous les organes, et la moelle a été conservée pour examen histologique. Durant la vie, du sang et du liquide céphalo-rachidien avaient été pris pour examen histologique et bactériologique.

Nos malades sont surtout des indigènes musulmans (9), des Espagnols des deux sexes (5). Dans notre statistique, nous trouvons seulement un Mahonais (1), un Français, une juive et deux Françaises, soit 13 hommes et 6 femmes, le plus souvent d'âge déjà mûr (2).

Ici l'affection semble revêtir d'une façon générale une marche assez aiguë; et autant qu'on peut s'en rendre compte par les commémoratifs, elle évolue souvent d'*une façon fatale, en une seule année.*

Comme d'habitude, c'est au printemps surtout que les malades sont pris; on peut parfois les voir à cette époque, aux consultations; mais ce n'est que plus tard que ces gens habitués à la misère, se font hospitaliser, alors que les lésions cutanées, les troubles digestifs et le délire battent déjà leur plein.

Je me range au nombre de ceux qui pensent que le *maïs* ne joue pas un rôle prépondérant dans la pellagre, ce que j'ai relaté au cours des observations précédentes, n'est pas pour me faire changer d'avis (1).

En somme, la pellagre, qui a bien plus les allures d'une maladie parasitaire ou d'une auto-intoxication que d'une intoxication alimentaire, est une maladie de misère, qu'il n'est pas étonnant de rencontrer chez nos faméliques indigènes et nos misérables immigrés du Sud européen (2).

(1) Cet homme Mahonais d'origine, mais né en Algérie, est naturalisé français.

(2) Presque tous les malades ont des antécédents alcooliques.

(1) D'ailleurs l'origine alimentaire est aussi problématique pour d'autres affections, telles que le béribéri par exemple et le lathyrisme, pour ne citer que celles-là.

(2) Quant au traitement par l'atoxyl, d'après les exemples que j'ai eut sous les yeux, il ne me paraît pas aussi actif qu'ont bien voulu le prétendre certains auteurs.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. Albert Robin, dans une de ses récentes cliniques thérapeutiques de l'hôpital Beaujon (3), indique la conduite à tenir dans les états nauséeux et les vomissements au cours de la fièvre typhoïde.

1° *A la période d'état*, rechercher si les vomissements ne tiennent pas à une *intolérance médicamenteuse* (quinine, extrait de quinquina, alcooliques), d'où suppression du médicament.

Les vomissements peuvent encore avoir pour origine des *fuliginosités* de la langue, du pharynx, de la bouche et des dents.

Il faut également examiner la vessie et recourir à la sonde en cas de *rétention d'urine.*

Faire changer la *température des boissons*, du lait spécialement. S'il est pris chaud le donner glacé et réciproquement. La *quantité ingérée* par prises sera diminuée.

Ces diverses causes écartées, restent les *vomissements réflexes* par complication cérébrale ou pulmonaire, ceux qui sont causés par une *péritonite par propagation* ou par du *péritonisme*, enfin ceux qui proviennent d'une *complication stomacale* directe de la fièvre typhoïde, soit du réveil d'une dyspepsie antérieure.

Quand l'une de ces origines est reconnue, un traitement actif et rapide s'impose.

Le premier et le plus simple moyen consiste à faire prendre une goutte de *laudanum* dans un peu d'*eau de Vichy*, puis de donner, cinq minutes après, une petite quantité de lait écrémé ou de bouillon. En même temps, sinapiser le creux épigastrique et y appliquer un *emplâtre de thériaque* et d'*extrait de belladone.*

En cas d'échec, enlever l'emplâtre et appliquer au creux épigastrique un *petit vésicatoire volant*, de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Quand la cloche sera formée, la crever avec des ciseaux stérilisés, et insinuer sous elle 10 centigrammes de *poudre d'opium.* On recouvre ensuite avec une feuille d'ouate maintenue par une plaque de diachylon.

Comme médication interne, voici une préparation d'une réelle efficacité :

Picrotoxine..................	0gr05
Alcool pour dissoudre.........	q. s.
Chlorhydrate de morphine.....	0gr05
Sulfate neutre d'atropine......	0gr01
Ergotine Yvon................	1 gramme.
Eau distillée de laurier-cerise..	12 —

F. s. a. et filtrez. Donner V gouttes de cette solution dans

(3) *Bull. gén. de thérap.*, 30 mars 1908.

un peu d'eau, cinq minutes avant les prises de lait et de bouillon, sans dépasser xx à xxv gouttes dans les vingt-quatre heures.

Les *inhalations d'oxygène* sont un bon adjuvant de la médication précédente.

2° Quand les vomissements surviennent à la fin de la période d'état, vers la fin du troisième septénaire, ils reconnaissent le plus souvent pour cause une *péritonite par perforation*. La diète hydrique, l'immobilisation du sujet avec glace sur le ventre, l'usage de la mixture à la picrotoxine sont les moyens à employer, sans préjudice de l'*intervention chirurgicale* à qui l'on doit quelques succès.

3° *Pendant la convalescence*, les vomissements sont produits d'abord par une *alimentation surabondante et mal réglée*; plus rarement par le *retard trop grand de la reprise de l'alimentation*, tantôt par une *dilatation aiguë* de l'estomac.

Quelle que soit la pathogénie de cette *gastroplégie* (réflexe inhibitoire, paralysie adynamique, dégénérescence de fibres de la tunique musculaire, etc.), elle constitue une complication fort sérieuse, mais contre laquelle nous ne sommes pas désarmés. Commencer par soulever le tronc du malade avec des oreillers, en le maintenant demi-assis dans son lit, et appliquer sur la région épigastrique, soit un *sac de glace*, soit un *petit vésicatoire* volant. Puis, administrer la *fève de Calabar* qui, à petites doses, est un stimulant nervin et un excito-moteur musculaire, tandis qu'elle est paralysante à haute dose.

On la donne sous forme d'extrait; en pilules de 1 centigramme, l'une le matin, l'autre le soir, ou encore sous la forme des gouttes suivantes :

Extrait de fèves de Calabar......... 0g25
Glycérine pure..................... 10 grammes.

Mêler. Donner de IV à VI gouttes, quatre fois par jour.

Dans deux cas les courants continus auraient également donné des succès à M. Robin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1908)

Rhumatisme chronique thyroïdien. — MM. LÉOPOLD LEVI et Henri DE ROTHSCHILD. La démonstration du rhumatisme chronique thyroïdien s'appuie sur des arguments, d'ordre :

1° *Thérapeutique.* — Le traitement arrête la progressivité du rhumatisme, met à l'abri des crises subaiguës; il combat les douleurs, les déformations, les déviations, les ankyloses. Il peut guérir des malades; agit assez fréquemment comme pierre de touche.

2° *Expérimental.* — Cas d'Acchioté. Rhumatisme tenace par atrophie thyroïdienne, suite d'hypertrophie. Poussées articulaires, suite du traitement, des menstrues.

3° *Clinique.* — La coexistence chez les rhumatisants chroniques de dysthyroïdie n'a qu'une valeur de présomption. Le traitement seul fait connaître la nature du rhumatisme.

Le rhumatisme chronique thyroïdien est présenté dans presque toutes les formes de rhumatisme. Aussi les auteurs montrent-ils que la notion thyroïdienne se concilie avec les données classiques (étiologiques, cliniques, pathogéniques) touchant l'histoire du rhumatisme chronique.

Ils décrivent des formes thyroïdiennes *pures*, avec diverses variétés qui correspondent aux formes toxiques, infectieuses, combinées, complexes (thyronerveuse).

Le rhumatisme chronique, rare dans le myxœdème et la maladie de Basedow, évolue chez des sujets en état d'instabilité thyroïdienne.

Adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale. — MM. DANLOS et SOURDILLE présentent une malade atteinte de cette maladie. Cette malade fut déjà présentée à la Société par M. Launois, il y a sept ou huit ans. Depuis cette époque son état s'est fort modifié, elle présente maintenant toute une série de troubles trophiques. Elle a aux deux pieds des panaris analgésiques, avec éliminations de séquestres et plusieurs maux perforants. La sensibilité au contact est conservée, la sensibilité à la douleur est retardée, la sensibilité à la température est incertaine.

Il semble bien que l'existence des troubles trophiques soit en faveur de la théorie nerveuse invoquée pour expliquer cette maladie.

MM. CAUSSADE et SCHŒFFER présentent une malade âgée de cinquante-six ans, atteinte d'une **vaste ulcération cutanée occupant en presque totalité la paroi thoracique antérieure, ayant débuté il y a vingt-huit ans environ.** Cette ulcération assez profonde, à fond rouge et ne dégageant aucune odeur, est délimitée par des bords souples et rectilignes et par des bords festonnés et indurés. Elle présente les particularités suivantes. Elle s'accompagne d'ulcérations à peu près identiques à l'ulcération majeure, mais de la dimension d'une pièce de 5 francs, et légèrement végétantes, développées en plein tissu sain à côté de celle-ci et sans continuité avec elle; *l'un de ces foyers secondaires s'est cicatrisé complètement et est resté tel depuis cinq ans;* l'ulcération principale a subi aussi mais partiellement une cicatrisation spontanée et l'une de ces cicatrices est longue et nettement linéaire, comme si elle était consécutive à la section d'un bistouri; à la périphérie de l'ulcération principale il existe un semis de petits nodules sous-cutanés en « grains de plomb ». L'état général est bon; il n'y a que quelques ganglions cervicaux, il n'y a pas d'amaigrissement. Ces caractères peuvent à la rigueur faire penser qu'il s'agit d'une forme rare, un cas de fongoïde, bien que l'ensemble des signes malgré la longue durée de la lésion qui n'est pas rare dans l'épithélioma, puisse faire incliner vers le diagnostic. Mais dans ce cas, reste à expliquer, si cet épithélioma est d'origine cutanée, la destruction totale de la glande mammaire qui a été complètement éliminée, et, s'il est d'origine glandulaire, la vaste ulcération cutanée, surtout en l'absence de métastase.

M. LINOSSIER fait, en son nom et au nom de M. LEMOINE, une communication sur la **ration albuminoïde dans le régime des diabétiques.** Cette communication, très longue et très importante, sera terminée ultérieurement et analysée dans son entier dans un prochain compte rendu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1908)

Troubles de la miction et de la défécation consécutifs aux lésions expérimentales du cône terminal ou de la queue de cheval chez le singe. — MM. G. ROUSSY et I. ROSSI amènent un singe chez lequel ils ont pratiqué il y a trois mois et demi la section de la queue de cheval. Chez cet animal, il existe aujourd'hui encore des troubles très marqués de la miction et de la défécation qui consistent en : incontinence d'urine paralytique avec rétention (miction par gouttes, jamais de jet d'urine même faible; vessie facilement compressible). Rétention incomplète avec expulsion très lente des matières.

Il résulte de ces faits que chez le singe comme chez le chien il ne s'établit pas, même cinq mois après l'opération, un fonctionnement automatique réflexe de la vessie et du rectum.

La moelle sacrée contient donc bien des centres réflexes de la miction et de la défécation, contrairement à la théorie

nouvelle soutenue par Müller admettant la localisation exclusive de ces centres dans les ganglions sympathiques.

Rôle des graisses dans la glycogénie, chez les sujets sains et chez les diabétiques. — M. F. Maignan. La réalimentation à la graisse n'élève pas le taux de glycogène hépatique et musculaire lorsque ces derniers ont été abaissés par une inanition préalable, alors qu'en moins de vingt-quatre heures le glycogène hépatique subit une augmentation considérable après la réalimentation à la viande.

Les graisses ne se transforment donc pas en sucre dans l'organisme, chez les sujets sains. Il en est de même chez les diabétiques. Une chienne atteinte d'un diabète maigre très grave avait 125 grammes de sucre avec la soupe, 51 grammes avec la viande et 19 grammes pendant l'inanition; elle a vu son sucre disparaître, l'urine diminuer et l'amaigrissement cesser à la suite d'ingestion d'huile. L'acétone a également subi une diminution notable. L'état général s'est amélioré beaucoup, les forces sont revenues et la constipation a disparu.

Le chlorure d'éthyle dans les tissus pendant l'anesthésie et au moment de la mort. — MM. L. Camus et M. Nicloux. Au cours de l'anesthésie, la proportion de chlorure d'éthyle présenté dans les organes peut osciller beaucoup; elle varie avec la nature du tissu, avec le mode et la durée d'anesthésie et aussi avec l'état de l'individu. Mais pour un état fonctionnel bien déterminé, la quantité de chlorure d'éthyle fixée par un organe est toujours le même. Le bulbe au moment de la syncope respiratoire renferme toujours 0g054 p. 100 de chlorure d'éthyle quelle que soit la teneur du sang. Il y a une différence importante dans la teneur en chlorure d'éthyle du système nerveux au seuil de l'anesthésie et au moment où se produit la syncope respiratoire.

Sur l'emploi du chlorure d'éthyle en clinique pour l'anesthésie générale. — M. L. Camus, après avoir rappelé les causes les plus fréquentes de mort dans les anesthésies générales, la *syncope nerveuse* et la *syncope toxique*, insiste sur la nécessité d'administrer le chlorure d'éthyle d'une façon lente et progressive. Avec un masque spécialement construit pour cet usage, il peut provoquer une anesthésie complète avec de très petites doses (1 à 3 centimètres cubes en général) en l'espace d'une à deux minutes. Le chlorure d'éthyle dosé dans des ampoules préparées à l'avance est donné à froid (0 degré) et réchauffé progressivement; le réglage de l'évaporation permet d'éviter les phénomènes de suffocation et les accidents toxiques. Les signes cliniques de l'anesthésie évoluent d'une façon régulière et progressive et l'on peut ainsi avec sécurité et précision diriger le sommeil.

Absence d'anaphylaxie à la suite d'injections sous-cutanées de substance nerveuse. — M. Remlinger a recherché si la substance nerveuse normale, dont l'inoculation sous-cutanée n'est pas, comme on sait, pleinement inoffensive, devrait rentrer, comme le sérum sanguin, dans la catégorie des poisons dits anaphylactiques. Les expériences ont porté sur des chiens, des cobayes et des lapins qui recevaient sous la peau, à des intervalles convenables, de la substance nerveuse d'animaux divers et étaient éprouvés ensuite par trépanation, selon le procédé de Besredka. Les effets des injections s'ajoutent et ne se multiplient pas. On n'observe pas d'anaphylaxie. Il ne semble donc pas que celle-ci soit transportable du domaine de la sérothérapie à celui de l'opothérapie nerveuse, et l'on peut en particulier répéter sans crainte le traitement antirabique à quelques mois d'intervalle chez un même individu.

Les lipoïdes du sang. Les savons du sérum. Leur action hémolytique. Rôle protecteur des lipoïdes globulaires et de la cholestémie. — MM. H. Iscovesco et J. Foucaud. On peut extraire par l'alcool du sérum sanguin des puissantes hémolysines qui sont des savons. Les lipoïdes des globules rouges et la cholestémie du sérum accumulent ce pouvoir hémolytique du savon. La lécithine n'exerce aucune action à cet égard.

Cirrhoses chloroformiques. — M. N. Fiessinger a obtenu expérimentalement, à l'aide d'intoxications chloroformiques prolongées, des cirrhoses du foie au développement desquelles il a assisté grâce à des prises opératoires successives du parenchyme hépatique. Il lui a été possible de provoquer chez le lapin, après quatorze mois d'intoxication, un véritable foie clouté de cirrhose bi-veineuse avec une splénomégalie considérable. Les examens du foie aux périodes antérieures permettent d'affirmer la précession de l'atteinte parenchymateuse sur la réaction interstitielle. La cellule hépatique, fragile par sa constitution cytologique, est atteinte la première, et la cirrhose lorsqu'elle apparaît se montre par endroit comme une périphlébite, mais bien plus souvent comme une cicatrice fibreuse encerclant et écrasant les vestiges des cellules altérées. C'est la démonstration de la part importante qui revient à l'atteinte parenchymateuse dans l'histogenèse du processus de cirrhose.

Septicémies d'origine intestinale chez les lapins immobilisés. — MM. Garnier et L.-E. Simon, continuant l'étude des conditions de passage dans le sang des germes intestinaux, particulièrement des anaérobies, ont recherché l'influence du refroidissement. Dans ce but, ils ont attaché des lapins sur l'appareil à contention; après une immobilisation de cinq à sept heures, la température centrale, primitivement de 39°5, tombe à 36 ou même à 35 degrés. Le sang du cœur est semé à ce moment. Sur 6 lapins ainsi mis en expérience, 4 fois ils ont obtenu des colonies microbiennes, 3 fois des anaérobies stricts, 1 fois un anaérobie associé à une forme aérobie. L'origine de cette septicémie doit être recherchée dans l'intestin, car en semant le sang de la veine porte, les auteurs obtinrent 2 fois sur 3 des cultures positives (dans un cas, un anaérobie facultatif; dans un autre, un aérobie et un anaérobie strict). Chez un de ces animaux enfin, dont le sang porte était seul infecté, des fragments de différents organes (rate, poumon) mis en culture à l'abri de l'air restèrent stériles et seul le foie donna lieu à la production d'un développement microbien.

Dosage de l'indol dans les cultures microbiennes. — MM. Monnotte et Demanche exposent un procédé de dosage calorimétrique de l'indol dans les cultures microbiennes, au moyen d'une solution titrée d'indol dont chaque goutte contient 0mmg02 d'indol; on répartit goutte à goutte cette solution dans une série de tubes étalons contenant 10 centimètres cubes d'eau peptonée en augmentant de L gouttes par tube et on recherche comparativement la réaction de l'indol dans ces tubes étalons et dans 10 centimètres cubes de la culture à examiner, prélevés après centrifugation, en ajoutant à chaque tube et à la culture X gouttes de nitrite de potasse et IV gouttes d'acide sulfurique concentré, et en maintenant le tout au bain-marie bouillant pendant dix minutes. Il est facile ensuite de déterminer par comparaison le tube étalon dont la coloration se rapproche le plus de celle de la culture et de connaître par là la teneur en indol de cette culture. Le dosage peut être fait à 1/2000000 près, et les auteurs ont établi ainsi la courbe de production de l'indol heure par heure pour un échantillon de colibacille.

Auto-agglutination des hématies dans l'ictère hémolytique acquis. — MM. Widal, P. Abrami et M. Brulé ont pu mettre en évidence, dans le sang de quatre malades atteints d'ictère hémolytique acquis, la propriété que possède leur sérum d'agglutiner leurs propres globules rouges.

Ce phénomène de l'*auto-agglutination des hématies*, recherché à maintes reprises par la méthode de Pagniez chez ces malades, s'est constamment manifesté avec une grande inten-

sité. Il suffit de mettre en contact dans un verre de montre dix gouttes de sérum et une goutte de globules lavés du malade, de mélanger soigneusement pour voir, en quelques minutes, l'agglutination se produire. Les hématies, d'abord agglomérées en petits grains facilement visibles à l'œil nu, ne tardent pas à se fusionner en une véritable pellicule homogène qui tombe au fond du verre; le sérum qui surnage est absolument limpide et les secousses imprimées au verre de montre ne parviennent pas à dissocier la pellicule hématique.

Ce phénomène s'est retrouvé avec une égale netteté chez quatre malades atteints d'ictère hémolytique acquis, a fait défaut, au contraire chez deux ictériques congénitaux et chez un grand nombre de sujets atteints d'ictère par rétention et d'affections très diverses. C'est d'ailleurs un phénomène absolument exceptionnel. Les recherches de Landsteiner, de Donath de La Monacho et Panichi, de Pagniez, de F. Schenk et Hektaen ont montré que si l'agglutination des hématies d'un sujet par les sérums de sujets de la même espèce est très fréquemment observée par contre, l'auto-agglutination est un fait absolument exceptionnel.

Les recherches des auteurs confirment ces conclusions ; ils ont fréquemment observé l'existence d'iso-agglutination chez des sujets atteints d'affections très diverses ; mais les seuls cas d'auto-agglutination qu'ils aient notés se rapportent à ces quatre ictériques hémolytiques.

Il s'agit donc là d'un stigmate bien particulier qui s'ajoute aux autres éléments du syndrome hématologique de l'ictère hémolytique : la fragilité globulaire, l'anémie à caractères spéciaux, la granulation des hématies, et accentue encore les différences qui existent entre l'ictère hémolytique et l'ictère d'origine hépatique.

État du testicule de chiens ayant subi diverses extirpations partielles de l'appareil thyro-parathyroïdien. — MM. Alquier et Theuveny. L'extirpation totale de l'appareil thyro-parathyroïdien ayant toujours amené la mort en moins de quinze jours, les auteurs ont pratiqué chez six chiens des extirpations incomplètes, de manière à obtenir des survies suffisantes : deux thyroïdectomies unilatérales avec survie de deux mois et demi et quatorze mois et demi; deux thyroïdectomies doubles, en laissant deux parathyroïdes (survie de cinq et dix mois); une ablation de trois parathyroïdes (survie de neuf mois); enfin, une ablation de deux parathyroïdes, survie, trois mois après de thyroïdectomie double. Dans ces conditions, rien dans l'étude histologique du testicule ne permettait de penser à un retentissement testiculaire de l'insuffisance thyroïdienne ou parathyroïdienne : l'état de la glande utérine, l'activité de la spermatogenèse, paraissaient en rapport avec l'âge de l'animal, plutôt qu'avec l'état de l'appareil thyro-parathyroïdien.

Autres communications :

Ossification intra-cartilagineuse. — M. Retterer.

La contraction musculaire dans les gaz inertes. — M. Weiss.

Modifications de la respiration et de la pression artérielle consécutives au chauffage des masses musculaires. — M. Ambard.

Modifications observées chez un bacille d'Eberth ayant séjourné aux Grands-Mulets. — MM. Fortineau et Meignien.

Echinococcose primitive expérimentale. Kystes hydatiques de la lèpre. — M. Devé.

Excitation par double compensateur. Influence de la température et de la vitesse propre du nerf excité. — M. et Mme Lepicque.

Action de la pipérazine sur l'excrétion urique. — M. P. Fauvel.

Sur un protozoaire dans la lymphangite épizootique du mulet en Tunisie. — M. Ducloux.

TERRIER

(1837-1908)

Le nom de Terrier évoque toute une période de la chirurgie contemporaine. Son école restera comme le type de l'Ecole chirurgicale française de la fin du siècle dernier.

Sans doute, Terrier a beaucoup publié ou fait publier. Il a, soit seul, soit en collaboration, écrit nombre d'ouvrages sur les questions d'actualités chirurgicales dont l'étude a passionné les chirurgiens contemporains. Il a dirigé pendant de longues années la *Revue de chirurgie*. Il eut toutes les consécrations officielles. Interne en 1862, chirurgien d'hôpital en 1873, académicien en 1890, professeur à la Faculté en 1893. Mais Terrier fut surtout et avant tout un chef d'école, et c'est à ce titre que sa mémoire restera gravée dans nos souvenirs.

Son esprit fut toujours ouvert au progrès; il eût pu, comme beaucoup, demeurer sur ses lauriers et se terrer dans le domaine scientifique qu'il avait conquis. Il n'en fut rien. Terrier eut l'immense mérite de rester jusqu'au bout à la tête du mouvement chirurgical et de le diriger au lieu de le suivre : il vécut et mourut en maître.

Terrier fit partie de cette pléiade de chirurgiens, alors jeunes, qui s'enthousiasmaient des doctrines, si révolutionnaires alors, que Lucas-Championnière venait d'importer avec une ardeur qui n'avait d'égale que sa foi en la vérité nouvelle. Tout de suite, Terrier sut grouper autour de lui des partisans convaincus et devint chef d'école à l'hôpital Bichat.

Ce n'est pas que Terrier fût d'un abord toujours agréable; il n'avait aucune prétention à l'amabilité. Il était de manières un peu brusques, et d'opinion parfois volontairement cassante. Il formulait sa pensée nettement, sèchement même, sans périphrases. Mais, au fond, c'était l'homme dévoué, bon à ses malades, bon à ses élèves, dur et sévère pour lui-même, ennemi de toute compromission. Son honorabilité scientifique et professionnelle fut absolue et son intégrité sans défaillance.

C'est à cause de toutes ces qualités que les élèves affluèrent à l'hôpital Bichat, et par élèves il faut entendre de jeunes chirurgiens avides de s'instruire des méthodes du maître. Ce fut avec peine, que nommé professeur de clinique, Terrier se résigna à quitter cet hôpital qui fut sa vie et qui vit le rayonnement de son enseignement, et c'est avec cet air bourru que nous lui connaissions tous qu'il prit, à la Pitié, la chaire de clinique chirurgicale.

C'est à l'hôpital Bichat que, abandonnant peu à peu les pratiques de l'antisepsie, il se laissa gagner par les doctrines de l'asepsie. C'est là qu'il établit, perfectionna et mit au point cette technique opératoire en laquelle Terrier se résume tout entier.

Terrier n'était pas un orateur; nous dirions même qu'il n'était pas l'opérateur brillant, si nous ne craignions qu'on ne traduise mal notre pensée, c'était l'opérateur impeccable allant toujours correctement au but qu'il poursuivait, écartant de sa route toutes les causes d'erreur et d'infection; sa méthode était peut-être lente, mais combien minutieuse et sûre!

C'est ce souvenir qui nous restera de Terrier, et dans bien des années l'influence heureuse de sa technique se répercutera encore sur les futures générations chirurgicales.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — La 49e Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 26 et 27 avril prochain, à deux heures précises, dans la salle des concours de l'Assistance publique (ancienne Académie de médecine), rue des Saints-Pères, 49.

On sait que d'après les statuts chaque Société composée de 50 membres, ou au-dessous, est représentée par un délégué; celles qui se composent de 51 à 100 membres peuvent avoir deux délégués; de 101 à 150 membres, trois délégués, et, à partir de ce chiffre, un délégué de plus par chaque fois 50 membres ou fraction de 50 membres.

Les présidents des Sociétés unies font partie de droit de la délégation.

ORDRE DU JOUR (1). — 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière Assemblée générale (publié dans le *Bulletin*, n° 28, p. 98 à 163);

2° Allocution de M. L. Lereboullet, président;

3° Rapport de M. Blache, trésorier général, sur la situation financière de l'Association générale à la fin de l'exercice 1907-1908;

4° Rapport de la Commission de vérification des comptes (MM. Périer et Hallopeau rapporteurs) sur la gestion financière du trésorier pendant l'exercice 1907-1908;

5° Approbation des comptes de l'exercice 1906-1907 (publiés dans le *Bulletin*, n° 29, p. 201 à 226);

6° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'exercice 1907-1908, et rapport sur les vœux présentés par les Sociétés locales, par M. G. Lepage, secrétaire général.

7° Élection de deux vice-présidents et de sept membres du Conseil général. Les membres du Bureau et du Conseil sont immédiatement rééligibles (Statuts, art. 9). Vice-présidents : M. Cornil, vice-président sortant, arrivé au terme de son mandat; M. Gross (de Nancy), membre du Conseil général, président de la Société de Meurthe-et-Moselle, est candidat à la place de vice-président, vacante par suite du décès de M. Douvre (de Rouen). Membres du Conseil : MM. Amodru, Blanquinque, Bouloumié, Motet et Pamard, conseillers sortants, arrivés au terme de leur mandat; M. Lubet-Barbon (de Paris), membre de la Société des Landes, se présente en remplacement de M. Laguesse (de Dijon), arrivé au terme de son mandat et qui ne se représente pas; M. Maunoury, président de la Société d'Eure-et-Loir, se présente en remplacement de M. Gross, candidat à la vice-présidence.

8° Rapport de M. Rist, sur les pensions viagères demandées à l'Assemblée générale (voir *Bulletin*, n° 33, p. 148), discussion et vote des propositions;

9° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1909;

10° Examen du projet de convention avec l'Association amicale au sujet de la combinaison D (voir *Bulletin*, n° 31, p. 38 à 46) et le compte rendu de M. le secrétaire général;

11° Délibérations des Sociétés locales au sujet des questions soumises à leur examen en 1907 [voir le rapport de M. L. Sentex (*Bulletin*, n° 33, p. 135) et le compte rendu de M. le secrétaire général];

12° Discussion des vœux présentés par les Sociétés locales (voir le compte rendu de M. le secrétaire général);

13° Questions diverses : Médecins chargés des certificats à délivrer aux nourrices. — Secret médical pour les indigents. — Changement de date des Assemblées générales, etc.

Le dimanche 26 avril, à sept heures et demie précises, le banquet aura lieu au palais d'Orsay (hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, en face le palais de la Légion d'honneur). Tenue de ville.

(1) Les questions qui n'auront pas pu être résolues dans la séance du dimanche 26 avril seront discutées le lundi 27.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le PRIX CHATEAUVILLARD (2000 francs) pour 1908 est décerné à M. le docteur Jolly (de Paris) pour son travail intitulé : *Recherches sur la formation des globules rouges des mammifères.*

GUERRE. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur (faits de guerre) :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bablon, du 1er tirailleurs, et Blanchard, du 3e tirailleurs.

COLONIES. — M. le médecin-major de deuxième classe Ortholan, du ministère des colonies, est mis d'office au tableau.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Guilhaud, docteur en médecine et docteur en droit, a été nommé secrétaire du conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le docteur Deschamps, nommé membre dudit conseil.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Cornil.

L'ŒUVRE DE LA COMMISSION

DE

RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Un arrêté, en date du 4 mars 1907, a institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée de rechercher quelles modifications il y avait lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales. Cet arrêté, qui portait en outre la composition de la commission, a été publié au *Journal officiel* du 5 mars 1907.

La commission s'est réunie pour la première fois le vendredi 15 mars sous la présidence de M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Institut.

Dans cette première séance, elle a constitué une sous-commission avec mandat d'élaborer un projet et de lui en faire rapport.

Cette sous-commission a tenu quatorze séances et a désigné comme rapporteur M. le docteur Pierre Teissier, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, médecin des hôpitaux.

La commission plénière s'est réunie à nouveau pour la discussion du rapport le 11 décembre 1907 : cette seconde session s'est prolongée jusqu'au 19 décembre. Elle a repris ses travaux le 9 mars 1908 pour les terminer le 21 du même mois.

Durant ces deux sessions, elle a formulé les avis et les vœux suivants :

Session de décembre 1907. — Présidence de M. Liard.

Instruction prémédicale. — Le futur étudiant en médecine doit avoir une éducation intellectuelle, littéraire et philosophique à cause de la nature même des études qu'il va entreprendre et surtout à cause de la profession dont ces études lui donneront le monopole, profession qui nécessite avant tout un niveau moral extrêmement élevé.

L'examen prémédical des sciences doit être plus spécialement orienté vers l'étude ultérieure des applications médicales de ces sciences.

La commission émet le vœu que le comité consultatif se montre très sévère dans l'examen des demandes de dispense.

Enseignement médical proprement dit. — Fixation des matières d'enseignement : La commission maintient toutes les matières d'enseignement déterminées par le décret du 24 juillet 1899.

Elle est d'avis qu'il y a lieu d'y ajouter les cliniques spéciales suivantes avec stage obligatoire : les accouchements, la dermatologie et les maladies vénériennes, les voies urinaires, les maladies nerveuses, les maladies mentales, la médecine infantile, la chirurgie infantile, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie.

La gynécologie ne figurera pas parmi les stages spéciaux obligatoires.

La commission ajoute aux enseignements la stomatologie.

Elle remplace « la médecine sociale (médecine professionnelle et déontologie) proposée par la sous-commission » par un enseignement de législation et de déontologie.

Durée de la scolarité : La commission la fixe à cinq ans, non compris le P. C. N.

Inscriptions : Elle est d'avis que les étudiants en médecine ne puissent prendre d'inscriptions au cours de leur service militaire.

Il ne pourra être accordé d'inscriptions rétro-actives ou cumulatives dans les conditions fixées par le décret du 21 juillet 1897 que sur justification du stage et des travaux pratiques.

Propositions générales concernant l'enseignement médical. — La commission est d'avis qu'il convient de maintenir à la faculté la double fonction d'enseignement supérieur et d'enseignement professionnel et qu'il est nécessaire d'établir un programme de l'enseignement professionnel.

Il y a lieu d'organiser un enseignement complémentaire et de perfectionnement destiné plus particulièrement à l'étudiant qui veut compléter son instruction, au praticien qui désire se tenir au courant des acquisitions récentes de la science et de la pratique médicales. Cet enseignement sera facultatif; on recommandera aux facultés de l'organiser; les facultés seront invitées à faire l'appel le plus large à des concours extérieurs dont la compétence est reconnue.

L'enseignement professionnel est assuré à la faculté : 1° par les enseignements théoriques dont le maintien est nécessaire, mais dont il y a lieu de poursuivre la transformation complète; 2° par l'enseignement technique assuré dans des laboratoires pourvus du personnel et du matériel nécessaires, conformément à l'organisation des travaux pratiques; à l'hôpital, par l'enseignement clinique donné dans les laboratoires et les services hospitaliers, conformément à l'organisation du stage hospitalier.

La commission émet le vœu que le Gouvernement recherche les voies et moyens d'assurer aux facultés et écoles de médecine les matériaux d'enseignement pratique et technique indispensables aux études médicales afin de provoquer, s'il y a lieu, des dispositions législatives appropriées et, dans tous les cas, une entente entre les ministères compétents.

Programmes d'enseignement. — La commission propose d'établir pour les diverses branches d'enseignement théorique se rapportant aux parties obligatoires de l'enseignement professionnel des programmes précis, définis, qui permettent de passer en revue, dans le temps strictement nécessaire et dans la limite de la scolarité, toutes les matières d'enseignement, sans sacrifier les choses essentielles, sans donner trop de place aux choses accessoires.

Ces programmes imposés au personnel enseignant sont préparés par le professeur titulaire, délibérés et arrêtés en assemblée de la faculté ou école conformément au décret du 28 décembre 1885.

Ils assureront à l'enseignement la cohésion nécessaire, guideront constamment, le maître dans son enseignement, l'élève dans ses études, le juge dans ses interrogations.

Les programmes sont imprimés et publiés au début de l'année scolaire.

Le doyen est chargé d'assurer l'exécution des programmes : il peut s'y faire aider par une commission composée d'un professeur titulaire désigné par les professeurs titulaires, d'un autre professeur titulaire désigné par les agrégés en exercice.

Composition des enseignements théoriques. — Il est fait dans chaque faculté ou école, au début de l'année scolaire, aux élèves de première année, un exposé succinct et précis de l'organisation générale des études médicales. L'enseignement théorique comprend :

1° L'enseignement des sciences biologiques : Anatomie, histologie, notions d'embryologie, physiologie, notions de physique et de chimie médicales. Il convient de maintenir aux sciences physicochimiques une orientation exclusivement médicale et conformément à l'organisation officielle de certaines facultés de province, officieuse de certains services de clinique de Paris, d'adapter étroitement l'enseignement de ces sciences à la clinique pour permettre à l'étudiant de poursuivre parallèlement à l'étude des maladies, l'étude des applications des sciences biologiques au diagnostic et au traitement des maladies.

2° Les enseignements annexés à la chirurgie, à la médecine et à l'obstétricie : Physique médicale, chimie médicale, anatomie pathologique, anatomie topographique, médecine opératoire, pathologie expérimentale, bactériologie, parasitologie, pharmacologie, hygiène, thérapeutique, médecine légale.

3° Les enseignements : De la pathologie interne, de la pathologie externe, de l'obstétricie, de législation et déontologie.

Tous ces enseignements sont complétés quand leur nature l'exige, par des démonstrations et travaux pratiques qui doivent être étroitement coordonnés avec eux et en être le complément effectif.

La commission émet l'avis que l'enseignement de l'anatomie

pathologique avec les autopsies soit organisé dans les services hospitaliers, réserve étant faite que l'organisation de cet enseignement appartiendra à chaque faculté.

De l'enseignement de la pathologie expérimentale qui représente un enseignement de haute culture scientifique ne doivent être retenues pour l'enseignement professionnel que les notions générales élémentaires.

Il est nécessaire que le personnel chargé des enseignements professionnels soit suffisamment nombreux; qu'il soit pourvu du matériel de dessins, d'instruments, de pièces conservées, de moulages permettant de compléter l'enseignement par de véritables démonstrations pratiques.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques se font à la faculté, ils sont obligatoires. Ils ont lieu sous la direction du personnel compétent durant les cinq années de scolarité, suivant les enseignements auxquels ils sont attachés. Afin que tous les étudiants puissent voir et réellement agir, la répartition est faite en groupes limités. Des interrogations donnant lieu à des notes inscrites au livret scolaire permetteront de s'assurer du travail de l'étudiant, de son assiduité.

Tout enseignement donnant lieu à des travaux pratiques aura sa sanction dans un examen placé à la fin des travaux pratiques. Cet examen comprendra une épreuve pratique et des interrogations.

En cas d'échec, l'étudiant sera tenu de faire une nouvelle série d'exercices avant de prendre l'inscription suivante. En cas de succès ultérieur, l'inscription lui est accordée rétroactivement. Pour les travaux pratiques ne dépassant pas trois mois, les facultés seront tenues d'organiser des séries d'épreuves complémentaires.

La commission scolaire pourra admettre à l'examen des élèves qui justifieront avoir suivi des travaux pratiques, hors de la faculté de médecine.

Enseignement clinique. — L'enseignement clinique comprend : 1° l'enseignement élémentaire et pratique de séméiologie et technique séméiotique pour les stagiaires de première année ; 2° l'enseignement clinique avec tous les exercices pratiques qui s'y rapportent; 3° l'enseignement élémentaire des cliniques spéciales.

Stage. — En raison des régimes différents qui dans les divers centres universitaires relient les hôpitaux et les facultés, chaque faculté ou école aura la liberté d'organiser dans ses détails le stage hospitalier.

Cette organisation devra toutefois satisfaire à un certain nombre de règles :

Le stage est obligatoire pendant toute la durée de la première année.

Il est également obligatoire pendant toute la durée des deuxième, troisième et quatrième années.

Pendant la cinquième année, le stage sera de même obligatoire pour l'étudiant, avec la faculté pour celui-ci de le faire où il le voudra, en France ou à l'étranger, sous réserve de fournir la preuve du stage accompli.

Chaque année le stage a une durée de neuf mois.

En cas d'empêchement légitime au cours de l'année, une partie peut en être faite pendant la durée des vacances sur la demande de l'étudiant et avec l'autorisation du doyen.

Le service de l'internat et de l'externat est tenu pour équivalent du stage de médecine et de chirurgie dans les conditions déterminées par chaque faculté.

Les plus grandes facilités seront accordées par les facultés aux internes pour l'accomplissement des stages spéciaux.

Les stagiaires de première année doivent être groupés dans des services qui leur seront exclusivement consacrés en dehors des internes et des externes.

Chaque faculté est tenue d'assurer le service des stagiaires avec les moyens dont elle dispose dans son personnel et avec le concours des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux.

Pour chaque service de clinique, annexe ou autre, il y aura nombre maximum de stagiaires.

Ce nombre ne doit pas être le même dans tous les services.

Chaque faculté détermine elle-même après accord, s'il y a lieu, avec l'Assistance publique, le nombre maximum de stagiaires qui doit être admis dans chaque service suivant sa nature.

Il n'y a pas lieu de fixer un minimum de stagiaires dans chaque service.

Un service hospitalier ne recevra des stagiaires que s'il est constaté qu'il présente les conditions nécessaires pour que les stagiaires y reçoivent un enseignement suffisant.

Les demandes à l'effet de recevoir des stagiaires sont adressées au doyen. Elles sont examinées, après visite des services par une Commission mixte nommée par chaque faculté après accord avec l'administration de l'Assistance publique et présidée par le doyen ou son assesseur. Sur l'avis de cette Commission les autorisations de recevoir des stagiaires sont accordées pour deux ans.

Lorsqu'un service a reçu des stagiaires et que le directeur de ce service n'a pas rempli ou n'a pas suffisamment rempli ses engagements vis-à-vis des stagiaires, l'autorisation d'en recevoir lui sera retirée. Cette autorisation pourra être retirée par le doyen, après avis de la commission mixte, le chef de service intéressé entendu par elle.

Des mesures seront prises par chaque faculté, avec le concours de l'Assistance publique pour associer tous les stagiaires, à partir de la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital.

Au cours et à la fin de chaque stage, l'étudiant est interrogé par le maître dans le service duquel il est stagiaire. Il lui est délivré un certificat comprenant deux notes, l'une d'assiduité, l'autre d'interrogation. Ces notes sont inscrites au livret scolaire. La note d'assiduité peut entraîner la suspension de l'inscription suivante; il est tenu compte de la note d'interrogation dans le résultat des examens.

Répartition des enseignements. — L'anatomie sera enseignée dans les facultés et écoles de médecine pendant deux années à raison d'un semestre d'hiver, chaque année.

La répartition de l'enseignement de la physiologie est réservée.

La Commission émet le vœu que des démonstrations élémentaires de dessin appliqué à la médecine soient organisés par les facultés au cours des travaux pratiques d'anatomie.

La première année, le stage hospitalier a lieu toutes les matinées conformément à l'organisation du stage de première année, dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

La deuxième année, le stage a lieu le matin dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Troisième année : Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe. Quelques leçons de tératologie sont annexées à la pathologie externe ; cours complet d'accouchement avec manœuvres obstétricales. Quelques leçons de tératologie sont annexées à ce cours ; enseignement de la bactériologie avec travaux pratiques complémentaires ; enseignement élémentaire, en quelques leçons, de pathologie expérimentale; enseignement de la parasitologie avec travaux pratiques.

Suivant les convenances et les possibilités propres à chaque établissement les stages spéciaux seront organisés dans la troisième et la quatrième années.

Quatrième année : Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe; enseignement de la pathologie générale; enseignement de l'anatomie pathologique avec travaux pratiques; notions élémentaires de matière médicale (médicaments simples et composés); éléments de pharmacologie (action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses).

Cinquième année : Enseignement de la thérapeutique; enseignement de l'hygiène avec travaux pratiques ; enseignement de la médecine légale avec démonstrations et travaux pratiques; notions de législation et de déontologie.

Examens. — Les examens à matières multiples sont supprimés.

Deux sortes d'examens sont institués : les examens de travaux pratiques ; les examens de doctorat ou de fin d'année.

Chaque examen donnant lieu à des travaux pratiques a sa sanction dans un examen placé à la fin des travaux pratiques.

Cet examen comprend : l'épreuve pratique; des interrogations.

Seront l'objet des examens de travaux pratiques les matières suivantes : 1° celles qui comportent des travaux pra-

tiques et sont également l'objet d'examens de fin d'année; 2° l'histologie, la physique et la chimie médicales; la parasitologie; la bactériologie: l'anatomie pathologique; la matière médicale et la pharmacologie.

Chaque année d'études, indépendamment des épreuves ci-dessus, se terminera par un examen définitif de doctorat portant sur les matières enseignées dans l'année.

Seront l'objet des examens de fin d'année les matières suivantes : anatomie et histologie; physiologie avec la physique et la chimie médicales; pathologie interne; pathologie externe; obstétricie; pathologie générale; thérapeutique; hygiène; médecine légale et les cliniques.

Ces examens ont lieu en deux sessions, l'une en juillet. l'autre en octobre. Cette dernière est réservée aux candidats refusés à la session de juillet. Aucun candidat ne pourra s'y présenter pour la première fois, sans empêchement légitime.

Le candidat refusé à la session d'octobre sera tenu de renouveler son année et ajourné à la session de juillet qui suivra.

Le candidat ajourné en juillet et en octobre pourra obtenir le transfert de son dossier.

Il y a lieu de distinguer entre les examens de travaux pratiques portant sur les matières qui font en outre l'objet d'un examen de fin d'année et les examens de travaux pratiques portant sur une matière qui n'est pas l'objet d'un examen de fin d'année.

En conséquence, pour les matières qui ne font pas l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation pourra porter sur l'ensemble du programme; pour les matières qui feront l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation sera limitée au programme des travaux pratiques.

Session de mars 1908. — *Présidence de* M. Liard.

La commission propose d'organiser ainsi qu'il suit les enseignements et les examens de première et de deuxième année.

Enseignements. — *Première année.* — Semestre d'hiver : Notions d'embryologie parallèlement à l'enseignement de l'ostéologie. — Anatomie descriptive (y compris le système nerveux périphérique), splanchnologie exceptée.

Semestre d'été : Histologie, physiologie.

(L'enseignement et les travaux pratiques devront être faits d'après un programme déterminé.)

Deuxième année. — Semestre d'hiver : Anatomie topographique et splanchnologie y compris le système nerveux central.

Semestre d'été : Physiologie avec physique et chimie médicales.

(L'enseignement et les travaux pratiques devront être faits d'après un programme déterminé.)

Troisième année. — La médecine opératoire est placée en troisième année et fera l'objet d'un examen de travaux pratiques.

Examens. — *Première et deuxième années.* — A la fin de la première année : Un examen de doctorat pour l'anatomie et l'histologie, conformément au programme d'enseignement de la première année, avec un seul jury.

A la fin de la deuxième année : Deux examens indépendant l'un de l'autre et passés chacun devant un jury spécial ; ces examens pourront être subis dans l'ordre choisi par le candidat et porteront, l'un sur l'anatomie, l'autre sur la physiologie avec physique et chimie médicales.

L'étudiant ajourné à la session d'octobre à l'un de ces deux examens est tenu de renouveler son année d'études.

Examens de travaux pratiques. — Il y aura avant le début de l'année scolaire une nouvelle session d'examens, de travaux pratiques pour les candidats ajournés à la session précédente, quel que soit l'endroit où pendant les vacances, ils auront fait leurs travaux pratiques.

L'étudiant de nouveau ajourné à cette session supplémentaire sera tenu de recommencer son année d'études.

Les examens de travaux pratiques sont subis devant des commissions spéciales de trois membres.

Peuvent faire partie de ces commissions les professeurs titulaires, les agrégés, les chefs de travaux et assimilés pourvus soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe.

Sauf le cas de force majeure, chaque commission d'examens de travaux pratiques comprendra le chef des travaux pratiques correspondants ou l'assimilé.

Examens de fin d'année. Jurys. — Les examens de fin d'année sont passés devant un jury de trois membres.

Les questions posées aux examens de fin d'année sont prises dans les programmes des enseignements correspondants. Ces questions sont tirées au sort.

Le candidat tire un bulletin de l'urne; ce bulletin contient trois questions différentes; le candidat est interrogé sur l'une de ces trois questions.

L'examen est public, il est subi devant le jury complet; les interrogations simultanées sont interdites.

Chaque candidat est interrogé successivement par chacun des trois juges en présence des deux autres.

Notation. — La notation par boules est supprimée.

La note est attribuée, après délibération, par le jury.

La notation suivante est adoptée : Extrêmement satisfait; très satisfait; bien satisfait; satisfait; mal; nul.

Les notes mal et nul sont éliminatoires.

Dans les examens cliniques, la note mal entraîne l'ajournement à trois mois, la note nul, l'ajournement à six mois.

Après deux échecs successifs, l'ajournement est fixé à six mois.

Examens de pathologie. — Les examens de pathologie interne et de pathologie externe sont placés à la fin de la quatrième année, alors que l'enseignement aura été complet.

Examens cliniques. — Les examens cliniques ont lieu à la fin de la cinquième année d'études, après validation de tous les stages obligatoires.

Ils comprennent : 1° examen de clinique chirurgicale et de thérapeutique chirurgicale avec revision générale de la pathologie externe; 2° examen de clinique obstétricale et de thérapeutique obstétricale et revision générale de l'obstétricie; 3° examen de clinique médicale et de thérapeutique médicale avec revision générale de la pathologie interne.

Pour les examens cliniques, le jury est composé de trois juges.

Chaque série d'examens comprend au maximum : trois candidats pour la clinique chirurgicale; quatre candidats pour la clinique médicale; six candidats pour la clinique obstétricale.

L'épreuve consiste dans l'examen d'un ou de deux malades.

Pour les examens de clinique médicale et de clinique chirurgicale, il est accordé à chacun des candidats quinze minutes au maximum pour l'examen de chaque malade.

Pour l'examen de clinique obstétricale, il est accordé à chaque candidat vingt minutes au maximum pour l'examen de chaque malade.

Pendant cet examen le candidat est surveillé par le jury.

L'interrogation est faite d'abord par un des juges en présence de ses deux collègues qui interrogent à leur tour le candidat sur le ou les malades examinés ou sur les connaissances nécessaires à la pratique médicale. Le candidat ne devra pas connaître à l'avance le service où il aura à subir l'examen.

La thèse est maintenue.

L'article 20 du décret du 30 juillet 1883 relatif aux formalités de présentation et d'acceptation de la thèse est maintenu avec la modification suivante : « Pour chaque thèse de doctorat le doyen désigne un ou plusieurs professeurs ou agrégés de la Faculté. »

Il est institué un livret scolaire.

Le livret tenu à jour est communiqué aux juges à tous les examens.

Une fois la scolarité terminée, le livret scolaire est remis à l'étudiant avec le diplôme.

Il y a lieu de rappeler par une instruction les dispositions de l'article 24 du décret du 21 juillet 1897 concernant le bulletin scolaire à adresser aux familles des étudiants.

Titres universitaires. — La Commission admettant le principe des titres universitaires, tels qu'ils ont été définis par l'article 15 du décret du 21 juillet 1907, émet le vœu : 1° que dans les facultés de médecine ces titres ne reçoivent pas le nom de diplômes ; 2° qu'il soit rappelé par le ministre de l'Instruction publique à ses collègues que ces titres ne confèrent aucun droit à ceux qui les possèdent.

La Commission émet le vœu que les certificats universitaires d'hygiène ne soient délivrés qu'à des docteurs en médecine.

La Commission émet le vœu que dans l'examen des propositions tendant à la création de titres universitaires dans les facultés de médecine, la section permanente exige des conditions d'études suffisantes.

Agrégation. — La Commission émet le vœu :

Que les facultés de médecine ouvrent plus largement leurs portes soit aux professeurs libres qui pourront être nommés chargés de cours, soit aux docteurs à qui la notoriété légitime que leur auront acquis leurs travaux scientifiques donnera des titres au professorat officiel.

L'agrégation des facultés de médecine est maintenue.

Est également maintenu le principe du concours avec deux séries indépendantes d'épreuves : épreuves d'admissibilité et épreuves d'admission (arrêté du 20 février 1907).

Les modifications suivantes sont proposées à l'arrêté du 20 février 1907 :

Les épreuves d'admissibilité comportent trois sections : 1° sciences anatomiques, physiologiques, physiques et chimiques; 2° sciences médicales; 3° sciences chirurgicales et obstétricales.

Chaque concours d'admissibilité comporte les épreuves suivantes : 1° une composition d'anatomie, d'histologie et de physiologie; 2° un exposé de trois quarts d'heure au maximum sur une question de pathologie générale; 3° une épreuve de clinique; 4° une épreuve pratique d'anatomie pathologique, y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides.

Dans les deuxième et troisième sections les sujets des épreuves sont différents suivant les spécialités pour lesquelles sont inscrits les candidats.

La commission émet le vœu que, pour le cas où la mesure pourrait être légalement réalisée, au concours qui sera ouvert en 1908, pour l'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, suivant l'arrêté du 20 février 1907, par disposition transitoire à l'épreuve écrite, il soit mis dans chaque enveloppe trois sujets différents d'anatomie, d'histologie et de physiologie, se rapportant plus particulièrement : le premier aux sciences anatomo-physiologiques et physico-chimiques; le deuxième aux sciences médicales; le troisième aux sciences chirurgicales et obstétricales.

Chaque candidat aura le droit de choisir entre les trois sujets dans l'enveloppe tirée par lui.

Sages-femmes. — Maternité de Paris. — La commission émet le vœu que le diplôme de sage-femme de deuxième classe soit supprimé.

Toute aspirante doit subir un examen d'entrée, si elle n'est pourvue du brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire.

Les élèves candidates à la Maternité de Paris, non pourvues du brevet, subissent un examen d'entrée conforme aux programmes arrêtés par l'autorité universitaire devant une commission spéciale siégeant à la Maternité et nommée par le recteur.

Durée des études : La durée des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme est de deux années.

Programme d'études : Les matières enseignées seront les mêmes pour toutes les sages-femmes de France.

Première année : Etudes pratiques : stage dans une maternité pendant dix mois au moins. Etudes théoriques élémentaires : anatomie, physiologie, pathologie. Anatomie et physiologie de l'appareil génital de la femme. Anatomie et physiologie du fœtus. Leçons élémentaires sur la grossesse et l'accouchement.

Deuxième année : Etudes pratiques : stage dans une maternité pendant dix ans au mois. Etudes théoriques : tout ce qui concerne la fonction de reproduction, et spécialement : grossesse, accouchement, suite de couches, allaitement, vaccination, saignée. Physiologie et pathologie du nouveau-né. Maladies vénériennes.

Examens : Un premier examen est subi à la fin de la première année, soit dans une faculté, soit dans une école de médecine. Un deuxième et dernier examen aura lieu à la fin de la deuxième année. Cet examen peut être subi à la fin de la deuxième année soit dans une faculté, soit dans une école de médecine; mais, dans ce dernier cas, le jury est présidé par un professeur ou un agrégé d'obstétricie des facultés de France délégué par le ministre.

Les élèves de la Maternité de Paris subissent les examens de première et de deuxième année devant un jury de cinq juges dont deux membres de la faculté, y compris le président.

A la suite de ces examens le ministre pourra, s'il y a lieu, après rapport du président, prononcer l'échange du certificat délivré par ce jury contre le diplôme de sage-femme.

La commission émet le vœu que : « A Paris, l'hôpital de l'Hôtel-Dieu soit entièrement affecté aux cliniques de la faculté, avec les installations et annexes qu'exige l'état présent de la science. »

Agrégation (suite). — *Concours d'admission.* — La section d'anatomie humaine et comparée est remplacée par la section d'anatomie et embryologie.

Une section nouvelle est proposée : la section de médecine infantile.

L'épreuve théorique consiste en une leçon orale d'une heure après trois heures de préparation dans une salle fermée.

Aucun livre n'est mis à la disposition du candidat.

Les jurys d'admissibilité seront composés de neuf juges. Aucune faculté ne peut être représentée par plus de trois membres dans le jury.

Jurys d'admission : La Commission propose de nommer des jurys de sept juges titulaires pour la section de pathologie générale et de médecine interne et pour la section de chirurgie générale; et des jurys de cinq juges pour toutes les autres sections.

Le professeur d'histoire de la médecine de la Faculté de médecine de l'Université de Paris peut être appelé à siéger dans tel ou tel jury suivant sa compétence.

Aux épreuves d'admissibilité et aux épreuves d'admission une note en chiffre est attribuée, après délibération du jury, à chaque candidat pour chacune de ses épreuves. Cette note est publiée à la fin de chaque séance du concours.

Pourront être appelés, au même titre que les professeurs, les agrégés et les chargés de cours des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, à faire partie des jurys, mais seulement pour une place, les membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, les professeurs du Collège de France, du Muséum d'histoire naturelle, des facultés des sciences et les professeurs honoraires des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Aucune faculté ne peut être représentée dans les jurys par plus de deux membres, quand ils sont composés de cinq juges; par plus de trois membres quand ils sont composés de sept juges.

Les jurys (admissibilité et admission) seront désignés par voie de tirage au sort.

La Commission, considérant que les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie réorganisées conformément aux décrets des 1er août 1883 et 31 juillet 1893 possèdent toutes une clinique obstétricale;

Qu'elles sont autorisées, dès maintenant, à préparer les élèves à la première partie du troisième examen de doctorat, qui comprend la pathologie obstétricale, puisqu'elles font faire la troisième année d'études médicales ;

Exprime le vœu que « ces établissements soient autorisés, par suite d'une modification apportée à la loi du 30 novembre 1892, à faire subir à leurs élèves l'examen d'obstétricie, après la prise de la douzième inscription, dans les conditions où ils font déjà subir les examens d'anatomie, de physiologie et d'histologie ».

Fonctions des agrégés. — *Pérennité.* — Le personnel de la faculté, professeurs titulaires et agrégés, concourt à l'enseignement supérieur et à l'enseignement professionnel, conformément aux programmes.

L'agrégé devra recevoir : 1° un traitement fixe réduit par rapport au traitement actuel et pour un minimum déterminé d'examens; 2° un traitement soit comme chargé de cours, soit comme chefs de travaux, soit comme chef de laboratoire.

Le principe de la pérennité est admis.

Les concours auront lieu tous les trois ans pour les places vacantes ou les places nouvelles créées pour répondre aux besoins de l'enseignement.

Les agrégés actuellement en exercice et les agrégés libres seront maintenus ou rappelés à l'exercice jusqu'à l'âge prévu par la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, aux conditions du nouveau statut, sur leur demande et après avis de la faculté et du comité consultatif de l'enseignement public.

Ils devront s'engager à remplir toutes les fonctions qui incombent aux agrégés.

Il y a lieu, le traitement fixe alloué à l'agrégé pour sa participation aux examens étant le même pour tous, de rémunérer davantage les fonctions d'enseignement et de direction d'exercices pratiques remplies par certains agrégés dans les facultés de médecine.

Recevront seuls ces traitements supérieurs les fonctionnaires de la faculté ne payant pas patente de médecin.

Service militaire. — La commission émet le vœu suivant :

En vue des obligations qu'ils auront ultérieurement à remplir dans leur carrière vis-à-vis de l'armée, la commission émet le vœu que les étudiants en médecine soient traités au point de vue de leur service militaire comme les élèves des grandes écoles de l'Etat.

Conformément à l'article 23 de la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée, les étudiants en médecine, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront autorisés à faire consécutivement ou en deux périodes séparées, leurs deux années de service militaire.

Première année : Premier semestre, dans un corps de troupe; second semestre, comme infirmier régimentaire.

Deuxième année : La seconde année sera accomplie comme officier (médecin aide-major de 2e classe de réserve), s'ils justifient du titre de docteur en médecine ou s'ils sont internes titulaires des hôpitaux nommés au concours dans les villes où existe une faculté ou une école de médecine de plein exercice et s'ils ont subi avec succès les épreuves d'un examen pour l'obtention de ce grade. Cette deuxième année s'accomplit : le premier semestre, dans un corps de troupe; le second semestre dans un hôpital militaire régional d'instruction.

Les étudiants en médecine qui ne voudraient pas attendre d'avoir obtenu le titre de docteur en médecine ou celui d'interne des hôpitaux, pour accomplir leur seconde année de service, seront autorisés à la faire immédiatement après la première, soit dans les conditions communes, soit dans une infirmerie régimentaire ou dans un service hospitalier suivant les besoins des corps de troupes et du service de santé de l'armée.

Les dispositions de la loi du 21 mars 1905 relatives aux étudiants en médecine munis de douze inscriptions sont abrogées.

La commission, considérant qu'en raison du régime nouveau qu'elle propose d'instituer il est impossible à un étudiant, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, d'être reçu docteur en médecine à vingt-cinq ans; considérant qu'il est de l'intérêt de l'armée d'avoir des médecins aides-majors aussi bien formés que possible, émet le vœu que la limite à laquelle les étudiants en médecine devront justifier soit du grade de docteur, soit du titre d'interne des hôpitaux, soit fixée à vingt-sept ans comme elle l'était sous le régime de la loi de 1889.

Si cette disposition paraît impossible aux pouvoirs publics, la commission demande qu'elle soit, conformément à l'esprit et en même temps à la lettre de la loi de 1905, fixée à vingt-six ans.

Agrégation. — La commission émet le vœu que « la spécialisation dans les concours d'admission à l'agrégation ayant été appuyée par la commission, les matières sur lesquelles porteront les épreuves des candidats, au moins dans certaines sections dont les délimitations ne sont établies ni par la tradition ni par la nature même des matières pouvant former le domaine de ces sections, soient déterminées après avis d'une commission compétente ».

La commission émet le vœu que :

« 1° Deux ans avant chaque concours d'admission à l'agrégation, le ministre arrête, sur la proposition des facultés, et publie le nombre et la nature des places qui seront mises au concours suivant, dans chaque section ;

2° Que, pour le prochain concours (fin 1909), le ministre veuille bien faire cette publication le plus tôt possible ;

3° Que si, dans le courant des deux années comprises entre la publication du tableau des places mises au concours et la date d'ouverture de ce concours, il se produisait des vacances imprévues, le ministre puisse, après avis de la faculté intéressée, combler, par l'addition au tableau de places nouvelles, les vides créés par les vacances. »

Permutation de chaires. — La Commission émet le vœu « que les permutations de chaires ne soient autorisées :

1° Qu'entre les chaires de pathologie interne, de pathologie générale et de clinique médicale;

2° Entre les chaires de pathologie externe, de médecine opératoire et de clinique chirurgicale;

3° A Paris, entre les chaires de thérapeutique et de clinique thérapeutique ».

La Commission émet le vœu « que le gouvernement constitue et organise une commission spéciale, qui ne comprendrait pas seulement des professeurs de faculté, mais des médecins et chirurgiens des hôpitaux, des médecins praticiens et des représentants des administrations hospitalières. Cette commission se réunirait périodiquement pour examiner les questions relatives à la médecine en France, enseignement et exercice ».

Chirurgiens dentistes. — La Commission émet le vœu qu'« un enseignement complet, théorique et pratique, de l'art dentaire soit créé obligatoirement dans les facultés de médecine ».

La Commission, comme corollaire de ses débats,

Convaincue que l'application des réformes des études médicales exige impérieusement :

1° Un enseignement clinique plus complet que celui qui est actuellement fourni à l'étudiant;

2° L'augmentation du personnel enseignant, réclamée depuis longtemps déjà;

3° Un matériel d'enseignement qui réponde aux exigences de l'éducation professionnelle du futur praticien.

Estimant que les dépenses faites pour la science comme pour la formation des futurs médecins sont des dépenses productives; que l'insuffisance budgétaire ne saurait être opposée comme obstacle à la réalisation des réformes,

Emet le vœu « qu'un appel pressant soit fait au Parlement pour obtenir les augmentations de crédit nécessaires ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 6 avril 1908)

Sur l'avance et le retard de la coagulation du sang en tubes capillaires. — M. Ch. Bouchard. On admet que le sang recueilli, à sa sortie du vaisseau, dans un tube capillaire se coagule plus vite que quand il est reçu dans un vase même non enduit de substances qui ne se laissent pas mouiller par lui.

M. Bouchard a pu, au cours de ces trois dernières années, montrer que cette assertion n'est vraie que partiellement et qu'on peut, à l'aide du même tube capillaire, prouver à la fois l'accélération et le retard de la coagulation.

Le résultat constant des expériences qu'il a faites est que le sang extravasé le dernier se coagule dans le tube capillaire plus vite qu'à l'état normal et que le sang extravasé le premier se coagule plus lentement que dans les conditions ordinaires. Ce retard de la coagulation est d'autant plus grand que la colonne est plus longue et que, par conséquent, le sang a été en contact avec une portion plus considérable du tube. Les choses se passent comme si, en cheminant dans le tube, le sang se dépouillait de ce qui provoque normalement la coagulation, et comme si ce quelque chose s'accumulait dans la portion du tube où se trouve le sang extravasé en dernier lieu.

Pour compléter ses expériences, il reste à M. Bouchard à

faire connaître notamment les détails anatomiques présentés par les coupes du filament coagulé faites en série depuis l'instant où la coagulation a commencé hâtivement jusqu'à celui où elle s'est terminée tardivement.

Biles et pigments biliaires. — M. Piettre. Les variations qu'on observe dans le spectre de la bile des animaux d'espèces différentes ou de même espèce s'expliquent par la présence des divers pigments biliaires. La caractéristique optique de chaque bile dépend également de la proportion relative de ces pigments.

L'oxyde de carbone intervient-il dans l'intoxication par la fumée du tabac. — M. C. Fleig. Les expériences de l'auteur lui ont montré que chez l'individu qui avale la fumée les quantités d'oxyde de carbone susceptibles d'être absorbées n'ont pas d'effet toxique appréciable.

Dans le cas d'individus séjournant chroniquement dans une atmosphère enfumée l'intoxication n'est pas due à l'oxyde de carbone.

L'élimination des faibles traces qui peuvent être absorbées est d'ailleurs très rapide à l'air libre. L'oxyde de carbone ne peut intervenir de façon efficace, et pour une part seulement, que dans l'intoxication tabagique expérimentale réalisée par l'inhalation de doses massives de fumée.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 9 avril 1908)

Cette séance supplémentaire est consacrée à la discussion de l'hystérie. Afin de rendre cette discussion plus méthodique et plus fructueuse, la Société avait établi un questionnaire, priant ses membres d'examiner d'abord les questions posées.

Avant la discussion proprement dite, M. Raymond présente une malade fort intéressante hystérique, avec une contracture, et du côté contracturé, du gonflement et une élévation de la température locale (6 degrés aux membres, 3 degrés à la joue, par rapport au côté sain).

Puis on passe à la discussion des questions :

Première question. — *Dans l'ensemble des phénomènes rattachés à l'hystérie, n'existe-t-il pas un groupe spécial de troubles qui puissent être exactement reproduits par la suggestion et qui puissent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion?*

En particulier certaines variétés de crises convulsives, de paralysies, de contractures, d'anesthésies, d'hyperesthésies, de troubles des sens, de troubles de langage, etc., ainsi que certains troubles respiratoires, digestifs, etc.

M. Crocq (de Bruxelles) fait remarquer que la suggestion s'étend de l'auto-suggestion inconsciente à la suggestion directe et voulue. Elle représente un facteur très fréquent des paralysies et des contractures, mais ce n'est pas le seul.

La Société est unanime à reconnaître que, dans l'hystérie, existe bien un groupe de symptômes dépendant de la suggestion mais ne définit pas ces symptômes.

M. Babinski estime que la contracture ne persiste pas pendant le sommeil; cette assertion est en opposition avec l'observation de M. Raymond : chez la malade qu'il vient de présenter, la contracture persiste pendant le sommeil.

M. Déjerine a essayé de vérifier la chose chez une malade de son service, atteinte de contracture hystérique, mais n'a pu observer chez elle un sommeil, naturel ou provoqué, assez profond pour pouvoir se prononcer.

Deuxième question. — *Si l'on admet l'existence d'un groupe de troubles caractérisés comme il est dit ci-dessus, n'est-il pas légitime et nécessaire de lui donner un nom? Et lequel? Le terme de pithiatisme ayant été proposé, convient-il de le conserver?*

Sur la proposition de M. Ballet, la Société réserve la discussion de cette question, qui est rejetée à la fin de l'ordre du jour.

Troisième question. — *Ce qu'on a appelé stigmates hystériques (hémianesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, dyschromatopsie, abolition du réflexe pharyngé, zones hystérogènes, etc.), n'est-il pas le résultat d'une suggestion inconsciente, le plus souvent médicale?*

Pour M. Babinski, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle est, dans la grande majorité des cas, mais on ne peut dire absolument toujours, d'origine médicale, il n'en a pas trouvé, sur environ une centaine d'hystériques qu'il a examinées en prenant les précautions suivantes : il ne s'agit, bien entendu, que de malades vierges de tout examen médical; on leur fait fermer les yeux, et sans leur rien dire qui puisse leur faire deviner ce qu'on cherche, on porte rapidement le doigt sur divers points du corps, en priant le malade d'indiquer le point touché. On procède de même pour les autres modes de la sensibilité cutanée, et pour les sensibilités profondes, rapidement et sans attirer spécialement l'attention du malade sur un point particulier. De même, il ne trouve plus de rétrécissements du champ visuel, depuis qu'il prend le soin d'indiquer aux malades qu'il ne s'agit pas de la limite de la vision nette, mais de l'aperception simple.

MM. Raymond et Déjerine affirment, au contraire, que chez des sujets vierges, on peut trouver l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et les stigmates, en dehors de toute suggestion médicale.

M. Ballet a vu, chez une jeune fille de onze ans, vierge de tout examen, une anesthésie ; il est cependant convaincu que presque toutes sont dues à la suggestion médicale; n'est-il pas particulièrement facile de provoquer l'hémianesthésie?

Pour M. Brissaud, l'hémianesthésie est, dans l'immense majorité des cas, d'origine médicale; l'hémianesthésie est particulièrement fréquente, parce qu'elle se superpose dans l'esprit du public, à l'hémiplégie. Il ne trouve plus jamais ni de rétrécissements du champ visuel, ni depuis l'invention du diploscope, la dyschromatopsie.

M. Thomas montre qu'on peut, en général, trouver l'origine de la suggestion. La fréquence de l'hémianesthésie est peut-être due à la manière, habituellement employée, d'examiner comparativement les deux côtés du corps.

Il cite l'observation d'une jeune fille de treize ans, chez laquelle la pression d'une zone hystérogène amena la production d'un sommeil, que la surveillance attentive, démontra simulé. Cette jeune fille avait, deux ans auparavant, assisté à une séance d'hypnotisme; c'est là, sans doute, qu'il faut chercher la raison de ce sommeil.

En somme, à cette question : « Y a-t-il des stigmates hystériques non suggérés? » la Société ne répond pas catégoriquement. — Pour M. Babinski, on ne peut rien affirmer, on n'a jamais la certitude qu'il n'y a pas eu suggestion. — M. Ballet fait remarquer que la suggestion doit comprendre aussi l'auto-suggestion. Même ainsi prise dans son sens le plus large, la suggestion n'est pas, pour MM. Raymond et Déjerine, l'unique facteur des stigmates, qui paraissent pouvoir en être indépendants.

Quatrième question. — *La suggestion ou la persuasion ont-elles une action sur les réflexes tendineux, cutanés, pupillaires, sur les fonctions circulatoires et trophiques (dermographisme, urticaire, œdèmes, éruptions, hémorragies, ulcères, gangrènes)? sur les fonctions sécrétoires (urines, sueurs, salive)? sur la température (fièvre)?*

Pour les réflexes, M. Crocq pense qu'on peut abolir, par suggestion, les réflexes pharyngé, cornéen, le réflexe plantaire en flexion, mais non le crémastérien, et celui du fascia lata. — MM. Sicard et Brissaud font ressortir qu'il y a accoutumance, amenant rapidement l'indifférence du sujet à l'excitation pharyngée et cornéenne; les réflexes crémastériens et du fascia lata sont très variables, suivant les sujets. — M. Déjerine estime que le cutané plantaire manque chez 10-15 p. 100 des sujets.

M. Dupré fait remarquer que le pouvoir d'inhibition est très variable suivant les sujets; on peut inhiber certains réflexes et non d'autres (le réflexe abdominal est de ces derniers), on peut volontairement simuler le réflexe de l'extension de l'orteil. — Il faut distinguer, d'après M. Babinski, dans les réflexes cutanés et muqueux, l'intensité de la réaction, que le sujet peut modifier ; on arrive ainsi, à supprimer la nausée, lors de la titillation pharyngée, et à masquer, par une contraction musculaire, le réflexe du fascia lata, mais, en surprenant le sujet, on peut avoir le vrai réflexe; la titillation pharyngée produit une contraction des piliers qui ne peut être supprimée par le sujet.

En définitive, tous sont d'avis que l'extension vraie de l'orteil ne peut être simulée, et que l'hystérie est sans influence sur les réflexes tendineux.

L'accord est également unanime pour ce qui concerne les réflexes pupillaires ; ils ne sont pas modifiés davantage. — M. PITRES (de Bordeaux) vient dire qu'il y a vingt ans, il avait étudié les réactions esthésiométriques de la pupille, espérant obtenir des résultats positifs ; contre son attente, ceux-ci ont été purement négatifs.

La question des réactions vaso-motrices est alors abordée. M. HALLION rappelle le résultat négatif de ses expériences, à l'état de veille, et pendant la suggestion hypnotique il n'a obtenu que des résultats négatifs. Sur les anesthésies provoquées, les réactions vaso-motrices (à la glace) ne sont pas supprimées. Il n'a pas davantage pu susciter des réactions vaso-motrices ou cardiaques anormales, en dehors de celles produites par l'émotion (influence des modifications respiratoires sur la circulation) ou par l'attitude.

M. RAYMOND fait observer que, chez sa malade, il y a une tachycardie permanente, depuis quatre mois, et une élévation permanente de la température locale (dans le conduit auditif, et, sur les membres, en des points distincts des muscles contracturés). M. PITRES a essayé en vain de se faire une opinion, sur la possibilité de produire, par suggestion, des modifications de la vaso-motricité, mais les réactions vaso-motrices sont si variables, d'un sujet à l'autre, et il est parfois si difficile d'éliminer complètement les associations organiques, qu'il ne peut émettre, sur ce point, une opinion scientifiquement fondée. — M. BRISSAUD cite brièvement un cas, publié dans le *Progrès médical* (11 avril 1908) qui montre jusqu'où peut aller la supercherie : une jeune fille s'est fait une série d'ulcères, par introduction sous-cutanée de fragments d'aiguille ; il estime qu'on n'est jamais à l'abri de la supercherie, qui peut simuler même l'anesthésie d'un membre, même avec suppression de l'écoulement de sang, ajoute M. DUPRÉ.

M. BABINSKI estime donc que, dans la Société, personne n'a pu reproduire, par suggestion, l'urticaire, les troubles vaso-moteurs ou trophiques.

On passe ensuite à la question des troubles sécrétoires. M. SOUQUES n'a pu, par suggestion, arrêter des sueurs profuses, survenant pendant le sommeil, chez une femme, que son tempérament émotif, impressionnable, rapprochait de l'hystérie. — M. DUPRÉ proteste contre cette assimilation de l'émotivité à l'hystérie.

Quant à la fièvre, MM. BABINSKI et DUPRÉ ont vainement essayé de la produire par suggestion. Aucun des membres de la Société n'ayant fait de recherches en ce sens, la question ne peut être actuellement solutionnée, l'observation de M. Terrien (de Nantes) est considérée par M. Babinshi comme n'étant pas prise avec une surveillance suffisante de la malade.

CINQUIÈME QUESTION. — *En admettant que la suggestion ou la persuasion n'aient pas d'action sur les phénomènes désignés ci-dessus, existe-t-il quelque lien entre ces phénomènes et les troubles désignés au paragraphe 1? Ce lien, s'il existe, est-il un lien de causalité, d'indépendance, d'association ou de simple coïncidence?* — Pour M. BABINSKI, le demographisme peut être extrêmement marqué chez des sujets qui n'ont pas les phénomènes marqués au paragraphe 1 ; l'inverse peut également être observé. Entre les deux ordres de phénomènes, il n'y a donc pas de relation.

M. RAYMOND se demande, au contraire, si un sujet, à vaso-motricité exagérée, devenait hystérique, s'il ne ferait pas des troubles vaso-moteurs superposés aux manifestations hystériques ? Les troubles vaso-moteurs et la fièvre rentreraient alors dans ce que M. BABINSKI appelle les troubles hystériques secondaires. Or, chez la malade qu'il a présentée, l'élévation de température existe à la joue, où il est difficile de faire intervenir, pour l'expliquer, la contracture musculaire, comme le veut M. Babinski.

M. BALLET fait observer qu'il ne faudrait pas rayer du cadre de l'hystérie, les modifications de la réflectivité et l'atrophie musculaire, sous prétexte qu'on ne peut les reproduire par suggestion. On en arriverait alors, ajoute M. RAYMOND, à la conception de Bernheim, réduisant l'hystérie à la crise convulsive. Cette conception n'est pas logique, répond M. BABINSKI, parce qu'il y a bien d'autres symptômes qui peuvent être reproduits par suggestion. — Les troubles vaso-moteurs et trophiques, réplique M. RAYMOND, ne sont pas des phénomènes classés, mais superposés à l'hystérie, à laquelle ils sont liés. — A cela M. BABINSKI objecte la simulation, qu'on a tant de peine à déjouer, chez les hystériques. En somme, la question des troubles vaso-moteurs et trophiques n'est pas, à l'heure actuelle, définitivement tranchée.

La Société ajourne au deuxième jeudi du mois prochain, la suite de cette intéressante discussion. Voici, d'après le questionnaire distribué aux membres, les problèmes qui y seront abordés :

SIXIÈME QUESTION. — *N'existe-t-il pas, en dehors de ce qu'on a appelé hystérie, des états morbides au cours desquels on observe des troubles qui présentent les caractères indiqués au paragraphe 1, c'est-à-dire qui puissent être exactement reproduits par la suggestion, et qui puissent disparaître sous la seule influence de la suggestion ou persuasion?*

SEPTIÈME QUESTION. — *L'émotion pouvant jouer un rôle dans la genèse de la plupart des troubles nerveux, quel est le rôle respectif, de l'émotion d'une part, de la suggestion d'autre part, dans la pathogénie des troubles?*

— COMME CONCLUSION. — *Faut-il conserver le mot hystérie? Si oui, à quels troubles faut-il l'appliquer? Faut-il le réserver seulement aux troubles désignés au paragraphe 1 ou l'appliquer à d'autres phénomènes encore?*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1908)

Adénopathie médiastinale et végétations adénoïdes. — M. DUBAR estime que l'adénopathie trachéo-bronchique et plus généralement *médiastinale* existe conjointement avec les végétations adénoïdes, mais il faut être circonspect dans l'ablation de ces adénoïdes dont la symptomatologie peut donner le change avec des troubles qui incombent à la compression, à l'intoxication ou à l'absence de régularisation du fonctionnement des organes contenus dans la cage thoracique.

Particulièrement, chez les jeunes sujets, cette concomitance commande l'important chapitre des *Indications opératoires* trop souvent négligées quand il s'agit de la cure radicale des végétations adénoïdes.

Doit-on opérer ? Quand faut-il opérer ? Voilà deux questions précises et capitales auxquelles il faut répondre nettement.

Sur un cas de névrite épileptiforme du pied. — M. MARGAIN présente l'observation d'un tabétique âgé qui, à la suite d'une élongation du sciatique faite en vue de porter remède à une névrite de ce nerf, a vu s'adjoindre à ses crises douloureuses qui n'ont subi aucune atténuation, un élément moteur caractérisé par des mouvements involontaires d'extension et de flexion survenant à l'acmé de la crise douloureuse et disparaissant avec elle.

Sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. — M. BIZARD montre que l'iodure doit être considéré non comme un spécifique général mais comme un curatif de quelques rares accidents et peut-être comme préventif de la sclérose artérielle.

L'autonomie des Facultés de médecine est l'objet d'une discussion à laquelle prennent part MM. DUCOR, LE FUR, CHASSEVENT et LEREDDE.

Enfin M. LEROUX présente un vœu relatif à l'organisation des tables et des maisons de régime.

NOTES POUR L'INTERNAT

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

La colique néphrétique est constituée par des phénomènes douloureux et réflexes ayant pour cause la migration d'un calcul à travers l'uretère.

C'est un accident fréquent de la lithiase rénale, plus fréquent chez l'homme, souvent provoqué par une marche, un traumatisme, le début d'une saison thermale. Ordinairement unilatérale, la colique néphrétique siège surtout à gauche.

SYMPTOMES. — La *douleur* est le principal symptôme, elle débute subitement avec une grande violence ou commence par une simple gêne dans le côté allant progressivement en croissant.

Elle occupe le flanc ou la région lombaire, descend le long de l'uretère, gagne le cordon et le testicule chez l'homme, les grandes lèvres chez la femme; elle irradie vers la vessie, le rectum et le périnée, le méat urinaire. Le membre inférieur, du côté douloureux, est engourdi, à demi contracturé. Cette douleur est violente, intolérable, continue avec des exacerbations intermittentes; c'est une torsion, une déchirure profonde qui arrache des cris au malade; exagérée par les mouvements, elle est calmée par la pression et par l'attitude en flexion sur le côté douloureux.

Les *urines* sont rares; quelquefois il y a anurie absolue par réflexe réno-rénal supprimant la sécrétion rénale du côté sain; plus fréquemment il n'existe que de l'oligurie et de la dysurie. L'hématurie est assez fréquente; elle peut précéder la colique néphrétique de quelques jours, apparaître pendant la crise ou plus souvent après. D'après Albarran, l'hématurie est surtout fréquente dans la lithiase rénale oxalurique.

L'intensité des phénomènes douloureux détermine divers *accidents réflexes*. Ce sont des troubles digestifs : nausées et vomissements, quelquefois météorisme abdominal simulant l'obstruction intestinale avec arrêt dans l'émission des matières et des gaz; des accidents cardiaques : pouls petit et filiforme, pâleur de la face, refroidissement et cyanose des extrémités, et même crise d'asystolie. Les symptômes nerveux sont le délire chez l'adulte, les convulsions chez l'enfant; ils surviennent surtout chez les prédisposés.

Les *signes physiques* sont à peu près nuls; le rein est douloureux à la palpation; la douleur uretérale à la pression peut être perçue en pressant la paroi abdominale à l'union du tiers moyen avec le tiers interne d'une ligne réunissant les deux épines iliaques antérieure et supérieure. On peut encore provoquer la douleur uretérale par le toucher vaginal et chez l'homme par le toucher rectal. L'uretère reste douloureux après la crise. Quand le calcul est arrêté au niveau de l'orifice uretéro-vésical, la cystoscopie montre une saillie œdémateuse formée par l'embouchure de l'uretère.

La *température* est le plus souvent normale; la fièvre n'existe que si la lithiase rénale se complique d'infection.

Ces symptômes de la colique néphrétique sont assez variables selon la forme et le volume du calcul, selon la susceptibilité des malades. Quelquefois les phénomènes douloureux ne sont qu'ébauchés et par suite les symptômes réflexes ne se produisent pas.

MARCHE, TERMINAISONS. — La colique néphrétique peut se terminer par *expulsion du calcul*. Les phénomènes douloureux durent de quelques heures à vingt-quatre ou quarante-huit heures, en moyenne huit heures, puis ils cessent brusquement ou progressivement; le plus souvent la détente est brusque et le malade perçoit une sensation de bien-être caractéristique. Les urines deviennent très abondantes et entraînent le calcul. Mais le malade reste exposé à de nouvelles coliques néphrétiques.

Dans d'autres cas, le *calcul n'est pas éliminé*. S'il reste dans la vessie, il peut devenir l'origine d'un calcul de la vessie. Plus intéressants sont les cas dans lesquels le calcul reste dans le bassinet ou dans l'uretère. Le calcul du bassinet dont l'extrémité s'engage dans l'uretère mais qui est trop volumineux pour passer, détermine d'abord des crises subintrantes de colique néphrétique, puis ces crises se calment, mais il reste une douleur permanente et profonde; les hématuries peuvent survenir, se répéter à l'occasion du mouvement, de la marche. Quand le calcul obstrue l'uretère, le malade est exposé à l'anurie et à l'hydronéphrose. L'*anurie calculeuse* par occlusion d'un seul uretère dépend d'un réflexe réno-rénal ou de ce que l'autre rein est malade. Elle évolue en deux périodes : la première qui dure sept à huit jours est remarquable par la grande tolérance de l'organisme; la seconde est caractérisée par des accidents d'urémie. L'anurie calculeuse se termine le plus souvent par la mort (dans 70 p. 100 des cas). L'*hydronéphrose calculeuse* n'est pas très fréquente; il est très rare qu'elle soit déterminée par la simple obstruction de l'uretère; elle est plutôt consécutive à une pyélite d'origine calculeuse.

Enfin la colique néphrétique peut encore se compliquer de rupture de l'uretère, accident d'ailleurs exceptionnel; chez les cardiaques, les diabétiques, les urémiques, une attaque d'asystolie, une syncope, des accidents urémiques peuvent amener la mort. Notons aussi la possibilité d'avortement au cours de la crise; la crise néphrétique peut aggraver l'hystérie ou révéler une hystérie latente.

DIAGNOSTIC. — Quand le syndrome douloureux de la colique néphrétique a été précédé de signes de lithiase rénale (douleurs dans la région lombaire, modifications de l'urine, hématurie), le diagnostic est facilité par ces antécédents. Quand la colique néphrétique est la première manifestation de la gravelle, le diagnostic est à faire avec plusieurs autres affections douloureuses de l'abdomen.

La *névralgie lombo-abdominale* sera reconnue aux points douloureux spéciaux : points iliaque, hypogastrique, inguinal.

Dans la *colique hépatique*, la douleur est localisée dans la région de l'hypocondre, avec maximum au point cystique et irradiations vers l'épaule. La colique hépatique s'accompagne de signes de rétention biliaire et les troubles urinaires n'existent pas.

La crise d'*appendicite* se différencie par le siège de la douleur et de la défense musculaire.

Les *coliques utérines* provoquent parfois des irradiations douloureuses jusqu'à la région des lombes; mais la douleur siège des deux côtés de l'abdomen et le maximum se localise derrière le pubis.

La *névralgie de l'ovaire* détermine une douleur dont le maximum est sur les côtés de l'utérus. Coliques utérines et douleurs ovariennes sont souvent sous la dépendance de salpingites chroniques qu'on reconnaîtra par l'examen gynécologique.

Quand la colique néphrétique s'accompagne de symptômes réflexes graves (vomissements, météorisme), la confusion est possible avec l'*étranglement interne*, la *hernie étranglée* et la *péritonite par perforation*. L'arrêt des matières et des gaz dans les deux premiers cas, la douleur plus diffuse dans le troisième, le facies du malade permettront un diagnostic très important pour une intervention chirurgicale précoce.

Dans l'*hystérie* on peut observer des crises douloureuses rénales et unilatérales; mais la non-limitation des douleurs sur le trajet exact de l'uretère et la coexistence de stigmates névropathiques assureront le diagnostic.

Il existe dans le *tabes* des crises rénales; mais le malade a des douleurs fulgurantes, le signe d'Argyll-Robertson, l'abolition des réflexes rotuliens et du tendon d'Achille.

Enfin on se souviendra que, si les coliques néphrétiques relèvent le plus souvent de la lithiase rénale, d'autres affections du rein peuvent déterminer le même syndrome. L'expulsion d'hydatides, de caillots hémorragiques en cas de *kyste hydatique* du rein, de *cancer* ou de *tuberculose* provoque la même douleur et les mêmes symptômes réflexes; le diagnostic se fera par la palpation du rein. On a signalé encore des pseudo-coliques néphrétiques dans le *rein mobile* et certains états congestifs du rein.

PRONOSTIC. — Le plus souvent, la colique néphrétique se termine favorablement; mais le malade est exposé à de nouvelles coliques, à toutes les complications mécaniques et infectieuses de la lithiase rénale.

TRAITEMENT. — On cherchera à diminuer le spasme douloureux par l'opium, le chloral, les bains chauds; à hâter la progression du calcul par les tisanes diurétiques et les eaux minérales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. le docteur Bériel est nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Patel, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'anatomie topographique.

— MONTPELLIER. — M. Estor est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile.

M. Soubeyran est chargé du cours de médecine opératoire.

— NANCY. — M. Jacques, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — M. Bourguignon, suppléant de pathologie et clinique médicales, est nommé, pour l'année scolaire, chef des travaux de bactériologie.

GUERRE.—CORPS DE SANTÉ MILITAIRE.—M. le médecin-major de deuxième classe Job, du 1er escadron du train des équipages militaires, est désigné pour remplir les fonctions de répétiteur (pathologie interne et pathologie générale) à l'École du service de santé militaire.

— Par décision du 11 avril 1908 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Schneider, passe à l'état-major du gouvern. milit. et place de Paris; Dubujadoux, nommé directeur du service de santé du 4e corps d'armée; Renaut, directeur du service de santé du 11e corps.

Médecins-majors de première classe. — MM. Jaubert, passe à l'hôpit. milit. d'Amélie-les-Bains; Favier, au 94e d'inf.; Krantz, aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Angoulême; Estor, aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Orléans; Bardot, à l'hôpit. milit. de Nancy; Toubert, aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Le Goïc, passe au 113e d'inf.; Renard, aux hôpit. de la division d'Oran; Bouquet de Jolinière, aux hôpit. de la division d'Alger; David de Drézigué, au 24e bataillon de chass. à pied; Béranger, à la direction du service de santé du 7e corps d'armée; Spire, à la direction du 14e corps d'armée; Écochard, au 14e dragons; Dupuich, au 1er escadron du train des équipages; Moisseney, au 90e d'inf.; Léothaud, aux hôpit. milit. de la division d'Oran; Louët, à l'hôpit. milit. Saint-Martin à Paris.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. George, passe à la Compagnie saharienne du Tidikelt; Salzes, aux hôpit. milit. de la division d'Alger; Sébin, au 2e cuirassiers; Jeanty, au 3e d'art.; Guglielmi, aux hôpit. milit. de la division d'Oran; Lévêque, aux hôpit. de la division de Constantine.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Walther, passe aux hôpit. milit. de la division d'Oran; Vallot, au 151e d'inf.

MARINE. — M. le médecin de première classe Pernet est désigné pour embarquer sur le *Gueydon*.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille des épidémies en vermeil est décernée à M. le docteur Lota, à Port d'Espagne (île de la Trinité).

La médaille d'argent est décernée à MM. les docteurs Aimé Legendre et Mouillac, de Tchentou (Chine).

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET L'AMNISTIE. — Les instructions ouvertes contre divers médecins au sujet d'infractions à la loi sur les accidents du travail viennent, paraît-il, d'être interrompus, les faits visés étant couverts par la récente amnistie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Le docteur Louis Rénon commencera, le lundi 4 mai 1908, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital, une série de six conférences sur l'*Opothérapie pratique*, dans l'ordre suivant :

Lundi 4 mai : Les principes généraux de l'opothérapie.

Lundi 11 mai : L'opothérapie digestive (gastrique, intestinale, pancréatique, hépatique, biliaire).

Lundi 18 mai : L'opothérapie génito-urinaire (testiculaire, ovarienne, rénale).

Lundi 25 mai : L'opothérapie vasculaire sanguine (thyroïdienne, parathyroïdienne, diaphysaire, hypophysaire, thymique).

Lundi 1er juin : Les opothérapies diverses (mammaire, placentaire, pulmonaire, cérébrale, médullaire, musculaire, sanguine, splénique).

Lundi 15 juin : L'opothérapie associée.

Ces conférences seront suivies, le lundi 22 juin, d'une conférence professionnelle sur « Le médecin dans la pratique médicale ».

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

PNEUMONIE DES VIEILLARDS [1]

Par L. RIMBAUD,

Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

C'est à propos de la pneumonie des vieillards que Grisolle dans son beau *Traité de la pneumonie* écrit cette phrase si vraie, qui peut s'appliquer à toute la pathologie de la vieillesse : « On ne devra jamais oublier que dans un âge avancé, les lésions les plus graves peuvent coïncider avec un petit nombre de symptômes légers, presque insignifiants. » Ces quelques mots mettent en relief de façon parfaite les deux grands caractères de la pneumonie lobaire chez le vieillard : gravité de la maladie, insidiosité de ses manifestations cliniques.

Parmi toutes les affections spéciales à la vieillesse la pneumonie est peut-être celle qui a suscité les travaux les plus nombreux.

A une époque où sous le nom de pneumonie on comprenait à côté de la pneumonie franche les broncho-pneumonies et beaucoup de congestions pulmonaires, Durand-Fardel pouvait dire avec juste raison que « l'histoire de la pneumonie résume une grande partie de la pathologie de la vieillesse ».

Cette histoire commence avec l'important travail de Hourmann et Dechambre qui, dans leurs séries de *Mémoires pour servir à l'histoire des maladies des vieillards*, étudient de façon toute particulière la pneumonie tant au point de vue anatomique que clinique. Beau sépare la pneumonie des infections broncho-pneumoniques de la vieillesse, tandis que Gillette note l'absence fréquente des phénomènes objectifs, résultat du défaut de réaction que l'on constate d'ordinaire dans l'âge avancé. Grisolle dans son remarquable *Traité de pneumonie* insiste sur la forme spéciale que cette affection prend chez le vieillard. Déjà tracé depuis longtemps le tableau de la pneumonie sénile n'a pas été l'objet d'importantes retouches ; les travaux récents, assez rares du reste, ne sont venus que montrer l'exactitude des anciennes descriptions en les rajeunissant par les données nouvelles de l'anatomie pathologique et de la bactériologie.

I

Anatomie pathologique. — Les lésions de la pneumonie du vieillard diffèrent de celles que l'on constate chez l'adulte.

Siège. — La pneumonie dans la vieillesse siège *plus souvent à droite* qu'à gauche, mais cette prédominance est moins sensible que chez l'adulte. Hourmann et Dechambre sur 88 cas de pneumonie en ont trouvé 34 à droite, 27 à gauche et 27 doubles, mais il s'agissait sans doute ici de broncho-pneumonies. Durand-Fardel (2) sur 39 cas de pneumonies terminés par la mort, en a trouvé 19 à droite, 14 à gauche et 6 bilatérales. Desgranges (3) dans une thèse récente, sur 21 observations personnelles, note que 7 fois le côté gauche était pris, et 14 fois le côté droit.

Quant au siège exact de la pneumonie, il paraît être chez le vieillard plus souvent le *sommet*. Tandis que chez l'adulte les lobes inférieurs sont atteints dans les deux tiers ou les trois quarts des cas, Durand-Fardel sur 23 observations chez le vieillard trouve le sommet pris 15 fois ; la base, 7 fois, le lobe moyen, 1 fois. Pour Desgranges la proportion est la même. Dans ses 21 cas, 14 fois la pneumonie siégeait au sommet, 7 fois à la base.

Du reste Louis avait déjà constaté que les malades atteints de pneumonie du sommet avaient en moyenne cinquante-quatre ans, tandis que ceux atteints de pneumonie de la base n'avaient qu'un âge moyen de trente-cinq ans.

Lésions pulmonaires. — Les stades anatomiques parcourus par les lésions sont les mêmes chez le vieillard et chez l'adulte. La division de Laënnec est restée classique : engouement, hépatisation rouge, hépatisation grise.

1° *Engouement*. — L'engouement est le premier degré de la lésion, il est caractérisé par une congestion intense. Le tissu pulmonaire du lobe envahi est rouge violacé, consistant, crépite peu ; à la coupe, il s'écoule une sérosité sanguinolente et spumeuse. Au microscope on voit une dilatation énorme des capillaires qui sont gorgés de sang et l'envahissement de la cavité alvéolaire par des globules rouges et des amas de grosses cellules provenant de l'épithélium de l'alvéole.

2° *Hépatisation rouge*. — Le parenchyme pulmonaire est transformé en un bloc dur, épais, résistant, d'une consistance analogue à celle du foie, de couleur moins foncée que chez les jeunes sujets. Les lésions emphysémateuses sont à peu près constantes chez le vieillard ; le tissu hépatique est moins lourd que chez l'adulte ; il gagne plus lentement et plus incomplètement le fond de l'eau. Il ne crépite pas et la coupe ne donne qu'un léger suintement.

La surface sectionnée est quelquefois plane chez le vieillard. Cet « état planiforme » serait dû à la pauvreté en fibrine de l'exsudat ; il se rapproche plus de la splénisation que de l'hépatisation proprement dite. Mais en général la coupe est granuleuse comme chez l'adulte. Les *granulations* sont la caractéristique de cette période. A un faible grossissement on voit qu'elles reproduisent le relief formé par l'infundibulum et ses alvéoles remplis de fibrine. En raison de la raréfaction des vésicules et souvent même de la destruction des cloisons ces granulations sont plus volumineuses dans la pneumonie des vieillards que dans celle de l'adulte. D'après Damaschino, elles mesurent chez l'enfant $0^{mm}7$ à $0^{mm}11$; chez l'adulte, $0^{mm}13$ à $0^{mm}17$, et chez le vieillard elles atteignent $0^{mm}21$ à $0^{mm}27$. L'*exsudat* est formé de fibrine enserrant dans ses mailles des globules rouges, des leucocytes et des cellules desquamées. Cet exsudat est très abondant ; c'est à lui qu'est due l'augmentation de poids du poumon atteint, qui peut arriver à peser trois et quatre fois plus que le poumon sain.

Si la résolution doit se faire, l'exsudat devient granuleux et se liquéfie, il est résorbé sur place ou rejeté par les crachats tandis que les macrophages emportent les débris cellulaires et que l'épithélium se régénère.

3° *Hépatisation grise*. — Si la guérison n'a pas lieu la pneumonie passe à son stade de suppuration. Le poumon prend une teinte grisâtre. A l'incision il s'écoule un liquide purulent. L'aspect granuleux est

(1) Ce travail formera un chapitre du *Traité des maladies des vieillards*, par le professeur Rauzier (en collaboration). En préparation chez MM. Baillière et fils.

(2) Durand-Fardel. *Traité des maladies des vieillards*, 2e édit., p. 430.

(3) Desgranges. *Contribution à l'étude de la pneumonie lobaire chez le vieillard*, Th. de Paris, 1897.

conservé, les granulations de l'hépatisation grise sont également plus volumineuses que chez l'adulte. Peu à peu elles disparaissent, le poumon est devenu extrêmement friable, transformé en une véritable nappe de pus ; c'est l'*infiltration purulente* pouvant dans quelques cas aboutir à de véritables abcès. L'*abcès du poumon* qui est très rare chez l'adulte est plus fréquent au-dessus de soixante-dix ans. Moutard-Martin a compté 3 cas d'abcès pulmonaires sur 67 pneumonies de vieillard ; et Mercier, à Bicêtre, en a observé 5 sur 70. Histologiquement, à ce stade, on voit les alvéoles envahis par les globules du pus formant des amas dans lesquels abondent les germes pathogènes.

Ces périodes se succèdent régulièrement. Chez l'adulte, l'engouement dure de vingt-quatre à quarante-huit heures et l'hépatisation rouge, cinq à six jours. Chez le vieillard, la pneumonie franchit souvent beaucoup plus rapidement ces diverses étapes pour aboutir à la suppuration, et cette rapidité d'évolution explique en partie la gravité du pronostic de l'affection à cet âge.

Autres lésions. — Les *bronches* sont rouges et congestionnées.

Les *plèvres* participent presque toujours à l'inflammation ; au niveau de la partie du poumon hépatisé, la séreuse est recouverte d'un exsudat fibrineux; dans cet exsudat on trouve souvent creusée l'empreinte des côtes.

A côté de ces lésions superficielles on constate souvent des adhérences sous forme de fausses membranes très amincies, à peine développées, ou plus épaisses et résistantes, reliquats de poussées pleurétiques anciennes.

La pleurésie avec épanchement est plus rare chez le vieillard qu'aux autres périodes de la vie.

Le *sang* est chargé en fibrine. Le nombre des globules rouges est diminué ; celui des globules blancs est augmenté : cette leucocytose atteint 20 ou 25 000, dont 85 p. 100 de polynucléaires.

L'infection peut atteindre tous les organes : la *péricardite* est assez fréquente ; le *rein* présente habituellement des lésions récentes ; le péritoine, les méninges, l'endocarde sont parfois touchés à leur tour.

II

Etiologie. — 1. Causes déterminantes. — Chez le vieillard comme chez l'adulte, la pneumonie lobaire franche est la localisation sur le poumon de l'infection pneumococcique.

Le *pneumocoque,* voilà donc la cause première de la maladie. Ce microbe se présente sous forme de petits grains lancéolés, groupés par deux et entourés d'une capsule. On les retrouve dans les crachats, dans l'exsudat pulmonaire, dans les plèvres et le péricarde, dans les reins des pneumoniques. Si l'examen microscopique direct ne permet pas de le déceler, l'inoculation à la souris est un procédé des plus sensibles pour révéler sa présence et son pouvoir pathogène. Dans le pus de l'infiltration purulente et des abcès pulmonaires, le pneumocoque a le plus souvent fait place aux microbes habituels de la suppuration, staphylocoque et streptocoque. Le pneumocoque existe très fréquemment dans la cavité bucco-pharyngée des sujets sains. Il est véhiculé par les crachats des pneumoniques, leur linge, leurs vêtements. La notion de *contagion* doit donc entrer en considération dans l'étiologie de l'infection pneumonique, et de véritables *épidémies* de pneumonie ont été observées dans certains hospices de vieillards. En raison de la fragilité du pneumocoque les cas de contagion sont relativement rares. Aussi indépendamment de la notion de virulence du germe, faut-il des conditions tenant soit au milieu extérieur, soit au sujet, qui permettent à l'infection pneumonique de se développer.

2. Causes occasionnelles. — Le *froid* est la cause la plus anciennement connue.

Les vieillards sont particulièrement sensibles aux refroidissements et aux changements de température ; c'est aux deux extrêmes de la vie que le refroidissement produit les effets les plus désastreux. Aussi est-ce pendant l'hiver, et pendant les hivers rigoureux, que les vieillards paient le plus large tribut à la pneumonie.

A la Salpêtrière, sur 156 cas de pneumonie, Hourmann et Dechambre en ont observé 109 de novembre en mars. Chez l'adulte, la pneumonie serait plus fréquente au printemps.

Le *traumatisme* intervient rarement comme cause de pneumonie dans l'âge avancé. Mais il faut connaître l'influence qu'il peut avoir comme cause occasionnelle. Dermont (1) en rapporte un exemple très net chez un homme de soixante-cinq ans qui mourut d'une pneumonie droite, quinze jours après une chute dans laquelle il se contusionna fortement la région axillaire droite. On peut rapprocher du traumatisme le rôle que peuvent jouer en ce sens les vapeurs ou les poussières irritantes.

Le *décubitus* prolongé peut favoriser le développement d'une pneumonie lobaire chez les vieillards condamnés au repos couché ; par exemple pour une fracture du col du fémur, pour une paralysie, une maladie des voies urinaires. En général, dans ces cas-là il ne s'agit pas cependant de pneumonie vraie ; la pneumonie hypostatique est le plus souvent une simple congestion pulmonaire passive ou une broncho-pneumonie. Mais, si un vieillard confiné au lit se refroidit, s'il est exposé à une cause de contagion pneumococcique, le décubitus peut faciliter le développement d'une pneumonie vraie ; il peut la localiser au lobe inférieur du poumon, et souvent aussi du côté droit, côté sur lequel on s'incline habituellement dans le décubitus.

3. Causes prédisposantes. — Si la pneumonie peut frapper les individus robustes et vigoureux, parfois même avec une gravité toute particulière, il est cependant certain que les conditions spéciales dans lesquelles se trouve le poumon des vieillards favorisent puissamment le développement de la pneumonie et expliquent sa fréquence dans l'âge avancé.

Dans la vieillesse, la bronchite chronique, les congestions pulmonaires sont fréquentes. L'accumulation des sécrétions bronchiques crée un milieu favorable à l'infection pneumococcique ; d'autre part la rigidité du thorax gêne les échanges gazeux et favorise la stase sanguine ; celle-ci est entretenue encore par l'affaiblissement du myocarde, la sclérose et l'emphysème pulmonaires, par les lésions des autres viscères. Ce qui domine chez les vieillards usés, c'est l'affaiblissement des forces, la débilitation générale et locale : l'organisme a perdu ses

(1) Dermont. *De la pneumonie des vieillards*, Th. de Montpellier, 1884, n° 81.

On peut s'adresser à l'infection générale par le collargol (1) et les métaux colloïdaux à petits grains (électrargol, électroplatinol), etc.

La médication froide (balnéation, drap mouillé) sera dangereuse chez les sujets avancés en âge, presque toujours cardiaques ou artério-scléreux.

Il faut enfin surveiller la résolution de la pneumonie qui se fait souvent chez le vieillard avec une extrême lenteur, et présente une fâcheuse tendance à passer à la chronicité.

BIBLIOGRAPHIE

Hourmann et Dechambre. Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards, *Arch. de méd.*, 1836. — Prus. *Recherches sur les maladies de la vieillesse*, 1840. — Mascarel. Mémoire sur le traitement de la pneumonie des vieillards, *Gaz. méd.*, 1840. — Beau. Etudes cliniques sur la maladie des vieillards, *Journ. de méd.*, 1843. — Moutard-Martin. De la pneumonie des vieillards, *Revue méd.*, fév. 1844. — Charlton. *Pneumonie des vieillards*, Th. de Paris, 1845, n° 71. — Rat. *Pneumonie des vieillards*, Th. de Paris, 1845, n° 152. — Fauvel. Pneumonie des vieillards, *Union méd.*, 1847, p. 161. — G. E. Day. *A practical treatise on the domestic management and most important diseases of advanced life*, London 1849. — Gillette. Art. vieillesse du *Dictionnaire de médecine*, 1851. — Grisolle. *Traité de la pneumonie*, 1864, 2e édit. — Charcot. *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards*, 1866. — Bergeron. *Pneumonie des vieillards*, Th. de Paris, 1866, n° 64. — Cavasse. *Pneumonie interstitielle du sommet du poumon chez les vieillards*, Th. de Paris, 1868, n° 252. — Lépine. *De l'hémiplégie pneumonique*, Th. de Paris, 1870, n° 98. — Durand-Fardel. *Traité des maladies des vieillards*, 1873, 2e édit. — Caulus, dit Caylus. *Pneumonie des vieillards*, Th. de Paris, 1874, n° 164. — Grey. A note on senile pneumonia, *The Lancet*, 1876. — Allary. *De la pneumonie latente*, Th. de Montpellier, 1880, n° 26. — Geoffroy. *Des accidents cérébraux au début de la pneumonie chez les vieillards*, Th. de Montpellier, 1880, n° 50. — Dermont. *De la pneumonie des vieillards*, Th. de Montpellier, 1884, n° 81. — Martin. *Pneumonie des vieillards*, Th. de Nancy, 1888-1889, nos 293, 15. — Bernheim et Parisot. De la pneumonie abortive chez le vieillard, *Revue méd. de l'Est*, 1er mars 1889. — Robin et Teissier. Pneumonie des vieillards, *Gaz. méd. de Paris*, 17 mai 1890. — Boulay. *La pneumonie lobaire* (collection Charcot-Debove), Paris 1892. — Desgranges. *Contribution à l'étude de la pneumonie des vieillards*, Th. de Paris, 1896-1897, n° 572. — Tyson. Clinical types of pneumonia, *The Lancet*, 26 juin 1897. — Lefournier. *De la mort subite dans la pneumonie*, Th. de Paris, 1897-1898, n° 462. — Guynder. *Quelques états pneumoniques apyrétiques*, Th. de Paris, 1897-1898, n° 529. — Lemoine. Pneumonie des vieillards, *Nord méd.*, 15 août 1900. — Vires. Traitement par la digitale de la pneumonie des vieillards, *Montpellier méd.*, 1900. — Stumpf. De Mortaliteit von Pneumonia crouposa in het Binengasthuis, *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk*, 1901, n° 31. — Vires. De l'emploi de l'alcool chez les pneumoniques, Congr. de Toulouse, 1902. — Thiroloix. Pneumonie du sommet chez le vieillard. Traitement par le collargol, *Journ. des prat.*, 1903, p. 33-35. — Verhoogen. La pneumonie des vieillards, *Journ. méd. de Bruxelles*, 1903. — Knepper. The Pathology and Treatment of senile pneumonia, *Fort Wayne med. Journ.*, may 1903. — Seidel. *Pathogenese, Komplication und Therapie d. Greisenk.*, Berlin 1903. — Villepelet. *Traitement de la pneumonie des vieillards*, Th. de Paris, 1903-1904, n° 142. — Cohen. Senile Pneumonia; value of persistence in treatment, *New-York med. Journ.*, 1904. — Davis. The increased prevalence and mortality of pneumonia during the last sisty years, *Internat. Clin.*, Philadelphie 1904, 14, s. — New. Pneumonia as influenced by senility and alcoolism, *Charlotte med. Journ.*, 1904. — Thirion. Parotidite suppurée post-pneumonique chez un vieillard, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1904. — Chauffard. Le pronostic de la pneumonie, *Journ. des prat.*, 1905. — Etienne. Types thermiques de la pneumonie chez les vieillards, *Revue méd. de l'Est*, 1906. — Schickhold. Zur Behandlung derkruppösen Pneumonie, *Med. Klin.*, Dresde 1906. — Bezançon et de Jong. Le crachat pneumonique, *Bulletin méd.*, 1907. — Mounier. A propos de quelques cas de pneumonie chez le vieillard, *Gaz. méd. de Nantes*, 1907.

(1) Thiroloix. Traitement de la pneumonie du sommet chez le vieillard par le collargol, *Journ. des prat.*, 1903, p. 33-35.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 14 avril 1908)

L'ulcéro-cancer de l'estomac. — M. Hayem fait une communication sur ce sujet. Pour certains auteurs, le cancer est toujours d'origine ulcéreuse, pour d'autres il y aurait, en quelque sorte, un antagonisme entre l'ulcère et le cancer de l'estomac. Où est la vérité ? C'est ce qu'a cherché M. Hayem.

En l'espace de quinze ans, il a examiné anatomiquement dans son service 94 cas de cancer de l'estomac et il a pu ainsi constater la grande fréquence de l'ulcéro-cancer.

En effet sur ces 94 cas, 21 se rapportent à l'ulcéro-cancer, soit une proportion de 22,34 p. 100. On peut donc dire que l'ulcère stomacal dégénère en cancer dans un cinquième des cas. Dans la grande majorité de ces cas, l'ulcère était perforant. La lésion siège très généralement dans la région pylorique. Il y a des cas assez rares où le cancer est indépendant de l'ulcère. Sur ces 21 cas, M. Hayem compte seulement 3 femmes. Cette différence entre l'homme et la femme au point de vue du cancer de l'estomac peut s'expliquer par ce fait que l'irritation locale (alcoolisme, etc.) joue un grand rôle dans la production du cancer gastrique.

Action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique. — MM. G. Linossier (de Vichy) et G.-H. Lemoine (du Val-de-Grâce) s'appliquent à démontrer que le bicarbonate de soude est, à hautes doses, et quel que soit le moment de son administration, un excitant de la sécrétion gastrique, mais avec cette réserve que son action varie selon l'état de cette sécrétion. La sensibilité d'un estomac à l'action du médicament est en raison inverse de la richesse de la sécrétion en acide chlorhydrique, très accentuée chez les hypochlorhydriques, à peu près inappréciable chez les grands hyperchlorhydriques.

Dystrophie articulaire due au bacille de la tuberculose. — M. Cartier, en son nom et au nom de M. Pierre Delbet, rappelle les importantes communications de M. Poncet sur les relations du rhumatisme chronique avec la tuberculose.

« Le déterminisme pathogénique exact de pareilles lésions, disait-il, est assez difficile à établir. Trois hypothèses se présentent à l'esprit (action des toxines diffusibles, action des poisons adhérents, action directe du bacille). Elles reposent sur des preuves d'inégale valeur ; aucune d'elles n'est absolument démontrée. »

MM. Delbet et Cartier présentent un fait qui est de nature à préciser ce déterminisme. C'est un cas d'arthrite qui ne présentait cliniquement aucune ressemblance avec aucune forme connue de tuberculose et qui est causée cependant par le bacille de Koch.

Blépharospasme et injections d'alcool au point d'émergence du nerf facial. — M. E. Valude considère l'injection d'alcool à 80 degrés, additionné de cocaïne ou de stovaïne, comme un moyen excellent, et en même temps aussi simple qu'inoffensif, de traiter les spasmes faciaux rebelles à toute thérapeutique.

Généralement, une seule injection suffit à donner le résultat désiré ; la guérison est durable ou se maintient très longtemps.

Ce mode de traitement est applicable non seulement aux spasmes simples mais encore aux spasmes compliqués de névralgies, improprement désignés sous le nom de tics douloureux de la face. En pareil cas, l'injection doit être faite aussi au point de sortie du nerf facial.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS

par M. J. Dorville.

Pourquoi les ulcérations cervicales sont-elles situées tantôt sur la lèvre antérieure, tantôt sur la lèvre postérieure du col? Voilà une question que n'explique pas le microscope et qui est souvent mise en lumière par la clinique. L'observation démontre en effet que les ulcérations cervicales sont en rapport direct avec la leucorrhée. Ce sont les écoulements morbides de l'utérus qui développent et entretiennent ces lésions du museau du tanche; quant à leur situation anatomique, elle est engendrée par la position de l'utérus.

Est-il en rétroversion? Le col se trouve élevé et dirigé vers la vessie. L'écoulement leucorrhéique baigne forcément la lèvre postérieure et les ulcérations siégeront sur elle.

L'utérus est-il en antéversion? Le col regarde en arrière vers le rectum. L'écoulement passera sur la lèvre antérieure qui deviendra le siège des ulcérations.

Ainsi donc, pour comprendre la pathogénie de ces lésions cervicales, il faut toujours faire intervenir deux éléments : l'existence d'une leucorrhée abondante et la position de l'organe.

Mais on comprend qu'au point de vue thérapeutique, si l'on veut effacer ces ulcérations cervicales, c'est la leucorrhée qu'il faut surtout combattre, c'est-à-dire la métrite, car même si l'utérus est en position normale, l'irritation répétée de la lève postérieure par le passage de la leucorrhée, n'en existera pas moins.

Faisons donc tous les deux jours un pansement vaginal à la glycérine thigénolée (40 grammes de thigénol pour 60 de glycérine) ou bien faisons placer par la malade, chaque soir, un ovule Roche à 30 p. 100. Nous constaterons dès les premiers jours l'existence d'un écoulement séreux de grande abondance qui sera causé par l'action résolutive du remède.

Au bout de deux semaines environ, cet écoulement ayant diminué par suite de la décongestion réelle de l'organe, on remarquera que les pertes leucorrhéiques sont peu sensibles. Si l'on continue encore le traitement thigénolé, on arrivera presque toujours à tarir l'écoulement.

Placez alors le speculum et vous ne trouverez plus les ulcérations cervicales du début. Elles auront disparu avec leur cause déterminante, la leucorrhée.

Les auteurs attribuent en partie cette guérison rapide des ulcérations cervicales aux effets kératoplastiques du thigénol. Sans doute, cette action existe, mais pour nous elle n'est que secondaire et passe après l'action décongestive puissante du remède.

En même temps que les signes fonctionnels de la métrite disparaissent, on remarque que l'organe a diminué de volume et qu'il est devenu plus malléable. Il est maintenant facile de corriger ses positions vicieuses. Quelques nouveaux pansements ou quelques ovules Roche peuvent alors amener une guérison définitive.

Ainsi, pour guérir les ulcérations de l'utérus un traitement direct serait sans effets, il faut nécessairement faire disparaître la leucorrhée métritique qui les engendre.

CORNIL

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du professeur Cornil. C'est une grande perte pour la science française, c'est une grande perte aussi pour tous ceux, confrères ou élèves, qui ont approché ce maître bienveillant et aimable, toujours prêt à mettre au service de tous sa grande compétence en matière d'anatomie pathologique ou d'histologie.

André-Victor Cornil était né à Cusset (Allier) le 17 juin 1837. Fils de médecin il vint faire ses études médicales à Paris. En 1860, il fut reçu à l'internat dans la même promotion que son ami Ranvier qui devait être plus tard pour lui un collaborateur si dévoué. En 1869, il fut nommé agrégé dans la section de médecine et de médecine légale en même temps que Brouardel et Bouchard. En mai 1870 enfin, il fut nommé médecin des hôpitaux.

Successivement professeur d'anatomie pathologique, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, Cornil eut une vie particulièrement laborieuse.

Ses nombreux travaux, depuis le *Traité de la tuberculose* en collaboration avec notre vénéré maître Hérard, le *Manuel d'histologie pathologique* écrit avec le professeur Ranvier, ses ouvrages en collaboration avec Babès, Brault, Chantemesse, Coudray, ses multiples communications à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine, à la Société anatomique qu'il présida jusqu'à ces derniers mois l'avaient mis au premier rang des savants universellement connus. Marchant toujours dans la voie du progrès, il ne se confina pas dans



Cliché Eug. Pirou.

l'histologie seule, comme Robin; au moment des découvertes pastoriennes, il étendit son enseignement à la bactériologie, et c'est à lui et à son élève Chantemesse que l'on doit l'organisation d'un enseignement bactériologique pratique à la Faculté. D'une grande simplicité de manière, d'une parfaite bienveillance à l'égard de tous, il ne comptait que des amis dans le corps médical.

Travailleur infatigable, Cornil a pu mener de front une carrière scientifique des mieux remplies et une vie politique active. Président du Conseil général de l'Allier, député, puis sénateur pendant dix-huit ans de ce département, il prit part à des discussions sur l'hygiène et l'exercice de la médecine. On pouvait ne pas partager ses opinions, mais on ne pouvait pas ne pas respecter la sincérité de ses convictions, la parfaite honorabilité de sa vie et sa grande probité scientifique. C'est pourquoi tous ses amis souffrirent avec lui des déceptions imméritées qu'il rencontra dans les derniers mois de sa vie.

A. Brochin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate, Phosphate, Sulfate	Sesqui-oxyde de fer	0.55
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

BIOLACTYL

FERMENT lactique FOURNIER

Culture liquide : en boîte de 10 flacons.
Culture sèche : en flacons de 60 comprimés.

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRITES
APPENDICITES
DIARRHÉES INFECTIEUSES (adultes et enfants)
DYSENTERIE
DERMATOSES

FOURNISSEURS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Téléph. 824-30. — LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES, 26, boulev. de l'Hôpital, PARIS.

TOPIQUES CHAUMEL

GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG ST-DENIS, PARIS
DÉTAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
CRAYONS CHAUMEL INTRA-UTÉRINS
PESSAIRES CHAUMEL
MALADIES DES FEMMES OVULES CHAUMEL À GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS RÉDUITES DE MOITIÉ

ICHTHYOL

AFFECTIONS CARDIAQUES

CONVALLARIA MAIALIS

LANGLEBERT

SIROP : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
PILULES : 6 par jour.
GRANULES de CONVALLAMARINE : 4 par jour.

GLYCOGÈNE

Du Docteur J. de NITTIS

La présence du Glycogène dans le sang des individus sains, sa diminution dans celui des déprimés et en général de tous les malades, suffit à justifier son emploi dans

L'ANÉMIE, CACHEXIE, NEURASTHÉNIE, TUBERCULOSE, LES MALADIES CONSOMPTIVES ET LES ACCÈS FÉBRILES.

Sous l'influence de la médication glycogénique les malades éprouvent un sentiment de bien-être et de force et augmentent rapidement de poids.

CAPSULES dosées à 0 gr. 05 de Glycogène. — INJECTIONS dosées à 0 gr. 10 de Glycogène par C.C.

EXIGER LA SIGNATURE : Dr J. de Nittis

Phcie CHANDRON, 20, rue de Châteaudun.

KÉPHIR SALIÈRES

Préparé par M. SALIÈRES, Ingénieur-Agronome, sur les indications de DUCLAUX (Dr Institut Pasteur).

Un seul numéro, n° 2, non caillebotté.

CONSERVATION PARFAITE

Le ***"KÉPHIR SALIÈRES"*** permet partout la cure de képhir, si efficace dans toutes les ***Dyspepsies, Entérites, Diarrhées*** rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires.

1'25 LE FLACON (forme canette à bière) 1 à 3 par jour.

GROS : ADRIAN & Cie, PARIS.
DÉTAIL : LANCOSME, 71, Av. d'Antin, PARIS.

COLCHIFLOR

Selon la Formule de Mr le Dr DEBOUT d'ESTRÉES de *CONTREXÉVILLE*

contre la GOUTTE et le RHUMATISME

DOSE : 6 Capsules par jour en cas d'accès.

PARIS — Pharmacie VIAL, 20, rue de Châteaudun, et toutes Pharmacies.

Coaltar saponiné Le Beuf

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTÉRIQUE, CICATRISANT, NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX

Il est spécialement recommandé dans les **Maladies des Femmes** (leucorrhées, vaginites, métrites, etc.). et dans la **Médecine des Enfants** (angine couenneuse, stomatites, dartres, écoulements strumeux, etc.).

Dans les pharmacies, bien spécifier : COALTAR SAPONINÉ LE BEUF.

SE MÉFIER DES IMITATIONS

N° 47. — MARDI 21 ET JEUDI 23 AVRIL 1908. 81e ANNÉE. MARDI 21 ET JEUDI 23 AVRIL 1908. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — M. le sous-secrétaire d'Etat au ministère de la Guerre a adressé ses félicitations personnelles aux officiers du corps de santé des troupes métropolitaines dont les noms suivent qui ont obtenu de l'Académie de médecine des récompenses (v. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 141, p. 1697 et 1698; 1908, n° 8, p. 94).

Prix : M. le médecin-major de deuxième classe Dopter ; — M. le médecin-major de première classe Niclot; — M. le médecin de deuxième classe Ferron (M.).

Service des eaux minérales : M. le médecin-major de deuxième classe Pierre.

Service des épidémies : M. le médecin principal de deuxième classe Labit et M. le médecin de deuxième classe Matignon ; — MM. les médecins-majors de première classe Braün, Martin (V.) et M. le médecin-major de deuxième classe Chaudoye; — M. le médecin-major de première classe Joly (P.); — M. le médecin principal de deuxième classe Vignol et MM. les médecins-majors de deuxième classe Sandras et Tranchant.

Service de la vaccine : M. le médecin-major de première classe Papon (F.).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Béchamp, ancien professeur à la Faculté de Montpellier, ancien doyen de la Faculté libre de médecine de Lille; de Nabias, doyen honoraire et professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Mme Pierre, docteur en médecine à Paris.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Hospice de Bicêtre (Moyens rapides de communication : Métro-Italie; tramway électrique Châtelet-Bicêtre). — *Conférences cliniques pratiques de pathologie mentale.* — Le docteur J. Roubinovitch, médecin de Bicêtre, expert près le tribunal de la Seine, dirigera dans son service, à partir du mois de mai prochain, en mai, juin et juillet 1908, tous les jeudis et dimanches, de neuf à onze heures du matin, des exercices pratiques individuels de pathologie mentale, à l'usage des étudiants et des docteurs en médecine, des étudiants en droit, des magistrats, des sociologues et des éducateurs d'enfants anormaux désireux d'acquérir les notions élémentaires indispensables de psychologie morbide.

Programme des conférences. — 1° Interrogatoire et examen des sujets de la consultation externe (adultes et enfants) atteints d'affections ou d'anomalies mentales et nerveuses; — 2° Etude clinique spéciale sur les états épileptiques, dont le service présente des spécimens nombreux et variés; — 3° Discussion du diagnostic, des indications thérapeutiques, prophylactiques, médico-pédagogiques et médico-légales; — 4° Rédaction d'observations cliniques, de consultations, de certificats et de rapports médico-légaux.

Condition d'admission. — Les personnes désireuses de suivre ces conférences pratiques doivent s'inscrire dès maintenant, soit par correspondance, soit directement, à Bicêtre, dans le cabinet du chef de service, visible tous les jours, de neuf à onze heures du matin.

COURS D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE. — Le docteur Foveau de Courmelles, lauréat de l'Académie de médecine, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, directeur de l'*Année électrique*, reprendra son cours libre d'électrophysiologie, électrothérapie, radiologie, radiumthérapie, le mercredi 29 avril 1908, à six heures du soir, amphithéâtre Cruveilhier, Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, et le continuera les mercredis, à six heures du soir.

La première leçon sera consacrée à l'électrophysiologie : étude de l'être vivant et de ses fonctions; la vue directe de phénomènes organiques.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Cours pratique des maladies des voies urinaires. — Le docteur Genouville, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine à l'hôpital Necker (clinique des maladies des voies urinaires), commencera le jeudi 7 mai 1908, à trois heures et demie, une série de douze leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires. Les leçons auront lieu les mardis, jeudis, samedis, à trois heures et demie, au dispensaire de l'hôpital (consultation externe).

S'adresser au concierge de l'hôpital Saint-Joseph, 1, rue Pierre-Larousse, et aux consultations du service urinaire, les mardis, jeudis, samedis, d'une à quatre heures.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — MM. Cauchoix, prosecteur, et Beaufumé, ancien interne, commenceront une nouvelle conférence d'internat le 1er mai. S'inscrire auprès de M. Cauchoix, à l'Ecole pratique, ou de M. Beaufumé, à l'hôpital Saint-Antoine.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 560.*)

DE LA

CIRRHOSE BILIAIRE D'ORIGINE ÉBERTHIENNE

Par MM. R. CESTAN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse,
et AZÉMA,
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Toulouse.

« On connaît actuellement toute la série des lésions qui, avec ou sans fièvre typhoïde antérieure, résultent de l'action du bacille d'Eberth sur les voies biliaires. Elles peuvent servir d'exemple et montrer les divers degrés des angiocholécystites microbiennes, tantôt simplement catarrhales, tantôt pyogènes, tantôt enfin lithogènes ou cirrhogènes. Pourtant à l'inverse de la lithiase biliaire d'origine éberthienne, les cirrhoses biliaires dues à cette cause n'ont pas jusqu'à présent retenu l'attention bien que la fièvre typhoïde soit loin d'être rare dans les antécédents de sujets atteints de cirrhose biliaire. Deux observations cliniques récemment suivies par nous, rapprochées de quelques cas antérieurement observés, montrent qu'il s'agit là d'une étiologie possible, sinon fréquente de ces cirrhoses » (Gilbert et Lereboullet, Soc. de biol., avril 1905).

Or, voici une observation anatomo-clinique qui expose les termes de ce problème pathogénique avec une précision toute spéciale puisque nous pouvons la dénommer, pièces en main, cirrhose hypertrophique biliaire et cholécystite éberthienne.

Notre cas concerne une femme âgée de cinquante ans, cuisinière de son état, entrée le 7 septembre 1906 dans le service du professeur Mossé, suppléé par l'un de nous. Elle ne présente pas d'antécédents héréditaires, en particulier d'antécédents héréditaires hépatiques évidents. Elle affirme n'avoir jamais eu ni syphilis, ni paludisme, n'avoir jamais fait d'excès alcooliques. Elle a un enfant âgé de trente ans en parfait état de santé. La seule maladie sérieuse a été une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, contractée à l'âge de vingt-huit ans, et qui d'ailleurs, n'a ni laissé de séquelles, ni atteint tout particulièrement les voies biliaires, du moins au point de vue clinique.

A l'âge de quarante-huit ans, il y a par suite deux ans, la malade commence à ressentir, sans motif apparent, sans fièvre, sans douleur, une fatigue générale qui va peu à peu s'accentuant en même temps que se produisent des épistaxis fréquentes et abondantes. Enfin, en juillet 1905, un ictère survient, sans fièvre, sans douleur, sans décoloration des matières fécales. Cet ictère est d'ailleurs peu intense et ne persiste qu'un mois ou deux. Mais il apparaît à nouveau en juillet 1906 et toujours sans douleur, sans fièvre, sans décoloration des matières fécales mais avec de fréquentes et abondantes épistaxis, surtout de la narine droite, épistaxis accompagnées d'un léger œdème pré-tibial.

A notre premier examen, en septembre 1906, la malade, de constitution robuste, présente un état général assez satisfaisant.

Ce qui dès l'abord attire l'attention est un ictère prononcé, de coloration jaune citron, sans prurit, mais avec xanthélasma à l'angle interne des paupières supérieures. Les urines sont fortement ictériques et donnent une réaction de Gmelin très nette, elles ne renferment ni sucre, ni albumine (17 grammes d'urée, 5 grammes de chlorure et 1g20 de phosphates).

Les selles sont régulières et ne sont pas décolorées.

Le cœur est normal, l'appareil respiratoire ne présente rien de particulier. La langue est étalée, saburrale; la paroi abdominale est flasque, étalée, présentant trois nævi de petites dimensions. La percussion montre l'absence d'ascite, mais on peut noter une circulation collatérale légèrement développée dans le flanc gauche. La rate très hypertrophiée dépasse le rebord costal et sa matité se confond avec celle du foie. Ce dernier, non douloureux, est volumineux; lisse à la palpation, légèrement mobile mais non ptosé, il déborde très nettement le rebord des fausses côtes et mesure sur la ligne médio-sternale 17 centimètres, sur la ligne parasternale 18 centimètres, sur la ligne mamelonnaire 26 centimètres. La palpation de la région sus-ombilicale, au niveau de la tête du pancréas, ne fournit pas de renseignement. La recherche de la lévolusurie alimentaire est négative (60 grammes de lévulose pris le matin à jeun). Le séro-diagnostic éberthien est nettement positif à 1/50.

Malgré tout traitement médical (calomel, salicylate de soude, benzoate de soude, opothérapie hépatique, etc.), l'état local et général ne s'améliore pas; l'ictère reste toujours prononcé, sans crise douloureuse, sans décoloration des matières fécales, sans modification de la splénomégalie et de l'hépatomégalie.

Enfin au mois de décembre 1906, la malade est atteinte d'un érysipèle de l'angle interne de l'œil gauche qui, par une marche rapide, gagne bientôt tout le visage et entraîne la mort le 9 décembre 1906.

A l'autopsie, nous trouvons une rate énorme, molle et pesant 930 grammes ; les reins sont également volumineux, pâles et pèsent chacun 400 grammes. Les poumons sont congestionnés, œdémateux, sans tuberculose pulmonaire, le cœur normal. Le foie est facilement enlevé de la cavité abdominale. Sa surface est granuleuse, sa consistance dure et son volume très augmenté, puisque l'organe pèse 2 000 grammes. La vésicule biliaire est dilatée, renferme une bile jaune et a ses parois épaissies; nous trouvons, libres dans sa cavité, trois calculs du volume d'une noisette. Nous explorons systématiquement les voies biliaires et la tête du pancréas; nous ne voyons pas d'obstacle au cours de la bile, soit calcul biliaire, soit compression du cholédoque, d'ailleurs les voies biliaires ne sont pas dilatées.

On prélève, avec toutes les conditions voulues, une certaine quantité de bile ; ensemencée, *elle a donné une culture pure de bacille d'Eberth.*

L'examen histologique a fourni les résultats suivants : Au niveau du foie, on voit une cirrhose en évolution à prédominance très marquée au niveau des espaces portes; formation d'îlots de sclérose avec infiltration embryonnaire, néocanalicules biliaires très nombreux, angiocholite desquamative, des petites traces biliaires, sans altération des vaisseaux portes. De ces îlots partent, soit de grosses travées fibreuses allant aboutir à des espaces portes voisins, soit des prolongements fibreux pénétrant dans le lobule et dissociant les travées hépatiques. Les cellules hépatiques paraissent saines, toutefois atteintes de surcharge pigmentaire et de-ci de-là d'infiltration graisseuse. Sur plusieurs coupes du foie la recherche du bacille d'Eberth est pratiquée, mais en vain. Au contraire, nous avons pu le retrouver dans les coupes de la vésicule biliaire qui offrait des lésions de cholécystite légère.

La rate présente une grosse congestion avec un léger degré de sclérose de la pulpe et par endroits quelques rares follicules tuberculeux. Le bacille d'Eberth ne peut être décelé sur les coupes. Nous signalons enfin une néphrite à prédominance épithéliale et un léger degré de sclérose péri et intra-acineuse du pancréas.

Le diagnostic clinique, confirmé au surplus par l'examen histologique, est indiscutable : cirrhose hypertrophique biliaire avec splénomégalie et vraiment nous n'essaierons pas de le justifier, l'histoire clinique et les résultats fournis par le microscope que nous venons de relater ne prêtent pas à la discussion. Nous avons bien trouvé quelques follicules tuberculeux dans la pulpe splénique, mais leur absence au niveau du foie, l'absence de lésions tuberculeuses du poumon, leur présence si discrète dans la rate et leur structure qui paraît indiquer un ensemencement récent nous permettent de ne voir là qu'une contingence, qu'une complication et non une cause de la cirrhose biliaire; la malade entrait dans la cachexie; elle devenait tuberculeuse, voilà simplement, à notre avis, ce que prouvent ces follicules tuberculeux intra-spléniques; si peu nombreux et si jeunes, ils n'ont pu produire la cirrhose hépatique déjà ancienne.

Mais du vivant de la malade, ancienne typhique, le séro-diagnostic éberthien avait été nettement positif à 1/50; à l'autopsie la bile ensemencée fournit une culture pure de bacille d'Eberth, le microscope nous fait voir sur les coupes une cholécystite à bacilles d'Eberth, et voici donc nettement définis les termes du problème : Y a-t-il chez notre malade relation de cause à effet entre la cholécystite éberthienne et la cirrhose hypertrophique biliaire, en d'autres termes pouvons-nous qualifier cette dernière de cirrhose biliaire d'origine éberthienne?

Deux thèses étudient ce problème pathogénique; en 1906 (Th. de Paris), la thèse de M. Odon qui expose la théorie de MM. Gilbert et Lereboullet sous le titre : *Sur la cirrhose biliaire d'origine éberthienne*; en 1907 (Th. de Toulouse), inspirée par le professeur Rispal, la thèse de M. de Verbizier, sous le titre de *Cirrhoses biliaires d'origine éberthienne avec lithiase*, thèse très documentée à laquelle nous ferons de fréquents emprunts et dont nous rapporterons plus loin les très intéressantes conclusions.

On connaît la fréquence des complications sur les voies biliaires survenant au cours ou pendant la convalescence des fièvres typhoïdes, complications d'angiocholite, de cholécystite suppurée, de cholécystite avec lithiase, bien mises en évidence par les travaux du professeur Gilbert et de ses élèves et nous n'insistons pas sur ces faits désormais classiques. On peut même, en dehors de toute fièvre typhoïde, c'est-à-dire en dehors de toute localisation intestinale du bacille d'Eberth, trouver des angiocholites et des angiocholécystites primitives à bacille d'Eberth, ainsi que le prouvent les observations de cholécystite primitive à bacille d'Eberth publiées par Longuet, Guarneri, Rispal, Bezançon et Philibert, Cushing, Daniel, Richardson; ainsi que le prouve également l'existence du séro-diagnostic éberthien positif au cours d'ictère infectieux. En 1901, Kohler a soutenu, il est vrai, que la bile pouvait faire apparaître la propriété agglutinante, que par suite chez les ictériques le séro-diagnostic de Widal perdait sa valeur diagnostique, opinion défendue également par Zupnick, Megele, Langstein et Meerwein, Joachim; mais les travaux critiques de Daddi, Cantani, Gilbert et Lippmann ont montré que la bile normale n'exerce *in vitro* aucune action agglutinante sur le bacille d'Eberth, bien mieux que la bile retirée d'un organisme infecté par le bacille d'Eberth ne possède sur ce bacille qu'un pouvoir agglutinatif faible, inconstant, parfois complètement nul, contrairement aux diverses humeurs de ce même organisme (Th. Lecointre, Paris 1903). On peut donc observer et une typhoïde avec ictère, et un ictère suivant une typhoïde, et un ictère fonction d'une angiocholite éberthienne primitive; et dans ce dernier cas c'est bien le séro-diagnostic éberthien qui permettra de découvrir le rôle de l'élément pathogène, le bacille d'Eberth.

Si, dès lors, l'infection éberthienne des voies biliaires peut déterminer des angiocholites aiguës, des cholécystites aiguës et chroniques, puisque d'autre part il est prouvé que le bacille d'Eberth peut élire domicile dans la vésicule biliaire et y séjourner en pleine vitalité des années entières, pourquoi ne pourrait-on pas admettre que ce même bacille peut créer une angiocholite chronique et donner naissance à la cirrhose hypertrophique biliaire? Pour le démontrer, Odon relate d'une part cinq cas d'ictères chroniques splénomégaliques post-typhiques, d'autre part neuf observations de cirrhose hypertrophique biliaire survenues chez des malades atteintes autrefois de fièvre typhoïde. Chez une malade (Obs. I) le séro-diagnostic fut nettement positif. Mais par quel mécanisme le bacille d'Eberth crée-t-il la maladie d'Hanot? C'est à la faveur d'une prédisposition héréditaire et familiale, de la diathèse biliaire, avec l'aide peut-être d'une auto-infection secondaire. Mais en outre de Verbizier signale la fréquence de la lithiase biliaire d'origine éberthienne et peut dès lors écrire : « La pathogénie des accidents est, d'après nous, la suivante : le bacille d'Eberth a produit une angiocholite, puis de la lithiase et enfin, par l'intermédiaire de la lithiase, la cirrhose biliaire, » et comme conséquence de cette pathogénie « le séro-diagnostic éclaire, en outre, le traitement, en fournissant dans une certaine mesure les indications d'une intervention chirurgicale qui consistera dans le drainage des voies biliaires. Un résultat encourageant, obtenu dans un de nos cas, nous confirme dans l'idée que les meilleurs résultats thérapeutiques sont réservés à ce mode de traitement ».

On voit le gros intérêt pratique de cette conclusion thérapeutique. Et, au surplus, dans le *Münchener medizinische Wochenschrift* du 1er janvier 1908, Forster, au cours d'une importante étude sur les « porteurs de bacilles typhiques », a pu écrire : « Nous avons observé plusieurs cas dans lesquels après l'opération de la lithiase et l'évacuation de la bile les bacilles typhiques disparurent de la bile et

des fèces. Dehler, chez un porteur de bacilles, dont la présence dans un asile d'aliénés était un danger pour les habitants, et plus tard chez un deuxième malade, a obtenu, par la cholécystostomie, la cessation de l'élimination des bacilles typhiques. » Mais, ajoute Forster, la cholécystostomie n'est pas à ce point de vue une opération radicale, et la cholécystectomie doit lui être préférée puisqu'elle tarit la source même des bacilles. Toutefois l'intervention chirurgicale doit être limitée seulement aux lithiases manifestes et graves (Forster). Ce sont là les conclusions de M. de Verbizier, l'intervention chirurgicale sera d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce et plus complète et nous y souscrivons volontiers.

Ces dernières années on admettait que l'infection des voies biliaires par le bacille d'Eberth suivait la voie ascendante, de l'intestin vers le foie, d'ailleurs infection ascendante facilitée par la diminution de la quantité de bile sécrétée, par la stagnation de cette bile, par l'obstruction calculeuse, etc. Or des recherches récentes de Forster et Kayser, et tout dernièrement de Forster, Lemierre et Abrami, ces dernières instituées avec toute la rigueur scientifique voulue dans le laboratoire de M. Widal, prouvent que la fièvre typhoïde s'accompagnant souvent, peut-être même toujours, de septicémie éberthienne, le bacille d'Eberth parvient au foie par la voie sanguine, infecte ainsi par voie descendante les canaux biliaires et détermine des angiocholites, des angiocholécystites aiguës ou chroniques, suppuratives ou lithogènes.

L'étape ascendante serait donc même supprimée; d'emblée le bacille d'Eberth serait versé dans les petits vaisseaux biliaires et un semblable mécanisme faciliterait singulièrement l'apparition des angiocholites aiguës ou chroniques. Ainsi, quoi qu'il en soit de la voie d'apport, biliaire ascendante ou hématogène descendante, les voies biliaires extra et intra-hépatiques sont particulièrement prédisposées à subir les atteintes, aiguës ou chroniques, du bacille d'Eberth.

Mais à une aussi séduisante théorie qui attribue au bacille d'Eberth un rôle pathogène très important dans la production des cirrhoses biliaires, on peut cependant faire encore quelques objections. C'est ainsi que dans les neuf observations relatées par M. Odon, le séro-diagnostic n'a été pratiqué que deux fois, et qu'il a été une fois positif, une fois négatif. M. Odon dit bien pour expliquer ce dernier cas que la propriété agglutinante du sérum, réaction d'infection et non d'immunité, ne se constate pas dans quelques cas, l'infection légère et localisée au foie pouvant ne pas entraîner de modifications humorales. Or, ce n'est là encore qu'une hypothèse et il paraîtrait même plus rationnel d'admettre que si le bacille d'Eberth vient coloniser dans le foie et y séjourner des années entières, l'organisme ainsi infecté par un bacille peu virulent, si l'on veut, mais néanmoins virulent puisqu'il détermine une cirrhose, doit conserver sa propriété agglutinante sans cesse excitée par la présence du bacille pathogène. D'ailleurs l'observation de cirrhose éberthienne de de Verbizier et notre observation relatée plus haut montrent en effet que, dans ces conditions d'infection éberthienne, le séro-diagnostic est franchement positif. Nous verrons plus loin que certains porteurs de bacille d'Eberth ne présentent pas la réaction agglutinante, mais du moins chez eux le bacille n'est pas pathogène et la caractéristique de ces individus est d'être justement bien portants.

On pourra également objecter que dans quelques observations de M. Odon, l'intervalle qui sépare la fièvre typhoïde du début de la cirrhose biliaire est parfois fort grand, dix-sept ans dans l'observation III, vingt-quatre ans dans l'observation VI, vingt-trois ans dans l'observation IX. Mais nous savons, et notre observation en est une preuve convaincante, que le bacille d'Eberth peut vivre fort longtemps dans la vésicule biliaire, puisque la cirrhose biliaire a fait son apparition chez elle, vingt ans après la fièvre typhoïde.

On pourrait également rappeler les recherches récentes qui montrent combien fréquente est la présence du bacille d'Eberth dans la vésicule biliaire de personnes, anciennes typhiques et qui ne présentent pas cependant des signes de cirrhose biliaire. Bien mieux, les travaux de Remlinger et Schneider, de Koch, de Conradi, etc., ont montré la présence de bacilles d'Eberth dans les selles des personnes saines vivant auprès des typhiques, voire même que Kutscher suppose que le lieu d'élection et de multiplication serait la vésicule biliaire; toutefois le sang de ces porteurs de bacille d'Eberth non anciens typhiques ne posséderait pas la propriété agglutinante. Or notre malade agglutinait à 1/50.

On pourra enfin objecter à l'observation XI de M. de Verbizier intitulée : Cirrhose hypertrophique biliaire avec lithiase et fièvre typhoïde, que cet auteur s'est trouvé en réalité en présence d'une cirrhose par obstruction calculeuse, car les matières de son malade sont décolorées, que le foie subit des alternatives d'hypertrophie et de régression suivant que le cours de la bile est interrompu ou se rétablit, que l'intervention chirurgicale montre en effet un calcul enclavé à l'origine de l'hépatique et qu'à la suite de cette intervention le foie a notablement diminué de volume. Peut-être ce malade fera-t-il dans la suite une maladie de Hanot, mais pour le moment présent il était atteint d'obstruction calculeuse par lithiase d'origine éberthienne et de cirrhose nettement calculeuse.

Et si nous avons formulé ces diverses objections, c'est pour montrer avec plus d'évidence l'intérêt qui s'attache à notre observation. Elle nous paraît être en effet une des premières en France qui se soit accompagnée de vérification histologique et bactériologique.

Notre malade était et de par la clinique et de par l'anatomie pathologique atteinte de cirrhose hypertrophique biliaire. Nous avons bien trouvé un calcul dans la vésicule, mais ni la clinique puisque les selles ont toujours été colorées, puisqu'il n'y a jamais eu de colique hépatique, ni l'examen des voies biliaires au moment de l'autopsie, puisque le cholédoque était parfaitement libre et non dilaté, ne nous permettent de faire jouer un rôle à ces calculs bi-

liaires dans l'apparition de la cirrhose hépatique. Mais du moins cette lithiase est la signature de la cholécystite éberthienne. Nous avons dit en effet que du vivant de la malade le sang agglutinait fortement le bacille d'Eberth, que sa vésicule avait donné une culture pure de ce bacille et cependant la malade, âgée de cinquante ans au moment de sa mort, avait contracté la fièvre typhoïde à l'âge de vingt-huit ans; le bacille d'Eberth a donc cultivé dans sa vésicule biliaire pendant vingt-deux ans et le sérum a gardé sa propriété agglutinante à son égard, à la différence de ces porteurs de bacilles normaux étudiés par Koch, Conradi et Kutscher qui ont bien des bacilles typhiques dans leurs selles et leur vésicule biliaire, mais dont le sang ne possède pas de propriété agglutinante pour le bacille d'Eberth. Comment dès lors, en présence de ces constatations, ne serait-on pas tenté de faire jouer un rôle important à ce bacille dans l'apparition de la cirrhose biliaire. Ce bacille est capable de se maintenir virulent pendant vingt-deux ans dans la vésicule biliaire, de créer une cholécystite lithogène, ne semble-t-il pas dès lors tout naturel que, logé en permanence à telle proximité des voies biliaires intra-hépatiques, il ait pu créer une angiocholite chronique et, par suite, une cirrhose biliaire, soit que par voie ascendante il ait envahi les voies biliaires, soit que ces dernières aient été infectées par la voie hématogène, au cours de sa fièvre typhoïde.

Et cependant, notre observation présente une lacune regrettable et ne prouve pas d'une manière irréfutable l'existence de l'angiocholite chronique éberthienne. Certes, nous avons bien recherché le bacille d'Eberth sur les coupes; nos recherches ont été négatives, mais plus nombreuses, pratiquées surtout sur d'autres portions du parenchyme hépatique, elles auraient été peut-être plus fructueuse. Aussi bien, une seule démonstration est à l'heure actuelle permise, c'est l'ensemencement du parenchyme hépatique; nous n'avons pu le pratiquer, étant donné les conditions qui ont entravé l'autopsie; au surplus, notre malade a été emportée par une septicémie streptococcique d'origine érysipélateuse, ce qui aurait singulièrement troublé les résultats fournis par l'ensemencement du foie.

Mais, à tout considérer, on conviendra que notre observation a fait progresser la solution du problème pathogénique. La cirrhose biliaire peut avoir une origine éberthienne; les auteurs n'avaient apporté jusqu'ici que des faits cliniques; voici notre observation qui complète une première lacune en montrant, preuves histologiques et bactériologiques en main, la coexistence d'une cirrhose hypertrophique biliaire typique et d'une cholécystite à bacille d'Eberth. Et la démonstration sera complète, croyons-nous, lorsque l'ensemencement du foie montrera en semblable circonstance que le bacille d'Eberth existait non seulement dans la vésicule biliaire mais également en plein tissu hépatique.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros mardi et du jeudi.

MÉDECINE PRATIQUE

LA DIARRHÉE PRANDIALE DES BILIAIRES ET SON TRAITEMENT

Sous le nom de diarrhée prandiale, M. Linossier [de Vichy] (1) vient de décrire une affection sur laquelle, en 1902, il avait déjà attiré l'attention de la Société de thérapeutique.

Il s'agit d'un syndrome qui s'observe chez les biliaires doublés de nerveux.

Comme son nom l'indique, la diarrhée prandiale est étroitement liée à l'ingestion des aliments. C'est surtout au second déjeuner qu'on l'observe, plus rarement le soir au dîner, exceptionnellement au premier déjeuner.

Dans les cas types, le sujet se met à table sans éprouver le moindre malaise prémonitoire.

La crise éclate brusquement après un temps variable, parfois après les premières bouchées ingérées, plus souvent après dix à quinze minutes, ou même en sortant de table. Certains aliments semblent plus aptes à la provoquer; la viande saignante est de ceux-là.

« Le malade ressent d'abord une très vive douleur au creux épigastrique, ou légèrement à droite, au niveau de la vésicule biliaire, parfois avec des irradiations vers l'ombilic ou vers le thorax. Cette douleur présente des caractères assez constants, qui permettent d'en reconnaître l'origine. Presque tous les malades accusent un sentiment de violente torsion, accompagné d'une angoisse très pénible. Celle-ci est parfois assez accentuée pour amener de la pâleur du visage, de la sueur froide, plus exceptionnellement une impression d'anéantissement et de perte prochaine de la connaissance.

La douleur épigastrique est généralement courte. Après quelques secondes ou quelques minutes, elle fait place à des tranchées intestinales, en général beaucoup plus tolérables, et à un besoin d'évacuation parfois tellement impérieux, que le sujet doit quitter précipitamment la table, et qu'il peut n'avoir pas le temps d'atteindre les water-closets avant que la débâcle se produise. La selle est constituée habituellement par de la bile pure, ou par de la bile entraînant quelques matières. Elle est, le plus souvent, assez copieuse; certains malades accusent l'élimination d'un litre de bile. Tout en faisant la part d'une exagération évidente, on doit en retenir que la diarrhée prandiale s'accompagne d'une abondante élimination bilieuse. Parfois cette élimination provoque une impression de brûlure à l'anus.

La débâcle terminée, le sujet se sent parfaitement bien; il éprouve même une sensation spéciale de mieux être, et il peut reprendre son repas interrompu.

Telle est la crise type. Elle peut emprunter des caractères un peu différents à l'exagération, ou au contraire à l'atténuation d'un de ses symptômes habituels. »

La diarrhée prandiale paraît due à un afflux brusque de la bile se produisant au moment de l'introduction des aliments dans l'estomac et provoquant des mouvements péristaltiques désordonnés de l'intestin.

Deux conditions sont nécessaires pour expliquer cette pathogénie : 1° la brusquerie de l'évacuation d'une vésicule biliaire distendue par une quantité de bile excessive; 2° une sensibilité réflexe exagérée de la muqueuse gastro-intestinale au contact des aliments et de la bile.

La douleur est due aux contractions spasmodiques de la vésicule biliaire, et quand elle est très intense elle est peut-être provoquée par un calcul.

Le traitement de la diarrhée prandiale des biliaires se déduit tout naturellement de cette interprétation pathogénique.

---

(1) *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, mars 1908, n° 3.

A côté de précautions hygiéniques s'adressant à l'état nerveux et à l'état biliaire on devra établir un régime excluant du repas au cours duquel se produit la diarrhée les aliments excitants, les alcooliques, les épices, les sauces et même les viandes saignantes. Dans les cas sévères un régime lacto-végétarien s'impose.

Avant d'établir un traitement médicamenteux il faut se pénétrer de cette idée que l'élimination bilieuse provoquée par la crise est une élimination utile, qu'il faut régler, mais qu'il faut bien se garder de supprimer.

En prescrivant aux malades des opiacés à hautes doses, on fera bien disparaître les crises; mais, au bout de peu de jours, le sujet verra se développer tous les symptômes de l'état bilieux; langue saburrale, inappétence, digestions difficiles, brisement, céphalée, mal-être. Aussi ne devra-t-on y recourir qu'exceptionnellement, pour permettre, par exemple, au sujet d'aller dîner en ville sans crainte d'accidents.

Le traitement rationnel devra s'adresser aux deux facteurs de la crise.

Pour modérer l'excitabilité réflexe gastro-intestinale, on obtiendra de bons résultats de l'usage, dix minutes avant le repas, de très faibles doses d'opium et de belladone. M. Linossier prescrit assez souvent VIII gouttes du mélange suivant :

Teinture thébaïque.........	*ââ* 5 grammes.
Teinture de belladone.......	

Pour régulariser la sécrétion et l'excrétion biliaire, M. Linossier conseille de boire, vingt minutes avant chacun des trois repas, 100 grammes d'eau de Vichy (Célestins), chauffée au bain-marie vers 45 degrés. Dans chaque verre, on ajoute une cuillerée à soupe de

Sulfate de soude cristallisée...	40 grammes.
Eau.........................	300 —

On ne devra pas oublier que les sujets atteints de diarrhée prandiale sont souvent des constipés. L'élimination de la bile est chez eux tellement brusque, qu'à peine elle entraîne quelques matières. Si le sujet n'a pas de selles normales en dehors des selles diarrhéiques, il doit être traité pour sa constipation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1908)

Morphologie et connexions du cardia, par M. R. ROBINSON. — Le cardia a comme limite en haut l'anneau du diaphragme, en bas la valvule du cardia (plica cardiaca). Il n'existe donc pas une portion abdominale ou sous-phrénique de l'œsophage, comme disent les classiques. L'œsophage se termine au niveau du diaphragme par une dilatation, appelée *ampoule phrénique*. Celle-ci, de même que l'antre du cardia, prend dans quelques cas des dimensions exagérées, à l'état physiologique. Une sonde introduite peut s'égarer dans des cavités normales, comparables aux pochettes gastriques des ruminants, et donner l'illusion d'une dilatation pathologique, si l'on se fie à la distance parcourue par la sonde (0,40 centimètres). M. R. Robinson attire l'attention sur la différence morphologique de l'estomac vide et plein. Dans ce dernier cas, l'ampoule phrénique se dilate, l'estomac devient vertical, l'échancrure du cardia est plus profonde et la valvule proéminente. Celle-ci est insuffisante chez le nourrisson qui régurgite facilement. Le cardia se ferme par le concours de plusieurs agents : contraction des muscles en fer à cheval, projection de la valvule, torsion en spirale du cardia. Le diaphragme sert à la béance et non à l'effacement de la lumière du cardia, car c'est sa partie tendineuse qui l'entoure et non pas la partie musculaire, comme l'ont prétendu Braune et Goubaroff.

La réplétion de l'estomac attire le diaphragme, rétrécit la base du thorax et allonge la taille. L'estomac vide fait le contraire. Ce fait observé par l'abbé de Fontenu, est dû à une action mécanique et non pas à la salubrité des aliments comme supposait cet auteur. Les gens bedonnants ont une marche fière, comme ils ont aussi un regard furieux à cause des coussinets graisseux de l'orbite ici, de l'épigastre dans le premier cas.

Enfin la séreuse du cardia forme une bourse, siège de quelques abcès étudiés par M. R. Robinson, dans un mémoire récent. Elle contient aussi des ganglions sympathiques, des filets de nerf phrénique et du pneumogastrique, dont l'anastomose explique les cas de mort subite (Lancereaux et Glover), [F. Faure], les perturbations cardiaques (A. Mathieu), le hoquet tenace, la toux rebelle (Sehrwald) dans les affections de la région étudiée dans cette note.

Culture du parasite du bouton d'Orient, par M. Ch. NICOLLE. — Le bouton d'Orient (clou de Biskra, de Gafsa, bouton du Nil, d'Alep, etc.) reconnaît pour cause un protozoaire découvert par Wright et nommé ordinairement *Leishmania tropicum* qui jusqu'ici n'avait pu être cultivé. M. Nicolle grâce à une technique nouvelle vient de réussir cette culture.

Autres communications (séance du 6 avril) :

Sur la perception du relief et de la profondeur dans l'image simple des épreuves photographiques ordinaires. Conditions et théorie de cette perception. — M. A. CHAUVEAU.

Action de l'état hygrométrique sur les échanges respiratoires. — M. J. CLUZET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1908)

Au début de la séance qui fut très courte, M. le président fait l'éloge de M. le professeur Cornil.

Le volume du cœur chez les chlorotiques. — M. BARIÉ fait une très intéressante communication sur le volume du cœur chez les chlorotiques. Il en résulte que chez ces malades on observe fréquemment une réduction appréciable du volume du cœur; cependant certaines circonstances peuvent produire chez elles une dilatation cardiaque, et en particulier les dyspepsies gastriques associées à un état névropathique très accusé. Mais ces dilatations sont généralement temporaires et n'atteignent point un développement comparable à celui des ectasies cardiaques consécutives aux cardi-valvulites, aux dégénérescences du myocarde ou à la sclérose cardio-rénale.

Les principales causes de mortalité de la diphtérie depuis la sérothérapie. — M. Louis MARTIN montre que la mortalité par diphtérie demeure relativement élevée malgré l'emploi de ce merveilleux agent qu'est le sérum de Roux.

C'est qu'il est encore beaucoup de malades qui ne profitent pas de la sérothérapie, et un tiers des enfants qui meurent à l'hôpital succombent moins de vingt-quatre heures après leur entrée pour n'avoir pas reçu de sérum en ville. Il faut, en effet, intervenir hâtivement et injecter immédiatement tout malade suspect de diphtérie.

Les enfants au-dessous de deux ans meurent dans la proportion de 20 p. 100, malgré la sérothérapie. Ils viennent en général de milieux contaminés et on pourrait prévenir la maladie par des injections préventives. Celles-ci doivent, en effet, absolument être pratiquées chez tout jeune enfant qui a été en contact avec un diphtérique.

Le plus grand nombre des autres malades succombent à des accidents toxiques que les auteurs attribuent généralement à

des lésions nerveuses; dans bien des cas M. Martin a noté des symptômes d'insuffisance rénale, hépatique et surtout surrénale.

Pour éviter ces accidents toxiques, on doit dans les angines graves pratiquer au début une sérothérapie intensive et réinoculer les convalescents qui présentent des symptômes d'intoxication.

FORMULAIRE

ULCÉRATIONS VARIQUEUSES

Badigeonnages de thigénol « Roche » pur tous les jours ou tous les deux jours, faire un pansement légèrement compressif en ménageant au niveau de l'ulcération une fenêtre par laquelle on fera le badigeonnage et qu'on fermera à l'aide d'une bande de toile qui ne doit pas adhérer à la plaie. La guérison est extrêmement rapide.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE. — Des cours pratiques à l'usage des praticiens organisés par un groupe de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, d'anciens chefs de clinique, d'anciens internes et de praticiens spécialistes, seront donnés en mai et juin 1908, au cercle du Luxembourg, 18, rue du Luxembourg, et dans différents hôpitaux cliniques et dispensaires.

Ces cours, faits dans un but essentiellement pratique, comprendront des examens et traitements de malades, présentations d'instruments, poses d'appareils, etc.

Le nombre des cours est de 21, correspondant chacun à une spécialité, utile à connaître pour le praticien : chirurgie pratique et traumatique, maladies des voies urinaires, gynécologie, pratique obstétricale, chirurgie infantile et orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie dentaire et soins de la bouche, électrothérapie, radioscopie, méthodes de laboratoire, méthodes de l'examen clinique médical, hygiène alimentaire et régimes, puériculture et médecine infantile, maladies du système nerveux, maladies de la peau et syphilis, déontologie médicale, massage, hydrologie médicale.

Le droit d'inscription est de 20 francs pour l'ensemble des cours.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Rondeau, 18, rue du Luxembourg.

COURS LIBRE DE PSYCHOPATHOLOGIE DU TUBE DIGESTIF. — M. le docteur Paul Farez reprendra, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le jeudi 30 avril, à quatre heures, son cours libre de psychopathologie du tube digestif; il le continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 29 fév. 1908.) JORIS : Le lobe postérieur de la glande pituitaire. — BROUHA : Contribution à l'étude du chorio-épithéliome malin. — Léon DESGUIN : La septicémie pneumococcique. — HEYMANS : Sur la vaccination antituberculeuse chez les bovidés.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (No 3, mars 1908.) Cl. AUDRY : De la syphilomanie et de la syphilophobie. — PELLIER : Sur les lésions histologiques consécutives à des applications d'onguent gris. — SUIS et SUFFRAN : Note préliminaire sur le microsporum lanosum du chien. — SABOURAUD : Identification du microsporum lanosum du chien. — PAUTRIER et Cl. SIMON : Note sur les lésions histologiques provoquées par le grattage méthodique dans quelques dermatoses.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (No 2, fév. 1908.) LERMOYEZ : De la conservation aseptique des aiguilles à paracentèse du tympan. — LUC : Abcès otique du lobe temporo-sphénoïdal contigu à la cavité ventriculaire. Infection ventriculaire malgré l'ouverture chirurgicale; — Mort par lepto-méningite généralisée. Autopsie cranienne. — Paul GIBERT : Un cas d'abcès du lobe temporal droit consécutif à une otite moyenne chronique. Opération, guérison. — CLAOUÉ : Méningite suppurée d'origine otitique. — Jules GLOVER : Surdité centrale bilatérale; — Hérédo-syphilis à la seconde génération. — MOLIMARD : L'anesthésie locale pour les opérations pratiquées sur l'appareil auditif. — GUISEZ : Thrombose de la veine jugulaire interne et du golfe. Ligature de la jugulaire. Ouverture du sinus et du golfe, guérison. — LERMOYEZ et MAHU : Pompe électrique pour aérothermothérapie. — P. BRUNEL : Note sur la technique du tubage. — (No 3, mars.) GRADENIGO : Herpes zoster otique. — H. LUC : Mastoïdite aiguë compliquée de paralysie de la sixième paire chez un tabétique. Persistance de la suppuration profuse de la caisse et production d'une fusée cervicale profonde après l'ouverture des cavités mastoïdiennes. Arrêt de la suppuration et guérison de la paralysie oculaire à la suite de l'évidement pétro-mastoïdien. — GRIVOT : Otite moyenne aiguë. Mastoïdite de Bezold. Paralysie du nerf moteur oculaire externe. — Jules GLOVER : Laryngites traumatiques consécutives au tubage et rétrécissements laryngiens chez l'enfant. — SICRE et VAQUIER : Syndrome naso-pharyngo-laryngé avec paralysie du voile du palais et des cordes vocales de nature typhoïdique. — Robert LEROUX : L'inclusion de paraffine dure ou prothèse nasale externe. — TAPIA : Sangsue aspirée dans la trachée. Trachéoscopie stomatoïdale directe, extraction.

Archives de médecine des enfants. — (No 4, avril 1908.) GAUJOUX et BOSC : Colite pure chez le nourrisson. — CASSOUTE : Ophtalmo-réaction chez les enfants. — F. HOUSSAY : Lavages intestinaux au vin rouge. — AUCHÉ et PEYRE : Kyste muqueux juxta-intestinal. — ODDO et SAUVAN : Hyperthermie dans la rougeole. — VERAS : Convulsions et hyperthermie dans la coqueluche.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (No 3, mars 1908.) VACK et ARMEILLA : Les eaux thermales de Bourbon-l'Archambault dans le traitement des maladies chroniques du système nerveux. — LÉQUET : Traitement des fractures de la jambe. — VIÉLA : Note sur le traitement de l'hyperidrose plantaire par le formol.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 3, mars 1908.) LINOSSIER : La diarrhée prandiale des biliaires. — Arthur HERTZ : Etude sur les mouvements de l'intestin humain. — Pierre DUVAL et Pierre KAHN : Un cas de perforation du côlon au cours de la dysenterie bacillaire aiguë. — F.-A. SCHALY : De la détermination de l'acidité chlorhydrique du suc gastrique.

Archives générales de médecine. — (N° 3, mars 1908.) M. PERRIER : Etude critique des modifications du sang au cours des cirrhoses du foie. — Ant. LECHA-MARZO : La détermination de l'âge des taches du sang.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 3, mars 1908.) Léon POULIOT : La revision de la loi de Peter. — MORICHAU-BEAUCHANT et BARNSBY : Les procédés d'étude de la sécrétion gastrique sans cathétérisme préalable.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 27 fév. 1908.) EWALD : Traitement de l'ulcère aigu de l'estomac. — Alexander KATZ : Ulcère et cancer de l'estomac. — MORTHY : Sur la question de la percussion du bord droit du cœur. — BAER : Sur les déviations du larynx et de la trachée dans la tuberculose pulmonaire. — BERGEL : Sur l'action hémolytique de la fibrine. — GEORGOPULOS : La provocation de la diaphorèse dans l'insuffisance rénale. — POLLAK : Une méthode d'opération du phimosis. — TREYMANN : Névralgie du trijumeau comme conséquence de la rétention dentaire. — FREUND : Le domaine opératoire de l'obstétrique. — (N° 10, 5 mars.) BRÜCK et STERN : La réaction de Wassermann-Neisser-Brucke dans la syphilis. — LEUZMANN : Nouvelle méthode de traitement de la syphilis. — BENCKITER et KRUMM : Une nouvelle méthode de traitement du carcinome de Keating-Hart. — NAGELSCHMIDT : Remarques sur la fulguration. — COHN : Sur l'opération de l'emphysème pulmonaire. — SALOMON : Sur des lymphomatoses avec agressivité locale évoluant sous l'aspect d'un cas de tumeur du testicule. — SPAETH : Myomotomie pendant la grossesse nécessitée par une déviation de l'utérus. — BAUER : Sclérème d'un nouveau-né aboutissant à la guérison. — SCHULTZ : Transmission expérimentale de verrues vulgaires du bœuf à l'homme avec une incubation étonnamment longue. — (N° 11, 12 mars.) SIEGERT : Le traitement du rachitisme. — ROSENHEIM : Le traitement de l'appendicite aiguë par l'huile de ricin. — SIEGEL : Le refroidissement comme cause de maladie. — ZWEIG : Recherches sur l'atoxyl et la trodine dans les affections métasyphilitiques du système nerveux. — BRÜCK et STERN : La réaction de Wassermann-Neisser-Brücke dans la syphilis (*suite*). — BÖHM : Sur l'étiologie de la scoliose idiopathique des adolescents. — HIRSCH : Quelques remarques sur le traitement des moignons des membres. — (N° 12, 19 mars.) HILDEBRANDT : La question de l'urobiline. — WORBS : La céphalalgie et son traitement local par le massage. — FEILCHENFELD : Sur l'aggravation de la tuberculose par les accidents. — FRANGENHEIM : La myosite ossifiante du muscle brachial après la luxation du coude, son diagnostic et son traitement. — HANNES : Points de vue pour le traitement des maladies inflammatoires des annexes. — THOMAS : Sur la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et son rapport avec l'occlusion antéro-mésentérique du duodénum. — BRÜCK et STERN : La réaction de Wassermann-Neisser-Brücke dans la syphilis (*suite*). — NOLL : Sur la lutte contre les affections eczémateuses de l'œil. — SELTER : Remarques sur les troubles de l'état des albumines dans l'organisme des nourrissons. — LŒWENBERG : Une nouvelle méthode de numération des globules sanguins.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 11, 17 mars 1908.) SCHIERMER : Le contenu liquide du cul-de-sac conjonctival sain et malade. — BÜRKER : Destruction des plaquettes sanguines, coagulation du sang et coagulation musculaire. — BOCK : Un nouveau sthétoscope pour la mesure de la force subjective des bruits du cœur. — OSTERLOH : Le traitement de l'éclampsie. — HEINEMANN : Recherches comparatives avec la réaction conjonctivale de Wolf Eisner et la réaction de la pommade de Moro. — BECKEL : Sur la désinfection des mains par le chirosoter. — ADAM : Nouvelles expériences positives sur le traitement de la blennorrhée des adultes par la pommade au bleuo-lenicet. — HAHN : Sur les rapports entre la mortalité des nourrissons, l'alimentation des nourrissons et l'aptitude au service militaire. — DURLACHER : Sur la viabilité des nouveau-nés atteints de très grosses hernies ombilicales inopérables. — GRÖDEL et HORN : Sur l'usage des rayons Röntgen avec les appareils employés jusqu'ici. — HARNACK : Sur le problème de l'électricité de la peau. — WIESNER : Sur la fulguration par le procédé de Keating-Hart. — AHLFELD : Savon au lysol et au phénol. — GEBELE : Rapport annuel sur l'ambulance de la clinique chirurgicale de Munich. — MUCH : Recherches sur les opsonines. — (N° 12, 24 mars.) HOLZINGER : Une théorie de l'immunité naturelle du tissu vivant. — FRÄNKEL et MUCH : Le séro-diagnostic de la syphilis de Wassermann. — BAISCH : Les tendances actuelles de l'obstétrique opératoire. — SELTZ : Localisation et symptômes cliniques des épanchements intracraniens des nouveau-nés. — COSTE : Hypérémie de stase dans les maladies inflammatoires aiguës. — HECHT : Rapport entre les maladies du nez et de l'estomac. — GEORGOPOULOS : Traitement de la malaria par l'atoxyl. — SELLHEIM : Sur trois formes rares d'hémorragie dans l'accouchement. — WIDMER : Températures unilatérales dans l'appendicite. — KAUFFMANN : Diabète et psychose. — ROTHSCHILD : Sur l'action curative de l'infusion d'adrénaline, chlorure de sodium dans un cas de septicémie péritonéale. — HANSEN : Un cas de cholestéatome vrai de l'oreille. — TRAUTMANN : Sur un abcès rétro-pharyngien compliqué de phlegmon du cou évoluant sous l'aspect d'une angine de Ludwig. — KUHN : Un cas de tétanos post-opératoire de Zacharias. Cas de tétanos par le catgut. — LIEHTWITZ : Sur la genèse des calculs biliaires.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 11, 15 mars 1908.) GERHARDT : Diagnostic de la tuberculose par la réaction conjonctivale. — (N° 12, 22 mars.) WEISZ : Quelques mots sur le sérum antituberculeux de Marmorek. — SCHWEITZER : Contribution au traitement de la prophylaxie de la scarlatine.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 10, 5 mars 1908.) SCHLESINGER et NEUMANN : Examen des fonctions de l'intestin chez les vieillards. — BENJAMEN et SLUKA : Formation d'anticorps après altération expérimentale du système hématopoïétique par les rayons Röntgen. — VAS : Diagnostic de la pentosurie chronique. — NECKER et PACHKIS : Emploi de la réaction conjonctivale en urologie. — STOPCZANZKI : Sur l'induration plastique du pénis. — SACHS : Remarque sur l'inactivité des lipoïdes dans les solutions contenant de l'albumine. — MAYRHOFER : Simplification de la technique du remplissage des petites cavités osseuses. — FEISTMANTEL : L'organisation sanitaire en Perse. — (N° 11, 12 mars.) MAIRINGER : Rapport sur l'épidémie de variole de Vienne en 1907. — REICH : Sur l'érysipéloïde. — LÖW et POPPER : Contribution à l'étude clinique de la polycythémie. — MACKENSIE : Sur la clinique de la réaction galvanique de l'acoustique. — FERTL : Valeur et importance de l'ophtalmo-réaction, spécialement au point de vue militaire. — KLAUSNER : Sur une méthode de séro-diagnostic de la syphilis. — STOREK : Remarques sur la précipitation dans la tuberculose.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉVRISMES POPLITÉS ARTÉRIELS

Les anévrismes constituent les tumeurs les plus fréquentes et les plus intéressantes du creux poplité : on trouve surtout l'anévrisme spontané; c'est une complication rare des traumatismes de la région, ce qui s'explique par la profondeur de l'artère.

ÉTIOLOGIE. — D'après la statistique de Crips, l'anévrisme poplité représente environ le quart des anévrismes chirurgicaux; on a invoqué la station debout, les contractions musculaires du soléaire (Broca); un fait est à retenir, l'anévrisme poplité est surtout fréquent chez l'homme. On a fait intervenir aussi les mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la jambe. On a pensé que les artères raccourcies pendant les mouvements de flexion peuvent se rompre pendant les mouvements d'extension. En somme toutes les causes mécaniques ont une influence secondaire, les causes essentielles sont les altérations des parois artérielles, d'où l'influence immédiate de l'athérome, de la syphilis, de l'alcoolisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il n'est pas rare de voir les deux artères atteintes simultanément ou successivement; la tumeur peut occuper toute l'étendue de l'artère; le plus souvent elle est limitée à la région supérieure ou inférieure du vaisseau; le début se fait au niveau de la face antérieure ou sur la face postérieure. Dans ce dernier cas, l'augmentation de volume est plus rapide, l'anévrisme se moulant sur les organes voisins occupe toute la région poplitée, s'étendant vers la face postérieure de la cuisse ou sous les muscles jumeaux. La tumeur étant enserrée dans le creux poplité comprime les organes; les veines saphène, externe et poplitée, d'où œdème, le sciatique et ses branches de division sont refoulés, distendus, les ganglions poplités sont engorgés; à une période plus avancée, l'aponévrose poplitée est soulevée, amincie; les ligaments, la capsule du genou sont usés, les os sont érodés : la poche peut s'ouvrir dans l'articulation.

SYMPTOMES. — Etant donnée la situation profonde du vaisseau, les signes du début peuvent être obscurs : la douleur, la gêne accompagnant les mouvements de l'articulation du genou, sont mis sur le compte d'un rhumatisme; dans d'autres cas, il y a *œdème léger* du membre, ou bien élancements, fourmillements, douleurs sur le trajet des cordons nerveux. Au bout d'un temps variable on reconnaît l'existence d'une tumeur qui augmente de volume de jour en jour et présente tous les caractères de l'anévrisme : *battements*, *expansion*, *réductibilité* par pression directe et par compression de l'artère au-dessus de la tumeur. Les troubles fonctionnels s'accentuent : la gêne des mouvements est de plus en plus grande; le membre du côté atteint se place d'ordinaire en demi-flexion; les douleurs et les parésies musculaires rendent la marche plus difficile. Fréquemment, on trouve des bandes d'anesthésie sur le trajet du saphène péronier ou même du musculo-cutané; en même temps les œdèmes sont plus marqués; tout le système des veines superficielles est dilaté; il est même possible de noter des ulcérations trophiques. Dans ces conditions, l'anévrisme arrive à la *rupture*, mais plusieurs alternatives peuvent se présenter si la rupture se fait lorsque la tumeur est encore dans le losange poplité; la diffusion du sang dans les parties profondes de la jambe et de la cuisse entraîne rapidement la gangrène; au contraire lorsque l'anévrisme s'est développé sur la paroi antérieure de l'artère, il y a érosion du squelette et des ligaments, toute l'articulation apparaît gonflée, tuméfiée et l'amputation de la cuisse reste souvent la seule ressource pour éviter d'autres complications. Enfin lorsque la poche évolue en arrière, il peut se faire une rupture du côté de la peau; le sang sort rutilant, le malade peut succomber en quelques instants.

La *gangrène* est la complication fréquente : tantôt elle envahit la totalité du pied, de la jambe et s'arrête au genou; tantôt elle se limite à des parties circonscrites de la jambe et du pied. Le sphacèle peut résulter de l'ouverture de la poche et devenir diffus, mais peut compliquer aussi les anévrismes circonscrits non rompus. Pour Follin, la gangrène serait due à l'oblitération des veines poplitées, entraînant celle de la saphène externe et ne laissant plus pour la circulation de retour que la voie insuffisante des branches de la saphène interne, c'est là une cause évidente, mais non capitale. Il est plus vraisemblable que la gangrène soit sous la dépendance de l'oblitération des artères collatérales; il faut dès lors distinguer les anévrismes poplités supérieurs et les anévrismes poplités inférieurs. Ces derniers sont les plus graves, car ils déterminent l'oblitération des articulaires inférieures externe et interne; dès lors, il y a suppression de la circulation anastomotique entre les articulaires et les récurrentes tibiale et péronière, branches du tronc tibio-péronier. On doit signaler comme cause adjuvante de la gangrène l'artério-sclérose qui affaiblit la dilatabilité des petits vaisseaux.

Comme complications on trouve encore la *paralysie des membres correspondants* et des *troubles nerveux*, ceux-ci très variables; dans les formes simples, ce sont des fourmillements, des engourdissements avec sensation de froid ou bien des crampes, des contractions toniques, des paralysies avec atrophie musculaire. Lister a admis que ces troubles peuvent être dus à un développement des vaisseaux dans le tronc du nerf ou à la compression du nerf par du tissu fibreux. Il faut enfin mentionner la *phlébite*, l'*hydarthrose du genou*, l'adénopathie des ganglions poplités et même inguinaux, la suppuration possible de ceux-ci.

ÉVOLUTION. — Ordinairement, il se fait un accroissement rapide de la tumeur, la terminaison par rupture ou gangrène est la règle, la guérison spontanée est rare, le pronostic est donc grave, moins cependant que pour les anévrismes de la sous-clavière et de la carotide primitive.

DIAGNOSTIC. — Peut être difficile lorsqu'une autre tumeur est superposée à l'anévrisme ou bien encore lorsque l'anévrisme est rempli de caillots et affecte les caractères d'une tumeur solide; les abcès froids, les adénites suppurées ne s'accompagnent pas d'expansions comme les anévrismes, il peut y avoir plusieurs collections distinctes; de même le *kyste poplité* serait éliminé, il a une *forme arrondie*, *rénitente*, il n'a pas de *battements*, il siège sur le côté interne de l'articulation, aux dépens de la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux.

Le sarcome télangiectasique a pour lui sa marche croissante, sa vascularisation intense s'accompagnant d'un bruit de souffle, mais le bruit est peu intense. Il y a ulcération rapide, envahissement de ganglions. Les anévrismes des os sont presque toujours impossibles à diagnostiquer. L'anévrisme artériel a pour lui la mollesse, la dépressibilité, la réductibilité, il y a expansion totale du sac et à l'auscultation au stéthoscope on découvre aisément un bruit que l'on a appelé bruit de souffle, il est intermittent, d'une durée plus courte que le silence qui lui fait suite, *il coïncide avec la diastole artérielle*; ce bruit n'est pas toujours simple, on peut même avoir un second souffle *dit de retour*, plus doux, plus faible. Mais c'est la compression au-dessus de la poche, suivie de l'affaissement de la tumeur qui nous fera poser le diagnostic, ainsi que le retard du pouls au niveau de la pédieuse par comparaison avec le côté sain.

Ayant ainsi établi la nature de la tumeur poplitée, il resterait à déterminer son siège exact et sa variété anatomo-pathologique.

L'anévrisme artério-veineux s'accompagne de frémissement vibratoire, il est pulsatile; la dilatation veineuse est plus marquée; les veines situées au-dessus de l'anévrisme s'artérialisent; il y a des troubles moteurs, des accidents de nutrition, des troubles de calorification. Quant à reconnaître le siège exact de la tumeur poplitée, tronc tibio-péronier ou artère tibiale postérieure, la chose est à peu près impossible. Malgré tout le diagnostic n'est pas toujours établi aussi aisément. Chez nombre de sujets on portait le diagnostic de sarcome et l'intervention révélait un sarcome avec abcès.

TRAITEMENT. — Comprend plusieurs méthodes : 1° la *ligature* (Anel-Desault) de la fémorale immédiatement au-dessus de l'anneau du troisième adducteur ou à la pointe du triangle de Scarpa; 2° la *compression générale* du membre (Reid); 3° la *flexion* du membre peut donner des résultats, si la poche anévrismale est sacciforme, de petit volume, la flexion sera progressive et intermittente; 4° la *compression indirecte*; 5° l'*ouverture du sac* et l'*extirpation* sont les procédés de choix le plus généralement employés.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 48. — SAMEDI 25 AVRIL 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 25 AVRIL 1908. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES ET D'HENDAYE. — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes à Brévannes : MM. Durand, Thiel et Jullien.
Interne à Hendaye : M. Angot.

MÉDECINS DE COLONISATION. — Le concours qui vient d'avoir lieu simultanément à Paris et à Alger s'est terminé par les nominations suivantes : MM. de Mouzon, Triollet, Ciavaldini, Tardres, Lévy, Déchaux, Raynaud et Laborde.

Notons que tous les médecins nommés se sont présentés au concours d'Alger. Il n'y avait pas de candidats à Paris.

UN HOPITAL DE TUBERCULEUX A MONTPELLIER. — On annonce la construction prochaine à Montpellier d'un sanatorium-hôpital pour tuberculeux qui sera situé à proximité de l'hôpital suburbain, dans une situation tout à fait exceptionnelle.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Gabriel Arnozan, pharmacien à Bordeaux, membre du Conseil départemental d'hygiène, et frère de M. le professeur Xavier Arnozan, directeur du *Journal de médecine de Bordeaux*, auquel nous adressons nos bien vives condoléances.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — COURS DE PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. — M. Nestor Gréhant, membre de l'Académie de médecine, professeur, commencera le cours le lundi 27 avril 1908, à quatre heures, dans son laboratoire, situé quai Saint-Bernard, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis à la même heure.

Le professeur fera une série d'expériences classiques sur le sang, la circulation, la respiration, la digestion, les sécrétions, le système musculaire et le système nerveux dans le but de former ses élèves à la technique physiologique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 MAI 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Lecène et Ombrédanne; — M. Legry, suppléant.

Mardi 5 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Castaigne; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Brumpt, suppléant.

Mercredi 5 mai, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. Reclus, Rieffel et Macaigne; — (2e série) : MM. Nicolas, Ombrédanne et Mulon.

2e (1re série) : MM. Gariel, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Thiéry, Potocki et Proust.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Zimmern; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Brissaud, Letulle et Sicard; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Legry et André Jousset; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Jeudi 7 mai, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Launois et Rieffel; — (2e série) : MM. Albarran, Cunéo et Morestin.

2e (1re série) : MM. Pouchet, Retterer et Langlois; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et et Marion ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Rénon et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Joffroy, Achard et Castaigne ; — (3e série) : MM. Raymond, Gouget et Claude; — (4e série) : MM. Troisier, Jeanselme et Brumpt.

4e (1re série) : MM. Chantemesse, G. Ballet et Carnot; — (2e série : MM. Gilbert, Richaud et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 8 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re parie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Segond, Proust et Lecène ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 9 mai, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Prenant, Langlois et Maillard; — (2e série) : MM. Gley, Launois et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Brindeau ; — (2e série) : MM. Bar, Marion et Cunéo; — (3e série) : MM. Quénu, Maygrier et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Letulle et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Gilbert, Carnot et Brumpt; — (3e série) : MM. Gilbert Ballet, Jeanselme et Balthazard; — (4e série) : MM. Troisier, Achard et Gouget; — M. Nicloux, suppléant.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaigne, Demelin et Jeannin.

5e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude ; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — M. Morestin, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOGRAPHIQUE DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DES OS LONGS

Par MM. V. MÉNARD,
Chirurgien de l'Hôpital maritime de Berck,
FR. LE MOINE et J. PÉNARD,
Internes de l'Hôpital maritime.

L'ostéite syphilitique héréditaire des os longs est assez fréquente et d'un diagnostic en général facile, en raison du caractère objectif des lésions et du cadre clinique dans lequel elles évoluent. Si des difficultés de diagnostic se présentent, c'est pour les cas où la lésion évidente est unique, sans autre stigmate de syphilis. L'Hôpital maritime de Berck, qui reçoit surtout des tuberculeux et des rachitiques, a cependant toujours une minorité de syphilitiques qui ont été envoyés, en général, sous l'étiquette de tuberculose. Ce sont ces cas qui serviront de base à notre travail.

Le nombre de nos observations est assez limité. Seize d'entre elles se rapportent à une période de dix-huit mois. Quatre autres appartiennent à une époque plus éloignée. Ce chiffre donne une idée de la fréquence relative à l'Hôpital maritime de la syphilis et de la tuberculose. A côté de ces 16 syphilitiques, se trouvent environ 700 tuberculeux.

Cette proportion numérique ne traduit pas, croyons-nous, la proportion réelle entre les deux affections. La syphilis, dans la pratique générale, est plus fréquente. Les syphilitiques que nous voyons ne sont en effet qu'une minorité envoyée par erreur. Nous savons aussi que certains syphiligraphes trouveraient beaucoup plus de spécifiques dans la collection des malades de l'Hôpital maritime. Plus familiers que nous avec les stigmates légers de la syphilis héréditaire, ils auraient affirmé cette affection, chez des sujets que nous ne nous sommes pas crus autorisés à regarder comme syphilitiques certains. Ici, nos diagnostics ne sont considérés comme établis qu'en présence d'altérations anatomiques évidentes; et nous ne tenons compte que des faits nettement démontrés par la clinique, la radiographie et le traitement.

Nous avons cru utile de reproduire un certain nombre de radiographies, en les recopiant le plus exactement possible, à l'aide de dessins susceptibles d'entrer dans le texte.

ÉTUDE CLINIQUE. — La syphilis osseuse héréditaire se manifeste surtout au cours de la deuxième enfance.

Dans 18 des 21 observations relatées ici, l'âge des sujets varie de quatre à quatorze ans. L'une d'elles nous montre un enfant de deux ans (obs. VIII). Par contre, deux de nos cas montrent des malades chez lesquels les accidents se sont manifestés, à dix-neuf ans pour l'un d'eux (obs. VI), aux environs de la vingtième année pour l'autre (obs. XVI). La présence chez des sujets aussi jeunes de lésions appartenant à la période tertiaire, l'absence d'autre part, dans les antécédents, d'accidents primaires et secondaires, permettent de croire qu'il s'agit bien ici de syphilis héréditaire tardive.

Tous les os longs peuvent être frappés par le processus syphilitique, mais avec une inégale fréquence. Voici quelle a été, dans nos observations, la proportion des localisations sur les divers segments du squelette.

Sur un nombre global de 53 os longs altérés, nous avons rencontré :

24 fois le tibia,
10 fois le cubitus,
6 fois le fémur,
5 fois l'humérus,
4 fois le radius,
4 fois le péroné.

La fréquence des localisations sur le tibia est à remarquer. A elles seules elles forment presque la moitié de la totalité des cas.

A l'inverse de la tuberculose, qui détruit plus qu'elle ne produit, la syphilis manifeste son action par une surproduction osseuse.

L'hyperostose est le caractère dominant et le plus constant de l'histoire clinique des ostéites syphilitiques. D'abord limitée à un segment de l'os, elle l'envahit ensuite dans sa plus grande partie ou même dans sa totalité.

SIÈGE. — Le siège initial du syphilome est variable. Il est classique, depuis Fournier et Lannelongue, de considérer le bulbe de l'os comme point de départ habituel des lésions, l'extension se faisant vers la diaphyse. Gaucher semble croire au contraire, à la prédominance des manifestations ostéo-articulaires. Nos observations nous ont montré que toutes les variétés d'origine se rencontrent d'une façon indéniable. Il est vrai que sur la plupart, les lésions sont déjà diffuses et il est difficile de dire quel en fut le point de départ. La diaphyse et l'épiphyse sont atteintes généralement à la fois.

Ces lésions diaphyso-épiphysaires constituent la majorité de nos observations. Mais il est des cas où la lésion est et reste exclusivement diaphysaire ; c'est surtout sur le péroné et le tibia que nous avons rencontré ce type. D'autres fois, quoique plus rarement, c'est l'épiphyse qui est surtout atteinte. Encore faut-il comprendre par épiphyse, non pas le segment compris entre le cartilage de conjugaison et la face articulaire de l'os, mais la région chirurgicale, assez mal délimitée du côté de la diaphyse et répondant au renflement articulaire.

Le cartilage de conjugaison ne forme pas ici, comme pour la tuberculose, un obstacle à l'extension des lésions. Celles-ci sont toujours un peu diffuses et, même dans les cas épiphysaires les plus localisés, empiètent de l'autre côté du cartilage conjugal, sur la diaphyse. Voici quelle est la fréquence relative des divers sièges d'ostéite, d'après nos radiographies :

16 fois la lésion était exclusivement diaphysaire.

22 fois, elle était dia-épiphysaire avec prédominance marquée sur la diaphyse.

8 fois, l'ostéite était épiphysaire avec propagation peu importante à la diaphyse. Dans un des cas, la lésion était bipolaire, frappant les deux épiphyses; la diaphyse était atteinte à un degré moindre (Obs. VII).

Cette prédominance de l'hyperostose diaphysaire est propre à la syphilis. La tuberculose est surtout épiphysaire et même dans les cas où elle envahit la diaphyse, elle est, sauf rare exception, beaucoup moins diffuse.

Quelles que soient ces diverses dispositions topographiques, l'évolution du syphilome n'est en rien modifiée. Dans les ostéites à siège épiphysaires seules, une complication survient du fait du voisinage de l'articulation, soit qu'il y ait arthrite consécutive, soit qu'il y ait simplement des troubles fonctionnels dus aux déformations des surfaces articulaires. Mais ces ostéites peuvent aussi évoluer sans ces complications (Obs. III et VI).

SYMPTÔMES. — Cliniquement, les lésions s'observent à tous les degrés. Tantôt elles sont évidentes. Ceci est surtout vrai pour le tibia, os révélateur de la syphilis pour Fournier. Sa déformation en fourreau de sabre, décrite par Lannelongue, est si caractéristique, qu'à la simple inspection, le diagnostic peut presque s'affirmer.

Mais le plus souvent, les lésions sont moins déformantes, et, c'est par la palpation méthodique du squelette, qu'elles seront découvertes. La main perçoit des os massifs. L'épaississement est toujours diffus; maximum en un point, il s'effile à ses extrémités. Il donne une sensation de fuseau régulier ou irrégulier. Sur les os à faces planes, comme le tibia, la périostose crée un aspect cylindroïde. Sa face antéro-interne parfaitement plane à l'état normal, devient convexe dans le sens de la longueur et aussi transversalement. Les crêtes tranchantes, qui la limitent, s'émoussent. On ne perçoit plus qu'une masse arrondie (Obs. VII, VIII, X).

Cette hyperostose tibiale crée une déformation typique de la jambe : l'axe du membre semble décrire une courbe à convexité antéro-interne. Ce n'est là, le plus souvent, qu'une apparence; l'axe du tibia, ainsi que le confirme la radiographie, reste normal. Dans les cas peu fréquents, où l'axe est

modifié (Obs. XX), il y a toujours en plus de la courbure, de l'hyperostose. Il s'agit là de déformations toutes différentes de celles du rachitisme, qui, lui, incurve et déforme le squelette sans l'hyperostoser.



Fig. 1. — *Hyperostose syphilitique congénitale du tibia droit.* — L..., garçon de quatorze ans, entré à l'Hôpital maritime en 1897. On voit la cicatrice d'un évidement du tibia pratiqué à Paris. La non-réparation du foyer osseux a nécessité une deuxième intervention. Il n'existait pas de séquestre.

L'os est non seulement épaissi, il est encore augmenté dans le sens de la longueur. Cet allongement se remarque dans plusieurs de nos observations. L'une d'elles (Obs. X) nous montre chez une enfant de six ans un allongement du tibia atteignant 4 centimètres. Au niveau de la jambe et de l'avant-bras, le processus d'accroissement en longueur, comme dans l'ostéomyélite, n'atteint en général que l'un des deux os.

On comprend qu'il puisse en résulter une difformité d'une articulation voisine. Dans l'observation X, l'allongement du tibia seul a entraîné la déviation en valgus du pied. L'observation I montre une main bote cubitale consécutive à l'allongement du seul radius.

Les symptômes subjectifs sont peu frappants, surtout chez l'enfant, qui traduit mal ses sensations.

Les douleurs spontanées ne sont pas en général vives, et leurs exacerbations nocturnes ne sont pas assez fortes pour entraîner l'insomnie. L'enfant se plaint surtout de souffrance quand il marche. La douleur à la pression sur les os est plus nette. Elle paraît être un signe précoce; elle existe souvent alors que la tuméfaction de l'os n'est pas encore appréciable. Sa recherche donne des renseignements importants pour établir la nature d'une hyperostose évidente.

Par exemple, un tibia est manifestement hyperostosé, l'exploration des fémurs ou des humérus ne montre pas de déformation, mais révèle une sensibilité anormale à la pression; la douleur prend alors une grande importance clinique. Elle oblige à penser que l'affection n'est nullement limitée à l'os principalement atteint, et qu'elle frappe plusieurs segments du squelette. On trouve ainsi des données importantes pour le diagnostic.

Observation I. — *Hyperostoses des deux tibias, du péroné droit, du fémur droit, des deux cubitus, des deux radius et des deux humérus. Stigmates de syphilis héréditaire : nez en lorgnette, lésions du voile du palais et du pharynx.* — L... (Jeanne), six ans, entre pour la première fois à l'Hôpital maritime le 12 février 1902; nous la retrouvons de nouveau le 10 juillet 1907.

Examen clinique fait en 1902. — Le tiers moyen de la face interne du tibia droit est tuméfié en fuseau. Son bord antérieur est élargi et éversé en dehors. L'épiphyse supérieure est plus épaisse qu'à gauche, ainsi que la malléole interne.

Le péroné droit offre dans sa moitié inférieure une hyperostose de la diaphyse et de l'épiphyse. La malléole externe est notablement plus grosse que l'interne.

Une grosse hyperostose fusiforme, à la partie moyenne du tibia gauche, fusionne face interne et bord antérieur. L'os dans son ensemble paraît décrire une courbe à convexité antéro-externe.

Le genou droit est plus gros que le gauche, la rotule est épaissie; il n'y a ni hydarthrose, ni épaississement synovial; il s'agit d'une déformation purement osseuse du genou.

Le fémur droit, dans son quart inférieur, s'élargit brusquement dans le sens transversal. En le prenant à pleines mains, on sent que ses condyles sont plus gros que ceux du fémur gauche.

Le cubitus droit est hyperostosé dans toute sa moitié supérieure; l'olécrâne est massif; la crête cubitale forme un gros bord épais à convexité postérieure et externe.

Le radius droit est épaissi au niveau de son épiphyse inférieure. La main est repoussée sur le bord cubital de l'avant-bras.

Le cubitus gauche est renflé dans sa moitié supérieure; les crêtes osseuses ont disparu. L'olécrâne, élargi dans le sens transversal, est beaucoup plus épais qu'à droite.

Le radius gauche est augmenté de volume dans son tiers inférieur; comme à droite, la main est déviée en dedans.

Sur l'humérus droit la tuméfaction comprend l'épiphyse et le tiers inférieur de la diaphyse. L'humérus gauche offre un épaississement circulaire diaphysaire, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. L'épiphyse inférieure est plus grosse qu'à droite.

Examen clinique en 1907. — Nous retrouvons les mêmes lésions sur le tibia gauche et le tibia droit, mais moins accentuées sur ce dernier.

Les mouvements des genoux sont normaux à gauche, légèrement limités à droite.



Fig. 2. — *Syphilis congénitale des os de la jambe* (copie de la radiographie [Obs. I]). — Côté droit : Hyperostose très étendue du péroné. Hyperostose légère de la diaphyse tibiale à sa partie moyenne. — Côté gauche : Hyperostose de la diaphyse tibiale à sa partie moyenne. *N. B.* — Dans tous nos dessins de radiographie représentant une vue postérieure, le côté droit est à droite du lecteur.

En plus de l'hyperostose déjà constatée sur le tiers inférieur du fémur droit, on découvre un renflement du tiers moyen.

Nous ne retrouvons aucune des lésions signalées en 1902 au niveau des membres supérieurs, sauf une légère limitation de l'extension du coude droit.

Le nez est effondré à sa base.

La voûte palatine est ogivale.

On trouve de grosses lésions du voile du palais : à droite, les piliers ont disparu dans leurs deux tiers inférieurs; à gauche, ils se sont fusionnés et leurs débris comblent la loge amygdalienne.

Des cicatrices du cou paraissent se rattacher aux lésions du pharynx.

Du côté des oreilles, on note de l'otorrhée et de la surdité à droite; sur les yeux, des opacités des deux cornées.

Etude radiographique faite en juillet 1907. — Les tibias sont peu déformés; on trouve surtout des accentuations de l'ombre radiographique correspondant aux foyers d'hyperostose constatés à la palpation.



Fig. 3 (sujet de la fig. 2 [Obs. I]). — *Syphilis congénitale des deux fémurs.* — Côté droit : Hyperostose très épaisse de la diaphyse. Cette hyperostose laisse voir au centre le tissu compact de l'état normal. — Côté gauche : Hyperostose légère de la diaphyse à sa partie supérieure

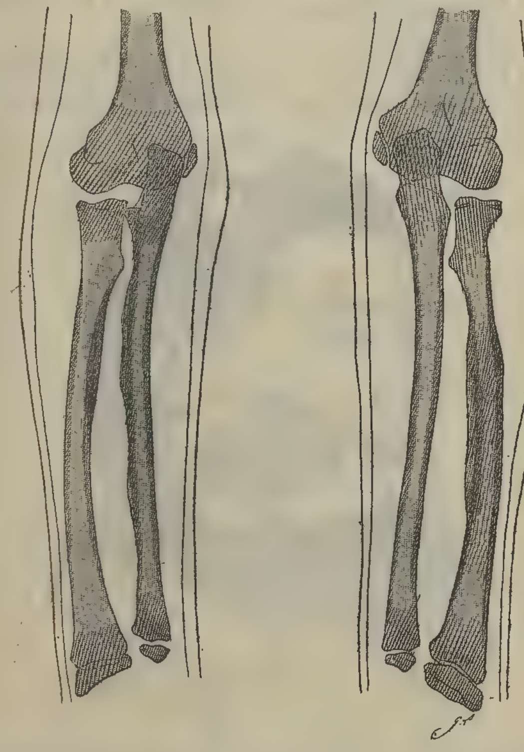


Fig. 4 (sujet des fig. 2 et 3 [Obs. I]). — *Syphilis des os de l'avant-bras.* — Côté droit : Hyperostose et allongement du radius. Hyperostose de l'olécrâne.

Une hyperostose du péroné droit déforme la partie moyenne de sa diaphyse.

En 1902, la palpation avait révélé une hyperostose de la moitié inférieure de la malléole. Il s'agit donc là d'une localisation nouvelle.

Une grosse hyperostose, à teinte sombre occupe les deux tiers inférieurs du fémur droit. Au niveau de la diaphyse, deux renflements fusiformes sont presque fusionnés. Le bulbe inférieur et les condyles sont plus épais que du côté opposé. Sur le fémur gauche, il existe un élargissement assez net de la bande externe du tissu compact, occupant le tiers supérieur de la diaphyse.

La mensuration des fémurs montre une inégalité de longueur (35 centimètres à droite, 34c5 à gauche).

Les déformations des os des membres supérieurs sont moins importantes.

L'olécrâne à droite est augmenté de volume dans le sens longitudinal et transversal. L'épiphyse inférieure du radius droit est plus volumineuse qu'à gauche. Le radius est allongé (R dr. = 16 centimètres; R g. = 16c5); il en résulte que l'interligne radiocarpien regarde plus en dedans que celui du côté gauche.

Evolution des lésions. — On voit qu'à cinq ans de distance, chez le même sujet, il y a une disposition différente des lésions. Certaines ont régressé, et de nouvelles localisations se sont faites. Il est à remarquer qu'à aucune époque de leur évolution, ces lésions n'ont entraîné de suppuration.

Obs. II. — *Hyperostoses des deux tibias, du péroné gauche, des deux fémurs. Ostéite opérée du cubitus droit.* — V... (Georgette), onze ans, entre à l'Hôpital maritime, en octobre 1906.

Examen clinique. — Les tibias sont en fourreau de sabre. Les deux fémurs sont volumineux.

A l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de l'avant-bras droit, une fistule répond à une hyperostose du cubitus.

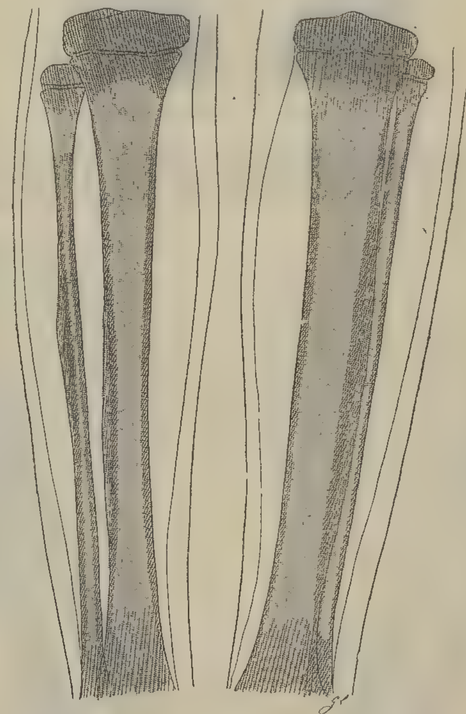


Fig. 5. — *Syphilis congénitale des os de la jambe* (Obs. II). — Côté droit : Hyperostose étendue de la diaphyse tibiale masquant en partie le péroné. — Côté gauche : Hyperostose légère de la diaphyse tibiale à sa partie moyenne. Hyperostose de la diaphyse péronière.

Etude radiographique. — Le tibia droit est élargi dans sa totalité, surtout à la partie moyenne de la diaphyse, et en dehors vers le péroné qu'il masque.

La bande de tissu compact, sur la face externe du tibia gauche, est épaissie; de même la partie supérieure du tiers moyen du péroné gauche.

Le fémur gauche est hyperostosé en fuseau sur la totalité de sa diaphyse.

L'épaississement énorme de tout le tissu compact donne au fémur un aspect gigantesque. La bande externe de tissu compact du fémur droit est élargie surtout à sa partie moyenne.

Le cubitus droit est renflé en fuseau; le renflement va du bulbe inférieur de l'os au milieu de la diaphyse. A son centre, une zone claire, allongée suivant le grand axe, semble occuper la place de l'ancien os.

Evolution des lésions. — Un évidement du cubitus droit a été

fait à Paris, la plaie ne s'est pas cicatrisée. Par suite de la suppuration persistante, une deuxième intervention est décidée. On trouve deux petites cavernes situées aux extrémités de la cicatrice cutanée. On les réunit en faisant sauter le pont osseux qui se trou-

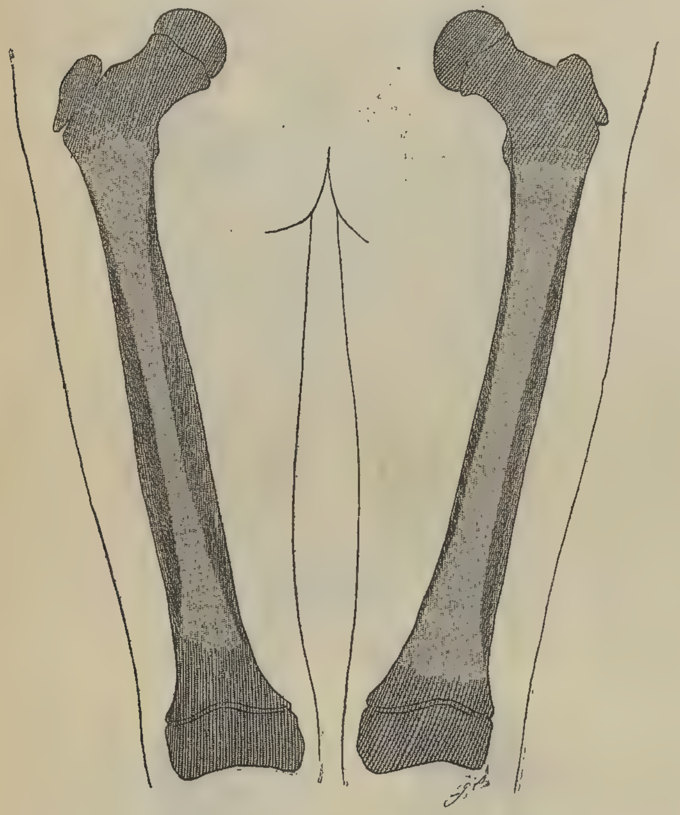


FIG. 6 (sujet de la fig. 5 [Obs. II]). — *Syphilis congénitale des deux fémurs.* — Côté droit : Hyperostose étendue de la diaphyse. — Côté gauche : Grosse hyperostose diaphysaire laissant voir cependant le canal médullaire.



FIG. 7 (sujet des fig. 5 et 6 [Obs. II]). — *Syphilis congénitale des os de l'avant-bras.* — Hyperostose dia-épiphysaire du cubitus droit.

vait entre elles. Il n'y avait pas de séquestres ; l'os était de consistance éburnée.

Les renseignements ultérieurs nous font défaut. Cependant l'enfant a été améliorée par le traitement mercuriel. En particulier, les douleurs ostéocopes s'atténuaient, puis reparaissaient, dès que l'on supprimait ce traitement.

OBS. III. — *Hyperostoses du tibia droit et du péroné gauche. Hyperostose du fémur droit au début. Gomme volumineuse de la jambe gauche. Gommes ulcérées du bras droit.* — G... (Louise), douze ans, entre à l'Hôpital maritime le 16 octobre 1907.

Examen clinique. — A l'inspection, la jambe droite est volumineuse, et forme une saillie à convexité antérieure au niveau de sa partie moyenne. A la palpation, le tibia présente une tuméfaction dure et régulière dans ses deux tiers supérieurs.

Une grosse masse, de forme ovalaire, renfle la face antéro-externe de la jambe gauche, dans son tiers supérieur. Cette masse est de consistance rénitente, sillonnée de varicosités bleuâtres et indolente à la pression. Elle ne présente ni battements, ni augmentation de la température locale. Elle est complètement indépendante du squelette de la jambe.

Le fémur droit est légèrement renflé au-dessus de son bulbe inférieur.

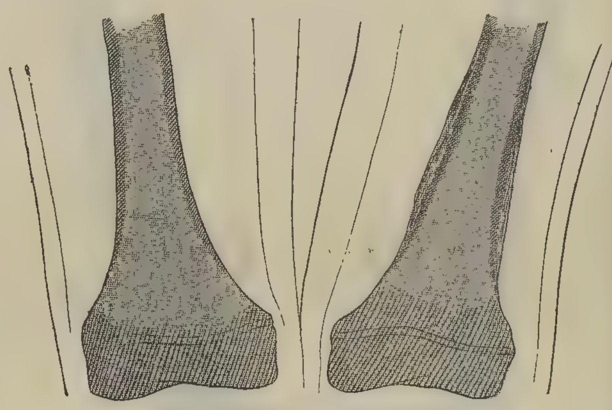


FIG. 8 (sujet de l'Obs. III). — *Syphilis congénitale du fémur droit. Hyperostose juxta-épiphysaire.*

Une grande ulcération irrégulière, à contours polycycliques, à bords taillés à pic, occupe toute la moitié inférieure de la face interne du bras droit. L'enfant raconte qu'avant son entrée à l'hôpital, apparut à ce niveau une collection, qui fut incisée et resta ulcérée depuis.

Etude radiographique. — Sur le tibia droit, une bande d'hyperostose occupe les deux tiers supérieurs de la diaphyse. Elle a deux maxima : l'un au-dessous du bulbe supérieur, l'autre au niveau du tiers moyen.

Le péroné gauche est renflé en fuseau au niveau du tiers supérieur de sa diaphyse.

A la partie inférieure de la diaphyse fémorale, une ombre pâle, juxtaposée à l'os en dehors et en dedans, marque un début d'hyperostose. En dehors elle empiète sur le bulbe.

Evolution des lésions. — Les ulcérations du bras se sont cicatrisées rapidement sous l'action du traitement mixte (frictions mercurielles et iodure de potassium). La tumeur de la jambe gauche a sensiblement diminué de volume.

OBS. IV. — *Gommes ulcérées de la joue gauche; cicatrisation rapide par le traitement mercuriel. Légère hyperostose du tibia droit.* — V... (Jeanne), onze ans, est envoyée à l'Hôpital maritime



FIG. 9 (sujet de l'Obs. IV). — *Ulcérations syphilitiques de la joue cicatrisées.* — Cicatrice d'une ostéite fistuleuse syphilitique de l'apophyse orbitaire du frontal du côté gauche.

le 19 avril 1906 pour adénites parotidienne et inguinale volumineuses.

Examen clinique. — A son entrée, l'enfant présente une ulcération de la joue gauche, à contours polycycliques, à bords taillés à pic. L'ulcération s'étend rapidement à la plus grande partie de la joue. Sous l'influence du traitement mixte, elle se cicatrise incomplètement.

Le 6 février 1907, apparaît sur la partie frontale de l'arcade sourcilière gauche une petite gomme.

Le 27 mai, ulcération de cette gomme, mettant à découvert le frontal. On reprend le traitement (injections d'oxycyanure de mercure).

Le 4 juillet, la lésion frontale est cicatrisée.



Fig. 10 (sujet de la fig. 9 [Obs. IV]). — *Syphilis congénitale des os de la jambe.* Hyperostose légère et étendue de la diaphyse du tibia droit.

Le 25 juillet, le traitement est arrêté. Les lésions géniennes récidivent et s'étendent rapidement.

Le 24 octobre, ulcération au niveau du creux poplité, survenue en moins de quarante-huit heures. Traitement ioduré intensif (4 grammes par jour).

Le 18 janvier 1908, cicatrisation complète de toutes les lésions.

A cette époque, l'exploration du squelette, qui jusqu'ici n'avait rien révélé, montre que le tibia droit est hyperostosé. Ses crêtes sont émoussées ; sa face antéro-interne est arrondie dans le sens transversal.

Etude radiographique. — Le tibia droit est renflé dans son tiers supérieur. La bande externe du tissu compact est élargie à partir du tiers inférieur de l'os.

Obs. V. — *Hyperostose du tibia droit. Perforation du voile du palais.* — H... (Charles), dix ans, entre le 12 avril 1907 à l'Hôpital maritime.

Examen clinique. — Le tibia droit décrit dans son ensemble une courbure à convexité antérieure. Sa face antéro-interne est élargie et arrondie transversalement. L'épiphyse supérieure est augmentée de volume avec un point ramolli.

Deux gommes ulcérées occupent la région sus-claviculaire gauche. Il est difficile d'en déterminer la nature.

Les stigmates de syphilis sont nets : perforation du voile du palais rendant la voix nasonnée et la déglutition malaisée ; dents d'Hutchinson ; otorrhée et surdité.

Sous l'action du mercure, les lésions du voile du palais s'améliorent, mais l'enfant quitte l'hôpital en cours de traitement.

Etude radiographique. — Le tibia droit est dans son ensemble plus volumineux et plus élargi que le gauche. L'hypertrophie est surtout bulbaire supérieure.

Obs. VI. — *Hyperostose du bulbe inférieur du fémur gauche. Gomme frontale.* — K..., garçon d'hôtel, dix-neuf ans, se plaint de douleurs vives de la cuisse gauche depuis deux ans environ. Il a été traité par plusieurs médecins au moyen de liniments et d'analgésiques sans résultats.

Examen clinique. — On constate que le fémur gauche est épaissi au niveau de son bulbe inférieur ; il est douloureux spontanément et à la pression à ce niveau. De plus on remarque à la région frontale, sur la limite du cuir chevelu, une petite gomme fluctuante du volume d'une noisette. Sous l'influence du traitement

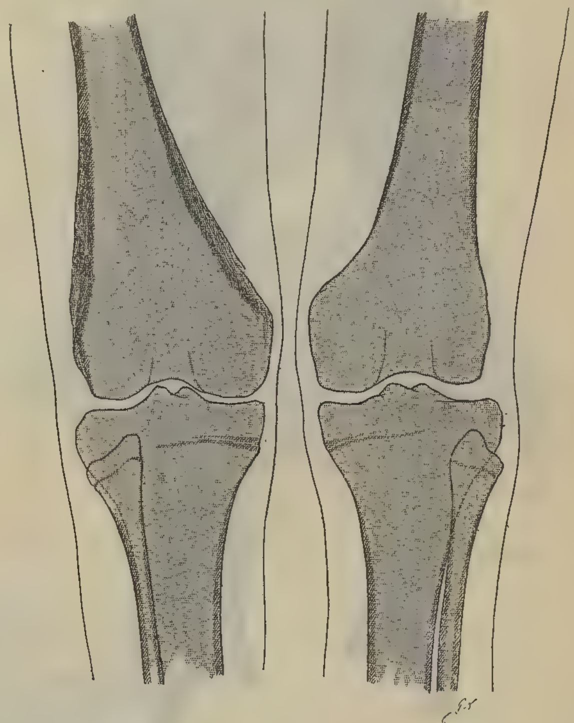


Fig. 11. — *Syphilis du fémur gauche* (Obs. VI). — Hyperostose du bulbe inférieur.

mercuriel, la gomme se résorbe rapidement, et les douleurs du fémur disparaissent.

Etude radiographique. — La radiographie montre que le bulbe inférieur du fémur gauche est renflé par deux bandes d'hyperostose juxtaposées en ce point.

Évolution. — L'évolution des ostéites se fait de façons diverses. Ordinairement la syphilis, qu'elle soit traitée ou non, évolue par poussées. Après une première période d'activité, elle peut rester latente un temps plus ou moins long, parfois pendant des années ; puis, elle se manifeste à nouveau, le plus souvent sans cause apparente (Obs. XVI) : les foyers anciens s'accroissent et de nouvelles localisations peuvent apparaître. D'autres fois l'évolution est encore plus irrégulière : une hyperostose peut s'atténuer, spontanément ou sous l'influence du mercure. Elle reparaît quelques années après, sur une autre partie du même os ou sur une autre pièce du squelette (Obs. I).

Au cours de son évolution, l'ostéite syphilitique peut présenter une allure clinique nouvelle. Au lieu d'être uniquement ossifiante, elle peut donner lieu à la formation de collections liquides, dues au ramollissement des gommes. La collection fluctuante apparaît sans réaction inflammatoire. Sous l'action d'un traitement mercuriel intensif, elle se résorbe. Abandonnée à elle-même, et, parfois, malgré le traitement, elle gagne les plans superficiels, amincit les téguments qu'elle finit par ulcérer (Obs. VII).

La suppuration persiste plus ou moins longtemps, mais elle est peu abondante, contrairement à celle de la tuberculose. Par contre, l'ulcération cutanée tend à gagner en surface. Elle est caractéristique avec ses bords non décollés, taillés à pic, son fond grisâtre et bourbillonneux, sous lequel on sent l'os dénudé.

Ces formes ouvertes de la syphilis se compliquent, assez souvent en effet, de nécrose osseuse, qui relève, non pas du processus syphilitique, mais de son association avec l'infection surajoutée. Dans ces cas, la nécrose n'est pas grave. Elle est superficielle, gagne peu en profondeur. La portion nécrosée s'élimine facilement sous la forme de petits séquestres finement déchiquetés. Nous verrons qu'il n'en est pas de même, dans les ostéites syphilitiques ouvertes, non pas spontanément, mais chirurgicalement, et pour lesquelles, par suite d'une erreur de diagnostic, on a pratiqué un évidement osseux.

OBS. VII. — *Hyperostose bi-épiphysaire du radius gauche avec suppuration. Hyperostose du tibia droit.* — N... (Yvonne), cinq ans, entre le 15 mai 1907 à l'Hôpital maritime.

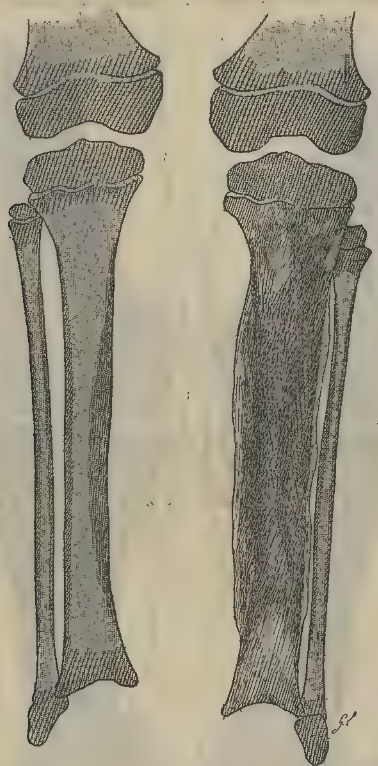


FIG. 12. — *Syphilis congénitale des os de la jambe* (Obs. VII). — Grosse hyperostose du tibia droit en entier. On remarque l'allongement de l'os.

Examen clinique. — Le tibia droit est volumineux dans toute sa longueur, et arrondi. Sa face antéro-interne est convexe transversalement; ses bords antérieur et postéro-interne sont émoussés. L'axe est normal. L'os est allongé notablement.

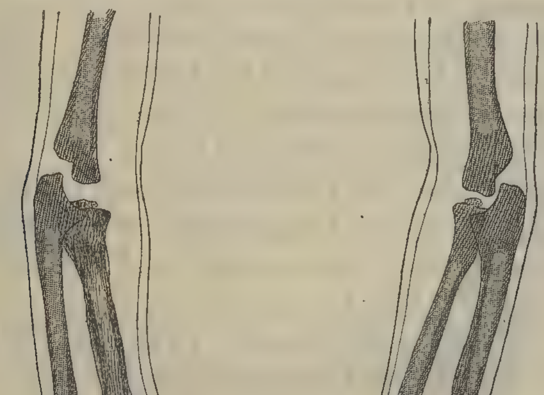


FIG. 13 (sujet de la fig. 12 [Obs. VII]). — *Syphilis congénitale des os de l'avant-bras.* — Hyperostose bipolaire du radius gauche.

Les deux cuisses sont arquées, avec courbure à convexité antéro-externe.

Le radius gauche est hypertrophié à ses deux extrémités. Au niveau de la face postérieure de l'épiphyse inférieure, se trouve une collection fluctuante.

Sur la paroi abdominale et au cou, on rencontre quelques cicatrices de gommes d'apparence tuberculeuse. Sur le troisième orteil droit il existe une ulcération péri-unguéale.

Examen radiographique. — Le tibia droit est très augmenté de volume. Transversalement la diaphyse est élargie, avec deux renflements séparés par un léger étranglement. Dans le sens longitudinal on trouve un allongement de 5 millimètres par rapport au tibia gauche (tibia droit 20c5, tibia gauche 20 centimètres). Les renflements sont de teinte sombre et l'ancien os se détache en clair au centre. On distingue son canal médullaire et son tissu compact.

Les deux fémurs décrivent une courbure à concavité interne, qui semble d'origine rachitique. Uue bande d'hyperostose en comble la concavité et renforce le tissu compact à ce niveau.

Le radius gauche est hypertrophié dans sa totalité. L'épiphyse inférieure est très élargie et de forme triangulaire. L'épiphyse supérieure est également hypertrophiée, ainsi que la diaphyse, quoique à un degré moindre. Des taches claires à contours irréguliers se remarquent sur l'épiphyse inférieure.

Evolution clinique. — Le traitement mixte est commencé le 17 mai 1907 et poursuivi avec quelques interruptions jusqu'en septembre. Malgré ce traitement, l'épiphyse inférieure du radius augmente de volume, la collection liquide est plus tendue. Une ponction ramène du liquide jaunâtre et des masses fongueuses.

Eo décembre, au niveau de la collection, apparaît une ulcération circulaire, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, à bords taillés à pic à fond grisâtre. L'ulcération s'étend et se creuse de jour en jour.

14 décembre. Traitement intensif par injections d'oxycyanure de mercure à 1/100.

28 janvier 1908. Le traitement est interrompn à cause de stomatite mercurielle, mais l'ulcération est cicatrisée. Il ne persiste qu'une petite fistulette donnant issue à une suppuration minime.

OBS. VIII. — *Ostéite suppurée du radius droit. Hyperostose du tibia droit. Gomme occipito-temporale.* — F... (Henri), deux ans, est envoyé à l'Hôpital maritime le 13 février 1907, avec le diagnostic d'ostéite tuberculeuse du tibia droit.

Examen clinique. — La jambe droite apparaît manifestement plus volumineuse, surtout à sa partie moyenne. On note une cicatrice opératoire au niveau du tiers supérieur de la face antéro-interne du tibia, adhérente à l'os. A la palpation, le tibia est épaissi dans ses deux tiers supérieurs. Il est lisse à sa partie

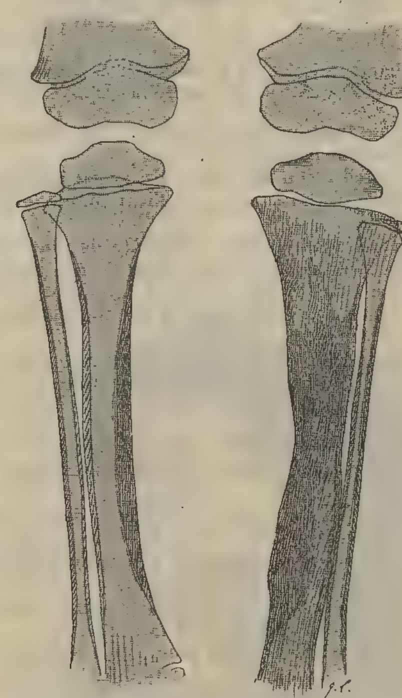


FIG. 14. — *Syphilis congénitale des os de la jambe* (Obs. VIII). — Côté droit : Renflements en fuseau de la partie supérieure et de la partie moyenne de la diaphyse tibiale. — Côté gauche : Hyperostose légère de la diaphyse tibiale.

moyenne et irrégulier au tiers supérieur; sa crête antérieure, ainsi que le bord postéro-interne, est épaissie et émoussée. Il est plus long de 2 centimètres que le gauche (tibia droit = 21 centimètres; tibia gauche = 19 centimètres).

La cuisse gauche, à la palpation, est plus volumineuse que la droite; les parties molles sont de consistance plus ferme. Le fémur, enveloppé de ce tissu œdémateux, semble plus gros.

Le radius droit est plus volumineux à son extrémité inférieure que celui du côté gauche. L'épaississement apparaît surtout quand on palpe l'os d'avant en arrière.

Etude radiographique. — Celle-ci confirme les faits cliniques observés, sauf pour le fémur, qui est ici normal. S'il y a ostéite, les lésions ne se sont pas traduites à la radiographie.

Deux renflements en fuseau occupent les tiers moyen et supérieur du tibia droit; ils sont séparés par un léger étranglement. L'ombre radiographique est plus sombre au niveau des foyers d'hyperostose. Le canal médullaire n'est plus visible.

Le radius droit est dilaté en fuseau dans sa moitié inférieure, et une ombre claire en occupe le centre.

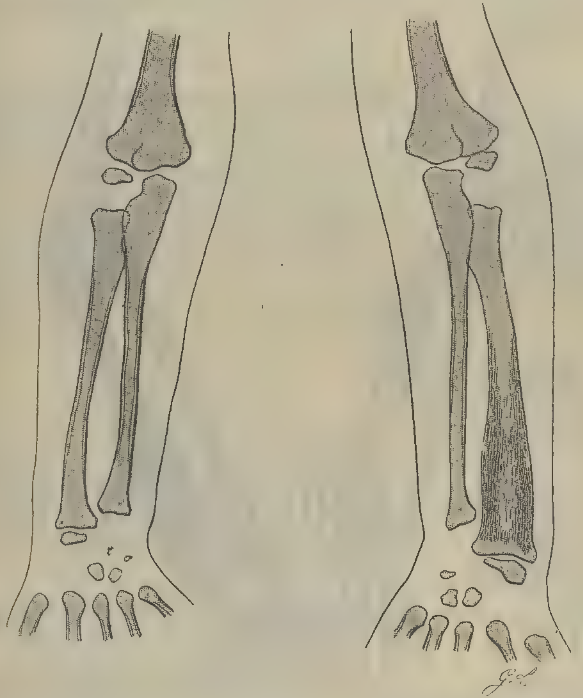


Fig. 15 (sujet de la fig. 14 [Obs. VIII]). — *Syphilis congénitale des os de l'avant-bras.* — Hyperostose dia-épiphysaire du radius droit.

Evolution des lésions. — Du 23 février au 31 juillet 1907 l'enfant est soumis au traitement mixte sans changement notable.

6 octobre. Un foyer fluctuant apparaît à la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras.

10 octobre. La collection s'ouvre. On reprend le traitement sous la forme d'injections d'oxycyanure de mercure.

En novembre, la fistule est cicatrisée, et l'hyperostose du radius a sensiblement diminué.

En janvier 1908, apparaît une tuméfaction indolente, de consistance dure, de forme arrondie, du volume d'une grosse noix, à siège occipito-temporal. Reprise du traitement (injections de biiodure de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium par jour).

Au début de mars, la gomme a complètement disparu.

Obs. IX. — *Lésions hyperosto-gommeuses du cubitus droit. Hyperostose diaphysaire des deux tibias. Ulcérations spécifiques de la joue gauche. Ptosis de l'œil droit.* — C... (Marcel) entre à l'Hôpital maritime avec le diagnostic d'adénite tuberculeuse suppurée.

Examen clinique. — Une grande ulcération semi-circulaire va de la joue gauche à la région mastoïdienne, contournant la partie inférieure du pavillon de l'oreille. Ses bords sont polycycliques et taillés à pic. Le fond est irrégulier et bourgeonnant. La suppuration est abondante. Cette ulcération n'a pas le caractère habituel des lésions tuberculeuses.

L'avant-bras droit est déformé en arrière par une grosse hyperostose du cubitus. Au point le plus saillant de la tuméfaction, la peau est rouge, amincie, et l'on sent à ce niveau une collection fluctuante, qui paraît enchatonnée sur une sorte de cupule creusée dans l'os. Les mouvements du coude sont normaux, sauf la supination qui est limitée.

Le tibia droit est manifestement épaissi à sa partie moyenne. L'os est élargi et sa face antéro-interne est convexe à ce niveau. Le tibia gauche est peu déformé, mais la face antéro-interne n'est pas nettement plane.

Les fémurs sont douloureux à la pression, mais ne semblent pas hyperostosés.

Etude radiographique. — Les deux tibias sont renflés en fuseau au niveau de la moitié supérieure des diaphyses.

Le cubitus droit, très hyperostosé, forme un fuseau irrégulier dans ses deux tiers supérieurs. Une ulcération sur le bord postérieur creuse la partie la plus saillante du renflement. Cette dépression



Fig. 16 (sujet de l'Obs. IX). — *Ulcération syphilitique.*



Fig. 17 (sujet de la fig. 16 [Obs. IX]). — *Ostéite syphilitique du cubitus.* — Une collection liquide provenant du ramollissement de gommes osseuses accentue la déformation de l'avant-bras.



Fig. 18 (sujet des fig. 16 et 17 [Obs. IX]). — *Syphilis congénitale des os de la jambe.* — Hyperostose de la partie supérieure de la diaphyse des deux tibias.

correspond à la collection liquide constatée à l'examen liquide.

Evolution des lésions. — Au niveau de l'ulcération actuelle de la joue gauche, apparut en 1906 une collection suppurée qui fut

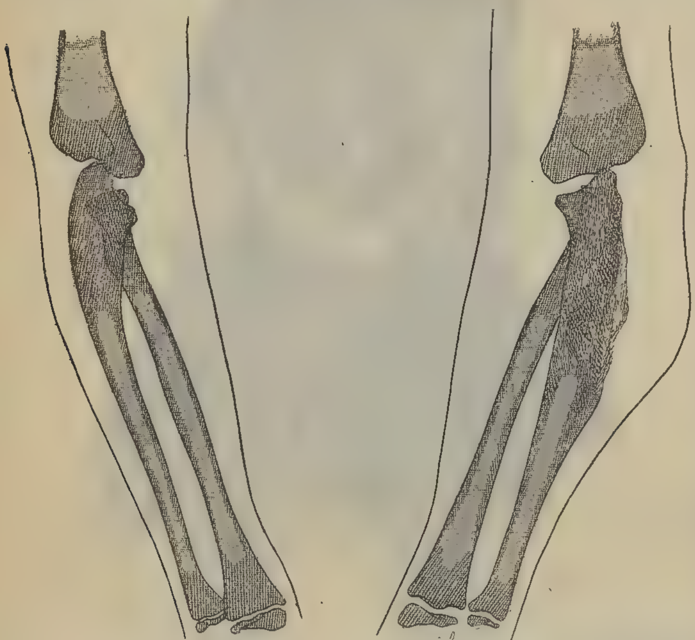


Fig. 19 (sujet des fig. 16 et 17 [Obs. IX]). — *Syphilis congénitale des os de l'avant-bras.* - Hyperostose de la moitié supérieure du cubitus droit.

incisée. Une ulcération se développa rapidement et ne s'est jamais cicatrisée depuis. Le gonflement des tibias et les douleurs ostéocopes des membres inférieurs ont débuté il y a six mois.

Dès son entrée, l'enfant est soumis au traitement (injections d'oxycyanure de mercure et 1 gramme d'iodure de potassium par jour).

Un mois après, la gomme cubitale est complètement résorbée. L'ulcération de la joue est à moitié cicatrisée.



Fig. 20. — *Syphilis congénitale des os de la jambe* (Obs. X). — Côté droit : Hyperostose des deux tiers inférieurs du tibia. — Côté gauche : Hyperostose de la partie moyenne de la diaphyse tibiale.

Obs. X. — *Hyperostose avec suppuration et nécrose du tibia droit et du cubitus droit. Hyperostose diaphyso-épiphysaire du radius gauche. Hyperostose diaphysaire du tibia gauche.* — G... (Carmen), six ans, entre à l'Hôpital maritime le 13 décembre 1907.

Examen clinique. — La jambe droite est tuméfiée, surtout à sa partie moyenne. Elle est plus longue de 4 centimètres que la gauche (tibia droit = 26c5, tibia gauche = 22c5). Le pied droit est dévié en valgus. Une ulcération ovalaire, longue de 4 centimètres environ, creusée en entonnoir, siège sur la face interne du tibia à sa partie moyenne. Son fond est constitué par l'os dénudé. La suppuration a une forte odeur sphacélique. A la palpation, le tibia est renflé en fuseau à sa partie moyenne. Son épiphyse inférieure et sa malléole sont très épaissies.

Sur le tibia gauche, la face interne est arrondie transversalement, et légèrement renflée à sa partie moyenne. L'os est douloureux à la pression.

Le fémur gauche est également douloureux à la pression et volumineux dans son tiers moyen.

Le cubitus, à droite, est tuméfié et déformé dans sa totalité. Sa mensuration montre un allongement de 1c5 (C. dr. = 17 centimètres ; C. g. = 15c5). Le coude est globuleux, fléchi à angle obtus sur le bras ; les mouvements sont très limités. Au niveau de l'olécrâne il existe une ulcération, reposant sur l'os dénudé. Une autre ulcération siège à la partie moyenne de la face postérieure de l'avant-bras. La suppuration est abondante.

Le radius gauche est fortement renflé en fuseau dans sa moitié supérieure.



Fig. 21 (sujet de la fig. 20 [Obs. X]). — *Syphilis congénitale des os de l'avant-bras.* — Côté droit : Hyperostose à contours irréguliers du cubitus. — Tâches claires sur le fuseau d'hyperostose. — Côté gauche : Hyperostose de la moitié supérieure du radius.

Etude radiographique. — La partie moyenne du tibia droit forme un fuseau d'hyperostose très net. L'épiphyse inférieure et la malléole sont également hyperostosées.

Sur le tibia gauche, une hyperostose, uniquement diaphysaire, élargit la bande externe de tissu compact.

Le cubitus droit est très déformé. Il se renfle en un fuseau à contours irréguliers, dans ses deux tiers inférieurs. Des ombres claires y sont parsemées. Le bulbe supérieur et l'olécrâne sont hypertrophiés. On délimite mal le bord supérieur de cette apophyse.

Le radius gauche est de même renflé en fuseau irrégulier dans son tiers supérieur. On y remarque les mêmes taches claires.

Evolution des lésions. — Le traitement mercuriel et ioduré est commencé le 24 décembre 1907.

20 janvier 1908 : L'ulcération inférieure de l'avant-bras est cicatrisée. La suppuration de l'ulcération tibiale a diminué de quantité et a perdu son odeur de sphacèle. L'os dans le fond de l'ulcération est de couleur noire ; un sillon d'élimination se creuse autour de la portion nécrosée.

9 mars : L'ulcération olécranienne est cicatrisée. Le séquestre du tibia s'est détaché. Il est du volume d'un pois et finement déchiqueté.

13 mars : L'ulcération tibiale est cicatrisée. L'état général de l'enfant est très amélioré. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira le 27 juillet 1908, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à l'Ecole de médecine de Grenoble.

— MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1908, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Marseille.

— RENNES. — Un concours s'ouvrira, le 6 juillet 1908, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Rennes.

GUERRE. — M. le médecin principal de première classe Trifaud, directeur du service de santé du 5e corps d'armée, est nommé directeur du service de santé du corps de débarquement à Casablanca.

— M. le médecin-major de première classe Buy est désigné pour être détaché pendant la saison thermale à l'hôpital de Bourbonne-les-Bains, en remplacement de M. le médecin-major de deuxième classe Grysez.

— M. le médecin-inspecteur général Kermorgant, président du conseil supérieur de santé au ministère des Colonies, passe au cadre de réserve.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Dhoste, médecin des colonies à Bordeaux; Fleig (de Montpellier), Heckel (de Paris), Lamotte (de Cherchell), Ouzilleau, à Nola (Congo), Pinoy (de Paris) et Rivière (de Rennes).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la seizième semaine, 1138 décès, au lieu de 1103 pendant la semaine précédente et de 1051, moyenne ordinaire de la saison. La rougeole et la scarlatine continuent à être très répandues, mais à causer peu de décès.

La rougeole a causé 22 décès, au lieu de 21 pendant la semaine précédente (moyenne 15). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 511 au lieu de 560 précédemment et au lieu de 329, moyenne des quatre dernières années.

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 289; il s'élevait à 206 pendant la semaine précédente (moyenne 132).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 242 décès, au lieu de 201 la semaine précédente, et au lieu de 190, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 267 décès (moyenne 236).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Marcel Fouchard, vice-président de la Société de médecine du Mans; de M. le professeur Léopold von Schrötter, et du docteur Tassaing (de Caen).

IIe CONGRÈS DES PRATICIENS (Lille 1908). — Les membres du Comité d'organisation du Congrès de Lille ont l'honneur d'informer leurs confrères que :

1° Le nombre des adhésions au IIe Congrès des praticiens de France et aux excursions qui en suivront la clôture, dépasse à l'heure actuelle toutes leurs espérances, assurant ainsi au Congrès un succès éclatant;

2° Les adhésions au voyage à Londres et à Bruxelles doivent être adressées d'urgence au Comité, pour lui permettre de prendre les mesures nécessaires;

3° Ces adhésions n'ont qu'une valeur indicative et ne deviennent définitives que lors du versement de la somme de 130 francs qui doit avoir lieu avant le 15 mai au plus tard;

4° En cas d'empêchement imprévu, dénoncé avant le 25 juin, une somme de 100 francs sera remboursée aux souscripteurs, 30 franes restant acquis aux frais généraux d'agence;

5° Le titre de congressiste est acquis par tout médecin ayant versé une cotisation individuelle de 5 francs;

6° Chacun des membres de la famille des médecins désirant prendre part au voyage Bruxelles-Londres, versera également une cotisation individuelle de 5 francs, afin de pouvoir, à titre de congressiste, bénéficier des réductions obtenues par le Comité d'organisation du Congrès;

7° Les congressistes jouiront d'une réduction de 50 p. 100 accordée par les différents réseaux pour se rendre de leur lieu de résidence à Lille et retour;

8° Des bons de réductions et tickets de voyage seront adressés en temps utile à tous les congressistes;

9° Les syndicats (qui ne l'ont pas encore fait) sont priés de nommer au plus tôt leurs délégués et d'envoyer leurs noms et adresses au secrétariat de Lille, pour que toutes indications nécessaires leur soient fournies en temps utile.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p.* 585.)

SUR LE

TRAITEMENT DES NÉVRITES ET DES NÉVRALGIES

PAR L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par MM. A. ZIMMERN,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
et Louis DELHERM,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Tout traitement — quel qu'il soit du reste — d'une névrite ne peut être rationnellement et logiquement entrepris qu'après un électro-diagnostic préalable.

Cet examen est l'unique moyen de connaître la valeur fonctionnelle exacte du nerf et du muscle, et ainsi il permet :

1° *De préciser parfois un diagnostic hésitant*;
2° *De fixer le pronostic*;
3° *De servir de base au traitement à instituer* (2).

I

L'ÉLECTRO-DIAGNOSTIC PRÉCISE PARFOIS UN DIAGNOSTIC HÉSITANT. — La connaissance approfondie des affections du système nerveux, l'examen minutieux des réflexes et des autres symptômes physiques permettent le plus souvent au clinicien d'établir un diagnostic exact.

Mais il est des cas où le diagnostic clinique insuffisamment précis demande à être consolidé par l'électro-diagnostic. Ces cas ne sont pas très fréquents, mais nous allons en citer quelques exemples typiques.

α. Chez les tout jeunes enfants qui présentent une paralysie a forme mono ou hémiplégique, il est souvent très difficile de savoir si les troubles fonctionnels sont dus à une lésion irritant le faisceau pyramidal ou à une paralysie infantile. S'il y à réaction de dégénérescence on pourra affirmer qu'il s'agit de la deuxième hypothèse, s'il y a hyperexcitabilité, de la première.

β. Les enfants ou adolescents qui présentent des atrophies musculaires sortant un peu du cadre classique ont-ils atteint des lésions spinales ou de névrite, ou encore de myopathie?

S'il y a réaction de dégénérescence complète ou partielle on peut éliminer l'hypothèse myopathie. Au contraire, des muscles très atrophiés sans réaction de dégénérescence sont tributaires de cette affection.

γ. Certaines névrites peuvent être confondues avec un début de mal de Pott à allure fruste. Y a-t-il exagération de l'excitabilité? il faut pencher vers le mal de Pott; y a-t-il hypoexcitabilité et surtout réaction de dégénérescence, il faut pencher vers le diagnostic névrite.

δ. Est-on en présence d'un tabes simple, d'une névrite simulant le tabes ou d'un tabes accompagné de névrite? Ici le diagnostic est particulièrement difficile et il est important de le préciser pour le pronostic. Ayons encore recours à l'électro-diagnostic. Le tabes peut présenter des troubles légers de la contractilité électrique, mais si nous avons une réaction de dégénérescence complète ou incomplète il y a certainement névrite seule ou associée.

ε. L'électro-diagnostic enfin doit toujours être *rigoureusement* effectué dans toutes les paralysies consécutives aux *accidents du travail*. Le sujet est-il atteint d'une « paralysie de l'indemnité » ou d'une « paralysie organique »? Voilà la question. La clinique ne peut pas la résoudre. L'électro-diagnostic le fera. S'il n'y a pas de troubles de la contractilité ou s'ils sont peu accusés, il y a probabilité pour la première hypothèse. S'il y a des troubles plus accusés, réaction de dégénérescence incomplète ou complète, la paralysie est organique à coup sûr.

Le cas peut être plus complexe encore. Un hystérique saturnin alcoolique fait une paralysie radiale. *Quid causa?* A défaut de la clinique impuissante, l'électro-diagnostic nous permettra d'affirmer qu'il y a des troubles marqués de la contractilité, qu'il y a paralysie organique.

On pourrait citer encore d'autres exemples, nous croyons inutile de le faire, et nous estimons avoir suffisamment prouvé l'importance de l'examen électrique au point de vue *diagnostic de la nature de l'affection.*

L'ÉLECTRO-DIAGNOSTIC AIDE A LA LOCALISATION DE LA LÉSION. — α. *L'hyperexcitabilité galvanique et faradique* se rencontre toutes les fois que la lésion exerce une compression ou une irritation sur le faisceau pyramidal dans le cerveau (ramollissement cérébral ou hémorragie cérébrale récente, maladie de Little, etc.), dans la moelle (myélite ancienne, paraplégie spasmodique, sclérose en plaques), ou dans certaines intoxications (strychnine, tétanos, etc.).

β. *L'hypoexcitabilité* est l'apanage, il est vrai, de quelques myélites ou névrites toxiques légères ou en évolution, mais on la voit le plus souvent chez les individus dont les muscles sont depuis un certain temps en état d'inactivité fonctionnelle (vieux hémiplégiques, tabétiques), paralysie hystérique ancienne, myopathies, atrophies réflexes par immobilisation, etc.

γ. *L'existence de la réaction de dégénérescence* permet de certifier que la lésion siège dans la cellule de la corne antérieure de la moelle, dans le nerf ou ses ramifications terminales. Quand on sera en présence de cette réaction, on pourra donc conclure que la lésion intéresse le neurone périphérique (poliomyélite, syringomyélie, névrite, etc.).

II

L'ÉLECTRO-DIAGNOSTIC DONNE DES INDICATIONS CAPITALES POUR FIXER LE PRONOSTIC. — L'examen clinique est presque toujours impuissant à fixer la gravité d'une paralysie, l'électro-diagnostic seul nous montre si la maladie est légère ou grave.

Citons quelques exemples.

α. A la suite d'un traumatisme ou d'une luxation de l'épaule il existe une paralysie du deltoïde, le nerf circonflexe est-il simplement contus ou sectionné?

S'il existe seulement de l'hypoexcitabilité, le nerf est très probablement contusionné et le pronostic est favorable. S'il y a réaction de dégénérescence, le nerf est sectionné ou très

---

(1) Rapport au Ier Congrès français de physiothérapie.

(2) Nous croyons absolument inutile de donner par le détail tout un chapitre d'électro-diagnostic. Nous nous bornerons à rappeler *quelques-uns des points principaux* qui sont utiles pour la lecture des pages qui vont suivre, et s'adressent surtout aux non-électriciens, ces derniers étant en mesure de se renseigner plus complètement dans les livres spéciaux s'ils le jugent utile :

1° On dit qu'il y a hyperexcitabilité faradique ou galvanique quand les nerfs et les muscles de la région malade se contractent avec une intensité de courant *inférieure* à celle qui est nécessaire pour faire contracter le nerf et le muscle du côté sain ;

2° On dit qu'il y a hypoexcitabilité faradique et galvanique quand il est nécessaire, pour avoir du côté malade une contraction égale à celle du côté sain, d'utiliser un courant plus fort;

3° La réaction de dégénérescence incomplète est caractérisée par un affaiblissement de la contractilité faradique, tandis qu'avec le galvanique on constate une contraction lente, paresseuse, vermiculaire (au lieu de la contraction brusque qui est la contraction normale du muscle strié);

4° La réaction de dégénérescence complète est caractérisée par l'abolition de la contractilité faradique ; tantôt l'exagération, tantôt la diminution de la contractilité galvanique avec inversion de la formule (chose peu importante) et surtout la lenteur de la secousse ;

5° La réaction de Huet est caractérisée en dehors des réactions précédentes par un déplacement du point moteur, vers l'extrémité distale du muscle. Souvent pour l'obtenir il est préférable de placer le muscle entre deux tampons où viennent aboutir les deux pôles.

fortement traumatisé, la paralysie est grave et peut être définitive.

β. Les paralysies faciales périphériques à frigore au point de vue clinique se ressemblent toutes, qu'elles soient légères ou graves. L'examen clinique, en décelant l'absence de la réaction de dégénérescence, nous montre que le pronostic est bénin dans le premier cas, et sévère dans le second.

γ. Les mêmes conclusions s'appliquent aux poliomyélites et aux névrites : l'électro-diagnostic est absolument indispensable, parce que seul il peut fixer approximativement le pronostic. L'absence de la réaction de dégénérescence et de la réaction de Huet ou leur présence permettent d'indiquer avec le *maximum de probabilités* si l'affection durera quelques semaines ou des mois.

Dans l'appréciation des réponses données par l'électro-diagnostic, il est nécessaire, pour plus de précision encore, de tenir compte de quelques facteurs qui, s'ils étaient négligés, pourraient conduire à quelques erreurs d'appréciation.

L'âge du sujet n'est pas sans avoir une certaine influence sur la rapidité de la réparation. La continuation de l'intoxication (alcool, saturnisme dans les accidents du travail, sucre) aggravent ou maintiennent la maladie.

Il y a aussi lieu de tenir compte de l'état psychique du malade, souvent entaché de « sinistrose ».

A lésion égale certains muscles se réparent beaucoup moins rapidement que d'autres; cette règle se vérifie en particulier pour le deltoïde, et plus généralement pour les groupes extenseurs.

Un même trouble de la contractilité électrique est plus grave dans un cas que dans un autre suivant le siège de la lésion. Si nous supposons des muscles en état de réaction de dégénérescence, nous pouvons estimer que leur réparation se fera plus vite si la dégénérescence est due à une névrite, que si elle est due à une poliomyélite ou à une syringomyélie. La restitution semble d'autant plus rapide que la lésion est plus bas située, dans le neurone périphérique.

Il ne faut pas oublier non plus que certains muscles qui ne présentent pas la réaction de dégénérescence peuvent être plus gravement atteints que des muscles qui la présentent : c'est ce qu'on voit dans la myopathie, et aussi dans quelques variétés de paralysie faciale, comme Babinski l'a vu avec l'un de nous, et comme l'a aussi indiqué Cluzet.

Il est encore nécessaire, avant de tirer des conclusions d'un électro-diagnostic, d'être bien certain que la maladie a cessé d'évoluer depuis un certain temps.

Pour toutes ces raisons il est indispensable de faire de temps en temps, et à des dates assez rapprochées au début, des électro-diagnostics. Les premiers donneront une approximation sur le pronostic, les suivants suivront pas à pas la maladie et permettront de préciser en toute certitude la vitesse de la réparation.

Dans la pratique des accidents du travail en particulier, où l'on nous demande journellement de nous prononcer sur la durée probable de l'incapacité, nous estimons qu'on ne doit pas pouvoir exiger dans tous les cas d'un électricien, qu'il fixe après un unique examen les limites de la maladie.

L'ÉLECTRO-DIAGNOSTIC DONNE DES INDICATIONS CAPITALES POUR LE TRAITEMENT. — Faire un traitement électrique d'une névrite sans électro-diagnostic préalable, est une absurdité que nous voyons du reste se reproduire journellement dans la pratique courante.

A la suite d'un examen clinique plus ou moins approfondi, on a décidé de *faire de l'électricité* et naturellement la petite boîte faradique à trembleur rapide, qui pour beaucoup encore constitue l'alpha et l'oméga de toute l'électrothérapie, entre en jeu; quelle que soit la forme de la névrite, que les muscles réagissent à ce courant, ou que leur degré de dégénérescence les ait rendus aussi inexcitables à ce courant que les muscles d'un cadavre!

Encore un exemple entre mille : une jeune fille atteinte de névrite toxique de l'éminence thénar est sans électro-diagnostic préalable faradisée chaque jour pendant trois mois sans aucun résultat. On s'en étonne, et demande un électro-diagnostic. Il montre que les muscles étant en réaction de dégénérescence complète ne sont pas excitables par le faradique, alors qu'on peut les faire contracter par le galvanique. On institue un traitement par le galvanique et la malade s'améliore à partir de ce moment et guérit complètement.

Cet exemple nous laisse entrevoir au point de vue thérapeutique une loi bien simple qui peut être posée en général (1):

1° Si les muscles réagissent au faradique : *faradiser* ou utiliser des courants similaires au faradique;

2° Si les muscles ne réagissent pas au faradique, *galvaniser*.

Cette loi comporte un corollaire : si les muscles, tout en réagissant au faradique, présentent au galvanique la contraction lente (réaction de dégénérescence incomplète), *galvaniser*.

PREMIER GROUPE. — α. *Faradisation*. — Il ne nous paraît pas inutile une fois de plus d'insister avant tout sur la manière dont il ne *faut pas* faradiser. La faradisation dite rapide, provoquant une tétanisation du muscle, doit être rigoureusement *proscrite*, et tous les appareils capables de produire seulement ce courant *doivent* être écartés résolument, parce qu'ils provoquent le surmenage des muscles et peuvent dans certains cas en précipiter l'atrophie.

Il est indispensable d'utiliser des excitations espacées qui laissent entre chacune d'elles une période de repos musculaire qu'on gradue selon son désir.

L'application est effectuée soit par la méthode monopolaire soit par la méthode bipolaire, la durée de la séance et l'intensité des courants sont variables : il est suffisant d'obtenir des contractions nettement visibles pendant le temps... pour ne pas fatiguer le muscle.

Le « choc espacé d'induction » est certainement un bon procédé, mais il donne seulement une contraction en éclair très différente de la contraction physiologique et par là ne réalise qu'une gymnastique incomplète.

Aussi doit-on, à notre avis, surtout réserver l'emploi aux muscles atteints d'atrophie assez grave, qu'on devra volontairement ménager à un début de traitement, ou encore dans les mêmes cas, lorsqu'il existe cet œdème dur qu'on voit se produire à la suite des longues immobilisations.

Nous estimons qu'il faut « réentraîner » le muscle dégénéré progressivement (tout en allant vite), c'est pourquoi le choc espacé d'induction, en produisant une contraction suffisante avec un minimum d'excitation et de longs espaces de repos, nous paraît constituer un bon traitement préparatoire, mais qui doit, dès que le muscle a repris un peu de vigueur, céder le pas à d'autres procédés plus nouveaux et aussi plus efficaces.

β. *Courants ondulés*. — L'onde faradique espacée donne une contraction qui diffère complètement de la manière dont la volonté ou l'habitude agit pour provoquer la contraction du muscle qui s'établit lentement, passe au maximum, et décroît ensuite jusqu'à zéro.

Le but que l'on doit se proposer, lorsque la volonté est faible et impuissante, c'est de suppléer à la volonté par une force qui réalise une contraction musculaire aussi approchée que possible de la contraction physiologique.

Ce but est pleinement réalisé par des appareils de Truchot et Bergonié et tous ceux qui en dérivent (2) parmi lesquels l'appareil de Gaiffe pour installation fixe, ou celui que l'un de nous a décrit au Congrès de Reims et qui est éminemment transportable. Avec ce petit appareil en particulier, la con-

(1) Il y a des exceptions du reste.

(2) LAQUERRIÈRE. *Bull. de la Soc. d'électrothérapie*, 1907, p. 245.

traction musculaire s'établit, faible d'abord, on la voit ensuite gagner de proche en proche, faire saillir le muscle, diminuer ensuite, revenir au zéro, et s'y maintenir un instant, marquant ainsi un moment de repos. La graduation de l'appareil permet du reste de régler comme on le veut la vitesse de l'onde, sa force et son intensité.

Le très gros avantage de cet appareil réside dans ce fait qu'il arrive à réaliser aussi complètement que possible la contraction physiologique, en ne tenant aucun compte de la volonté du patient : ce point est important dans tous les cas où l'on a affaire à des malades pusillanimes, ou qui ont quelque intérêt à prolonger leur maladie ; et également pour certains groupes musculaires (deltoïde, péronien) qui, lorsqu'ils sont dégénérés, ne peuvent se contracter sans intervention des muscles suppléants, qu'avec le seul courant électrique.

Enfin lorsque les muscles ont déjà acquis un certain degré de régénération, il faut les soumettre à l'action de l'électro-mécanothérapie sur résistance si bien étudiée dans ces derniers temps d'une façon magistrale par Laquerrière (1).

On excite le muscle soit avec le simple courant faradique soit avec des courants ondulés, et l'on oppose à cette contraction une résistance.

Cette résistance est effectuée à l'aide de poids très faibles d'abord et insignifiantes, puis s'il n'y a pas de fatigue après la séance, on augmente peu à peu et progressivement, de façon à réaliser un entraînement du muscle.

Cette manière de procéder permet d'obtenir des résultats beaucoup plus rapides et sensiblement plus complets.

Par son exacte localisation, le courant permet de faire travailler, au gré de l'opérateur, exclusivement un muscle déterminé ou un groupe des muscles ; il fournit une gymnastique très précise ; il constitue un procédé de *rééducation* qui n'a pas de succédané puisqu'elle permet de déterminer les contractions qu'on veut et celles-là seules, quelles que soient les habitudes acquises du sujet ou son état mental.

Enfin la très grosse supériorité de l'électromécanothérapie réside dans ce fait que la volonté du sujet — indifférente ou mauvaise — n'intervient en rien dans le traitement. Seul l'opérateur détermine à sa guise le travail du muscle, qu'il peut mesurer d'une manière mathématique.

Ainsi doivent être soignées les atrophies musculaires consécutives aux *fractures*, aux *hydarthroses*, aux *hémarthroses*, aux *entorses*, et toutes les névrites légères ou de moyenne gravité, soit traumatiques (luxation de l'épaule, chocs, contusion, etc.), toxiques (diphtérie) et infectieuses (grippe légère).

Deuxième groupe. — Lorsque les muscles présentent la réaction de dégénérescence complète ou incomplète, c'est aux courants galvaniques qu'on doit avoir recours, sous forme soit de chocs espacés, soit de courant galvanique ondulé.

1° *Galvanisation avec chocs espacés.* — C'est la vieille méthode qui a fait ses preuves depuis bien longtemps. Elle consiste après avoir placé une large électrode reliée au positif au dos, à placer un tampon relié au négatif sur certains points dits « points moteurs ». Chaque muscle possède son point moteur, mais quand la dégénérescence est assez complète, ce point peut avoir une autre localisation sur le muscle, on dit alors que le « point est déplacé ». Enfin dans des cas plus graves encore, il est indispensable pour obtenir une contraction de prendre le muscle entre deux tampons, placés chacun à l'une des extrémités.

L'onde galvanique, s'il y a réaction de dégénérescence incomplète, détermine une contraction brusque ; s'il y a réaction de dégénérescence complète, une contraction lente qui est unique dans les deux cas.

(1) Laquerrière. Etude très complète in *Bull. de la Soc. d'électrothérapie*, juin-déc. 1907.

Cette forme d'électrisation est le procédé classique universellement employé ; il est décrit partout, nous n'insisterons pas dessus.

2° *Galvanisations ondulées.* — Ce procédé est plus récent, il consiste à élever rapidement, mais progressivement, le courant jusqu'au maximum désirable, et à le ramener dans les mêmes conditions à zéro.

La contraction musculaire se fait en onde croissante puis décroissante.

Différents appareils peuvent être utilisés, tous très ingénieux.

Avec cette manière de faire, la secousse est beaucoup mieux localisée au muscle à exciter qu'avec la secousse brusque et l'on peut mieux accommoder l'excitation à l'état du muscle. Pour un muscle sain, dit Bordet, l'intensité doit être élevée au maximum en une fraction de seconde ; pour un muscle dégénéré le temps peut être de deux secondes et demie environ. La contraction est progressive et ne secoue pas le muscle brutalement.

Les temps de passage du courant étant très longs en comparaison de ceux avec les secousses brusques, les applications ont certainement une action trophique plus grande.

Enfin on pourrait, si cela paraissait utile, faire travailler le muscle sur une résistance, même s'il est très dégénéré, à condition bien entendu de proportionner l'effort à donner à la capacité fonctionnelle du levier.

Nous venons d'exposer en général les principales modalités électriques utilisées dans le traitement des névrites graves, il nous reste à en préciser les indications.

Supposons une névrite toxique ou une poliomyélite.

A la période douloureuse (névrite) ou près du début (poliomyélite), on peut et on doit utiliser le courant galvanique, mais sans interruption ni secousse. Il est parfaitement toléré et exerce une action vaso-motrice très nette qui concourt à la nutrition du muscle, en combat l'atrophie et exerce ainsi une action sédative sur le symptôme « algie », points très importants.

Plus tard, et aussitôt que possible, dès que l'état de la sensibilité le permet il faut traiter le muscle par des chocs galvaniques, sans résistance interposée.

Plus tard, surtout quand le segment du membre présente un poids suffisant par rapport à l'effort que doit produire le muscle (quadriceps fémoral), on utilisera ces poids comme résistance : en plaçant la jambe pendante sur le bord du lit.

Lorsque la réaction de dégénérescence est atténuée, il devient indispensable de faire travailler le muscle sur des résistances progressives en ayant soin toujours de faire contracter uniquement les muscles malades et de bien se garder de faire contracter les muscles sains.

L'« électrisation localisée » par chocs ou ondulée permet de réaliser pleinement ce desideratum si capital en thérapeutique.

Enfin quand la réaction de dégénérescence a disparu, on traite le malade par la faradisation ou les courants homologues ondulés.

Tel est le principe général qui doit présider au traitement des névrites graves alcooliques, saturnines, grippales, la paralysie faciale, les paralysies radiculaires du plexus brachial, les atrophies musculaires progressives, les paralysies infantiles et de l'adulte, etc., les névrites traumatiques.

III

Justification du traitement électrique. — Le traitement des névrites par l'électricité se justifie parce que :

1° D'après Debedat et Guilloz, la galvanisation avec interruption fait passer quatre fois plus de sang dans un muscle que dans un autre qui n'est pas électrisé (action trophique) ;

2° L'électrisation, quand toute contraction volontaire est impossible (s'il y a réaction de dégénérescence) est l'unique

moyen de faire contracter un muscle, de le faire fonctionner; ici, si la fonction ne crée pas l'organe, la fonction développe l'organe ;

3° L'électricité est le seul procédé capable de faire fonctionner grâce à la possibilité d'une *exacte localisation de l'excitation*, tel muscle en particulier (électrisation localisée). Ceci est très important quand il faut éviter de faire contracter les antagonistes qui provoqueraient des *positions vicieuses*;

4° L'électrisation n'a pas à tenir compte pour l'exécution de tel ou tel mouvement de la volonté ou de l'état mental du patient et constitue le meilleur procédé de *rééducation* dans la *sinistrose* (paralysie hystérique);

5° L'électrisation joint aux effets de la simple contraction musculaire, les actions diverses, circulatoires, trophiques, analgésiques du courant;

6° Elle est applicable dans le cas où des raisons soit locales (fatigue douloureuse), soit générales (emphysème, obésité) rendent le travail actif trop pénible.

L'électromécanothérapie est donc le traitement préparatoire de choix de la période et l'exercice musculaire pourra se passer de tout adjuvant même mécanique.

Toutes ces modalités électriques ont été vantées dans le traitement des névralgies et toutes ont donné des succès.

A énumérer toutefois le souffle statique, la révulsion par les étincelles, le courant faradique de tension, le courant ondulatoire, l'effluve de haute fréquence, l'étincelle condensatrice, le courant continu, l'introduction électrolytique des médicaments, on pourrait aisément s'imaginer, ainsi qu'on en a l'impression devant une longue liste de médicaments, qu'aucun de ces procédés n'offre en définitive une efficacité bien caractérisée. Mais ce serait là une erreur.

La multiplicité des procédés mis en usage dans le traitement des névralgies ne doit pas être considérée comme une preuve de leur impuissance respective, mais au contraire comme une preuve de l'infinie souplesse que par ses différentes modalités présente l'agent thérapeutique : électricité.

Toutes les modalités électriques peuvent se ramener en effet à deux groupes primordiaux : les procédés de *révulsion* et les procédés *électrolytiques*.

Parmi les procédés de révulsion, l'étincelle électrique, qu'elle soit issue de la machine statique ou de l'électrode condensatrice de haute fréquence, est le plus énergique. Vient ensuite le courant de tension de la bobine d'induction.

Si, dans ce premier groupement, nous faisons rentrer l'effluve statique et l'effluve de haute fréquence, c'est moins pour conserver à notre division sa simplicité schématique que parce que les effets de l'effluve nous paraissent dépendre en grande partie de son action vaso-constrictive.

Le courant continu et l'introduction électrolytique des médicaments sont les deux modalités les plus usitées parmi les procédés électrolytiques. Sans doute on ne peut dénier au courant continu une action révulsive ainsi qu'en témoigne l'érythème persistant du tégument au-dessous des électrodes après l'application, mais les effets thérapeutiques sont ici avant tout sous la dépendance des phénomènes d'électrolyse, ou comme on l'a dit en se servant d'un terme détourné de son sens physique vrai, sous la dépendance des phénomènes d'ionisation.

Tous ces procédés visent à combattre le symptôme douleur. Il n'en est aucun cependant dont l'action soit directe, comme l'est celui de la morphine ou de la cocaïne. Mais en revanche les effets de l'électricité s'exerçant sur un grand nombre d'autres fonctions, il en résulte qu'à défaut d'une action analgésique puissante, elle possède une action modificatrice énergique qui, bien dirigée, peut conduire à une guérison, à une amélioration, à une réparation rapide.

En d'autres termes, si aucune modalité électrique n'a d'action spécifique sur le symptôme douleur, le syndrome névralgie peut être attaqué dans sa lésion causale, son terrain de prédisposition, sa marche, son évolution, etc., par une modalité électrique appropriée. Et c'est précisément là ce qui fait la valeur du traitement électrique, puisque nous voyons de jour en jour se réduire la place naguère occupée par la névralgie *sine materia*.

Nous ne nous élèverons pas moins à propos du traitement des névralgies contre l'usage irraisonné des appareils d'induction de poche, que nous l'avons fait pour le traitement des névrites.

Trop souvent encore on se figure avoir fait un traitement électrique quand on a badigeonné quelques instants la peau de la région douloureuse avec le pinceau d'une minuscule bobine faradique. Ceux qui comme nous ont pu acquérir quelque expérience dans le traitement des névralgies, savent que dans les névralgies faciales d'intensité moyenne ou grave, il n'est pas de meilleur moyen d'exaspérer les douleurs ou de les réveiller. Il est pénible de voir parfois après des essais de ce genre, médecins et malades conclure ainsi délibérément : Nous avons essayé de l'électricité et cela n'a rien donné.

Si nos connaissances nosographiques touchant l'histoire des névralgies, leur étiologie, leur pathogénie ne reposent pas encore sur des bases solides, il n'en est pas moins vrai que nous pouvons trouver dans notre sens clinique un guide fidèle pour la prescription de telle ou telle thérapeutique, de telle ou telle modalité électrique.

Nous exceptons toutefois d'emblée toutes ces névralgies à étiologie bien déterminée, telles que la névralgie intercostale des tuberculeux, la névralgie faciale des édentés, ou encore les diverses névralgies d'origine syphilitique, paludéenne, qui, de par leur nature, réclament un traitement spécial ou spécifique, et dans lesquelles l'électricité ne trouve aucune indication.

Nous faisons allusion surtout aux sciatiques dites goutteuses, rhumatismales, à la névralgie grave du trijumeau, aux névralgies des hystériques et des neurasthéniques, de même à ces névralgies viscérales qui traduisent si souvent une altération passagère ou durable, mais organique du cœur, de l'ovaire, de la glande mammaire, etc.

Il serait fastidieux, pensons-nous, de faire l'énumération des différentes variétés de névralgies, variétés de siège, de formes, variétés étiologiques, et de discuter pour chacune le traitement le plus favorable.

Quelques préceptes généraux seront certainement préférés par ceux qui déjà préparés par une expérience clinique bien assise voudront tirer profit du traitement électrique.

A. *Procédés révulsifs.* — Les effets sédatifs du souffle statique ou de l'effluve de haute fréquence, qu'ils soient dus à de la vaso-constriction ou à une action directe sur les extrémités nerveuses, trouvent leur application dans certaines manifestations douloureuses superficielles, hyperesthésies, topoalgies. On se fera facilement une idée des cas auxquels convient cette modalité si l'on a présent à l'esprit l'action remarquable de l'effluvation dans les prurits, action calmante sédative que tous les dermatologistes ont eu l'occasion d'apprécier.

Les névralgies sus-orbitaires des neurasthéniques, les douleurs consécutives au zona trouvent bien souvent dans cette modalité un agent d'amélioration bien supérieur aux procédés de révulsion qu'on est si souvent tenté de leur appliquer.

La révulsion avec le pinceau faradique, méthode qui depuis Duchenne (de Boulogne) jouit d'une si grande vogue dans la pratique courante, vaut en réalité moins que sa réputation.

On a pu, grâce à l'action du pinceau faradique, hâter la disparition de quelques névralgies à frigore légères, mais dans le traitement d'une névralgie faciale ou sciatique un peu sérieuse, la révulsion faradique ne nous a jamais donné que de médiocres résultats.

En revanche elle est tout à fait précieuse dans les hyperesthésies, les topoalgies hystériques, car on peut susciter par

son aide, une douleur violente facile à graduer, à suspendre, et qu'on cherchera à substituer à celle qu'a pu créer l'autosuggestion morbide.

L'étincelle statique et l'étincelle de haute fréquence tamisée par un manchon de verre peuvent agir dans le même sens. Mais nous les croyons surtout utiles pour combattre, par leur action nettement révulsive, des phénomènes inflammatoires au début.

Il y a par exemple des goutteux, des arthritiques, sujets à des sciatiques à répétition et chez lesquels on arrive souvent, en les soumettant dès les premières manifestations douloureuses à cette modalité, à prévenir et à enrayer les retours offensifs de leurs névralgies.

L'étincelle de haute fréquence tamisée par le manchon de verre peut encore être utilisée dans certaines topoalgies, dans certaines hyperesthésies, dans certains cas de zona rebelles aux procédés précédents. Elle présente souvent dans ces cas des effets analgésiques rapides, aussi remarquables que dans le traitement, aujourd'hui devenu classique, de la fissure anale par les courants de haute fréquence.

B. *Procédés électrolytiques.* — Les procédés électrolytiques sont l'application du courant continu avec le pôle positif comme pôle actif et l'introduction électrolytique de médicaments analgésiques.

L'emploi du pôle positif dans le traitement des névralgies dérive de la vieille expérience physiologique de l'électrotonus. On sait en effet que si l'on fait passer un courant continu dans un nerf moteur mis à nu, on obtient au voisinage du pôle négatif une augmentation de l'excitabilité au voisinage du pôle positif une diminution de l'excitabilité, du nerf. On a admis une action similaire sur les nerfs de la sensibilité, et bien qu'en agissant à travers la peau, on ne se trouve plus dans les conditions de l'électrotonus physiologique, on a observé que le pôle positif présentait une action sédative, calmante, qui le mettait nettement en opposition avec les effets excitants du pôle négatif. Mais si les anciens électriciens employaient dans le traitement des névralgies le courant continu en appliquant sur les principaux points douloureux un « tampon » relié au pôle positif, les progrès de l'électrothérapie ont fait tomber ce procédé en désuétude, et aujourd'hui il est de règle d'embrasser sous une large électrode le bouquet terminal tout entier du nerf malade. En langage d'électricien, nous exprimerons ce progrès en disant que de plus en plus on tend, dans le traitement des névralgies, à n'appliquer le courant que sous une densité relativement faible.

Pour les névralgies de la face, du thorax, on se sert dans ce but d'électrodes à grande surface; pour les névralgies des extrémités (névralgies du plexus trachéal, sciatique), la large électrode sera de préférence un bain local dans lequel on plongera le membre malade et que l'on reliera au pôle positif.

Nous n'insisterons pas sur l'intensité du courant à appliquer ni sur la durée des séances, ces facteurs étant soumis à de nombreuses variations suivant le siège et la forme de la névralgie.

La méthode de l'introduction électrolytique, hier encore appelée cataphorèse, a pour but de faire pénétrer, dans les tissus, une substance médicamenteuse susceptible d'agir in situ sur le syndrome névralgique. Cette méthode est employée de longue date, et depuis longtemps on avait proposé contre les névralgies la cataphorèse de la cocaïne et de la morphine. Toutefois la méthode n'a réellement attiré l'attention du corps médical qu'à la suite d'une retentissante communication d'Edison, qui au Congrès de Berlin (1890) proposa de traiter les diverses manifestations de la goutte par l'introduction électrolytique du lithium.

Les théories nouvelles de l'électrolyse, la théorie des ions ont fait comprendre quel était le mécanisme par lequel s'effectuait cette introduction percutanée de substances médicamenteuses, et cette découverte a donné une impulsion considérable à l'emploi thérapeutique de la méthode. Le traitement des névralgies a été l'un des premiers à en bénéficier et l'on a vu, de toutes parts, surgir des observations de guérison de névralgies par l'introduction de l'ion salicylé, de l'ion quininé, etc.

Le grand avantage attribué au procédé, et dont on conçoit immédiatement la valeur, est la possibilité de faire pénétrer dans tout le territoire de distribution d'un nerf malade, un médicament analgésique ou même spécifique, et cela sans effraction du tégument. Toutefois, il ressort de récentes discussions, que la pénétration exacte, loco dolenti, est peut-être plus théorique qu'effective, et que si un nerf reçoit le médicament, c'est surtout par l'apport sanguin après que celui-ci aura, sous l'influence du courant électrique, franchi la barrière tégumentaire. Ce n'est pas qu'il faille rejeter l'introduction électrolytique, bien au contraire, car cette méthode constitue un précieux auxiliaire de la galvanisation simple pour laquelle, il est vrai, nous revendiquons la majeure part dans les bons résultats obtenus (1). Celle-ci agit en mettant en mouvement les ions constitutifs des tissus, et c'est indiscutablement à ce processus qu'est due l'action sédative de la galvanisation, comme aussi la réparation plus rapide des altérations causales de la névralgie.

Galvanisation simple, à faible densité de courant, aidée dans certains cas de l'introduction d'un ion (lithine, quinine ou salicyle de préférence), telle est la méthode qui convient particulièrement aux névralgies des arthritiques, des goutteux, des artério-scléreux, des névralgies-névrites consécutives à la grippe.

Et si l'on songe que la plupart des malades atteints de névralgies faciale ou sciatique ne viennent au médecin-électricien que tardivement, après l'échec de procédés thérapeutiques soi-disant plus simples, on se trouve obligé, en présence de la proportion de malades améliorés par la galvanisation, de reconnaître à celle-ci une valeur thérapeutique des plus remarquables.

Il nous reste à mentionner le traitement électrique d'une maladie que l'on range, malgré toutes ses apparences d'autonomie, dans le groupe des névralgies faciales. Nous voulons parler de la névralgie faciale à forme grave, de la névralgie épileptiforme de Trousseau. Cette affection, ainsi que l'a montré Bergonié, peut être sensiblement améliorée par le traitement électrique.

L'un de nous, en 1902, après une étude très approfondie des effets de la galvanisation chez les malades atteints de névralgie faciale grave, a pu arriver à cette conclusion qu'en cas d'insuccès des moyens médicaux habituellement mis en usage (pilules de Moussette, opium à doses fractionnées), il ne fallait pas se hâter de proposer au malade une intervention chirurgicale, toujours sérieuse et dangereuse, mais instituer auparavant un traitement par le courant continu correctement appliqué et suffisamment prolongé. Ces conclusions restent valables encore aujourd'hui, car s'il est vrai que la méthode des injections interstitielles d'alcool a marqué quelques progrès dans la thérapeutique de cette affection, nous pensons que cette méthode qui est loin d'être inoffensive et qui exige de l'opérateur une expérience considérable et une habileté consommée, ne doit être mise en œuvre qu'après une tentative infructueuse de l'électrisation.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros mardi et du jeudi.

---

(1) DELHERM et LAQUERRIÈRE. *L'ionothérapie électrique*, Baillière, 1907. — ZIMMERN. Congrès de médecine, 1907.

MÉDECINE PRATIQUE

EMPOISONNEMENT PAR LES NITRITES APRÈS L'INGESTION DE SOUS-NITRATE DE BISMUTH

Par M. A. Böhme (1).

L'ingestion d'une grande quantité de sous-nitrate de bismuth est susceptible de provoquer chez l'homme des empoisonnements dus à la formation et à la résorption d'acide nitreux, empoisonnements qui se manifestent par de la méthémoglobinémie.

Il est facile de démontrer *in vitro* la production d'acide nitreux aux dépens du sous-nitrate de bismuth en ajoutant à ce dernier des cultures bactériennes ou des matières fécales. Sous l'action des matières fécales d'enfant, il se produit une quantité considérable de nitrites.

On peut aussi constater, par des expériences sur les animaux, la production et la résorption des nitrites.

En raison des fréquents empoisonnements causés par le sous-nitrate de bismuth, l'auteur conseille de le remplacer par un autre sel, moins dangereux, par exemple, ainsi que le prescrit le professeur Heffter, par l'oxyde hydraté de bismuth. Il n'y a pas à craindre, avec ce composé, de production de nitrites.

Dans les deux cas signalés par les auteurs, il s'agissait de deux nourrissons alimentés au babeurre, à qui, pour pratiquer l'exploration radioscopique, on avait administré une bouillie contenant quelques grammes de sous-nitrate de bismuth.

L. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1908)

Le progrès de la chirurgie moderne jugé par une statistique de résections du genou. — M. Lucas-Championnière. Peut-on juger de la métamorphose de la chirurgie de ces quarante dernières années par une statistique récente ou par l'étude des opérations nouvelles?

M. Lucas-Championnière après avoir posé cette question montre qu'il est plus intéressant de comparer les deux états d'une opération pratiquée, avant l'ère antiseptique et depuis.

Prenant pour exemple la résection du genou, M. Championnière montre que la mortalité avant l'ère antiseptique atteignait 57 p. 100, encore ces résultats étaient si souvent sans résultat utile, qu'Ollier, qui a tant fait pour les résections, estimait qu'on ne devait faire la résection du genou que sur des sujets assurés de la possibilité de longs mois de traitement hygiénique, sans quoi il valait mieux amputer. Il modifia son opinion depuis l'antisepsie.

En opposition voici les résultats de M. Lucas-Championnière. De 1880 à 1907, il a fait 136 résections du genou. Il a eu un seul cas de mort, le cent trente-troisième, mort de délire alcoolique après l'opération. Les résultats ont toujours été bons. L'un des opérés, un colporteur, fit, un mois après son opération, une étape à pied de 75 kilomètres.

Notons que toutes les opérations ont été faites en suivant la méthode de Lister, à laquelle M. Championnière est resté fidèle sans avoir recours aux méthodes dites aseptiques, dans des salles hospitalières communes, au milieu des suppurants et des sujets infectés venus du dehors. M. Championnière n'a jamais utilisé une salle dite aseptique.

Montrant ainsi le chemin parcouru par la chirurgie moderne, M. Championnière conclut que la sécurité opératoire absolue peut être réalisée par les antiseptiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1908)

Traitement des accidents parasyphilitiques et contrôle par les ponctions lombaires en séries. — M. Auguste Marie (de Villejuif) développe la nécessité de faire reposer les interventions thérapeutiques actives contre la syphilis sur une méthode de contrôle précis et il propose dans ce but le contrôle de Wassermann. Il montre en effet que les vieux syphilitiques arrivent à une période de parasyphilis où le traitement ne peut plus les secourir. A cette phase, la réaction de Wassermann tend à disparaître dans le sérum sanguin, alors qu'elle devient de plus en plus nette dans le liquide céphalo-rachidien. Il faut appliquer le traitement mercuriel avant que la réaction prédomine aussi nettement dans le liquide spinal, car alors on ne peut que nuire au malade.

Emploi thérapeutique de l'hyperhémie veineuse et de l'hyperhémie artérielle. — M. Durey expose les résultats obtenus à Beaujon dans le service de M. Tuffier par l'emploi systématique de cette pratique; s'appuyant sur plus de 200 cas répartis au cours de deux années, il montre que l'hyperhémie veineuse par stase donne d'excellents résultats dans les affections inflammatoires aiguës, à condition toutefois de bien vouloir observer scrupuleusement la technique du professeur Bier; que l'hyperhémie active artérielle est plutôt au contraire une thérapeutique des états chroniques ou non infectieux; que les dangers de la méthode sont négligeables, et que d'une façon générale, on doit employer l'hyperhémie moins comme un procédé thérapeutique que comme un moyen physiologique général destiné à venir en aide au processus curatif naturel.

A propos de la communication de M. Durey sur la méthode de Bier, M. Lavenant apporte les observations de 5 malades atteints d'épididymite chronique, dont 4 atteints de tuberculose et 1 d'épididymite blennorragique. Le résultat a été une régression nette dans un des cas, un état stationnaire sans aggravation dans les trois autres cas. L'épididymite blennorragique a dû être opérée. L'auteur insiste sur l'intérêt social et moral qu'il y a d'employer cette méthode dans ces cas, au lieu d'avoir recours à l'intervention sanglante.

Broncho-pneumonie à entérocoque. Oculo réaction positive. Guérison. — MM. Georges Rosenthal et Marcorelles étudient un cas favorable de broncho-pneumonie pseudo-lobaire ayant duré cinquante jours, due à une infection par l'entérocoque de Thiercelin. La broncho-pneumonie continue a présenté son syndrome clinique habituel, cachexie progressive, indolence des lésions, variations notables des signes physiques, donnant successivement un syndrome pseudo-pleurétique, pseudo-cavitaire, etc. L'oculo-réaction positive indique que le malade était porteur d'une adénopathie trachéo-bronchique bacillaire, elle a donc permis de compléter le diagnostic.

Sur les corps étrangers du conduit auditif. — M. Courtade présente une collection de vingt-quatre corps étrangers extraits de l'oreille des malades, comprenant les objets les plus variés. Il montre les dangers de manœuvres inopportunes pour extraire ces corps étrangers et les inconvénients de l'emploi des pinces et des injections pour obtenir ce résultat. Quand on n'est pas sûr de pouvoir l'extraire, il vaut mieux s'abstenir que de se livrer à des manœuvres violentes et aveugles.

(1) *Journ. de pharm. et de chimie*, et *Union pharm.*, avril 1908, n° 4.

LIVRES NOUVEAUX

L'aphasie de Broca (1), par F. MOUTIER, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, licencié ès sciences.

La thèse de M. Moutier constitue un travail considérable et véritablement magistral, mettant au point d'une manière définitive une question qui passionne actuellement à juste titre tous les cliniciens.

Sans entrer dans le fond de la question qui sera traitée ici même prochainement avec l'importance qu'elle mérite, contentons-nous aujourd'hui d'indiquer les grandes lignes qu'a suivies l'auteur.

M. Moutier expose comment Broca et ses élèves comprenaient l'aphasie et comment de ce point de départ on arrive à la doctrine de son maître le professeur Pierre Marie. Passant en revue tout ce qui a été publié sur l'aphasie, il arrive à établir « qu'il n'existe en somme aucune observation probante en faveur de la localisation et des idées courantes sur l'aphasie. *Il faut que devant l'abondance absolue des faits contraires, dit-il, la théorie en cours ne puisse plus trouver dans le passé les preuves invoquées par elle* ».

Et M. Moutier soutient par des exemples multiples la doctrine de son maître, M. Pierre Marie, doctrine qui tient en trois lignes :

Aphasie de Broca = anarthrie + aphasie.

Aphasie de Broca = lésions de la zone lenticulaire + lésion de la zone de Wernicke.

L'aphasie est due à un trouble de l'intelligence générale et de l'intelligence spéciale du langage.

L'ouvrage de M. Moutier comprend trois parties : 1° l'historique ; 2° l'aphasie de Broca et sa localisation cérébrale ; 3° la nature et les symptômes de l'aphasie de Broca, étude clinique.

Des annexes et pièces justificatives, des observations personnelles en nombre considérable, une bibliographie très complète accompagnent ce bel ouvrage.

Les savants ne seront pas les seuls à apprécier l'œuvre considérable, précise et consciencieuse de M. Moutier ; les praticiens lui seront grand gré d'avoir terminé son travail par un lexique des termes employés dans la nomenclature des troubles du langage, termes qui ne leur sont pas toujours familiers, et de leur avoir ainsi facilité la lecture d'un ouvrage qui devra se trouver dans toutes les bibliothèques médicales.

G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance de la Société de l'Internat aura lieu le jeudi 30 avril, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. J. Jolly commencera, le mardi 28 avril, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à deux heures. S'inscrire d'avance au laboratoire, l'après-midi.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — M. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, fera, avec l'assistance des deux prosecteurs, MM. Descomps et Desmarest, une série régulière de conférences de médecine opératoire en douze leçons, qui commencera le mercredi 29 avril, à une heure et demie, et aura lieu tous les jours à la même heure.

L'accès à ces conférences est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux.

Un droit de 50 francs est exigé de tous les autres auditeurs.

Nombre d'élèves admis : 40 au maximum. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

— SEMESTRE D'ÉTÉ 1908. — *Cours et exercices de médecine opératoire spéciale. Opérations sur le foie, l'estomac, l'intestin et le rectum*, par M. Antonin Gosset, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Ce cours commencera le mardi 28 avril. Il aura lieu à trois heures, les mardis, vendredis et samedis.

I. Gastrotomie. Suture des plaies de l'estomac. Gastrostomies. — II. Gastro-entérostomies (antérieure, postérieure, en Y). — III. Gastrectomie. — IV. Plaies de l'intestin. Sutures de l'intestin; entérectomies et entéro-anastomoses. — V. Colostomie. Appendicectomie. — VI. Résection du segment iléo-cæcal, du côlon pelvien ; anastomoses colo-coliques; iléo-sigmoïdostomies. — VII. Incision des abcès de l'anus. Traitement des fistules anales. Cure radicale des hémorrhoïdes. Traitement du prolapsus rectal. — VIII. Les amputations du rectum ; résection partielle par voie para-sacrée ; extirpation périnéale ; extirpation abdomino-périnéale. — IX. Chirurgie générale du foie ; voies d'accès. Hépatopexie. Cholécystotomie. Cholécystostomie. — X. Cholécystectomie. Cholédochotomie. Cholécysto-entérostomie. Drainage des voies biliaires.

Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 francs pour les docteurs en médecine et de 50 francs pour les étudiants en médecine. Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — COURS D'ANATOMIE COMPARÉE. — M. Edmond Perrier, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le mardi 28 avril 1908, à deux heures, dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, 2, et le continuera les jeudis, mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera de l'évolution de la sexualité des caractères usuels et des organes internes de la reproduction chez les animaux.

Le laboratoire maritime du Muséum, à Saint-Vaast-la-Hougue, est ouvert du mois d'avril au mois de novembre; s'inscrire d'avance, l'après-midi, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55; auprès de M. R. Anthony, directeur-adjoint du laboratoire maritime.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 MAI 1908

THÈSES

Mercredi 6 mai 1908, à une heure. — M. GEORGIADE. La fièvre ondulante. (MM. Blanchard, président; Déjerine, Roger et Lœper.) — M. LAURANS. Des diplégies faciales au cours des polynévrites. (MM. Déjerine, président; Blanchard, Roger et Lœper.) — M. DUPONT. Contribution à l'étude des hématomes sous-cutanés dans les leucémies. (MM. Roger, président; Blanchard, Déjerine et Lœper.) — M. DURBIN. Les pneumothorax partiels et en particulier le pneumothorax interlobaire. (MM. Roger, président; Blanchard, Déjerine et Lœper.) — M. COULON. Du traitement des angiomes de la face et en particulier de leur extirpation au bistouri (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Lecène.) — M. PENOT. Contribution à l'étude des fractures vicieusement consolidées de l'extrémité inférieure du radius. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Lecène.)

Jeudi 7 mai, à une heure. — Mlle BOIRIVANT. La méningite chez les nouveau-nés. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Auvray et Nobécourt.) — M. CHASSAING DE BORREDON. Le kraurosis vulvæ et sa dégénérescence épithéliomateuse. (MM. Pozzi, président; Hutinel, Auvray et Nobécourt.)

(1) Th. de Paris, 1908. — Prix : 25 francs. — Paris, Steinheil.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 9, 29 fév. 1908.) Axisa : La sécrétion d'acide chlorhydrique dans les néphrites.

Medizinische Blatter. — (N° 8, 22 fév., et n° 9, 29 fév. 1908.) Von Kovorka : Scoliose lombagiquo.

Medical Record. — (Vol. LXXIII, n° 6, 8 fév. 1908.) Smith : Réactions du sang dans l'inflammation. — Barlett : Diagnostic préventif des stades ultimes de l'infection de l'appendice et de la vésicule biliaire. — Sohier Bryant : Structure de la trompe d'Eustache. — Alexandre Haig : Le facteur organique de l'hypertension sanguine. — Henry B. Dunham : Le début de la tuberculose au point de vue des sanatoria. — Pook van Baggen : L'emploi défectueux de la voix et son traitement. — Leonard Weber : L'influence favorable de petites doses d'arsenic et de bichlorure de mercure dans trois cas de maladie de Graves. — (N° 7, 15 fév.) R. C. Coffey : Quelle est la conduite à tenir dans le cancer très avancé du gros intestin. — Edward Davis : L'importance d'un diagnostic exact dans les maladies de l'œil est la principale raison pour laquelle les opticiens ne devraient pas pouvoir prescrire des verres. — Norburne B. Jenkins : La phtisie dans la vie à l'intérieur et la vie à l'extérieur dans les races isolées et les races cosmopolites. — (N° 8, 22 fév.) Adolphus Knopf et Arthur J. Huey : Quelques notes sur l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique de la laryngite tuberculeuse; quelques essais cliniques avec la méthode de traitement par l'hyperémie de Bier. — Edward B. Finch : L'urticaire. — Ellice Mc. Donald : La cystite chez la femme. Relation de quarante-cinq cas étudiés par la cystoscopie. — Albert Abrams : Les signes physiques de la tuberculose pulmonaire au début. — L. Klemptener : Carcinome de la fosse nasale droite et de l'antre d'Highmore. — Parker Worster : La mort subite dans la pneumonie ; ses causes et sa prophylaxie. — (N° 9, 29 fév.) Heinrich Stern : La sigmoïdite chronique. — Travis Gibb : L'hydrothorax cardiaque; relation d'un cas ayant nécessité 311 ponctions. — Alfred Gordon : Paralysie bulbaire, aiguë présentant un symptôme inaccoutumé. — Kopetzky : Symptômes caractéristiques des suppurations de l'oreille dans l'enfance et le jeune âge. — J. S. Price : Dangers afférents à l'intervention opératoire dans la salpingite gonococcique. — Dean Loree : L'anesthésie par l'éther.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 31 mars 1908.) Heilbronner : Délits d'ivresse et droit de punition. — Riedel : Contributions thérapeutiques à l'irradiation par lumière à arc dans les affections cutanées. — Stieda : Sur une complication rare après les interventions sur l'estomac. — Hart : Sur la persistance du thymus et sur la mort apoplectique par le thymus. Remarques sur les rapports entre la persistance du thymus et la maladie de Basedow. — Moritz : Sur l'histoire et la technique de l'orthodiagraphie. — Geissler : Sur le traitement du cardiospasme. — Höring : Sur la tendinite ossifiante traumatique. — Trespe : Un cas de démence post-traumatique avec manifestations concomitantes inaccoutumées. — Berliner : Sur le traitement de l'angine. — Flatau : Sur la stérilisation des gants de caoutchouc. — Schlbach : Sur un cas typique d'arrêt soudain des règles dans l'angine. — Kästle, Rieder et Rosenthal : Sur la question de l'application des rayons Röntgen. — (N° 14, 7 avril.) Moritz : Sur la diminution fonctionnelle du cœur. — Tabora : Sur l'alternance cardiaque et ses rapports avec le rythme bigéminé. — Kisch : Sur la mort subite dans les affections cardiaques. — Lehmann : Recherches sur la fumée de tabac. — Schlecht : Sur une méthode simple pour l'examen du pancréas chez l'homme sain et malade. — Dreyer : Sur l'examen du pus par le réactif de Millon. — Jochmann et Kantorowicz : Sur la connaissance des antiferments dans le sérum sanguin de l'homme. — Luik : Sur les réactions cutanées dans les inoculations avec les cultures tuées de bacilles typhiques, paratyphiques B et de coli. — Grœdel : Sur la preuve röntgénologique de l'ossification des cartilages costaux. — Frænkel et Much : L'agar au lait perhydraté, un nouveau milieu de culture. — Piorkowski : Un milieu de culture simple pour les gonocoques. — Brandts : Sur les rapports des ébauches de la lymphosarcomatose et de la tuberculose. Contribution à la cirrhose expérimentale du foie. — Hoffmann : Anesthésie durable dans le larynx tuberculeux. — Krusinger : La fibrolysine dans la pneumonie à défervescence retardée. — Hildebrandt : Schéma du tronc. — Hart : Sur la persistance du thymus et la mort apoplectique par le thymus (*suite*).

Pédiâtrie pratique. — (N° 3, 1er fév. 1908.) Dufestel : L'éducation physique à l'école primaire. — Emmet Holt : Quelques points de la tuberculose infantile. Fréquence et mode d'infection dans la tuberculose pulmonaire. Étude du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse. — (N° 4, 15 fév.) J. Gourdon : Nouvelle méthode de diagnostic et classification des scolioses des adolescents. — J. Dufestel : L'éducation physique à l'école primaire (*fin*). — (N° 5, 1er mars.) Mario Flamini : Un cas de stomatite et de septicémie gonococcique chez un enfant de deux ans. — Courmont et Chabier : Un cas de bacillose chez un fœtus issu de mère tuberculeuse. — Boulai : Le diagnostic des végétations adénoïdes.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 12, 19 mars 1908.) Entz : Sur la réaction de la peau à différents poisons bactériens. — Hamburger : Sur la valeur de la réaction de la piqûre après l'injection de tuberculine. — Fritz et Kren : Sur la valeur de la séroréaction de la syphilis d'après Porges-Meier et Klausner. — Wassermann : Sur le séro-diagnostic de la syphilis. — Krombholz : Recherches sur l'action désinfectante de l'autan. — Gara : Traitement des ankyloses articulaires graves par la fibrolysine. — (N° 13, 26 mars). Dœrr : Sur l'anaphylaxie. — Eisler : Sur la déviation du complément et la précipitation de la lécithine. — Stieffler : Paralysie multiple à la suite de ligature intra-utérine d'une extrémité supérieure. — Picker : Etudes cliniques sur le gonocoque. — Rosmant : Sur l'examen des sens des couleurs dans le service des chemins de fer et de la marine. — Klausner : Sur le séro-diagnostic de la syphilis. — (N° 14, 2 avril.) Chwostek : Sur la question de l'immunisation par la bouche. — Gluginski : Sur la question de l'excrétion des chlorures urinaires dans les affections du rein. — Von Jacksh : Leucémie et traitement par les rayons Röntgen. — Kretz : Remarques anatomiques sur un cas de leucémie. — Lorenz : Sur une forme particulière de myosite fibreuse progressive. — Ortner : Sur la clinique de l'accrétion et de la concrétion du cœur. — Sternberg : Sur la leucosarcomatose. — Salomon : Sur le diagnostic des affections pancréatiques. — Eppinger : Sur la pathogénie de l'ictère catarrhal. — Müller et Saxl : Sur la réplétion gastrique. Contribution à l'étude de la nature de l'atonie. — Rudinger : Sur la question de l'action vicariante de l'intestin dans la néphrite. — Hess et Saxl : Expériences sur les organes autolysants. — Boudi : Sur les lipoprotéides et la signification de la dégénérescence graisseuse des cellules. — Müller : Méthode pour la fixation de l'acidité du suc gastrique. — V. Neusser : La maladie de Bamberger. — V. Steijskal : Sur l'albuminurie orthostatique. — Fleckreder et V. Stejskal : Les processus empêchants dans le complexus réactionnel : érythrocytes, immunisérum et complément. — Kœssler et Neumann : Opsonines et grossesse. — Blum : Diagnostic fonctionnel des affections médicales du rein. — V. Schrötter et Weinberger : Sur la connaissance des colibacilloses des organes respiratoires. — Engling et Graesberger : Sur la connaissance de races non agglutinables de bacilles typhiques. — Jouesen : Note sur une affinité particulière des vaisseaux du rein pour l'adrénaline.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LISTE CONTROLÉE DES DIPLOMES DE MÉDECINS DÉLIVRÉS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES. — Grâce à l'activité si intelligente et si dévouée de M. le docteur Darras, secrétaire, le Conseil général de l'Association générale possède la liste contrôlée des diplômes de médecins (docteurs en médecine et officiers de santé) délivrés par les Facultés françaises depuis trente-cinq ans. La distinction entre les diplômes d'Etat et les diplômes d'université a été faite avec soin.

Ce travail considérable sera de la plus haute utilité aux médecins français.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel aura lieu le samedi 16 mai, à sept heures et demie, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le professeur Landouzy. Le prix de la souscription est fixé à 15 francs pour les anciens internes, et à 12 francs pour les internes en exercice.

Envoyer les adhésions à M. le docteur Verchère, 101, rue du Bac, à Paris.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE (25e année). — Fêtes jubilaires. — Dimanche 3 mai 1908, à dix heures : séance solennelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Réception des délégués.

L'après-midi, chacun se rendra individuellement à Saint-Germain-en-Laye.

A quatre heures : visite du musée et conférence de M. A. Terson sur les instruments des oculistes gallo-romains. Promenade sur la terrasse.

A six heures et demie : banquet par souscription au pavillon Henri IV (prix : 20 francs).

La Société sera heureuse de voir les familles congressistes participer aux fêtes jubilaires.

Une médaille commémorative sera offerte à tous les membres participants.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE EN 1908. — Le IIe Congrès de la Société internationale de chirurgie se tiendra à Bruxelles du 21 au 26 septembre 1908.

Voici les questions mises à l'ordre du jour : 1° Cancer; 2° Chirurgie du foie : 3° Anesthésie; 4° Chirurgie du pancréas; 5° Hernie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Henri Chassaing, ancien vice-président du Conseil municipal de Paris ; Robert Gestin, ancien directeur du service de santé de la marine, commandeur de la Légion d'honneur ; Alfred Riche, membre de l'Académie de médecine, directeur honoraire de l'administration des Monnaies, professeur honoraire de l'Ecole supérieure de pharmacie, officier de la Légion d'honneur.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — Asile Sainte-Anne. — M. le professeur Joffroy reprendra son cours de clinique des maladies mentales, le mercredi 6 mai 1908 à dix heures à l'asile Sainte-Anne, et les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE A L'USAGE DES PRATICIENS. — Des cours pratiques faits sous le patronage de l'Institut catholique de Paris par un groupe de médecins et chirurgiens des hôpitaux, d'anciens chefs de clinique, d'anciens internes et de praticiens spécialistes, auront lieu en mai et juin 1908, au cercle du Luxembourg.

L'inauguration des cours aura lieu au cercle du Luxembourg, le lundi 4 mai, à cinq heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au cercle, 18, rue du Luxembourg, tous les jours, dimanche excepté, de deux à six heures. Droit d'inscription : 20 francs.

CALCUL VÉSICAL

CYSTITE CALCULEUSE, CONSÉCUTIFS AU PASSAGE D'UN FIL DE LIGATURE A TRAVERS LA PAROI DE LA VESSIE

Par MARCEL SÉNÉCHAL,

Interne de la Maison départementale de la Seine (Nanterre).

Le 26 mars 1906, Mme B... (Marie), couturière, âgée de trente ans, entrait dans le service de M. E. Reymond, à la Maison départementale de la Seine.

Ses parents étaient bien portants. Elle avait sept frères et sœurs également en bonne santé. Une petite sœur est morte, âgée de douze jours, de maladie indéterminée.

Elle-même a été réglée à onze ans. Règles normales, non douloureuses, pertes blanches entre les règles.

A l'âge de quatorze ans, à la suite d'une chute par une fenêtre d'un premier étage, arrêt des règles pendant sept mois. Depuis ce moment, les règles ont toujours été normales et non douloureuses.

A vingt-trois ans, elle a un enfant, né à huit mois de gestation et mort. Suite de couches normales.

Poussée de rhumatisme articulaire aigu, durant deux mois et survenant au moment de son retour de couches (six semaines après l'accouchement). Pas d'autres maladies antérieures.

En juin 1906, la malade subit une perte de sang apparaissant au cours des règles habituelles. Le sang est mélangé de caillots. Pas de douleurs. Les règles redeviennent normales.

En janvier 1906, la malade s'inquiète de la persistance de pertes blanches, légèrement striées de sang. Elle va consulter un médecin qui d'abord prescrit des injections au formol et des toniques à l'intérieur. Pas d'examen gynécologique.

Elle revoit son médecin à la fin de janvier qui lui continue le même traitement.

Le 15 mars, la malade retourne voir son médecin, qui l'examine, prononce le mot de végétation et lui conseille de voir un chirurgien.

La malade entre dans le service le 26 mars.

A ce moment, rien de particulier à noter à l'examen des appareils respiratoire et circulatoire. Veines variqueuses au niveau des membres inférieurs.

Urines jaune clair. Pas de sédiments. Pas de phénomènes de cystite.

Pas de sucre. Assez notable quantité d'albumine. Tube d'Esbach, 0g50.

Appareil digestif : dyspepsie, lenteur des digestions. Dégoût des viandes et des graisses. Constipation légère.

Toucher vaginal pratiqué par M. E. Reymond le 28 mars 1906. Sur la paroi antérieure du vagin, on constate la présence d'une plaque rugueuse présentant des papilles très accentuées.

Le col, très volumineux, remplit le fond du vagin, qui se trouve évasé. Les bords sont renversés en dehors. L'orifice lui-même, difficile à trouver au milieu des productions néoformées, admet l'extrémité de l'index.

En avant, le pourtour du col est peu considérable. Il est très augmenté latéralement et en arrière.

Sa consistance est dure, noduleuse, friable. Nulle part cette consistance ne dépasse l'utérus et ne se retrouve dans le cul-de-sac vaginal. A gauche, les lésions sont le plus accentuées. Mobilité utérine en partie conservée. Le fond de l'utérus est senti difficilement à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Diagnostic. Epithélioma du col.

Opération le 31 mars.

Incision sous-ombilicale. Adhérences de l'épiploon, gras, avec la paroi abdominale antérieure. Utérus relativement libre. Salpingo-ovarite double. Adhérences.

Des adhérences antérieures, avec la vessie, remontant presque jusqu'au fond de l'utérus sont dégagées difficilement. Il en est de même pour le péritoine recouvrant la face postérieure de l'utérus et du vagin (feuillet antérieur du Douglas). Ouverture du vagin en avant. Incision circulaire du vagin. La brèche donne difficilement passage à la volumineuse tumeur du col.

Points séparés sur la tranche vaginale. Surjet péritonéal qui enfouit bien complètement la tranche vaginale.

Drainage intra-péritonéal de l'abdomen. Fermeture de la paroi en trois plans. Emploi unique de la soie.

Suites opératoires. — Très simples. L'albumine monte jusqu'à 6 grammes pendant les premiers jours après l'opération pour retomber à 1 gramme au vingt-troisième jour. Cependant la convalescence est troublée par une petite poussée phlébitique survenant du dixième au quinzième jour après l'intervention. Cette poussée phlébitique n'est accompagnée d'aucune ascension de température.

Nous revoyons la malade le 8 juin 1907. Elle vient se plaindre que depuis six semaines à deux mois environ, elle éprouve à la fin des mictions des douleurs assez vives, accompagnées de ténesme rectal : pollakiurie diurne et nocturne, mais les urines ne sont jamais troubles, la malade n'y a jamais vu aucune trace de sang. La malade nous raconte avoir été revoir son médecin quelques jours auparavant : celui-ci aurait enlevé un fil de soie au fond du vagin, au niveau de la cicatrice d'hystérectomie.

L'examen gynécologique ne révèle, au toucher, aucune induration ni sur les parois vaginales, ni au niveau de la cicatrice, aucun bourgeonnement suspect; au spéculum, on constate la présence d'un fil de soie perforant la muqueuse. Celui-ci est saisi, coupé aux ciseaux et enlevé.

Le 19 juin 1907, nous revoyons la malade. Elle nous raconte que la veille, après avoir éprouvé des douleurs vésicales encore plus intenses que précédemment à l'occasion d'un long parcours en tramway, en urinant, dès sa rentrée à son domicile, elle expulse, au milieu de douleurs extrêmes, un calcul de forme oblongue, du volume d'un petit haricot, qu'elle nous remet. On constate qu'un fil de soie est inclus dans le calcul et qu'une partie de ce fil n'a pas été recouverte par le sédiment calcaire. L'expulsion du calcul est accompagnée d'une urétrorragie légère. Depuis que la malade a uriné son calcul, les phénomènes de cystite ont disparu comme par enchantement.

Nous avons eu des nouvelles de la malade le 12 janvier 1908. Nous avons appris que son néoplasme est en voie de récidive vers la paroi postérieure du vagin. Celle-ci a cédé à l'envahissement du néoplasme et une fistule recto-vaginale est apparue depuis trois ou quatre mois. Depuis la date des accidents ci-dessus décrits, la malade n'a jamais plus éprouvé aucun trouble vésical. Actuellement encore ses mictions sont normales, quoique, au dire de son entourage, elle se trouve à l'ultime période de l'évolution de son épithélioma.

Nous avons appris depuis que la malade a succombé le 27 février à la suite de la généralisation du néoplasme à la cavité abdominale, dans un état de cachexie extrême.

A la lecture de cette observation deux points méritent de retenir l'attention :

1° Le passage d'un fil de soie de la tranche vaginale d'une hystérectomie à l'intérieur de la vessie de l'opérée;

2° La formation d'un calcul autour de ce fil de soie, formation suivie d'expulsion spontanée.

Rien n'est plus fréquent que de voir les corps étrangers séjournant dans la vessie s'incruster de dépôts divers donnant naissance à de véritables calculs, mais le fait intéressant réside dans la matière

elle-même du corps étranger et surtout dans le chemin qu'il a suivi pour pénétrer dans le réservoir urinaire.

En effet la dimension du fil de soie correspond exactement à celle qui était alors systématiquement employée dans le service pour les sutures des tranches vaginales au cours de l'hystérectomie totale.

Il est intéressant de souligner que les phénomènes de cystite calculeuse sont survenus en même temps qu'une élimination de soie vers le vagin, quatorze mois après l'intervention.

Il est remarquable également qu'aucun des points placés au niveau de la réfection des parois abdominales n'a présenté aucune tendance à l'élimination.

Enfin, au moment de l'élimination des soies vaginales, l'examen gynécologique a montré qu'il n'existait encore, à ce moment, aucune trace apparente de récidive néoplasique.

De plus, la récidive du cancer s'est effectuée exclusivement vers la paroi postérieure du vagin, ce que démontre l'apparition d'une fistule recto-vaginale, en l'absence de tout symptôme du côté de la vessie.

Par quel mécanisme le fil de soie a-t-il pu franchir la paroi vésicale ?

Le 2 juillet 1892, M. E. Reymond présentait à la Société de biologie, au nom de M. le professeur Guyon et au sien propre, une vessie de lapin provenant d'une expérience réalisée au cours de recherches systématiques sur les cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois (1) et que nous allons rappeler brièvement.

Au point où le péritoine du petit bassin quitte la vessie pour gagner la paroi pelvienne et sous le péritoine, M. Reymond a fait un ensemencement à l'aide d'une culture d'urobacillus liquefaciens. Ligature de la verge de l'animal qui a pour but, en déterminant une rétention d'urine, de mettre la vessie en état de moindre résistance. Dix-huit heures après, ablation de la ligature. Présence d'urobacillus dans l'urine. L'animal est sacrifié sept jours après le début de l'expérience. Réaction de péritonite plastique dans le petit bassin, au niveau de l'ensemencement, mais sans trace de suppuration. La vessie présente deux points de cystite localisée. En un point, la muqueuse est à peine exulcérée. Au niveau de l'autre point existe une ulcération d'un centimètre de diamètre, entourée d'une couronne inflammatoire rouge très vif. « L'ulcération est masquée par une masse calcaire grosse comme un noyau de cerise, jaune, très adhérente à la plaque ulcéreuse. » A aucun moment la culture du sang de l'animal n'a donné aucun résultat positif. L'examen histologique de la paroi vésicale correspondant d'un côté au lieu d'ensemencement, de l'autre à l'ulcération de la muqueuse, donne les résultats suivants : épaississement très marqué de la couche celluleuse extérieure au réservoir urinaire, masses de tissus sphacélés entourés de leucocytes bien vivants. Les faisceaux musculaires sont augmentés de volume par places, en même temps qu'ils se colorent mal et gardent une teinte feuille morte. Le tissu cellulaire qui sépare les faisceaux est plus développé, infiltré de leucocytes. Portions sphacélées et traînées leucocytaires dans le tissu cellulaire sous-muqueux. La muqueuse, ou bien manque complètement, ou bien est très amincie au niveau de l'ulcération.

(1) E. Reymond. *Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois* (prix Civiale), 1892-1893.

Il nous a paru intéressant de rapprocher cette expérience de notre observation.

En effet les classiques reconnaissent à la présence des corps étrangers de la vessie une des trois étiologies suivantes :

Effraction à la suite d'un traumatisme ;
Cheminement à travers les voies naturelles ;
Ouverture ulcérative des parois vésicales.

Les deux premiers modes de pénétration peuvent être écartés d'emblée dans le cas qui nous occupe.

Peut-on proprement parler d'ouverture ulcérative des parois vésicales ? De la lecture des ouvrages qui étudient la question, il semble résulter que les auteurs rangent dans ce processus « les ulcérations mettant la vessie en communication avec les viscères voisins (rectum, intestin) ou avec des productions pathologiques développées dans ses environs [kystes de l'ovaire, abcès, etc. (1)] ».

Or, dans le cas présent, il semble que le fil de soie, probablement infecté par son contact avec le vagin, a émigré lentement et a suivi un chemin analogue, par un mécanisme semblable, à celui par lequel l'urobacillus de l'expérience de M. E. Reymond a franchi la paroi vésicale.

Mais dans l'un comme dans l'autre cas, la paroi de la vessie n'a pas subi une effraction totale et brusque comme elle se produit dans les cas de *communication avec les viscères voisins*, ou *les productions pathologiques développées dans ses environs*. Peut-être, pour poursuivre l'analogie, une plaque de cystite s'est-elle formée au niveau de la sortie du fil dans la vessie. Cette conception serait assez vraisemblable et expliquerait la formation rapide du calcul autour de la soie. Le fait de la *pollakiurie nocturne* relevée dans l'observation indique suffisamment qu'il y a eu cystite *vraie*. Cette cystite a été transitoire, et a guéri spontanément lors de l'expulsion du calcul. Ce fait concorde avec l'opinion du professeur Guyon, à savoir que la cystite ne peut se développer que lorsque l'une des conditions suivantes se trouve réalisée : traumatismes étendus de la muqueuse, congestion ou rétention.

LE PAIN OU GATEAU D'AMANDES

DANS L'ALIMENTATION DES DIABÉTIQUES

Par le docteur LE GOFF,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Lorsqu'on établit le régime alimentaire d'un diabétique, on se trouve souvent amené à supprimer le pain ordinaire, afin de réduire la ration d'hy-

(1) Pousson. *Précis des maladies des voies urinaires*, 1904, 2e édit., p. 565.

drates de carbone. On recommande alors les pommes de terre ou les différents pains de gluten, de légumines, etc. Au bout de peu de temps, le malade se lasse et réclame avec insistance un aliment meilleur.

Depuis quelques années, je prescris de temps en temps à certains diabétiques de remplacer le pain ordinaire par le pain ou gâteau d'amandes, que chaque malade peut préparer chez lui, aussi facilement qu'un rôti ou un pudding quelconque. Il me paraît utile d'appeler de nouveau l'attention des diabétiques sur ce mode d'alimentation rationnelle.

Toute l'année on trouve dans le commerce des amandes douces desséchées (1), aussi facilement que les haricots, le riz, les lentilles.

Le biscuit d'amandes a été conseillé depuis longtemps par Pavy. Cependant en France, les auteurs qui ont étudié l'alimentation des diabétiques ont presque passé sous silence ce produit, qui est, dans certains cas, d'une grande ressource pour les malades. Dans les ouvrages les plus récents, comme : *Maladies de la nutrition*, par H. Richardière et J.-A. Sicard, et la thèse de Louis Chauvois : *L'alimentation hydrocarbonée chez les diabétiques* (1907), on ne trouve même pas la composition chimique des amandes. Il semble qu'on ait porté toute son attention sur le pain de gluten, mis en honneur par Bouchardat, ou la farine d'avoine recommandée par Von Noorden. Le sud de la France et l'Espagne fournissent cependant tous les ans une quantité considérable d'amandes utilisées pour différentes pâtisseries et les célèbres nougats français si appréciés dans le monde entier !

La faible proportion d'hydrates de carbone que contient l'amande douce, mérite d'être signalée. Voici, d'après König, la composition exacte de 100 grammes d'amandes douces :

Eau	5g39
Matières albuminoïdes	24,18
Matières grasses	53,68
Hydrates de carbone	7,23
Cellulose	6,56
Cendres	2,96

La quantité énorme de matières grasses que l'on y trouve, soit plus de la moitié du poids total, fait de l'amande un aliment de choix pour les diabétiques présentant de la polyphagie (2).

La faible proportion d'hydrates de carbone, soit 7 p. 100, ne se rencontre dans aucun autre aliment recommandé aux diabétiques. D'après Armand Gautier (3) le pain dit de gluten, le pain d'Ebstein contiennent jusqu'à 25 p. 100 d'amidon, la pomme de terre plus de 20 p. 100, la farine d'avoine près de 66 p. 100. Certaines spécialités du commerce ne diffèrent du pain ordinaire que par l'adjonction de graisse, d'huile, de beurre ou de farines diverses.

Il existe de nombreux procédés de fabrication de biscuits d'amandes.

Seegen (4) indique le procédé suivant qui est compliqué et fournit un gâteau indigeste. Pulvérisez finement un quart de livre d'amandes douces (on peut faire usage de la farine d'amande) ; mettez la farine obtenue dans une poche de toile, que vous plongez pendant un quart d'heure dans de l'eau bouillante additionnée de quelques gouttes de vinaigre. Cette opération enlève la petite quantité de sucre qui existe dans les amandes. Mélangez ensuite la pâte d'amande avec 90 grammes de beurre, deux œufs, trois jaunes d'œufs et un peu de sel. Battez séparément 3 blancs d'œufs et ajoutez au mélange précédent. Divisez en gâteaux et faites cuire au four.

Saundby (1) donne la formule suivante qui est plus simple. Prendre une livre de farine d'amandes, 4 œufs, 2 cuillerées à soupe de lait et une pincée de sel. Faire une pâte que l'on répartit en douze moules et que l'on fait cuire au four pendant quinze minutes. Par ces deux procédés ce sont de petits biscuits que l'on obtient.

Je recommande le pain ou gâteau d'amandes formé de croûte et de mie, préparé de la façon suivante :

Dans un mortier en marbre ou en porcelaine, on pile, aussi finement que possible, 200 à 250 grammes d'amandes douces mondées (environ une demi-livre). On obtient une sorte de pâte dans laquelle on fait tomber deux œufs. On triture le tout de manière à avoir un mélange intime et homogène que l'on dispose dans un moule en fer blanc de 10 centimètres de diamètre et enduit de beurre intérieurement. On porte dans le fourneau de cuisine et on fait cuire pendant vingt minutes.

On obtient un gâteau de 300 grammes environ bien suffisant pour un ou deux repas.

Suivant le goût particulier de chaque diabétique, on ajoute un peu de sel, ou l'on peut aromatiser à l'essence de citron, à la vanille (une pincée de vanilline suffit). Je ne conseille pas l'addition de lait, de beurre ou de saccharine.

Je recommande d'ajouter à la pâte d'amandes, 2 grammes de bicarbonate de sodium et un gramme d'acide tartrique, ou encore quelques pincées d'une poudre que l'on trouve dans le commerce sous le nom de « baking powder ». De cette façon, sous l'influence de la chaleur, le gâteau d'amande *lève* un peu comme le pain ordinaire.

D'après certains auteurs, les biscuits d'amandes sont indigestes, mais le gâteau obtenu suivant ma méthode n'a pas cet inconvénient. On en facilite d'ailleurs la digestion en prenant comme boisson du vin de Bordeaux rouge vieux et l'on complète le repas par un grog chaud ou un verre de bon cognac. Le gâteau d'amandes peut être préparé par une cuisinière, aussi facilement qu'une crème quelconque. Pour monder les amandes, on les plonge dans l'eau bouillante un instant, l'enveloppe se sépare alors avec la plus grande facilité.

La pulvérisation, qui est assez pénible, se trouve de beaucoup facilitée, si l'on a soin de passer, au préalable, les amandes au moulin ou au hachoir; on obtient ainsi une sorte de farine que l'on triture au mortier.

(1) Le kilo coûte environ 2 francs.

(2) Je signale de plus l'influence favorable des huiles d'origine végétale sur la nutrition des diabétiques ; cette action encore inexpliquée a fait la vogue de quelques spécialités pharmaceutiques.

(3) Armand GAUTIER. *L'alimentation et les régimes.*

(4) SEEGEN. *Der Diabetes mellitus.*

(1) SAUNDBY. *Birmingham med. Rev.*, 1893, p. 275.

Dans la formule que je viens de donner, on peut remplacer 125 grammes d'amandes par deux ou trois cuillerées à soupe d'eau bouillie; dans ce cas, on supprime un œuf.

Le pain ou gâteau d'amandes est un aliment agréable au goût, extrêmement peu riche en sucre, que l'on peut d'ailleurs éliminer en immergeant, dans l'eau bouillante acidulée par le vinaigre ou l'acide tartrique, la pâte d'amandes avant l'addition des œufs.

Il convient aux diabétiques dans les périodes de glycosurie intense et surtout dans les cas de polyphagie qui se concilieraient difficilement avec la suppression du pain et des amylacés.

La facilité avec laquelle on le prépare, permettra sans doute de l'adopter chaque fois que le malade se refusera à prendre l'un des autres produits que l'on substitue d'habitude au pain ordinaire.

MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LA SCARLATINE

D'après M. Lian (1).

Au cours de la période aiguë des maladies infectieuses, une grande quantité de produits toxiques s'accumulent dans l'organisme; mais lors de la chute de la température, ils sont brusquement et complètement éliminés dans une crise polyurique. Aussi avant la défervescence, l'alimentation doit-elle être aussi peu toxique et aussi diurétique que possible. C'est pourquoi le lait était universellement considéré comme l'aliment de choix dans toutes les maladies infectieuses pendant leur phase fébrile. Toutefois, dans certaines affections comme la fièvre typhoïde, la longue durée de l'hyperthermie avait justifié le recours à une alimentation plus réparatrice. Mais dans la scarlatine, où la température retombe rapidement à la normale, le régime lacté était ordonné pendant la période aiguë par tous les médecins. Bien plus, on l'employait encore après la cessation de la fièvre, dans l'espoir de prévenir ainsi l'apparition d'une néphrite, complication redoutée dans la convalescence de la scarlatine. Les malades étaient ainsi soumis à la diète lactée deux à trois semaines, puis ils commençaient à manger; encore s'agissait-il le plus souvent d'essais timides; d'abord des potages au lait, puis des légumes et plus tard seulement de la viande.

Mais les travaux de MM. Achard et Widal, en montrant le rôle des chlorures dans l'alimentation au cours des néphrites, eurent une répercussion sur la diététique de la scarlatine. C'est ainsi que M. Dufour, rompant avec les habitudes classiques, prescrit dès le début de cette affection le régime suivant : lait, œufs, viande, poisson, légumes frais; mais la quantité de sel est exactement pesée et ne dépasse pas 4 grammes. Toutefois, « les malades, présentant de l'albuminurie fébrile du début, sont mis au lait pour le principe et peut-être, ajoute-t-il, sans grande utilité, car le jour même où l'urine examinée quotidiennement ne contient plus de traces d'albumine, ils reçoivent une alimentation solide. »

Puis, M. Dopter soumet ses malades « au régime déchloruré dès qu'ils réclament à manger, en général au moment de la défervescence », et sur 105 scarlatineux, il n'observe pas un cas d'albuminurie secondaire. De même MM. Guinon et Faber préconisent le régime déchloruré dès la chute de la température. D'autre part M. Cordouan (Th. de Paris, 1907) prescrit le régime ordinaire normalement chloruré à toutes les périodes de l'affection, car il n'a jamais observé de rétention chlorurée dans la scarlatine.

(1) C. Lian. De la valeur diététique et de l'action thérapeutique de différents régimes alimentaires dans la scarlatine, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov. 1907.

Ces méthodes nouvelles n'ont pas été admises par tous les médecins. Aussi à l'heure actuelle le régime lacté intégral, l'alimentation solide achlorurée, faiblement ou normalement chlorurée, se partagent les préférences dans la diététique de la scarlatine.

Le travail de M. Lian apporte un jour nouveau sur cette question si discutée.

Ayant pu suivre un grand nombre de scarlatineux dans le service de son maître M. Pierre Teissier, M. Lian s'est efforcé de chercher dans l'observation attentive des malades, quel était le régime alimentaire à employer de préférence dans la scarlatine. Son travail très intéressant et très consciencieux l'amène à formuler ainsi la diététique qu'il est indiqué de suivre dans la scarlatine.

« A la période d'état : régime lacté absolu.

Dès le début de la convalescence :

a. Si les urines ne sont pas albumineuses on peut prescrire le régime ordinaire à condition d'exercer une surveillance minutieuse du malade. Il serait plus prudent dans tous les cas d'ordonner le régime déchloruré jusqu'au vingt-cinquième jour, puis le régime hypochloruré et enfin l'alimentation ordinaire.

b. Si les urines sont albumineuses, régime lacté jusqu'à disparition de l'albumine, et successivement régime déchloruré, hypochloruré et normalement chloruré. Le médecin s'inspirera de l'état général du malade pour prescrire plus ou moins tôt le régime déchloruré.

Dans la néphrite scarlatineuse tardive : si les œdèmes sont notables, diète lactosée de vingt-quatre heures, puis régime déchloruré; sinon régime lacté absolu, auquel on substituera plus ou moins rapidement le régime déchloruré. »

M. Lian termine en concluant avec M. Dufour « qu'on peut, en examinant journellement les urines et en maniant l'alimentation solide, le sel et le lait suivant les circonstances, traiter plus avantageusement que par le passé les scarlatineux, la néphrite de la scarlatine et obtenir de meilleurs résultats qu'avec le régime lacté intégral ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 28 avril 1908)

M. le Président annonce la mort de M. Riche, ancien président de l'Académie, et, après avoir fait l'éloge du savant professeur de chimie, lève la séance en signe de deuil.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les infections mixtes dans la fièvre typhoïde. (F. Port. *Deuts. med. Wochens.*, 26 mars 1908, n° 13, p. 547.) — La pratique étendue de l'ensemencement du sang dans la fièvre typhoïde a montré que les infections secondaires sont assez peu fréquentes au cours de cette maladie. Port, dans diverses statistiques publiées, n'a trouvé mentionnés que 27 cas certains d'infections mixtes sur 1018 cas de fièvre typhoïde examinés bactériologiquement pendant la vie. Il en a recueilli dans la littérature récente 11 autres observations incontestables rapportées en dehors de toute statistique.

Port a eu lui-même l'occasion d'observer quatre cas d'in-

fection mixte. Le premier cas concerne une fièvre typhoïde avec broncho-pneumonie : dans le sang prélevé pendant la vie coexistaient le bacille d'Eberth et le pneumocoque. Ce cas était caractérisé par une gravité extrême de l'état général, de la somnolence, un hoquet permanent, des pétéchies et une leucocytose très élevée. Le malade mourut et l'autopsie montra une broncho-pneumonie bilatérale.

Dans deux autres cas, la culture du sang donna, pendant la vie, un bacille d'Eberth et un staphylocoque doré. Les deux malades présentaient une adynamie profonde, de l'ictère, du purpura. La mort survint et l'autopsie montra la présence d'abcès miliaires dans presque tous les organes et de lésions d'endocardite.

Le quatrième cas rapporté par Port serait une infection mixte à bacilles d'Eberth et à colibacille. Malheureusement le sang n'a été ensemencé qu'après la mort et cette observation ne peut être retenue.

Port insiste sur le peu d'intensité des lésions des plaques de Peyer dans les cas d'infection mixte observés par lui.

Il recommande lorsque certains symptômes tels que l'ictère, le purpura, des manifestations pulmonaires importantes, une leucocytose élevée peuvent faire penser à une infection mixte au cours d'une dothiénentérie, de ne pas ensemencer le sang dans des tubes de bile : ce milieu, très favorable au bacille d'Eberth, détruit le pneumocoque et le streptocoque, et entrave notablement le développement du staphylocoque. Il vaut mieux dans ces cas ensemencer le sang en gélose, comme Schottmüller, ou en ballons de bouillon comme Castellani.

A. LEMIERRE.

MEDECINE INFANTILE

Un cas de folie du jeune âge. (Rasmus. *Jahr. f. Kind.*, sept. 1907, p. 326.) — Un enfant du sexe féminin, âgé de près de deux ans, est admis à l'hôpital le 25 juillet 1906. On constate à ce moment qu'il est assez bien développé, mais qu'il présente quelques troubles digestifs : selles liquides et fréquentes, météorisme intestinal et de nombreux stigmates de dégénérescence : microcéphalie, hypertrichose, etc. Dans les semaines qui suivirent son entrée, survint une entérite aiguë graves qui ne tarda pas à se compliquer de bronchite.

Le *2 août*, première attaque d'éclampsie, à la suite de laquelle on remarqua que l'enfant cherchait à détruire tous les objets dont il pouvait s'emparer; il passait en particulier son temps à effilocher des rouleaux de pansements, des bandes de gaze, et à mettre en pièces des objets en caoutchouc, puis à en dévorer les fragments. Aussi les selles contiennent-elles de nombreux corps étrangers qui provoquent des troubles digestifs divers, ce qui n'empêche pas le bébé de se jeter précipitamment sur la nourriture; ses repas sont interrompus par de violents accès de rage.

Le *15 octobre*, profitant d'un moment où il n'était pas surveillé, l'enfant avale une partie de la tétine de son biberon, laquelle est bientôt rejetée en partie par les vomissements, en partie par les selles.

En *novembre* il commence d'abord à intervalles espacés, puis de plus en plus rapprochés, à se barbouiller de matières et à dévorer ses excréments.

Le *30 novembre* survint une rougeole compliquée d'otite moyenne et de pneumonie grave; *pendant toute cette période, et jusqu'à la chute de la fièvre survenue le 24 décembre, tous les troubles psychiques* que nous venons de décrire *disparaissent*. Au début de *janvier 1907*, les accès de colère et les actes de folie font leur réapparition. L'enfant passe son temps à s'arracher les cheveux et à les avaler; aussi retrouve-t-on dans ses matières de volumineux égagropiles.

Le *7 février*, il vomit son repas du soir, et, dans les matières vomies, on découvre un morceau d'emplâtre gros comme le pouce. Le bébé s'efforce aussitôt de réavaler ce qu'il vient de vomir. Dans la suite, on remarque que presque à toute heure, il régurgite de petites quantités d'aliments pour les réingérer à son aise : cet acte paraît lui causer un véritable plaisir.

Le malade est soumis à l'opothérapie thyroïdienne, mais celle-ci n'est pas continuée assez longtemps pour donner des résultats décisifs; il est alors emmené dans une autre division, où l'on constate, *au début de mars*, qu'il présente l'ensemble des troubles considérés par Emminghaus, comme caractéristiques de la folie du jeune âge.

En somme, il s'agit, dans ce cas, d'une psychose apparue à la fin d'une gastro-entérite aiguë grave; ressortit-elle à l'imbécillité ou à la démence? En faveur du premier diagnostic, on peut faire valoir l'existence de tares héréditaires (le père est alcoolique, la mère hystérique), l'existence de violents accès de colère; en faveur de la démence, le fait que les accidents sont apparus à la suite d'une gastro-entérite, etc. La question, on le voit, ne peut pas être définitivement résolue; mais, en tout cas, il faut signaler la disparition momentanée des troubles au cours de la rougeole.

L'auteur insiste sur la rareté de faits de ce genre qu'ont étudiés Bohn, Emminghaus et Ziehen. A ces noms, il aurait pu ajouter ceux de Delasiauve (*Ann. méd.-psychol.*, 1855, L, p. 527), de Le Paulmier (Th. de Paris, 1856), de Morel (*Ann. méd.-psychol.*, 1870, II, p. 260-269), de Compayré (*Revue philosophique*, déc. 1880), et rappeler le chapitre que M. Bernard Pérez, dans son livre sur les *Trois premières années de l'enfant* [6e édit., p. 187 (1)] a consacré à cet intéressant sujet.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Résection de l'estomac cancéreux. (René Leriche. *Lyon méd.*, n° 11, 15 mars 1908, p. 592.) — M. Leriche vient de revenir à la Société nationale de médecine de Lyon sur les excellents résultats éloignés que donne la résection de l'estomac cancéreux. Confirmant ce qu'il avait déjà écrit à ce sujet dans la *Revue de médecine*, il a pu relever 146 cas de survie datant de plus de trois ans, sans récidive. Parmi ces cas, le plus ancien date de seize ans et trois mois, 8 datent de dix années au moins, 48 de cinq années au minimum.

Le jour où les chirurgiens voudront se résigner à toujours faire plus qu'il ne paraît nécessaire, les récidives deviendront moins fréquentes.

M. Leriche conclut donc que la gastrectomie doit être l'opération de choix pour tous les cancers gastriques, quand elle est localement possible. Cette possibilité tient à la précocité du diagnostic.

L. GAYARD.

Gastrectomie pour cancer. (Delore et Thévenet. *Lyon méd.*, n° 11, 15 mars 1908, p. 603.) — Il s'agit de deux malades qui confirment l'opinion de M. Leriche relatée plus haut. Le premier est remarquable par le résultat immédiat de l'opération. Il a en effet engraissé de 26 kilos dans les vingt jours qui ont suivi la gastrectomie. Le deuxième malade opéré il y a cinq ans d'un néoplasme de la région prépylorique est parfaitement guéri et ne présente aucune trace de récidive.

L. GAYARD.

Kyste dermoïde de la face. (J. Shelton Horsley. *Annals of Surgery*, nov. 1907, vol. XLVI, n° 5, p. 716-720.) — L'intérêt du cas réside dans la situation du kyste, dans son volume, les kystes de l'ovaire étant les seuls kystes dépassant ordinairement la dimension d'un œuf de poule; et enfin la démonstration de l'innocuité du clamp de Crile pour effectuer l'hémostase temporaire des gros vaisseaux.

Deux ans avant l'apparition du kyste, la mâchoire inférieure fut fracturée. Le développement de la tumeur fut progressif; quand elle eut atteint un certain volume apparurent des douleurs névralgiques de compression des branches du triju-

(1) Paris, Alcan.

meau. Pas de paralysie faciale. Le diagnostic porté fut sarcome.

Avant l'extirpation, on mit à nu la carotide primitive et on posa sur elle un champ de Crile à mors caoutchoutés. L'extirpation, avec une partie du plancher de l'orbite, l'os malaire, et la peau adhérente s'effectua ensuite sans perdre plus de 30 grammes de sang. La carotide externe fut ensuite liée de façon permanente et le champ de Crile enlevé.

L'opéré alla bien pendant les premiers jours, mais une pneumonie de déglutition se déclara et il mourut une semaine après l'opération. L'autopsie montra que l'endartère de la carotide n'avait pas souffert à l'endroit de la compression.

La masse enlevée mesurait 25 centimètres, sur 8 et 10. L'examen histologique montra une structure analogue à celle d'un kyste dermoïde, sauf l'absence du revêtement épithélial qui y est si fréquent.

F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel du candidat aux examens de chirurgien-dentiste (1), par le docteur Edouard FRITEAU, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Je n'ai pas la prétention d'apprécier la partie spéciale du livre que vient de publier le docteur Friteau, mais elle doit être excellemment traitée, si je m'en rapporte au reste de l'ouvrage. Les notions élémentaires d'anatomie et de physiologie, de pathologie, de thérapeutique et d'hygiène qui occupent une large part du volume, sont une merveille de concision, de clarté et d'exactitude. Certains chapitres d'ailleurs, comme celui qui est consacré aux maladies de la bouche et de ses annexes, se ressentent de la compétence particulière de l'auteur et sont marqués au coin d'une expérience clinique considérable; en les écrivant notre confrère n'aura pas rendu service aux seuls chirurgiens-dentistes, mais encore aux médecins.

J'en dirai autant de toute la partie relative aux anesthésiques et à l'anesthésie où l'on trouvera tous les renseignements et tous les conseils pratiques nécessaires.

L'anesthésie par le chlorure d'éthyle notamment, dont le docteur Friteau a une si longue et si grande habitude, est étudiée de main de maître, et tous ceux qui voudront employer ce procédé si commode et si sûr feront sagement de se reporter aux indications que donne l'auteur.

Le manuel du docteur Friteau est un livre que tout médecin fera bien d'avoir dans sa bibliothèque car il aura fréquemment l'occasion d'y recourir pour une foule de renseignements spéciaux.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Influences modificatrices de l'évolution tuberculeuse. Recherches expérimentales (2), par MM. LANNELONGUE, ACHARD et GAILLARD.

Depuis plusieurs années, MM. Lannelongue, Achard et Gaillard ont entrepris l'étude expérimentale des conditions qui affaiblissent ou fortifient la résistance de l'organisme à l'infection tuberculeuse. Cette étude est loin d'être superflue, car si l'observation clinique fournit sur cette question des renseignements de grande valeur, elle n'en a pas moins le désavantage d'offrir au pathologiste des faits souvent très complexes, tandis que l'expérimentation sur l'animal simplifie le problème en isolant chacune des conditions dont il s'agit de préciser l'effet.

On trouve réunies dans cet opuscule une série de communications faites dans les Sociétés savantes et les Congrès.

(1) In-8 de 1043 p. avec 301 fig. dans le texte. — Prix : 12 fr. — Paris, O. Doin.

(2) In-8 de 83 p. — Prix : 2 francs. — Paris, Masson et Cie.

Elles étudient l'action du traumatisme et des mouvements articulaires sur la localisation du processus tuberculeux, et l'influence exercée sur la marche de la tuberculose par les climats, par la température extérieure, par les poussières de l'air, par la fatigue et l'alimentation insuffisante, les régimes alimentaires, l'alcool introduit par diverses voies. Enfin d'autres recherches portent encore sur l'influence du terrain et sur des tentatives de sérothérapie destinées à accroître la résistance de ce terrain.

Malgré leur caractère expérimental, ces recherches sont susceptibles de conduire à des déductions pratiques. Elles ont modifié, notamment, les idées classiques sur les rapports du traumatisme et de la tuberculose et elles ont apporté des données fort utiles dans l'appréciation toujours délicate des accidents du travail.

Elles sont enfin d'un très haut intérêt, non seulement pour le pathologiste, mais aussi pour le praticien et pour l'hygiéniste, tant que manquera le remède spécifique propre à guérir le mal ou à le prévenir.

L. GAYARD.

Introduction physiologique à l'étude de la philosophie (1), par J. GRASSET.

Ce livre est un recueil de conférences sur la physiologie du système nerveux de l'homme faites aux étudiants de la Faculté des lettres de Montpellier. Mais la lecture en sera aussi profitable aux médecins et étudiants en médecine qui y trouveront un résumé des notions classiques sur cette partie de la physiologie avec les théories personnelles et les idées originales du professeur Grasset.

L. BABONNEIX.

La vie hygiénique. Règlement de chaque jour. Hygiène générale. En pension (2), par le docteur Victor PAUCHET (d'Amiens).

Le docteur Pauchet s'est proposé de condenser en un tableau aussi clair et réduit que possible les règles essentielles de la pratique quotidienne et rationnelle de la vie. Ce tableau, facile à placer et d'une lisibilité parfaite, a sa place toute marquée, non seulement dans chaque famille, mais aussi et surtout dans les établissements et les organisations qui ont charge d'existences. Tout un paragraphe leur est d'ailleurs consacré. Il leur rendra de grands services.

L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS : GRIPPE, PNEUMONIE, PLEURÉSIE, RHUMATISME ET AUTRES MALADIES INFECTIEUSES.

(Où elle peut être indiquée pour relever la circulation languissante, tonifier le myocarde, éliminer les poisons de l'organisme, par la diurèse.) — Un granule à 1/4 de milligr. de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution à 1/1000e, pendant 4 jours. Ou un granule à 1/10 de milligr. de digitaline Nativelle ou V gttes de solution à 1/1000e, pendant dix jours.

(1) In-16 avec 47 fig. — Paris, Alcan.

(2) In-8. Un tableau mural (67 × 55). — Prix : en feuilles, franco, 0 fr. 50; monté sur carton, 1 fr. 50, port et emballage en sus, 1 fr. 50. — Paris. Paulin et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 28 mars 1908.) HENRIJEAN : Emploi continu de la digitale à petites doses.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Avril 1908.) J. BRAULT : L'hygiène et la pathologie des femmes et des enfants indigènes en Algérie. — RUDORFF : Conditions hygiéniques pour l'obtention d'un bon lait. — THOINOT et SOCQUET : La seconde affaire Weber.

Archives de médecine navale. — (N° 3, mars 1908.) VALENCE : Etude sur les mensurations faites sur les élèves de l'Ecole navale. — GAILLARD : Rapport sur les cas de fièvre typhoïde traités à l'hôpital de Saint-Mandrier pendant les mois de juillet, août et sept. 1907. — DEFRESSINE : Rapport sur les expériences de désinfection effectuées au moyen du *fumigator* à l'hôpital maritime de Lorient. — GAZEAU : La tuberculose à bord du *Desaix*. — THÉMOIN : Le service de santé de la marine russe pendant la guerre russo-japonaise. — (N° 4, avril.) CHASTANG : Les manifestations oculaires au cours du paludisme. — FOUCAUD : Quatre cas de méningite cérébro-spinale traités par les abcès artificiels. — MOULINIER : Un cas de réaction paradoxale de la pupille à la lumière chez un sujet atteint d'*abcès du cervelet*. — THÉMOIN : Le service de santé de la marine russe pendant la guerre russo-japonaise (*suite*). — GUÉGUEN : Etude du *Ptilota plumosa*, algue appartenant à la classe des Floridées recueillies sur le corps d'un noyé. — LE MÉHAUTÉ : Instruction définitive pour l'examen de l'activité visuelle et du sens chromatique à l'aide du chromo-optomètre.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (15 avril 1908.) MORICHAU-BEAUCHANT : Torticolis mental, guérison par le traitement rééducateur. — MESMAIN (d'Auxances) : Réflexions cliniques sur la volonté dans la neurasthénie moyenne. — F. RAMBAUD : Un cours d'accouchements en 1790. — M. PIERRE : Vertige labyrinthique accompagné d'état psychique. Guérison par ponction lombaire.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVIII, n° 10, 5 mars 1908.) Malcolm. STORER : Le traitement chirurgical des affections diverses d'après les modifications que leur apporte la grossesse. — Thomas ORDWAY : Un cas de dilatation aiguë de l'estomac et du duodénum chez un malade moribond, simulant une péritonite généralisée terminale (avec 3 fig.). — James F. BALLARD : La librairie du *Boston médical*. Passé, présent, futur. — Howard A. LOTHROP : Luxation du genou en avant (avec 1 fig.). — (N° 11, 12 mars.) J. W. GOURTNEY : Pathogénie et nature de l'hystérie; un conflit de théories. — J. Payson CLARK : Rétrécissement de l'œsophage dilaté sous l'œsophagoscopie. Une observation. — Richard F. CHASE et John T. BOTTOMLEY : Un cas de symptômes stomacaux graves d'origine réflexe. — Malcolm MACKAY et Windsor MILLS : Un cas de conjonctivite prolongée à la suite de l'ophtalmo-réaction de Calmette.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 mars 1908.) A. ROBIN : Traitement de la fièvre typhoïde (*suite*). — (23 mars.) NAUNYN : La vieillesse n'est pas une maladie; — Quelques conseils aux vieillards. — Erasmo DO AMARAL et Ulysses PARANHOS : Contribution à l'étude de la lèpre.

Bulletin médical. — (N° 21, 14 mars 1908.) Paul RECLUS : L'état antérieur dans les accidents du travail. — (N° 22, 18 mars.) Gilbert BALLET : Leçon d'ouverture du cours d'histoire de la médecine. — COUDRAY ; Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë non suppurative. Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur; difficultés du diagnostic. — (N° 23, 21 mars.) M. ROCH : Crises épileptiques « spontanées » d'origine pleurale. — (N° 24, 25 mars.) SACQUÉPÉE : Les fièvres éphémères, manifestations d'infections tétragéniques généralisées. — (N° 25, 28 mars.) BROCQ : Le diagnostic différentiel du psoriasis et des syphilides psoriasiformes. — Paul VIGIER : Ossification dans le corps vitré. — (N° 26, 1er avril.) PÉRIER : Lacunes de la loi sur les accidents du travail. — OZENNE : Des rapports entre les accidents du travail et quelques maladies générales ou constitutionnelles. — WICKHAM et DEGRAIS : Traitement par le radium des angiomes, des nævi pigmentaires, des épithéliomes, des cicatrices vicieuses. — (N° 27, 4 avril.) CHASSIN : Essai de classification des renseignements fournis par la percussion. — (N° 28, 8 avril) CHANTEMESSE et RODRIGUEZ : Les vers intestinaux sont-ils une cause provocatrice de fièvre typhoïde? — G. KUSS : Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes récidivantes par les injections gazeuses intra-pleurales. — (N° 29, 11 avril.) QUEYRAT : Injections d'huile grise et stomatite mercurielle. — CHANTEMESSE : A propos de l'ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde. — (N° 30, 15 avril.) J. CHALIER : Perforation intestinale avec péritonite généralisée au cours de l'entérite tuberculeuse. — (N° 31, 18 avril.) Marcel POISOT : Occlusion intestinale et ascaridiose. — RÉNON : L'ophtalmo-réaction et la tuberculinothérapie.

Journal des praticiens. — (N° 10, 7 mars 1907.) RECLUS : Le pronostic du cancer. — SABOURIN : La congestion paradoxale des poumons chez les phtisiques. — (N° 11, 14 mars.) CALOT : Le traitement de la coxalgie. — (N° 12, 21 mars.) BOISSARD : De l'avortement criminel.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 11, 14 mars 1908.) DUHAIN : Etude clinique et critique, sur les symptômes de la psychasthénie envisagés surtout au point de vue de leur pathogénie (*fin*). — LAVRAUD : Syphilis pharyngo-nasale avec nécrose étendue. — (N° 12, 21 mars.) LEMIÈRE : Leucoprophylaxie et leucothérapie dans les infections péritonéales. De la pyogénèse aseptique provoquée à la nucléinisation. — VERSTRAETE et SABLÉ : Sur un cas de diabète insipide coexistant avec des lésions anciennes du corps strié et suivi de tuberculose pulmonaire.

Lyon médical. — (N° 11, 15 mars 1908.) COURMONT et CRÉMIEU : Cancer primitif du foie avec cirrhose. — MULLER : Perforation intestinale par une balle de revolver. — (N° 12, 22 mars.) PLANCHU : De l'hydramnios à marche rapide. — (N° 13, 29 mars.) GIULIANI : Du drainage des péritonites purulentes. — (N° 14, 5 avril.) GALLAVARDIN : Contribution à l'étude de la myocardite rhumatismale. — (N° 15, 12 avril.) FROMENT et ROME : Rupture des anévrismes de l'aorte thoracique dans le tissu cellulaire du médiastin.

Montpellier médical. — (N° 9, 1er mars 1908.) RODET et JEANBRAU : Contribution à l'étude des traumatismes sur la localisation de la tuberculose; — Résultats de traumatismes articulaires chez des lapins tuberculisés par la voie digestive. — RIMBAUD : Bronchites aiguës chez les vieillards. — (N° 10, 8 mars.) VIRES : Diagnostic de la tuberculose au début. — (N° 11, 15 mars.) VIRES : Diagnostic de la tuberculose au début (*suite*). — (N° 12, 22 mars.) L. RIMBAUD : Bronchites chroniques chez les vieillards (*suite*). — VIRES : Diagnostic de la tuberculose au début (*suite*). — (N° 13, 19 mars.) RIMBAUD : Bronchites chroniques chez les vieillards (*suite*). — Mme GAURSEL-ZIEGELMANN : Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, durant l'année 1903-1904. — (N° 14, 5 avril.) A. RIVES : Note sur deux cas nouveaux de diverticule de Meckel.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE

On désigne sous le nom d'urémie l'ensemble des accidents provoqués par l'insuffisance ou la suppression des fonctions rénales et la rétention dans l'organisme des substances que le rein devrait éliminer. Les circonstances dans lesquelles survient l'urémie sont très nombreuses : néphrites aiguës et chroniques, pyélo-néphrites, obstruction brusque ou compression lente de l'uretère en sont les principales causes. Le vieillard atteint de néphrite interstitielle et ayant pendant plusieurs mois de la céphalée, de la dyspnée et des troubles gastro-intestinaux, le scarlatineux pris brusquement d'accidents éclamptiques, ces deux malades sont l'un et l'autre des urémiques. Les symptômes les plus importants de l'urémie sont des symptômes nerveux, respiratoires et gastro-intestinaux; on pourrait donc décrire, selon la prédominance des uns ou des autres, une *forme cérébrale*, une *forme respiratoire* et une *forme gastro-intestinale*. Mais il est plus conforme à la clinique d'envisager successivement les accidents de l'*urémie lente* et ceux de l'*urémie aiguë*. Cette division, proposée par Frerichs et Lasègue, a été adoptée par Fournier dans sa thèse d'agrégation. L'urémie lente est un état mixte de cachexie et d'intoxication qui s'observe dans les dernières phases des néphrites chroniques et des dégénérescences rénales. L'urémie aiguë comprend les phénomènes brusques et parfois foudroyants qui résultent d'une insuffisance urinaire parvenue en peu de jours à ses dernières limites; c'est l'urémie de la scarlatine, des femmes en couche, des premières périodes de la néphrite interstitielle compliquée de poussée congestive (Merklen).

URÉMIE CHRONIQUE OU LENTE. — Cette forme est fréquente au cours des néphrites chroniques et ses symptômes se confondent en partie avec ceux de la néphrite interstitielle, que Castaigne a proposé d'appeler néphrite urémigène. Elle est caractérisée par la lenteur et l'irrégularité de son évolution; elle est entrecoupée de rémissions; c'est pendant une première période souvent longue l'*urémie atténuée* de Lecorché et Talamon. Le malade mène une vie normale en apparence, alors qu'il a déjà des accidents d'urémie; c'est ainsi que les *petits accidents du brightisme* décrits par Dieulafoy (cryesthésie, secousses électriques, crampes des mollets, démangeaisons) sont le résultat d'une urémie légère.

La *céphalalgie* est aussi un des symptômes les plus constants; elle varie depuis la simple lourdeur, la sensation de pesanteur jusqu'à la céphalée gravative d'une acuité extrême; généralisée à toute la tête, ou localisée par exemple à l'occiput, elle peut encore n'occuper que la moitié du crâne et revêtir absolument les caractères de la migraine, aussi la migraine survenant chez un adulte et à plus forte raison chez un vieillard doit éveiller l'attention du médecin et l'engager à examiner les urines. Souvent plus forte le soir, ce qui la rapproche alors de la céphalée syphilitique, la céphalée urémique peut encore s'accompagner de vertiges et d'étourdissements; quelquefois elle coïncide avec l'apathie intellectuelle et l'insomnie; elle est persistante, rebelle à tous les traitements symptomatiques, mais disparaît à la suite de l'emploi du régime lacté.

Des *névralgies* diverses sont souvent signalées ainsi que des douleurs musculaires et articulaires; ces douleurs articulaires peuvent constituer à elles seules une forme de l'urémie atténuée; c'est un rhumatisme urémique à rapprocher des autres rhumatismes d'origine toxique (*urémie articulaire* de Jaccoud).

Les *troubles visuels* sont importants; le malade peut avoir de la diplopie, de l'hémiopie, de l'héméralopie mais surtout de l'amblyopie et de l'amaurose. Ces derniers troubles s'installent d'une façon brusque, persistent pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, puis ont tendance à disparaître; il ne s'accompagnent pas de signes physiques à l'examen ophtalmoscopique. Les *troubles de l'ouïe* consistent en bourdonnements et sifflements d'oreille, surdité brusque et transitoire.

Après cette période d'urémie atténuée, surviennent divers symptômes; c'est assez exceptionnellement du délire, plus souvent des troubles dyspnéiques ou gastro-intestinaux.

Le délire de l'urémie lente est un *délire systématisé*, constituant la folie brightique (Dieulafoy) et pouvant revêtir toutes les formes de l'aliénation mentale; on observe assez rarement un délire érotique, un délire religieux, une folie du doute, quelquefois un délire de persécution; habituellement, c'est la forme mélancolique. Le malade a l'œil éteint, la figure impassible, renfermé dans un mutisme absolu, il a quelquefois des idées de suicide; souvent les diverses variétés se suivent, alternent ou se combinent. Leur durée est variable, parfois très longue, mais alors entrecoupée de rémissions. Le diagnostic est à faire avec la paralysie générale, l'hystérie, la mélancolie anxieuse, les diverses formes d'aliénation mentale. Les conditions dans lesquelles le délire évolue, et surtout la constatation d'autres symptômes d'urémie ainsi que l'analyse des urines permettent le diagnostic; on évitera ainsi d'envoyer le malade dans un asile d'aliénés et un traitement dirigé contre l'urémie pourra amener une amélioration.

Les accidents dyspnéiques de l'urémie lente sont surtout des dyspnées *sine materia*, d'ordre purement toxique, et ne dépendant pas de lésions des bronches ou des poumons. La *dyspnée toxi-alimentaire* en constitue la forme la plus bénigne bien décrite par Huchard; c'est une dyspnée qui survient au moindre effort, mais qui disparaît en quelques jours si on soumet le malade au régime lacté exclusif. Dans d'autres cas, la dyspnée se présente avec tous les caractères de l'accès d'asthme; c'est l'*asthme urémique*; le malade est réveillé brusquement pendant son sommeil, anxieux, agité, angoissé, se plaignant de compression thoracique et en proie à une oppression des plus vives; la crise dure quelques heures, puis, vers le matin, le malade s'endort, mais les accès peuvent se répéter. Pendant la crise, on perçoit, à l'auscultation, comme dans l'asthme vulgaire, quelques râles sibilants et ronflants; entre les crises, les signes physiques sont nuls; le tableau clinique est donc tout à fait analogue à celui de l'asthme vrai. Après s'être manifestées pendant plusieurs nuits consécutives, ces crises d'asthme urémique peuvent disparaître pour un temps. Dans les cas graves, les accès se rapprochent, la dyspnée devient continue, les poumons finissent par être envahis par des râles humides nombreux et fins indiquant une infiltration œdémateuse diffuse; le malade meurt par asphyxie.

Une forme assez spéciale de dyspnée est fréquente dans l'urémie lente, la *dyspnée de Cheyne-Stokes*; elle ne survient guère qu'à une période avancée, précédant de fort peu les accidents ultimes et souvent annonçant presque le coma (Rendu). Cependant Cuffer l'a constatée en dehors de toute période comateuse. Le rythme de Cheyne-Stokes consiste dans la succession assez régulière de mouvements respiratoires précipités et de périodes d'apnée. On observe une série d'inspirations de plus en plus fortes, jusqu'à un maximum d'intensité, après lequel elles diminuent progressivement d'étendue et de force et finissent par une suspension en apparence complète de la respiration. Cette pause respiratoire dure dix à vingt secondes, quelquefois davantage, puis une première inspiration faible, suivie d'une deuxième inspiration mieux marquée, commence une nouvelle série de mouvements respiratoires. Ce qui caractérise donc ce rythme, c'est qu'il comprend une pause respiratoire très nette, suivie d'une phase ascendante, puis d'une phase descendante qui aboutit encore à la pause; de plus, le malade n'a pas conscience de cette dyspnée et ne s'en plaint pas; c'est un symptôme purement objectif. Cuffer a distingué deux variétés de respiration de Cheyne-Stokes; dans la première, il y a agitation, les mouvements respiratoires sont laborieux et pénibles; dans la seconde, les phénomènes se passent tranquillement et sans effort; d'après Merklen, il y a là simplement des différences de degré ou d'intensité. Pendant la période d'apnée, on peut observer une somnolence demi-comateuse, du myosis, de petits tressaillements convulsifs des muscles de la face ou des doigts.

La dyspnée de Cheyne-Stokes n'a pas la grande valeur séméiologique qu'on lui attribuait autrefois pour le diagnostic de l'urémie; c'est un symptôme qu'on peut rencontrer dans certaines lésions méningo-encéphaliques, dans la fièvre typhoïde, les intoxications, les affections du cœur (Rabé).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, admis à la retraite, est nommé inspecteur général honoraire.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-septième semaine, 1043 décès, au lieu de 1138 pendant la semaine précédente et de 1051, moyenne ordinaire de la saison. La mortalité est donc voisine de la moyenne. La rougeole paraît présenter une sensible diminution. La scarlatine continue à être répandue. Ces deux fièvres ne causent d'ailleurs que peu de décès.

CONTRE LE SATURNISME. — Le *Journal officiel* du 29 avril publie un décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et réglementant certaines industries dans lesquelles le plomb est employé.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 4 mai au 11 juillet 1908, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Danlos, Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, André Broca et Zimmern, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié, Rostaine et Louste.

Le cours sera complet en cent leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le lundi 4 mai et finira le samedi 11 juillet 1908.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Bar. Syphilis et grossesse. — MM. Danlos, André Broca et Zimmern. Radiothérapie. Radiumthérapie et traitement par les courants de haute fréquence. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. de Beurmann. Lupus. Tuberculoses cutanées. Sporotrichoses. Traitement du lupus. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu: Teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Electrolyse. Photothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. — M. Cathelin. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et farcin. Actinomycose. Eléphantiasis. — M. Sabatié. Alopécies. Follicules suppurées. Dyshydrose. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. — M. Rostaine. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Sclérodermie. Lèpre. — M. Louste. Psoriasis. Séborrhées et eczéma séborrhéique.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

REVUE GÉNÉRALE (1)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOGRAPHIQUE

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DES OS LONGS (2)

Par MM. V. MÉNARD,
Chirurgien de l'Hôpital maritime de Berck,
Fr. LE MOINE et J. PÉNARD,
Internes de l'Hôpital maritime.

COMPLICATIONS. — *Arthrites secondaires.* — Dans les ostéites à siège épiphysaire, une complication nouvelle résulte du voisinage de l'articulation.

Les lésions de l'épiphyse, s'étendant de proche en proche, peuvent gagner l'article et déterminer une arthrite syphilitique secondaire. Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de nous étendre sur l'histoire des arthrites syphilitiques primitives. La série de nos observations nous fournit l'occasion de montrer que la syphilis des os longs, s'étendant aux épiphyses, peut retentir sur les articulations voisines, sous des formes et à des degrés divers. Nous avons actuellement sous les yeux plusieurs malades nous offrant autant de variétés de ces arthrites secondaires.

Dans le premier de nos cas, comme nous le montre l'observation ci-jointe, il s'agit d'une arthrite relevant du développement de gommes siégeant dans l'épiphyse inférieure fémorale.

Obs. XI. — *Arthrite du genou gauche avec déformation des surfaces articulaires et conservation des mouvements. Hyperostose du tibia droit.* — Une fillette de quatre ans arrive à Berck avec une hydarthrose du genou droit, sans fongosités, sans épaississement des parties molles, en dehors de la synoviale dont le pli est plus sensible de chaque côté de la rotule. Les mouvements sont conservés sur une étendue de 30 degrés. La santé générale semble bonne. Le diagnostic porté et confirmé d'abord à Berck, est celui

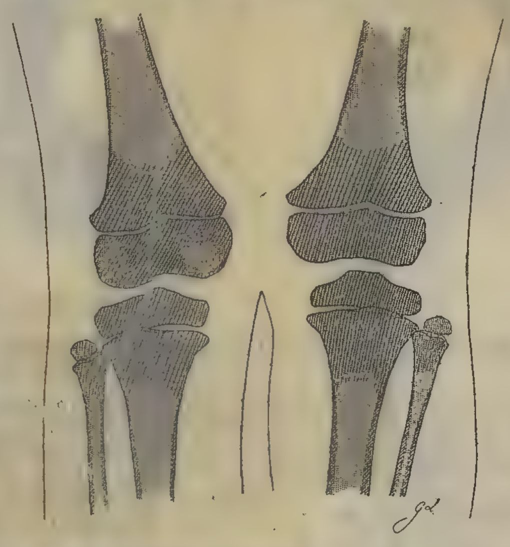


Fig. 22. — *Syphilis congénitale ostéo-articulaire* (Obs. XI). — L'épiphyse inférieure du fémur gauche est épaissie. On y remarque deux taches claires.

d'hydarthrose tuberculeuse. L'épanchement diminue sous l'influence du repos.

La radiographie montre une légère augmentation d'épaisseur, à la hauteur des épiphyses. Une lacune de forme ovale se trouve placée dans le condyle interne du fémur, traduite par une tache claire à contours réguliers.

Malgré l'usage d'un appareil immobilisant le genou, l'hydarthrose persiste indéfiniment en petite quantité.

Plusieurs radiographies faites à des intervalles de six mois montrent la même exagération de volume des épiphyses tibiales et fémorales. Enfin tardivement, au bout de deux ans, les contours des épiphyses du genou malade deviennent irréguliers, en même temps que sur le tibia du côté opposé se développe une hyper-

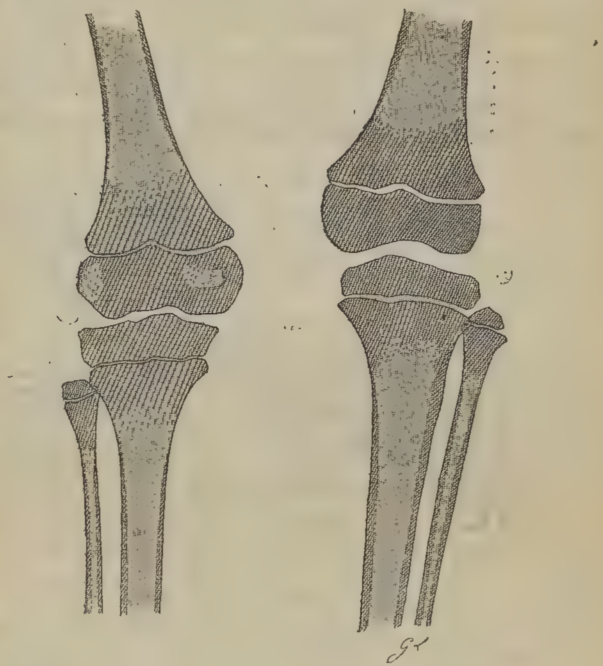


Fig. 23 (sujet de la fig. 22 [Obs. XI]) [deuxième radiographie à six mois d'intervalle de la première]. — Côté gauche : Les taches claires du fémur se sont éloignées de la surface articulaire. L'interligne articulaire du genou est resserré et un peu irrégulier. — Côté droit : Légère hyperostose de la partie supérieure de la diaphyse tibiale.

ostose peu marquée et cependant évidente de la partie supérieure de la diaphyse. La tache lacunaire du condyle interne a persisté, en s'éloignant peu à peu de la surface articulaire, par suite du développement de l'épiphyse.

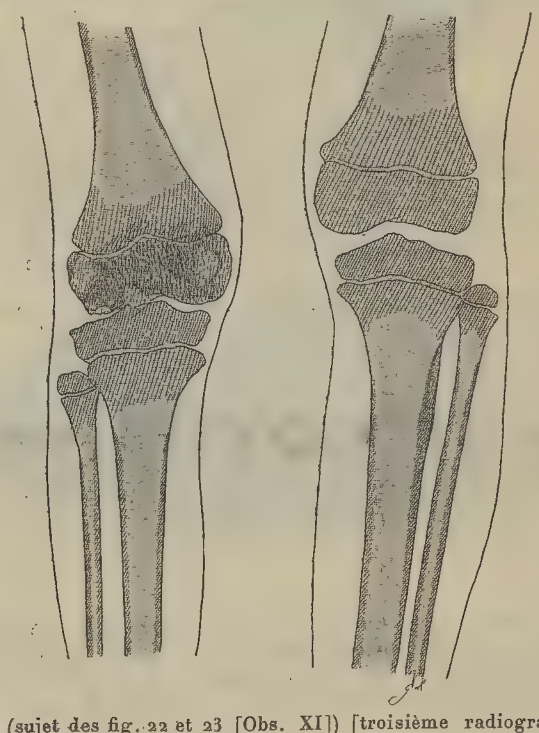


Fig. 24 (sujet des fig. 22 et 23 [Obs. XI]) [troisième radiographie à six mois d'intervalle de la deuxième]. — Côté gauche : Les surfaces articulaires du genou sont déformées. — Côté droit : L'hyperostose du tibia s'est accentuée.

A aucun moment le traitement spécifique n'a été fait.

La coïncidence de cette hydarthrose persistante, sans douleurs, sans fongosités avec déformation des os, conservation partielle des mouvements au bout de trente mois, et d'une ostéite indolore hyperostosante du tibia du côté opposé, nous a paru suffisante pour porter le diagnostic de syphilis.

(1) Reproduction interdite.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 48, p. 567.

Dans l'observation suivante il s'agit d'une hydarthrose des deux genoux, considérée comme tuberculeuse et traitée comme telle. L'examen des tibias démontre que l'un des deux au moins est manifestement atteint d'ostéite, mais à un degré léger, puisqu'elle ne se traduit pas à la radiographie d'une manière évidente. La syphilis est d'autre part confirmée par une gomme temporale, des stigmates dentaires, du strabisme interne, et la réaction au traitement spécifique. Il est impossible en pareil cas de ne pas admettre une relation directe entre l'hydarthrose et l'ostéite des tibias.

Obs. XII. — *Hydarthrose des deux genoux améliorée par le traitement spécifique. Hyperostoses diaphysaires au début du tibia droit et du cubitus gauche. Gomme temporale opérée; récidive; guérison par le traitement spécifique. Cicatrice de gomme du sterno-cléido-mastoïdien. Strabisme. Dents conoïdes. Antécédents héréditaires paternels.* — F... (Henri), neuf ans, entre le 15 janvier 1908 à l'Hôpital maritime, avec le diagnostic de tumeur blanche des deux genoux.

Ces lésions articulaires ont été traitées à Paris par l'immobilisation et une injection intra-articulaire de liquide iodoformé.

Les deux genoux sont globuleux et contiennent du liquide sous tension ; le choc rotulien est très net. Les triceps cruraux sont légèrement atrophiés. Les épiphyses osseuses ne présentent pas de lésions appréciables. La flexion est possible à droite, sur une étendue de 30 degrés ; elle ne dépasse pas à gauche l'angle droit.

La palpation attentive du tibia droit montre un léger renflement de la partie moyenne de sa diaphyse. La face superficielle est convexe, les crêtes antérieure et postéro-interne sont émoussées. Un ressaut de la main délimite nettement en haut et en bas cette hyperostose. Le cubitus gauche est aussi légèrement hypertrophié au niveau de son tiers supérieur.

La radiographie ne décèle rien d'anormal sur ces os; il s'agit ici de périostite qui ne s'est pas traduite sur l'image.

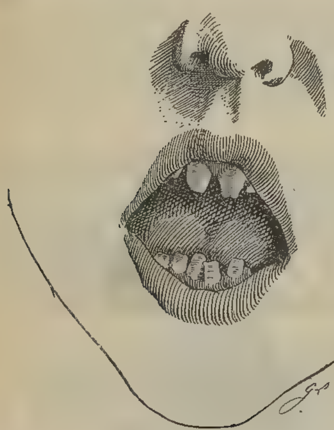


Fig. 25 (sujet de l'Obs. XII). — Incisives supérieures en forme de cône. — Encoche d'Hutchinson sur l'incisive supérieure gauche.

Au niveau de la région temporale gauche, on constate une cicatrice opératoire longue de 4 centimètres, adhérente à l'os. L'enfant raconte qu'à ce niveau il existait un abcès qui fut incisé deux fois. A la partie inférieure de la cicatrice, on perçoit une petite collection sous-cutanée, fluctuante, du volume d'une noisette. Sur la région mastoïdienne, existe une cicatrice déprimée, adhérente au muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Du côté des dents, on remarque que les deux incisives médianes supérieures sont conoïdes.

L'œil droit présente du strabisme interne.

Sous l'influence du traitement mercuriel, la gomme temporale a disparu complètement. Il est intéressant d'opposer cette efficacité du traitement spécifique à l'inutilité du traitement chirurgical qui n'a pas empêché la récidive. Les hydarthroses ont été aussi très améliorées ; l'épanchement est à peine perceptible, les mouvements ont repris leur amplitude presque normale. Ceci démontre la nature syphilitique de toutes ces lésions. Les hyperostoses tibiale et cubitale, des antécédents paternels très nets (chancre labial induré à l'âge de vingt et un ans) viennent encore confirmer ce diagnostic.

Une autre malade nous offre un exemple de fausse tumeur blanche syphilitique. Cette malade est en effet envoyée sous le titre de tuberculose articulaire. Chez elle, le coude est actuellement douloureux, gonflé, raidi, par suite de la présence d'une ostéite syphilitique de la moitié inférieure de l'humérus.

Obs. XIII. — *Hyperostose diaphyso-épiphysaire de l'humérus droit. Arthrite du coude droit. Lésions syphilitiques du voile du palais et du pharynx.* — H... (Suzanne), quatorze ans, envoyée le 12 février 1908 à l'Hôpital maritime avec le diagnostic de tumeur blanche du coude.

Examen clinique. — A l'inspection, l'avant-bras droit est fléchi à angle obtus sur le bras.

Le coude est très tuméfié, les méplats normaux sont effacés. La tuméfaction prédomine sur le bras plus que sur l'avant-bras.

L'atrophie musculaire est très marquée.

A la palpation, le cubitus est normal.

L'extrémité supérieure du radius, difficile à sentir au milieu de l'œdème des parties molles, ne semble pas hypertrophiée.

Par contre l'humérus est tuméfié dans toute sa moitié inférieure et d'autant plus que l'on se rapproche du coude.

L'ankylose est presque complète. Quand on essaye de fléchir ou d'étendre le coude, on détermine une vive douleur.

L'hyperostose humérale est douloureuse à la pression, le maximum de la douleur est au niveau de l'épicondyle et de l'épitrochlée.

Examen radiographique. — La radiographie montre une hyperostose à contours irréguliers de la moitié inférieure de l'humérus droit. L'interligne articulaire du coude est flou et resserré entre l'humérus et l'olécrane.

Evolution clinique. — En 1905, l'enfant a souffert d'accidents bucco-pharyngés.

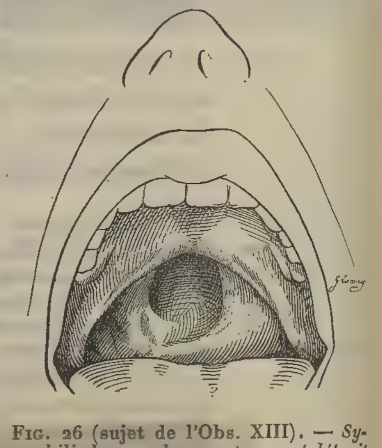


Fig. 26 (sujet de l'Obs. XIII). — *Syphilis bucco-pharyngée ayant détruit en partie le voile du palais et déterminé des adhérences avec le pharynx.*

Actuellement, les cicatrices de ces lésions déterminent des déformations de l'arrière-bouche et du pharynx.

La luette et la partie adjacente du voile ont disparu, ainsi que les amygdales et les piliers postérieurs. Deux brides cicatricielles vont de la paroi postérieure du pharynx, l'une au pilier antérieur droit, l'autre au pilier antérieur gauche.

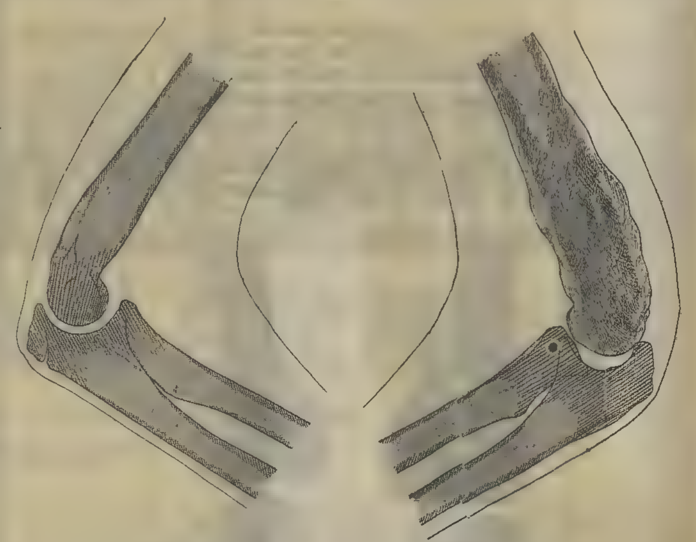


Fig. 27 (sujet de la fig. 26 [Obs. XIII]). — *Syphilis congénitale ostéo-articulaire.* — Hyperostose dia-épiphysaire de l'humérus droit.

Ces deux brides obturent presque complètement l'orifice bucco-pharyngé; par leur bord libre concave, elles limitent un orifice circulaire, de la taille d'une pièce d'un franc, qui reste la seule communication entre les portions buccale et nasale du pharynx.

En 1907, apparaissent des douleurs au niveau du coude droit, avec exacerbations nocturnes très nettes. L'enfant fut traitée à Paris par la méthode de Bier.

Les phénomènes douloureux furent calmés ; mais en décembre 1907 ils reprennent et le coude commence à se tuméfier.

L'enfant fut immobilisée à cette époque, dans un appareil plâtré.

Dès son entrée à l'Hôpital maritime, l'enfant est soumise au traitement mercuriel. Actuellement, c'est-à-dire un mois après le début du traitement, les douleurs et l'œdème des parties molles ont complètement disparu. On peut cesser l'immobilisation. Les mouvements quoique très limités sont possibles et non douloureux.

Dans d'autres observations où l'affection est ancienne et guérie, au lieu de la période douloureuse avec gonflement, c'est la raideur, l'ankylose consécutive que nous observons. Dans l'observation suivante, où la syphilis est bien démon-

trée par une ostéite du tibia gauche ayant évolué sous nos yeux, le genou est ankylosé et le coude enraidi, tout comme s'il avait été question d'une tumeur blanche tuberculeuse sans suppuration. La forme des os, l'étendue de l'hyperostose du tibia et du cubitus vers la diaphyse, démontrent suffisamment qu'il s'agit de syphilis et non de tuberculose. D'ailleurs les lésions en activité ont été guéries rapidement par le traitement mercuriel.

Obs. XIV. — *Ostéite dia-épiphysaire du tibia gauche avec arthrite du genou. Hyperostose diaphysaire du tibia droit. Arthrite du coude droit. Hyperostose du bulbe supérieur du cubitus droit.*

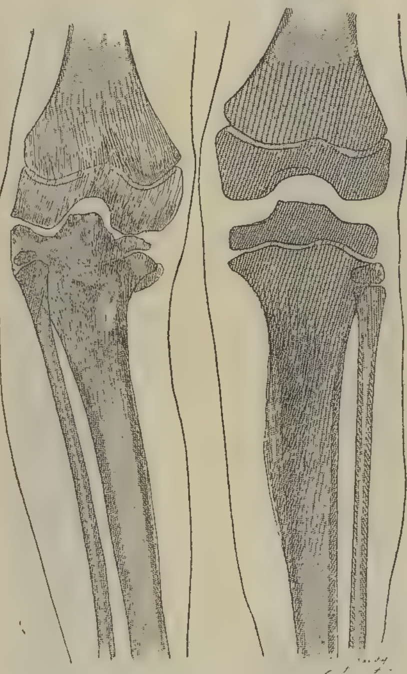


Fig. 28. — *Syphilis congénitale ostéo-articulaire* (Obs. XIV). — Côté droit : Hyperostose de la partie supérieure de la diaphyse tibiale. — Côté gauche : Le genou est remarquable par l'irrégularité des surfaces articulaires.

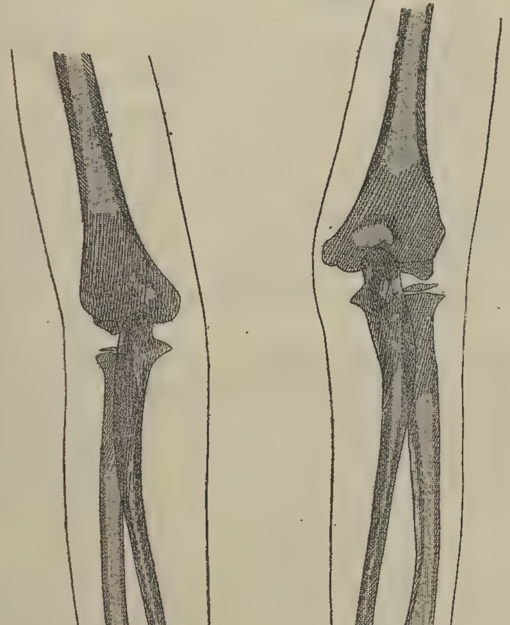


Fig. 29 (sujet de la fig. 28 [Obs. XIV). — *Arthrite syphilitique du coude droit ancienne.* — Hyperostose du bulbe supérieur du cubitus droit.

— B... (Céline), onze ans, entre le 15 juin 1906 à l'Hôpital maritime. L'observation de l'enfant, à cette époque, signale une tumeur blanche du genou gauche et du coude droit, d'origine ancienne.

Ces deux arthrites sont guéries avec ankylose. Elles n'ont suppuré à aucun moment de leur évolution.

Il est également relaté que les deux tibias dans leur tiers supérieur et l'humérus droit à son extrémité inférieure, sont renflés en fuseau.

Exeat en novembre 1906.

La mère nous ramène l'enfant en juin 1907.

Une ulcération est apparue à la face antéro-externe de la jambe droite.

Son aspect, ainsi qu'un renflement en fuseau très net de la diaphyse du tibia droit révèlent d'une manière certaine la syphilis. Le traitement mercuriel et ioduré, associé à l'emplâtre de Vigo, cicatrisent rapidement l'ulcération.

Etude radiographique en septembre 1907. — La radiographie montre une hypertrophie de la moitié supérieure de la diaphyse du tibia droit. A ce niveau, l'on distingne facilement au centre l'ancien os, et, à sa surface, une couche d'hyperostose de teinte plus claire.

Le genou gauche frappe l'attention par l'aspect irrégulier, tourmenté de l'interligne articulaire. L'épiphyse supérieure du tibia, épaissie dans sa moitié externe, est ulcérée dans sa moitié interne. La surface articulaire du fémur est irrégulière et manque de netteté, surtout au niveau du condyle externe. A la partie moyenne du tibia gauche, un renflement se traduit par une convexité du bord interne.

On ne retrouve pas sur l'humérus droit l'hyperostose signalée en 1906. Par contre, la région bulbaire du cubitus est renflée en fuseau.

Le cas suivant est du même genre. Chez une enfant présentant des stigmates de syphilis héréditaire, des hyperostoses de l'olécrâne et de la coronoïde ont déterminé une ankylose des deux coudes.

Obs. XV. — *Hyperostose de l'épiphyse supérieure des deux cubitus. Ankylose des coudes avec subluxation des radius. Stigmates de syphilis : nez en lorgnette ; coryza chronique fétide.* — F... (Lucie), sept ans, est envoyée à l'Hôpital maritime le 11 décembre 1907, avec le diagnostic d'arthrite des deux coudes d'origine incertaine.

Examen clinique. — Les deux avant-bras sont fléchis à angle obtus sur le bras.



Fig. 30 (sujet de l'Obs. XV). — *Facies de syphilitique héréditaire.* — Nez en lorgnette.

L'ankylose presque complète empêche l'extension et permet seulement quelques degrés de flexion. Les mouvements de pronation et de supination sont conservés. Les coudes ne sont pas tuméfiés et sont d'apparence normale. A la palpation, les cubitus ne semblent pas hyperostosés.

Les têtes radiales des deux côtés sont subluxées en avant et en haut.

En faisant des mouvements de pronation et de supination, on les sent rouler à la hauteur de l'épicondyle.

L'effondrement des os propres du nez lui donne l'aspect du nez en lorgnette. Il existe du coryza fétide. L'examen au spéculum nasi fait reconnaître de l'atrophie des cornets.

Examen radiographique. — Au niveau des deux coudes, l'olécrâne est allongé et courbé en avant. L'apophyse coronoïde est plus saillante qu'à l'état normal. La cavité sigmoïde décrit les

deux tiers d'une circonférence et enveloppe presque complètement la trochlée humérale. Cette hyperostose des deux apophyses cubitales explique la limitation considérable des mouvements de

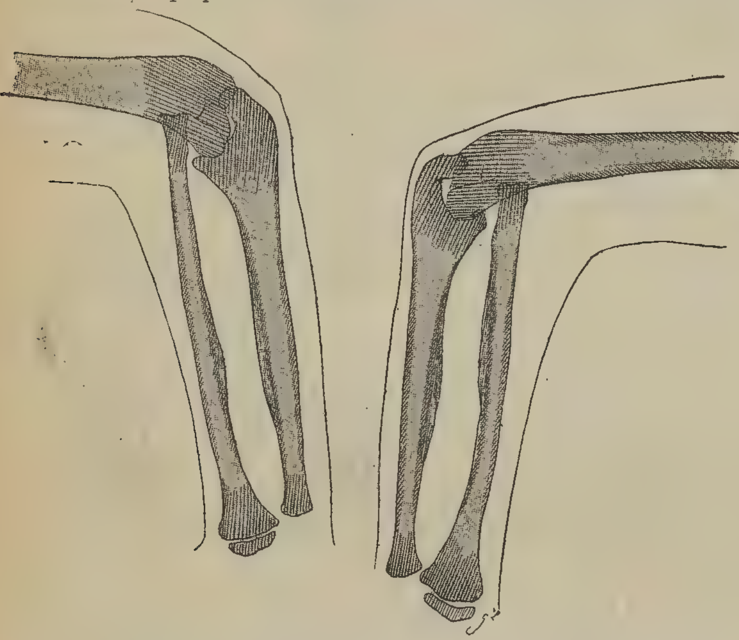


FIG. 31 (sujet de la fig. 30 [Obs. XV]). — *Arthrite avec ankylosé des deux coudes.* — Déformations des surfaces articulaires cubitales. Subluxation des radius.

l'articulation. On constate des deux côtés un allongement des radius relativement aux cubitus, ce qui est en rapport avec la subluxation des têtes radiales.

Une autre observation (Obs. XVI) nous montre le cou-de-pied droit atteint de raideurs secondaires, vingt ans après l'évolution complexe d'une syphilis tibio-péronière, compliquée de fracture spontanée.

Ce sont ces cas, où les lésions très avancées produisent l'ankylose et se traduisent sur la radiographie par l'irrégularité du profil de l'os, qui justifient le terme d'arthrite déformante, appliqué par Méricamp à certaines formes de syphilis articulaire.

Fracture spontanée. — Une autre complication peut survenir au cours de l'évolution de l'ostéite syphilitique : la fracture spontanée. Nous ne possédons qu'une observation de ce fait, et elle mérite d'être relatée à ce point de vue.

OBS. XVI. — *Syphilis probablement héréditaire tardive. Fracture spontanée de la jambe droite à vingt-trois ans; élimination de séquestres; consolidation après évidement. Nouvelle poussée d'ostéite à quarante-huit ans.* — Le 15 novembre 1907, une dame, âgée de quarante-neuf ans, vient consulter pour des douleurs de la jambe droite. A l'âge de vingt-deux ans, la même jambe a été pendant une longue période, dix-huit mois à deux ans, le siège d'une plaie large, située sur son tiers inférieur, à la face antéro-interne. Au fond de la plaie, on apercevait l'os de couleur noirâtre. Survint une fracture spontanée des deux os de la jambe. Un chirurgien des hôpitaux de Paris pratique une opération, sans doute l'ablation d'un séquestre et l'évidement d'un foyer. Le membre est ensuite immobilisé. Le traitement consécutif dure deux années environ. A vingt-quatre ans, la malade se remet à marcher, et la guérison, avec boiterie peu sensible, dure vingt ans.

A l'âge de quarante-sept ans, la douleur réapparaît au même siège. Des ulcérations se font sur la cicatrice, et autour des malléoles. Examinée en novembre 1907, la jambe est œdémateuse depuis le cou-de-pied jusqu'au voisinage du genou. Sur la cicatrice ancienne, adhérente aux os, et sur la malléole interne, se voient trois ou quatre ulcérations. La pression, qui met l'œdème en évidence, est douloureuse sur toute la longueur du tibia. L'axe de la jambe est dévié et forme un angle ouvert en dedans, avec sommet répondant à la cicatrice. Au niveau de cet angle, les deux os, tibia et péroné, forment une masse peu distincte des parties molles.

Le tibia du côté opposé est douloureux à la pression. A sa surface, la peau se creuse de fossettes sous le doigt. La crête antérieure est obtuse, et l'os, dans son ensemble, paraît un peu volumineux et arrondi.

Le traitement spécifique, par la méthode interne (4 centigrammes de protoiodure en pilules et 3 grammes d'iodure de potassium par jour), améliore la situation en quelques semaines. Les ulcérations guérissent sous un emplâtre de Vigo. Un petit séquestre se détache du tibia. L'œdème diminue, puis disparaît sur les deux jambes, et la marche devient plus facile. Le pied droit conserve une raideur tibio-tarsienne très notable. Cette articulation a été atteinte par propagation de l'ostéite des os de la jambe.

Etude radiographique. — A 5 centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsien, un cal englobe et confond le tibia et le péroné. A ce niveau, le tibia forme un angle obtus, ouvert en dedans. Le



FIG. 32. — *Syphilis des os de la jambe. Fracture spontanée* (Obs. XVI). — Côté droit : Volumineux cal confondant le tibia et le péroné. — Côté gauche : Hyperostose légère de la diaphyse.

cal comble l'espace interosseux. Le péroné dans la partie susjacente est nettement hyperostosé ; de même le tibia sur sa face externe présente une légère bande d'hyperostose. Le tibia gauche est nettement renflé dans sa partie moyenne; l'hyperostose est surtout marquée sur la bande externe du tissu compact.

La qualification d'héréditaire tardive, donnée à cette syphilis osseuse, nous a paru soutenable, en raison de l'âge peu avancé, vingt-deux ans, auquel sont survenus des accidents tertiaires graves. Ceux-ci furent sans doute précédés d'une ostéite, à marche lente, dont l'histoire n'est pas restée dans la mémoire de la malade.

ÉTUDE RADIOGRAPHIQUE. — Il est maintenant banal de rappeler l'importance de la radiographie en pathologie osseuse. Elle confirme et précise les résultats des autres moyens d'exploration. Elle va nous permettre de porter plus loin nos investigations, nous met sous les yeux des parties du squelette qui nous échappaient. Par la découverte de lésions inaperçues, elle confirme un diagnostic encore hésitant. Elle le réformera même quelquefois.

L'épreuve radiographique nous confirme qu'il s'agit d'une hyperostose à contour fusiforme dans la majorité des cas, tel le tibia de l'observation X dont la silhouette rappelle celle d'un corps musculaire contracté sur ses tendons d'insertion. Souvent, cette silhouette de l'os est plus complexe : il y a plusieurs centres d'hyperostose juxtaposés, qui, plus ou moins fusionnés, donnent à la diaphyse osseuse un véritable aspect de fuseau bosselé. La figure 15 montre sur un tibia deux renflements fusiformes qu'un étranglement sépare. L'analyse détaillée du fuseau hyperostosique montre le canal médullaire signalé par une longue bande claire, régulièrement cylindrique. Ceci nous indique qu'il peut con-

server ses dimensions normales. Mais, dans les cas plus avancés, l'hyperostose voile cette clarté et peut arriver à l'éteindre complètement. La radiographie ne nous permet pas de déterminer si le canal médullaire est réellement comblé, ou simplement masqué par l'hyperostose périphérique. Au début, la périostose n'est pas évidente, et il faut la chercher avec soin. Sur l'os normal, les bandes de tissu compact sont régulières, augmentent ou diminuent insensiblement d'épaisseur. Elles sont identiques sur des os homonymes radiographiés symétriquement. Dans le cas d'hyperostose, on note des élargissements brusques et localisés de ces bandes, qui rendent asymétriques les mêmes segments du squelette. L'épaississement peut porter sur une seule face (fig. 5, 11 et 28), le plus souvent il est circonférentiel. Dans certains cas on peut dissocier, sur l'épreuve radiographique, des bandes superposées de périostose, traduites par des appositions de tonalité différente.

A la jambe ou à l'avant-bras, l'hyperostose détermine une diminution de l'espace interosseux, pouvant aller jusqu'à sa suppression. C'est une disposition très frappante, mais qui n'a de valeur qu'autant que la radiographie aura été prise les deux membres étant en position symétrique. Dans les cas extrêmes, le tibia hypertrophié se superpose au péroné et le masque (fig. 5).

Lorsque l'os est très déformé par des lésions avancées, on arrive cependant parfois à distinguer, au centre de l'hyperostose, l'os ancien. Ce fait se voit sur la figure 13, où une zone claire encadrée par une traînée sombre répond aux limites normales du tibia.

La radiographie confirme l'accroissement en longueur des os, fait déjà signalé par la clinique, et permet de le mesurer d'une façon précise.

La teinte de l'ombre radiographique est toujours plus foncée au niveau du foyer d'hyperostose, ce qui s'explique facilement par la grande épaisseur d'os compact à ce niveau. Cependant, il est assez fréquent qu'au lieu de présenter une teinte uniforme, le foyer hyperostosique soit parsemé de taches claires. Leur forme est variable : quelquefois leur contour est arrondi, ovalaire ou cylindrique suivant le grand axe de l'os; d'autres fois, leur aspect est plus ou moins irrégulier avec des contours déchiquetés (fig. 7, 14, 16, 20 et 21).

Il semble que l'on puisse rapporter l'existence de ces taches, à la présence de lacunes ou de gommes intraosseuses, diminuant à ce niveau la quantité de tissu osseux, et se traduisant par une augmentation de la transparence radiographique. Toutefois, la preuve nous en manque, n'ayant pas eu l'occasion de posséder simultanément la radiographie et l'observation nécropsique de semblables cas. Nous ne possédons qu'une seule observation d'autopsie qui est démonstrative et met en évidence, en même temps que les gommes intraosseuses, la constitution anatomique de l'hyperostose. Il s'agit d'un fait ancien de plusieurs années; la radiographie n'avait pas été faite. Chez le sujet de cette observation, les tibias et les humérus ont leur canal médullaire occupé sur une certaine étendue par une longue traînée blanche dont la teinte contraste avec le rouge de la moelle environnante. Sur les mêmes régions de l'os, l'étui de tissu compact est épaissi. Des traînées vasculaires, à l'union de l'os compact ancien et de l'hyperostose de formation récente, permettent de les distinguer. La même observation met en évidence un envahissement des deux coudes sous une forme différente. A gauche, un foyer gommeux du cubitus a envahi l'articulation du coude. La gomme a déterminé une caverne osseuse, contenant un séquestre, et dont l'ouverture est béante dans la cavité articulaire. A droite, le même fait pathologique s'offre à un degré moins avancé : même foyer gommeux dans l'épaisseur du bulbe cubital supérieur, grosse tuméfaction de cette partie osseuse, séquestre central, mais le foyer syphilitique qui menace la jointure, ne l'a pas encore envahie. Détail remarquable, le coude était voisin de deux foyers syphilitiques, l'un cubital et l'autre huméral. Comme il arrive d'habitude dans la pathologie du coude, c'est le foyer cubital qui semble le plus menaçant, le foyer huméral est plus éloigné. Ici, le processus syphilitique n'est pas sans analogie avec le processus tuberculeux.

Obs. XVII. — *Ostéite hyperostoso-gommeuse diaphysaire des deux tibias. Ostéite diaphyso-bulbaire des deux humérus et des deux cubitus. Arthrite des deux coudes. Plaques muqueuses anales.* — F... (Marius), quatre ans, entre à l'Hôpital maritime le 5 janvier 1902, porteur de manifestations tuberculeuses et syphilitiques.

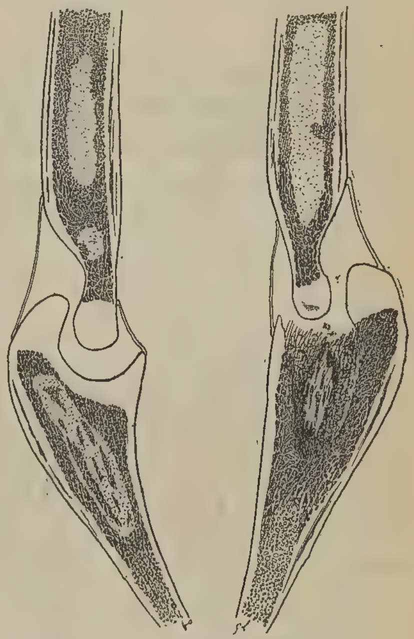


Fig. 33. — *Syphilis congénitale ostéo-articulaire* (Obs. XVII) [coupe des deux coudes]. — Côté droit : Gommes du cubitus et de l'humérus. — Côté gauche : Caverne du cubitus contenant un séquestre et ouverte dans l'articulation. Gomme de l'humérus.

A la tuberculose on peut rattacher plusieurs spina ventosa, des adénites multiples, des ostéites des deux os malaires.

A la syphilis sont dues : des hyperostoses diaphysaires des deux tibias, des arthrites des deux coudes avec hypertrophie des parties adjacentes des humérus et des cubitus.

La région anale est le siège de plaques muqueuses.

L'état général est très mauvais, l'enfant succombe aux progrès de la cachexie.

Autopsie. — Le coude gauche est coupé par une section sagittale, qui sépare en deux parties égales l'humérus et le cubitus. Le cubitus est renflé au niveau de son bulbe supérieur. Il est creusé d'une caverne communiquant avec la cavité sigmoïde. Celle-ci contient des fongosités et à sa partie inférieure un séquestre libre, de forme lamelleuse, à contours découpés en dent de scie. Il est formé de tissu très dense et rappelle un séquestre d'ostéomyélite, par ses aspérités. Le tissu compact du bulbe est épaissi, lamelleux, et l'on y voit des couches stratifiées, périphériques, séparées par des stries vasculaires.

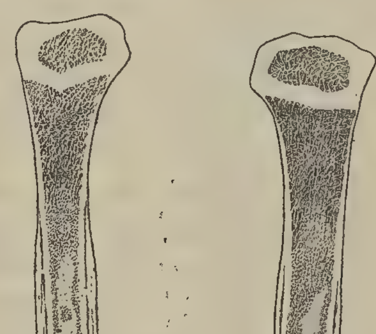


Fig. 34 (sujet de la fig. 33 [Obs. XVII]). — *Syphilis congénitale des tibias* (coupe longitudinale). — Hyperostose diaphysaire des deux tibias. — Une grande gomme occupe le canal médullaire du tibia gauche. Sur le tibia droit on remarque cinq îlots de tissu gommeux.

L'humérus est renflé en fuseau dans la moitié inférieure de sa diaphyse. On trouve en plein tissu spongieux une traînée blanc jaunâtre, vrai cylindre de tissu fibroïde, qui tranche par sa couleur et sa consistance sur le tissu spongieux et sur la moelle. Ce cylindre correspond au renflement hyperostosique.

Une coupe, semblable à la précédente, montre des lésions analogues, mais moins avancées, du coude droit. Le cubitus présente le même épaississement et la même stratification du tissu compact. Au centre de l'os, on trouve un cylindre de tissu analogue à celui que nous avons décrit plus haut, long de 4 centimètres, et arrivant jusqu'au-dessous du cartilage olécranien. Sur l'humérus, on retrouve encore le même tissu, mais il y a deux îlots : l'un au niveau du bulbe inférieur, du volume d'une petite noisette, l'autre cylindrique, de 4 centimètres de longueur.

Mêmes lésions sur les tibias, mais elles sont exclusivement dia-

physaires. La partie moyenne des deux diaphyses est hyperostosée. Une strie vasculaire sépare l'os de la couche d'hyperostose, A gauche, le canal médullaire est occupé par un long cylindre du tissu blanc jaunâtre déjà décrit. A droite, on trouve cinq petits îlots séparés.

DIAGNOSTIC. — En présence d'une forme hyperostique diaphysaire typique, le diagnostic de syphilis osseuse s'établit à première vue. Mais il est une série de cas où celui-ci sera beaucoup moins évident : qu'il s'agisse d'une hyperostose légère sur un os enveloppé de parties molles épaisses, saines ou œdématiées, celle-ci passera inaperçue ou restera incertaine. L'ostéite suppurée offre-t-elle un caractère douteux ? Le diagnostic hésite entre la syphilis ou la tuberculose. Le clinicien doit alors rechercher les différentes lésions du squelette, et la radiographie vient à notre aide. Elle nous permet de constater des localisations que l'exploration clinique ne nous aura pas révélées. C'est ainsi qu'un os difficile à palper, comme le péroné à sa partie moyenne, ne peut donner que des résultats négatifs, alors que la radiographie décèle des lésions très marquées. C'est d'ailleurs une localisation de grande valeur de la syphilis.

La multiplicité des lésions sera en faveur de la syphilis. Sur le total de nos observations, nous n'avons observé que trois fois un seul foyer d'ostéite. Dans tous les autres cas, les localisations étaient multiples. L'observation I nous montre dix localisations nettement évidentes. Mais tous les foyers au début n'ont peut-être pas été dépistés. Quand on a mis en évidence, chez un malade, plusieurs foyers d'ostéite, loin de supposer que ce sont là les seules localisations, on reste persuadé que d'autres lésions échappent à l'examen, exemptes de signes physiques qui les révèlent. Autrement dit, on est porté, malgré soi, à penser que les localisations sont plus nombreuses qu'on ne peut le démontrer. La radiographie est souvent venue confirmer cette vue de l'esprit dans les quelques observations que nous avons recueillies.

L'examen du crâne et de la face, pratiqué systématiquement, nous a donné dans 9 de nos observations des arguments très probants. Quatre fois nous avons rencontré des gommes de la face ou du cou. Leur aspect, lorsqu'elles sont ulcérées, ne ressemble en rien aux ulcérations tuberculeuses, et leur disparition rapide sous l'action du traitement assure un diagnostic encore hésitant. Nous rappellerons aussi pour mémoire l'importance de l'effondrement de la base du nez (Obs. I et XV), des déformations dentaires (Obs. XII), des opacités cornéennes.

Quant au crâne, on a accordé une grande importance aux déformations de la voûte, et particulièrement à celle du crâne natiforme. Celui-ci, de forme caractéristique avec ses cinq bosses, deux frontales, deux pariétales et une cinquième intermédiaire correspondant au bregma, ne semble point, pour nous, devoir être considéré comme un stigmate certain de syphilis. De tous nos sujets syphilitiques aucun ne le présentait. Par contre nous avons rencontré à l'Hôpital maritime, 7 fois cette difformité et il ne s'agissait pas de syphilitiques, mais 5 fois de rachitiques et 2 fois de tuberculeux. Nous ne sommes donc pas en état de démontrer (et cela n'entre pas dans le cadre de notre sujet), que le crâne natiforme est à lui seul un signe démonstratif de la syphilis.

L'étude, chez tous nos sujets, des systèmes ganglionnaires et viscéraux, ne nous a donné que des résultats négatifs.

L'interrogatoire sur le passé pathologique des parents est d'une certaine importance, et, si l'on peut déceler la syphilis, soit paternelle, soit maternelle, ce sera un argument en faveur de la nature spécifique des lésions. Pour nous cette recherche a été ordinairement malaisée, car nous n'avons pas l'occasion de voir les parents, et même, quand nous avons pu les interroger, il nous est arrivé souvent de ne recueillir que des réponses obscures. Une seule fois, un renseignement positif a pu être acquis; il s'agissait d'un malade traité antérieurement comme tuberculeux (Obs. XII).

C'est encore le traitement mixte qui, dans tous nos cas, a tranché le différend. En présence d'une ostéite qui régresse rapidement, ou d'une gomme qui fond sous son action, le doute n'est plus permis.

Il existe malheureusement de nombreux cas où l'on se trouve en présence d'ostéites hypertrophiantes, dont l'aspect clinique et radiographique rappelle aussi bien celui de la tuberculose ou d'une ostéomyélite ancienne, que celui de la syphilis. Le traitement n'a que peu d'action sur une périostose définitivement constituée. Mais la recherche des antécédents et des stigmates syphilitiques est rarement négative. En tout cas, le diagnostic doit autant que possible être déterminé en entourant la lésion locale de tous les détails fournis par l'examen total du sujet. La nature de la lésion locale est souvent révélée par l'ensemble du tableau clinique.

TRAITEMENT. — TRAITEMENT SPÉCIFIQUE. — Le traitement spécifique est le seul moyen d'arrêter l'évolution des formes gommeuses, d'en empêcher l'ouverture et d'en amener la résorption rapide.

Pour ce qui est de l'hyperostose, il faut distinguer les hyperostoses jeunes et les hyperostoses anciennes. Pour les altérations anciennes, les végétations osseuses irrégulières, éburnées, dans lesquelles le tissu osseux a le caractère cicatriciel et scléreux, le traitement spécifique est impuissant à en effectuer la résorption. Même associé à une longue évolution spontanée, il pourra tout au plus atténuer les déformations. Nos observations se rapportent à une période trop courte de l'histoire des malades, et les résorptions d'hyperostose peuvent à peine y être aperçues à un faible degré. Dans un seul cas, nous avons relevé des détails capables d'étonner un esprit peu averti. Chez la malade de l'observation I que nous avons vue deux fois, à cinq années de distance, les lésions des membres supérieurs qui avaient été constatées la première fois, ne sont plus perceptibles à l'examen clinique, cinq ans après. Quant aux lésions des membres inférieurs, elles se sont atténuées, et de nouvelles localisations sont apparues.

Ces faits démontrent deux particularités : la possibilité de résorption d'hyperostoses syphilitiques chez les jeunes sujets et l'apparition de poussées et d'améliorations successives.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — L'intervention chirurgicale n'est dans notre esprit qu'une erreur de thérapeutique. Chez nos malades qui ont subi des interventions chirurgicales, le premier acte opératoire était une faute dont l'origine résidait, pensons-nous, dans une erreur de diagnostic. Le caractère syphilitique, dans tous ces cas, n'avait pas été reconnu et le traitement spécifique n'avait pas été institué. Parmi nos observations, trois cas de gommes (Obs. III, IX, XII) ont subi une incision ou un évidement.

En ce qui concerne les os longs, c'est surtout le tibia syphilitique qui a été victime de la chirurgie. Nous en avons rencontré cinq cas. De tous ceux-ci, un seul est arrivé à Berck avec une plaie complètement cicatrisée (Obs. XVI); tous les autres étaient fistuleux.

Les conséquences opératoires s'observent sous des formes variées. Dans les cinq cas, les interventions ont consisté en évidements plus ou moins étendus. A la suite de ces opérations intempestives, un premier fait est frappant, c'est la fréquence des séquestres à la surface de la plaie osseuse. Deux fois la surface d'évidement a été le siège de l'exfoliation d'une lamelle assez épaisse d'os. Dans le premier cas, une fillette d'une dizaine d'années est arrivée à l'Hôpital maritime avec une cavité d'évidement non cicatrisée à la partie moyenne du tibia droit. Cette cavité était béante, bien que l'opération remontât à plusieurs semaines. Au lieu d'une plaie bourgeonnante, on avait sous les yeux une plaque d'os mortifié, perforée çà et là par quelques bourgeons charnus, et plus tard cette plaque se détachait en plusieurs fragments. La syphilis était d'ailleurs démontrée par des stigmates divers, et la malade guérit grâce au traitement général.

Chez une autre malade, une ostéite de l'olécrâne tendait à guérir, un curetage de la lésion fut pratiqué sous nos yeux par l'interne du service. Dès la semaine suivante, une plaque de nécrose apparut sur la plus grande partie de la plaie.

Le souvenir du malade précédent avait fait prononcer le mot de syphilis, quand une gomme du crâne apparut, confirmant l'orientation nouvelle du diagnostic.

Le traitement spécifique fit en effet disparaître la gomme et manifestement abrégea la durée de la cicatrisation du coude. Ces deux faits mettent en évidence un caractère spécial des plaies faites sur les os syphilitiques : la nécrose à la surface de la plaie. Le séquestre a consisté, dans ces deux cas, en l'exfoliation d'une lamelle osseuse de 1 à 2 millimètres d'épaisseur.

Pour les autres opérés, arrivés à l'Hôpital maritime avec une plaie étendue ou une simple fistule, le diagnostic a été établi d'après la forme et le siège de l'altération osseuse, presque toujours située à la partie moyenne du tibia, et surtout par le tableau pathologique des altérations associées, que montrent nos observations. La suppuration post-opératoire est abondante et fétide. Elle est interminable; la cicatrisation ne s'effectue pas, malgré l'association du traitement spécifique que nous avons essayé sous toutes ses formes. La persistance d'une suppuration fétide nous a obligés à intervenir secondairement pour élargir la plaie et chercher l'obstacle à la guérison.

En pratiquant ces évidements secondaires qui étaient inévitables, nous avons dû répéter jusqu'à quatre fois, à des intervalles très éloignés, des interventions nouvelles. Nous avons trouvé chez trois malades un séquestre, au fond de la plaie. Ces séquestres offrent des caractères particuliers :

Chez le malade de l'observation XVIII, deux opérations avaient été faites avant l'arrivée à Berck, avec un diagnostic erroné, avons-nous supposé. Quant à nous, nous avons dû faire successivement, dans le cours de deux années et demie de traitement, quatre nouveaux évidements. Trois fois nous trouvâmes un séquestre, et la dernière fois celui que nous avons extrait était des plus caractéristiques. Il avait la forme d'une épaisse cupule appliquée par sa convexité au fond de la plaie osseuse vers l'épiphyse (fig. 35).

L'évidement secondaire a dû être répété aussi quatre fois, pour le malade de l'observation XIX.

Obs. XVIII, — *Ostéomyélite syphilitique infectée du tibia droit. Nécrose osseuse. Six interventions.* — V..., fillette, treize ans, entre à l'Hôpital maritime, en août 1894, pour une ostéite du tibia droit, déjà opérée deux fois à Paris. Une longue cicatrice s'étend verticalement au-devant du tibia droit, avec une large ulcération à chaque extrémité. La suppuration est abondante et très fétide.

La partie moyenne des lésions s'étant seule séparée, M. Ménard intervient de nouveau le 17 décembre 1894. Il évide les deux régions bulbaires. Au niveau du bulbe supérieur, par une tranchée, il découvre un canal médullaire infecté sur une longueur d'environ 3 centimètres. La surface du canal offre une couche mince d'os en voie d'exfoliation.

Cette couche est séparée de l'os sous-jacent par des fongosités. Vers l'épiphyse inférieure du tibia existe de même un canal semblable, contenant un séquestre isolé.

Le 27 mai 1895, nouvel évidement du tibia à sa partie supérieure, car il restait une fistule profonde à la partie supérieure de l'ancienne plaie.

Le 23 septembre 1895, troisième évidement de la partie supérieure du tibia. Extirpation d'un nouveau séquestre, moitié vivant moitié nécrosé. La surface extérieure de ce séquestre correspond à la zone de séquestration.



Fig. 35.— *Séquestre trouvé dans un tibia syphilitique ayant subi un évidement* (Obs. XVIII).

Ce séquestre est arrondi, avec de petits mamelons formés d'un tissu osseux plus dur que le tissu environnant. Sa surface externe est recouverte d'une membrane.

Le 3 août 1896, nouvel évidement très superficiel. Il n'existe plus cette fois de séquestre.

La malade a fini par guérir après ce traitement opératoire si laborieux.

Pendant tout son séjour à Berck, elle a suivi le traitement spécifique (frictions et solution iodurée).

Obs. XIX. — *Hyperostoses syphilitiques du tibia droit, des deux humérus, du cubitus droit. Arthrite du coude gauche. Hydarthrose du genou gauche. Une ostéite opérée du tibia gauche nécessite quatre autres interventions et met trois ans pour se cicatriser.* — L... (Georges), quatre ans, entre le 11 mai 1904 à l'Hôpital maritime. Il présente des foyers multiples d'ostéite syphilitique.

Le tibia droit est renflé en fuseau.

A gauche une plaie opératoire, fistuleuse, répond au quart inférieur de la face interne du tibia. L'os est rugueux et épaissi à ce niveau. L'articulation tibio-tarsienne est indemne, mais le genou est atteint d'hydarthrose.

L'humérus gauche est très tuméfié dans son tiers inférieur. Le coude est immobilisé en flexion légère sur le bras. Il est globuleux et comme bourré de fongosités.

A droite l'humérus est aussi tuméfié à sa partie inférieure. Le cubitus est renflé au niveau de son bulbe supérieur. L'articulation est saine.

Une fistule au-dessus de l'arcade sourcilière droite répond à un point dénudé du frontal. Il existe des cicatrices d'adénite cervicale et inguinale, d'apparence tuberculeuse.

L'enfant est soumis au traitement mixte, du 11 mars au 12 septembre 1904. Les lésions s'améliorent, entre autres la tuméfaction de l'humérus et du coude gauche diminue considérablement. La plaie tibiale droite par contre, ne se cicatrise pas, et continue à suppurer avec abondance.

12 septembre 1904 : Première intervention. Un évidement de 5 centimètres de longueur est pratiqué. Pas de séquestre.

17 octobre 1905 : Malgré le traitement mercuriel le tibia ne s'est pas cicatrisé. Le foyer est de nouveau largement ouvert et cureté.

24 septembre 1906 : Par suite de la persistance de la suppuration, nouvel évidement plus étendu qui amène jusqu'au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne.

A la suite de cette intervention, la situation s'améliore. Il persiste cependant un trajet fistuleux.

8 avril 1907 : le trajet est de nouveau ouvert. La lésion osseuse est presque cicatrisée, il ne reste qu'un petit point d'os dénudé.

L'enfant quitte l'hôpital en juillet 1907. Le tibia est complètement cicatrisé.

Il est à remarquer que les foyers d'ostéite fermés se sont rapidement améliorés sous l'influence du traitement mercuriel, tandis que le foyer ouvert a mis plus de trois années à guérir.

Obs. XX. — *Ostéite syphilitique du tibia droit, traitée par un évidement. Suppuration persistante nécessitant une nouvelle intervention chirurgicale.* — G... (Camille), dix ans, est envoyée à l'Hôpital maritime pour une ostéite du tibia droit, traitée par un évidement et restée fistuleuse.

Examen clinique. — Le tibia droit, au niveau de sa partie moyenne, est convexe dans le sens longitudinal et arrondi transversalement. Au-dessus et au-dessous il est épaissi. Le tibia gauche

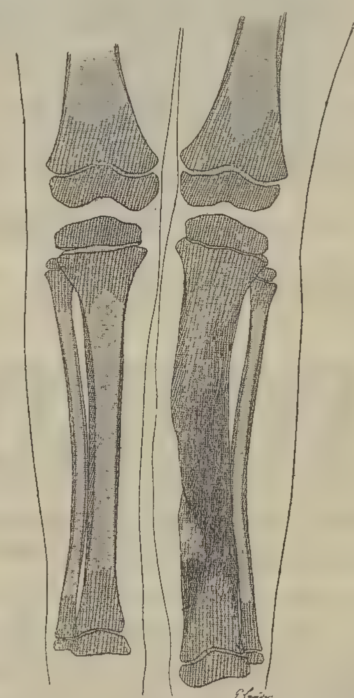


Fig. 36. — *Syphilis congénitale du tibia droit* (Obs. XX). — Hyperostose totale du tibia. — Une tache claire, sur le bord interne du tibia, répond à une cavité d'évidement.

est légèrement convexe en avant. Le fémur gauche est douloureux à la pression et augmenté de volume dans son tiers inférieur.

Le maxillaire inférieur est épaissi dans sa moitié droite. Du côté de la bouche une fistule répond à la deuxième grosse molaire.

A la partie antérieure et moyenne du sternum, on trouve une cicatrice déprimée et adhérente.

Examen radiographique. — Le tibia droit est hyperostosé dans sa totalité. Il est élargi transversalement et présente un allongement de 2 centimètres par rapport au tibia gauche (T. dr. = 24 centimètres; T. g. = 22 centimètres).

L'axe forme un angle très obtus, ouvert en dehors, dont le sommet répond à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. L'hyperostose est de teinte sombre. A l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, sur le bord interne de l'os, une tache claire ovalaire répond aux cavités d'évidement.

Le tibia gauche et les deux péronés ne sont pas épaissis, mais incurvés en dehors.

Le fémur gauche n'apparaît pas, à la radiographie, hyperostosé comme on pouvait le croire par la palpation. Le col du fémur droit est plus épais qu'à gauche. Son bord supérieur est anormalement convexe.

Evolution. — A l'entrée de l'enfant à l'hôpital il existait sur la face antéro-interne du tibia une plaie opératoire, non cicatrisée,

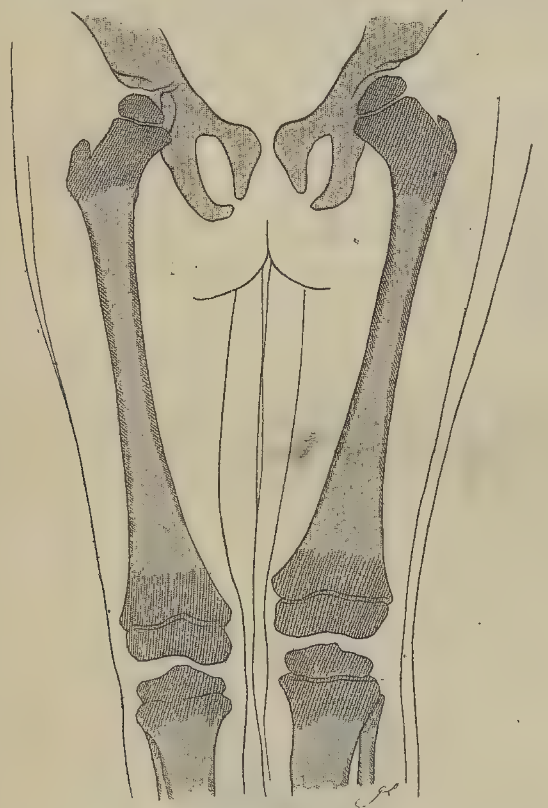


Fig. 37 (sujet de la fig. 36). — *Hyperostose du col du fémur droit.*

très creusée à sa partie inférieure. Le traitement mixte n'améliore pas notablement la situation; la suppuration persiste.

Le 22 décembre 1907 un évidement secondaire du foyer est pratiqué.

On trouve une cavité osseuse remplie de fongosités mais ne contenant pas de séquestres. Actuellement la plaie n'est pas encore cicatrisée.

Nous pouvons conclure que deux faits découlent de ces interventions secondaires : L'extrême difficulté qu'elles présentent à guérir, puisque souvent elles ont nécessité plusieurs mois, voire même trois ans (Obs. XIX) pour cicatriser. L'autre fait concluant est la fréquence des séquestres.

Ceux-ci se rencontrent aussi bien dans les plaies anciennes qu'immédiatement après une intervention. Nous avons cité précédemment deux cas dans lesquels une plaie récente s'est recouverte d'un séquestre d'exfoliation. Il en est de même des gommes ouvertes à l'extérieur; elles aussi déterminent de la nécrose analogue à la nécrose chirurgicale. Autrement dit, toutes les plaies spontanées ou opératoires qui mettent à nu un os syphilitique, exposent à la production des séquestres.

Il est presque inutile de répéter, après ce que nous venons de dire, que la syphilis osseuse appartient exclusivement au traitement médical. La série des évidements que nous avons nous-mêmes pratiqués, n'était qu'une conséquence fatale d'une première erreur thérapeutique : l'opération première, elle-même due à une erreur de diagnostic.

Nous savons cependant que des ostéites très douloureuses, pour lesquelles le traitement spécifique est resté inefficace, ont pu indiquer une trépanation.

Nous ne nous sommes pas trouvés en présence de semblables cas. Ici la douleur constituerait toute l'indication, et si on était conduit à opérer de cette façon, on devrait le faire avec les précautions de l'asepsie, et fermer complètement la plaie pour éviter ces suites si tenaces de la suppuration secondaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 29 avril 1908)

M. le Président annonce la mort de M. le professeur Terrier et lève la séance en signe de deuil.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 MAI 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Lecène et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 12 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Castaigne; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 13 mai, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Roger et Lœper; — (2e série) : MM. Déjerine, Letulle et Macaigne; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Segond, Gosset et Proust; — (2e partie) : MM. Gaucher, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Lecène, suppléant.

Jeudi 14 mai, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Achard et Rénon; — (2e série) : MM. Raymond, Gouget et Brumpt; — (3e série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt; — (4e série) : MM. A. Robin, Jeanselme et Castaigne.

4e (1re série) : MM. Pouchet, G. Ballet et Langlois; — (2e série) : MM. Chantemesse, Carnot et Balthazard; — (3e série) : MM. Gilbert, Thoinot et Richaud; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 15 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re parie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Proust et Lecène ; — (2e série) : MM. Segond, Gosset et Ombrédanne; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 16 mai, à une heure. — 5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaigne, Demelin et Jeannin.

5e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, A. Robin et Castaigne; — (2e série) : MM. Hutinel, G. Ballet et Nobécourt; — M. Launois, suppléant.

La lutte contre les microbes, par le docteur Etienne Burnet. Un vol. in-18 jésus. — Prix : Broché, 3 fr. 50. — Paris, Armand Colin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 52. — MARDI 5 MAI 1908. 81e ANNÉE. MARDI 5 MAI 1908. — N° 52.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LIXe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE. — Présidence de M. Lereboullet.

Exercice illégal. — Ainsi que nous l'avons annoncé, M. Darras a établi la liste exacte de tous les diplômes délivrés depuis 1870. Cette liste sera un précieux auxiliaire pour combattre l'exercice illégal de la médecine.

Pensions viagères. — Onze nouvelles pensions de 800 francs et deux suppléments de 200 francs sont accordés, ce qui porte à quatre-vingt-six le nombre des pensions en cours (quatre-vingts à 800 francs et six à 1 000 francs).

Pensions aux veuves et aux orphelins. — Afin de favoriser l'essor de la combinaison, appelée combinaison D, l'Association générale décide de garantir le service des pensions, sans que cette garantie puisse dépasser le montant de dix pensions à 600 francs. D'après la mortalité des adhérents à l'Association amicale, œuvre filiale qui a élaboré le projet, et d'après les calculs des actuaires, les risques de l'Association sont réduits au minimum et on considère que la garantie demandée à l'Association générale sera plutôt une garantie morale qu'une garantie pécuniaire. L'Association générale n'aurait, d'après les prévisions, à intervenir que s'il se produisait une mortalité de beaucoup supérieure à la mortalité moyenne qui a été, pour les membres de l'Amicale, de 0,875 p. 100 par an pour la période 1894-1906.

Repos hebdomadaire. — L'Assemblée accepte le principe d'après lequel les visites faites le dimanche seront assimilées à des visites d'urgence; elle engage les Sociétés locales à faire le nécessaire pour que ce vœu entre dans la pratique par une entente de tous les confrères d'une même région.

Impôt sur le revenu. — L'assemblée approuve un ordre du jour demandant à ce que : 1° dans l'établissement de cet impôt pour la profession médicale, les dépenses nécessitées par l'exercice même de la profession soient défalquées du montant des bénéfices; 2° dans aucun cas il ne soit porté atteinte au secret professionnel pour la justification des sommes reçues par le médecin.

Elections. — MM. Léon Labbé (de Paris) et Gross (de Nancy) sont élus vice-présidents; MM. Amodru, Blanquinque (de Laon), Bouloumié, Motet et Pamard (d'Avignon), conseillers sortants, sont réélus; MM. Coudray et Lubet-Barbon (de Paris) et Maunoury (de Chartres) sont nommés membres du Conseil général.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE (fondée le 1er février 1868, reconnue d'utilité publique). — Dans sa séance du 13 avril 1904, la Société de médecine légale de France a déclaré trois vacances parmi ses membres titulaires;

Deux dans la section de médecine par suite du décès de MM. Christian et Goujon;

Une dans la section de magistrature, par suite de la démission de M. le président Benoît, élu membre honoraire.

Les candidats doivent adresser leur demande avec leurs titres, avant le 11 mai prochain, à M. Ch. Constant, secrétaire général de cette Société, 13, rue des Saints-Pères, à Paris.

Aux termes des statuts, les anciens candidats doivent renouveler leur demande.

Il est rappelé que la Commission chargée d'examiner les candidatures tiendra le plus grand compte des communications antérieures, orales ou manuscrites, faites à la Société par les candidats.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Chamberland, membre de l'Académie de médecine, sous-directeur de l'Institut Pasteur; Léon Gage (de Paris) et Pellegrin, médecin principal de la marine en retraite.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Service Civiale. — M. le docteur Marion, professeur agrégé, chef de service, reprendra, le mardi 5 mai, ses conférences sur les maladies des voies urinaires.

Mardis, samedis, à neuf heures et demie, amphithéâtre Civiale : Conférences de séméiologie et de pathologie.

Jeudis, à neuf heures et demie, amphithéâtre Civiale : Conférences de thérapeutique et de technique opératoire.

Opérations, les mardis, jeudis, samedis, après la conférence (amphithéâtre Civiale).

Visites dans les salles (salles Civiale et Laillier), les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures.

Examen et traitement des malades externes (hommes et femmes), tous les jours, salle de la consultation, sous la direction de M. le docteur Lavenant, assistant du service.

COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. le docteur Le Fur, ancien interne de la Clinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker, fera ce cours en dix leçons, tous les jeudis à trois heures et demie, 18, rue du Luxembourg, et à sa clinique de la rue de Rome, 60, rue de Rome.

S'inscrire chez le docteur M. Le Fur, 103, rue La Boétie.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 621.*)

NOUVELLES NOTIONS

SUR LA

PATHOGÉNIE DU GLAUCOME PRIMITIF

Par le docteur A. TERSON.

Il y a tout au plus un siècle et demi, le glaucome était souvent passé sous silence par beaucoup d'auteurs. Aujourd'hui sa symptomatologie externe, son tableau ophtalmoscopique, ses principales altérations anatomo-pathologiques, sa cure chirurgicale par l'iridectomie, son amélioration par les myotiques constituent des acquisitions précieuses. La pathogénie de ce *syndrome* (Demicheri) reste encore empreinte d'obscurité; d'une part, on a parfois confondu le glaucome avec l'hypertonie, l'œil dur, qui n'en est qu'un des symptômes, d'autre part, on n'a pas serré d'assez près les liens étroits qui unissent le glaucome à la pathologie générale et permettent, croyons-nous, de s'en faire une idée plus juste. Sans entrer dans une étude complète que nous avons exposée ailleurs (1), nous donnerons ici un aperçu des idées que nous soutenons depuis longtemps sur ce sujet et des rapports qu'elles ont avec la pathologie et la médecine générales. Supposant connues les théories du glaucome, nous en ferons table rase et nous nous remettrons en face du malade, du modèle vivant.

*
* *

Le terrain et les causes du glaucome. — Le glaucome ne se développe pas chez n'importe qui et les causes en sont toujours complexes. Il faut prendre une observation de glaucomateux *comme une observation de pathologie interne*, en interrogeant tous les antécédents, tous les appareils, toutes les fonctions.

En outre des prédispositions individuelles et familiales, il y a des causes déterminantes et des causes provocatrices, occasionnelles.

L'*hérédité* du glaucome et de ses diverses formes est parfois certaine. De Graefe et Rogman ont même cité des familles de glaucomateux tout comme on a cité des familles où les cardiopathies, les affections articulaires et cutanées, les œdèmes, sont d'une extrême fréquence. Les *professions*, les conditions sociales, les distractions fatiguant et absorbant l'esprit (jeu), les soucis répétés, sont des causes très prédisposantes.

Le *sexe féminin* est-il plus souvent atteint de glaucome? Les statistiques sont contradictoires. Toutefois nous avons observé le grand glaucome aigu bilatéral et simultané surtout chez des femmes. Il est hors de doute que la race *juive* fournit beaucoup plus de glaucomateux que les autres. On l'a dit depuis Benedict et Rosas, et nous pouvons affirmer que les israélites forment le quart de nos glaucomateux. Le mariage entre sujets de la même race multiplie les causes glaucomatisantes que nous allons exposer.

(1) A. Terson. *Pathogénie du glaucome*, J.-B. Baillière, édit. 1907, Rapport à la Société belge d'ophtalmologie, 1907, et Analyse et synthèse pathogéniques du glaucome, *Arch. d'opht.*, 1908.

Un *état diathésique* est fréquemment observable. Les anciens l'avaient reconnu. La nature « arthritique » de l'ophtalmie glaucomateuse est attestée par Beer, par Demours, qui dit « que la goutte et le rhumatisme prédisposent éminemment au glaucome », par Rosas, par la plupart des observateurs anciens et récents. La goutte précède ou suit quelquefois le glaucome, mais le goutteux est atteint souvent d'urticaire, de troubles nerveux et d'autres affections de divers appareils.

La syphilis peut être en jeu, mais son action est toujours ancienne et indirecte.

Le *système nerveux* mérite la plus grande attention. L'asthénie nerveuse avec alternatives d'hypo et d'hyperexcitabilité, les réactions émotives et colériques disproportionnées, sont au plus haut degré chez certains glaucomateux.

Demours (1821) auquel on doit une très remarquable description du glaucome (1) au point de vue clinique (phénomènes subjectifs, dilatation pupillaire, *dureté de l'œil au toucher*, etc.), bien avant Mackensie, Middlemore et de Graefe, remarque combien les vives impressions (chutes, émotions, froid, etc.) ont d'influence et dit : « La sensibilité du système nerveux est une prédisposition à cette maladie et il m'a paru souvent que telle personne affectée d'un glaucome n'aurait eu qu'une amaurose si, chez elle, le système nerveux avait été moins irritable ; » il cite des cas de glaucome subit, glaucome nerveux (Sichel), baptisé depuis émotif.

Une de nos israélites a une folie circulaire. Bien des malades ont des névropathes francs dans leur famille (goitre exophtalmique, etc.). Les migraines, la sciatique, les névralgies sont fréquentes chez les glaucomateux, où d'ailleurs les causes occasionnelles sont si souvent d'ordre nerveux.

Du côté de la *peau*, l'urticaire, les dermatoses, les érythèmes aigus, existent de temps à autre. Tito Manlio a remarqué la coexistence et l'alternance d'un glaucome aigu avec les poussées d'érythème noueux.

Du côté des *poumons*, l'asthme, l'emphysème.

Du côté de l'*appareil digestif*, les dyspepsies, les coliques hépatiques, la constipation, tout l'apanage intestinal des arthritiques sont à invoquer soit comme source d'intoxication, soit comme origine irritative d'un réflexe.

Du côté de l'appareil *urinaire*, la perméabilité rénale a paru très restreinte (Joseph, Cantonnet), moins pour d'autres (Frenkel).

Dans les urines, la gravelle avec coliques néphrétiques, très rarement de l'*albumine* (quoique le glaucome puisse, comme on l'a dit et comme nous l'avons vu, compliquer une rétinite brightique vraie), du sucre (nous avons observé des glaucomes, parfois hémorragiques et bilatéraux chez le diabétique pur). Il serait tout à fait utile d'étudier les urines, suivant la méthode de Joulie, et en rapport qualitatif avec les crises glaucomateuses.

Très importantes sont les altérations du *système circulatoire*. Il n'est pas très rare de trouver chez le

(1) A. Terson. Les premiers observateurs de la dureté de l'œil dans le glaucome, *Arch. d'opht.*, 1907.

glaucomateux des maladies de cœur et des cardiopathies artérielles. Nous avons noté en particulier l'insuffisance aortique et de graves crises d'angine de poitrine. Les artères sont souvent rigides, surtout dans le glaucome chronique, les temporales flexueuses et dures, le système *veineux* dilaté (varices, hémorroïdes). La suppression brusque du flux hémorroïdal a été signalée dans l'étiologie immédiate. De même les troubles menstruels qui, vu leur fréquence à la ménopause, doivent être pour quelque chose dans celle du glaucome à cette période de la vie féminine. L'artério-sclérose n'est pas rare (de Graefe, Panas).

Le pouls a souvent les caractères du pouls des artério-scléreux Des troubles circulatoires divers (vertiges, œdèmes, petits signes de l'artério-sclérose et de la tendance brightique), l'hémorragie cérébrale plus ou moins grave, fréquente dans le glaucome hémorragique où, comme de Graefe, nous avons plusieurs fois vu l'hémiplégie suivre ou précéder, ou la mort subite suivre l'attaque de glaucome. Il sera toujours intéressant de noter, quand on le pourra, comment meurent les glaucomateux, après avoir noté comment ils vivent.

Le glaucome et les modalités de la pression sanguine. — Dès 1893 (1), je me préoccupais de la tension artérielle des sujets atteints de cataracte, seul point de repère que j'entrevisse pour déterminer leur prédisposition hémorragique opératoire.

Imbu de ces idées, pénétré de la ressemblance de certains de ces cas avec le glaucome hémorragique (2), admettant aussi la fréquence de l'artério-sclérose dans le glaucome chronique, je fus amené à rechercher l'*hypertension sanguine* chez les glaucomateux en général.

Tout en prenant date (additions aux atlas de Haab, « Maladies des yeux » dans le *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet, etc.), je résolus de mesurer cette tension, je me procurai un sphygmomanomètre de Potain, j'associai M. Campos à ces recherches et nous obtînmes les premiers résultats (1898). Ces résultats démontraient déjà que les formes chroniques du glaucome étaient presque toujours liées à une hypertension sanguine *permanente*, que cette hypertension artérielle était parfois extrême dans le glaucome hémorragique, mais qu'une hypertension sanguine permanente n'existait pas chez un certain nombre de glaucomateux, qu'enfin, malgré une tension sanguine *normale ou redevenue normale*, l'œil pouvait rester très dur, preuve absolue que l'abaissement de la tension artérielle ne suffisait pas à faire cesser l'hypertonie.

(1) A. Terson. Pathogénie de l'hémorragie expulsive, *Arch. d'opht.*, 1893 et 1907.

(2) Il est possible que dans la grande hémorragie et dans le glaucome hémorragique sur le terrain artério-scléreux à hypertension artérielle, le *système nerveux* intervienne et que les éléments vasculaires et nerveux se combinent pour arriver à l'afflux congestif subit et irrésistible, l'*assaut*, la *crise vasculaire* qui rompt tout. Ceci est d'autant plus probable que les sujets artério-scléreux et à hypertension artérielle n'ont tous ni l'hémorragie expulsive ni le glaucome hémorragique.

Bajardi communiqua bientôt de très intéressantes recherches. Il trouvait, plus souvent que nous, une hypertension artérielle permanente chez les glaucomateux et insistait surtout sur l'influence glaucomatisante des variations d'équilibre de la pression sanguine pathologique.

Joseph dans sa thèse (1) considère l'hypertension artérielle et l'imperméabilité rénale comme à peu près constantes chez les glaucomateux. Puis viennent les travaux de Cantonnet (2) sur les troubles osmotiques dans leurs rapports avec le glaucome; enfin Frenkel (3), dans une série de patientes recherches avec l'appareil de Riva-Rocci, retrouve une hypertension artérielle quatorze fois sur quinze glaucomateux, mais peu de défectuosité dans l'élimination rénale.

Depuis 1898, nos recherches ont confirmé nos premières conclusions. Sauf dans les poussées aiguës des glaucomes, subaiguës, irritatives, chroniques, hémorragiques, nous n'avons pas, dans le glaucome aigu, été appelé assez à temps pour constater chez ces derniers malades une hypertension artérielle évidente. Nous rapprocherons ce fait que, *dans les œdèmes aigus, en particulier dans celui du poumon, la tension artérielle s'abaisse brusquement dès que l'accès d'œdème est produit.* Si nous rappelons que Bajardi a pu voir dans un cas l'accès de glaucome suivre un abaissement brusque de la pression sanguine, il est possible que dans les cas de glaucome aigu où nous avons recherché, sans la trouver, après quelques jours de glaucome, l'hypertension artérielle, elle ait momentanément existé avant l'accès ou à son heure.

En somme, l'idée et la recherche de l'hypertension sanguine en pathologie oculaire sont devenues classiques et ont donné, quoique à leur début et avec des recherches rudimentaires, des constatations de faits, non seulement engendrant des interprétations nouvelles, mais s'ajoutant à tous les documents antérieurs de l'histoire clinique du glaucome.

L'hypertonie, si on la définit un trouble de l'équilibre entre la pression sanguine et le tonus oculaire, proviendrait (Zimmermann) d'un *abaissement* brusque de la pression sanguine, tandis que le tonus oculaire resterait le même. Le sang aurait de la peine à forcer la pression intraoculaire, d'où le pouls artériel intra-oculaire et une diminution de l'apport sanguin entraînant une nutrition défectueuse, un œdème augmentant l'hypertonie, comprimant les veines ciliaires et s'accroissant encore de ce chef. L'hyperpression provoque ensuite la soudure irido-cornéenne.

D'une façon générale, les observations de ces dernières années multiplient les objections aux vues citées plus haut. Le fait que l'hypertension artérielle est fréquente chez les glaucomateux prouve qu'il y a glaucome avec hypertension artérielle *permanente*.

(1) H. Joseph. *Le glaucome dans ses rapports avec l'hypertension artérielle et l'imperméabilité rénale*, Th. de Paris, 1904.

(2) Cantonnet. *Les échanges osmotiques entre les humeurs intra-oculaires et le plasma sanguin*, Th. de Paris, 1905.

(3) H. Frenkel. Recherches sur la tension artérielle dans le glaucome, *Arch. d'opht.*, 1905.

plus souvent qu'avec hypotension artérielle permanente. La plus grande fréquence du glaucome chez les sujets artério-scléreux hypertendus et chez les sujets arthritiques et autres ayant plus de tendances à l'hypertension sanguine, sa rareté chez les sujets hypotendus (tuberculeux, anémiés, etc.), doivent entrer en ligne.

Quant à la chute momentanée de la pression sanguine comme agent provocateur de la crise, Bajardi a, nous l'avons vu, cité un cas de ce genre et peut-être l'écart étant plus grand est-il bien plus préjudiciable qu'ailleurs, chez un hypertendu artériel, s'il descend brusquement à l'hypotension sanguine.

Les intoxications chroniques ne jouent qu'un rôle indirect (tabac, alcool) en activant l'effet nocif des autres conditions générales.

L'examen de l'*œil* révèle presque toujours une réfraction hypermétropique, souvent héréditaire.

L'emmétropie, l'astigmie, très rarement la myopie, malgré les assertions de Mackensie, la remplacent.

D'autres affections oculaires (rétinite pigmentaire, lésions diverses et ectopies du cristallin, embolie rétinienne, anomalies congénitales, colobomes, anridie), ont été signalées dans le glaucome de l'adulte et dans le glaucome infantile.

Dans les causes *occasionnelles*, on rencontrera les éléments les plus variables.

Ordinairement il s'agit d'une action sur le système nerveux. Le surmenage, la faim, le refroidissement très violent (nous avons vu un glaucome aigu suivre, dès le lendemain, une attente prolongée sous une porte cochère à un froid excessif), une insolation, des conditions de pression atmosphérique (Uribe Troncoso), peut-être certaines conditions *météorologiques* plus d'une fois invoquées (mais le glaucome se produit à peu près aussi fréquemment dans la saison très froide et très chaude, et, comme pour l'urticaire, il semble que ce soit une forte *variation* thermique en plus ou en moins qui soit l'agent provocateur), une chute dans l'eau, une fracture, l'étranglement herniaire (double glaucome aigu chez un de nos malades), les émotions (perte au jeu, deuil, colère, discussion vive), une crise douloureuse (coliques néphrétiques, hépatiques, etc.), le choc électrique (Schirmer), l'ingestion d'un aliment compliqué, irritant, toxique (boissons glacées, sauces véhémentes et épicées, crustacés, etc.), tout cela s'observe et relève à la fois de plusieurs étiologies *convergentes*.

La cause est même parfois *oculaire* ou *péri-oculaire* : le cathétérisme lacrymal, l'ablation d'*un* cil (Terson père), une opération de cataracte (glaucome avant, pendant une extraction [Lagrange]), après l'extraction (de Graefe), l'iridectomie de l'œil opposé (de Graefe), une injection sous-conjonctivale (Mazet), l'action d'un mydriatique, celle d'un médicament vasomoteur (surtout l'adrénaline), bien d'autres actions locales, le traumatisme contondant donnant (chez un de nos malades une boule de neige), sans aucun déplacement du cristallin, un glaucome cédant peu à peu aux myotiques, glaucome secondaire si l'on veut, mais bien différent des glaucomes par plaie de l'œil ou luxation de la lentille.

Le surmenage oculaire d'un œil hypermétrope a une influence mauvaise. Si Lange a remarqué l'influence heureuse du travail dans certains cas, le contraire a lieu d'ordinaire. Le sujet sait ce qui lui fait mal. Un de nos malades, atteint de prodromes, a sa crise avec arc-en-ciel, pesanteur et brouillard, vers 11 heures du soir, au théâtre, s'il emploie la lorgnette pendant environ deux heures.

On doit faire une mention spéciale pour les *affections aiguës* de l'organisme.

Le glaucome, au cours ou *à la fin* de l'influenza, n'est pas rare : nous en avons vu plusieurs bilatéraux. Ceci n'a rien d'étonnant avec une maladie à infection aussi toxique et imprégnante pour le système nerveux. L'érysipèle, le typhus, toutes les fièvres éruptives, *toute cause d'infection générale* (chez un de nos malades, un énorme anthrax de la nuque), sont une étiologie éventuelle.

Deux conclusions générales sont à tirer de l'étude étiologique du glaucome primitif de l'adulte. D'abord les causes n'ont *rien de spécifique*. Comme pour l'urticaire, les érythèmes, les œdèmes névropathiques, *les causes les plus disparates aboutissent au même résultat* ; jamais la cause n'est unique ou exclusive ; ceci est d'une réelle importance pathogénique.

Comme pour les érythèmes, c'est *au sujet lui-même* et non à la cause que le glaucome emprunte son caractère spécial.

Ensuite cette cause pourra rester indécise ou inaperçue. On doit admettre que, chez certains malades, les causes nocives *banales* dans lesquelles ils passent littéralement leur temps en bien des professions ou conditions sociales, ont suffi ; dans d'autres, la cause existe, mais n'a point été recherchée avec ténacité et compétence. Parfois le mauvais état général (vomissements, mouvements fébriles, agitation) qu'entraîne l'attaque du glaucome aigu aura été confondu avec la maladie générale qui engendre ce glaucome, et inversement.

Enfin la violence extrême d'une cause d'ébranlement nerveux suffira à provoquer le glaucome sur un terrain sensiblement normal. On devra examiner tout cela avant de dire, avec Fabini qui, en une page, a donné une description parfaite du glaucome, avec remarque de la dureté *pierreuse* de l'œil (1831) : « Le glaucome survient parfois chez des sujets *sains*, mais bien plus souvent dans la diathèse *arthritique*. » Ajoutons : chez les sujets *très nerveux* (Demours).

Chez l'*enfant*, le glaucome primitif affecte, vu l'extensibilité de la sclérotique, la forme *buphtalmique*. L'hérédité et les diathèses ne sont pas rares : nous avons vu plusieurs fois une mère buphtalme engendrer des enfants rapidement buphtalmes. La syphilis héréditaire est fréquente, une série de causes dystrophiques et diathésiques sont parfois à noter. Enfin une prédisposition aux troubles vasomoteurs, des troubles circulatoires et névropathiques aussi bien chez les enfants que chez les parents ont été admis ici par Angelucci, Gallenga et de Lapersonne, et nous croyons de plus à des troubles trophiques congénitaux.

Nature du glaucome. — GLAUCOME AIGU. — Il nous semble impossible de l'expliquer par une hypoexcrétion primitive, par une rétention aiguë pure et simple. Grossièrement les faits pourraient avoir une analogie avec une rétention brusque d'urine avec hypertonie vésicale.

Si on analyse un à un, tant objectifs que subjectifs, les autres symptômes, on retrouvera partout la probabilité d'une combinaison en parties *inégales* de la congestion active et passive, du résultat de l'hypertonie et du *primum movens* qui la provoque elle-même.

L'exsudation du glaucome aigu et son processus *ne sont pas de nature inflammatoire.* Congestion, trouble vaso-moteur, irritation chimique, stagnation et troubles mécaniques, qui pourra sincèrement les assimiler, même de loin, à une véritable inflammation iridochoroïdienne ou intraoculaire dont les types sont innombrables, mais séparés par un fossé très net, des pseudo-inflammations glaucomateuses? Même dans le glaucome chronique, sclérose, dégénérescence, mais rien comme inflammation.

Dans le glaucome *hémorragique*, l'histologie, depuis Hache, retrouve invariablement les plus graves lésions artério-scléreuses, rétino-optiques.

Le glaucome aigu et les œdèmes aigus. — Dans notre note préalable de 1901 (Soc. franç. d'ophtalmol., 1901), nous avons attiré l'attention sur l'analogie du glaucome aigu et des *œdèmes aigus*, processus *non inflammatoires*, à abondante exsudation séro-albumineuse, épanchements tantôt foudroyants, tantôt à poussées récidivantes d'importance variable. Du côté de l'œil, les paupières, la conjonctive en sont parfois le siège. Ces œdèmes aigus ont été dans ces dernières années l'objet d'études qui ont même abouti à leur *reproduction expérimentale.*

« Au niveau du *poumon*, l'œdème aigu est *un syndrome morbide* ayant son individualité propre et constitué par une brusque suffusion de sérosité dans l'intérieur des alvéoles, ainsi que dans le tissu interstitiel qui les enveloppe. Sa soudaineté et sa gravité immédiate ont fait donner à ce syndrome le nom d'*apoplexie séreuse* du poumon. A ces caractères essentiels, il faut joindre l'origine nettement *fluxionnaire* des phénomènes, nature qui sépare encore irrévocablement cet œdème pulmonaire chronique des autres et pourtant cet état de congestion intense est *absolument indépendant de tout processus inflammatoire*, car les recherches de J. Renaut et de Van Basch ont démontré que la sérosité épanchée ne contient aucune trace de fibrine » (J. Teissier). C'est une maladie spéciale, indépendante au fond du mal de Bright, mais qui ne semble pas l'être des lésions artérielles ou tout au moins du système nerveux moteur artériel. « La lésion consiste en une énorme inondation des alvéoles pulmonaires. Un coup de congestion diapédétique s'est produit de telle sorte que toutes les alvéoles sont remplies et distendues par un liquide *albumineux*, totalement dépourvu de fibrine, tout comme celui d'une papule ortiée. Dans ce liquide prennent place d'innombrables globules blancs, presque sans mélange de globules rouges. Les capillaires et artères sont aplatis par la compression de ce liquide ayant distendu les alvéoles d'un seul coup avec une abondance et une violence extraordinaires. Les grosses veines sont distendues et gorgées de globules rouges. Certaines veinules ont éclaté » (J. Renaut).

Mentionnons encore la maladie de Quincke, œdème aigu circonscrit de la peau, maladie souvent familiale et héréditaire, l'œdème aigu du larynx, certains œdèmes des muqueuses, l'*urticaire* dans ses variétés aiguës ou chroniques, et dont les lésions histologiques sont si fugaces que l'examen histologique le plus compétent n'arrive pas à les mettre en évidence (J. Darier).

Les accès se répètent souvent sur une *même région* de prédilection. « C'est une des particularités de l'urticaire œdémateuse de se reproduire toujours à la même place » (P. Merklen).

Il existe véritablement une *tension ortiée* (E. Besnier), éréthisme angionerveux, où les causes les plus banales aboutissent à l'urticaire et à ses récidives. Tout l'ensemble des causes déterminantes et occasionnelles constitue la *sommation urticarienne* (L. Jacquet). Certes tout ce que nous avons dit de l'étiologie du glaucome prouve bien qu'il existe une *sommation glaucomateuse* tout à fait comparable.

Certains *érythèmes*, en particulier l'érythème polymorphe, si curieux d'ailleurs en ses éruptions conjonctivales, ont plus d'une analogie avec les glaucomes. Tito Manlio a publié une très remarquable observation (1), dont on retrouvera la traduction dans la thèse de B. Beaudonnet (2), inspirée par nous. Chez une femme de 51 ans, rhumatisante et atteinte de coliques hépatiques, les attaques d'érythème noueux ont été suivies de *glaucome aigu* successivement sur chaque œil, guéri par l'iridectomie.

(*A suivre.*)

(1) TITO MANLIO. *Giornale internaz. del Sc. medicale*, 15 novembre 1891.

(2) B. BEAUDONNET. *Les manifestations oculaires de l'érythème polymorphe*, Thèse de Paris, 1894.

MÉDECINE PRATIQUE

LES INDICATIONS DE LA SAIGNÉE DANS LA MÉDECINE ACTUELLE

Pour être déchu de son ancienne splendeur, pour n'être plus considéré comme une panacée universelle, le procédé cher au docteur Sangrado n'est pas complètement abandonné comme d'aucuns semblent le croire. La preuve en est que Mendel vient de poser récemment les indications actuelles de la saignée (*Wien. klin. Wochens.*, 1907, n° 35). On peut les diviser en deux groupes : 1° empoisonnement par le gaz, urémie, éclampsie, goutte, chlorose; 2° tous les cas de troubles mécaniques de l'appareil circulatoire.

Dans l'*empoisonnement par l'oxyde de carbone* les effets principaux que l'on cherche à obtenir sont les suivants : diminution de la masse vectrice de l'agent toxique, excitation réflexe du système vaso-moteur de façon à obtenir une meilleure régularisation de la circulation sanguine, issue de l'eau et des sels retenus dans les tissus de façon à diluer la masse du sang et par là à diminuer la concentration de la substance toxique, laquelle devient plus facilement éliminable par les

globules rouges. Aussi, les effets sont-ils bien plus accentués si à la saignée on adjoint l'injection sous-cutanée de solution physiologique et la respiration artificielle.

La saignée donne également de bons résultats dans les *intoxications par l'hydrogène sulfuré* et l'*hydrogène arsénié*.

Dans l'*urémie* la saignée fait merveille, toujours en l'associant à l'hypodermoclyse. Dans la néphrite aiguë on peut non seulement combattre, mais encore prévenir l'accès urémique; il en est de même dans la néphrite chronique à condition d'intervenir rapidement et de se guider sur les phénomènes d'apathie, d'insomnie, de céphalée.

Dans l'éclampsie des femmes enceintes la saignée peut quelquefois éviter l'accouchement provoqué et sauver la mère et l'enfant.

Dans la *goutte* nous favoriserons par la phlébotomie l'alcalinisation du sang et en outre nous exciterons l'activité des échanges organiques, ce qui favorisera la transformation de l'acide urique en acide carbonique et urée.

La saignée y rend des services également au début des lésions articulaires aiguës. C'est même, à ce point de vue, un moyen prophylactique et Mendel, chez des malades qu'il soignait depuis des années, a pu éviter ainsi le retour des localisations articulaires.

Dans le traitement de la *chlorose*, la saignée peut donner des résultats merveilleux. Pourvu qu'elle soit accompagnée de l'administration d'une infusion de thé et de substances stimulantes elle peut amener une excitation des organes hématopoiétiques suffisante pour améliorer l'état du sang. La règle fondamentale, qu'on ne doit point oublier lorsqu'on emploie la saignée au cours de la chlorose, est de ne faire que de petites soustractions de sang de façon à pouvoir les répéter fréquemment.

Dans les *troubles de la circulation* la saignée détermine un abaissement de la pression artérielle et un déplacement plus facile du sang veineux. Elle diminue également la viscosité du sang, de sorte que le cœur peut réduire la force de ses contractions et par suite la pression sanguine demeure abaissée.

Le même procédé thérapeutique est indiqué dans l'*apoplexie*, qu'il s'agisse des cas avec face vultueuse, battements violents des carotides, respiration stertoreuse et pouls vibrant, soit qu'il s'agisse au contraire d'un pouls petit avec pâleur de la face et tous les signes, en un mot, qui dénotent un état grave parce qu'ils traduisent la paralysie des centres. Dans les deux ordres de faits Mendel a obtenu de bons résultats de la saignée. Celle-ci se montre même utile après l'apparition des phénomènes de paralysie en facilitant la résorption du liquide épanché. Elle peut avoir la valeur d'un moyen prophylactique dans l'*artério-sclérose* et se montrer très efficace dans les *hémorragies viscérales*.

Par la saignée on diminuera dans la *pneumonie* l'encombrement de la circulation pulmonaire et la stase des veines coronaires. On assistera ainsi dans cette affection à de véritables résurrections, et dans les cas très graves il ne faut pas craindre de récidiver. L'action sera d'ailleurs d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce.

Ce sera encore souvent un excellent moyen dans l'*asthme bronchique*, la *bronchite capillaire*, les *lésions valvulaires* et les *lésions du myocarde avec troubles de la motricité cardiaque*.

Mendel rapporte un cas de maladie de Stokes Adam avec bradycardie considérable et coexistence d'une insuffisance mitrale; il y avait des accès syncopaux et épileptiformes. Deux évacuations sanguines, l'une de 400, l'autre de 300 centimètres cubes, produisirent un effet merveilleux.

En ce qui concerne la quantité du sang à extraire il faut bien savoir qu'il faut tenir compte du poids du corps, de la constitution et de la résistance de chaque sujet. Mais d'une façon générale on peut poser comme règle que contre la chlorose il faut pratiquer de petites saignées d'environ 80 à 90 centimètres cubes; elles seront de 200 dans les cas d'empoisonnement et de 300 si c'est dans un but mécanique que l'on a recours à la soustraction sanguine.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1908)

Les leviers dans l'organisme. — M. MICHEL fait remarquer que l'exagération de la force par rapport à l'effet utile est fréquente dans l'organisme, car la forme habituelle est celle du levier du troisième genre. La raison de cette exagération est simplement la gracilité de forme liée à leur usage.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er MAI 1908)

La ration albuminoïde chez les diabétiques. — M. LABBÉ dit qu'il est d'accord avec MM. Linossier et Lemoine sur les dangers de la suralimentation carnée chez les diabétiques, comme chez tout individu.

Mais il ne croit point que la ration alimentaire ait une importance plus grande que celle de la ration hydrocarbonée chez ces sujets. Les observations de MM. Linossier et Lemoine ne lui semblent pas convaincantes, parce que les glycosuries qu'ils ont provoquées par les essais de régime ont été minimes et transitoires, et qu'on ne peut tenir compte pour juger des résultats d'un régime que des glycosuries permanentes.

Chez l'un de ses diabétiques, sans dénutrition, observé avec M. Chauvin, l'ingestion supplémentaire, pendant quatre jours, de 300 grammes de viande, contenant 54 grammes d'albumine capable de produire 27 grammes de glycose, n'ont pas produit de glycosurie, alors que l'ingestion supplémentaire de 26 grammes de glycose venait de produire chez ce sujet une glycosurie allant jusqu'à 40 grammes.

L'épreuve de l'ingestion supplémentaire de viande répétée quelque temps après a été encore négative, tandis que l'ingestion supplémentaire d'hydrates de carbone était encore positive.

Dans des cas qui sont intermédiaires entre les diabètes sans dénutrition et avec dénutrition, la ration carnée a exercé une influence appréciable sur la glycosurie.

En résumé, l'influence de la ration albumineuse n'est pas comparable à celle de la ration hydrocarbonée. On n'a jamais, rien qu'en faisant varier l'ingestion de viande, fait apparaître ou disparaître à volonté les symptômes d'hyperglycémie, comme on le fait avec le régime hydrocarboné.

Donc, en pratique, ce qui domine le régime des diabétiques sans dénutrition, c'est la restriction des hydrates de carbone au-dessous de la tolérance du malade.

Intoxication iodée latente réveillée par une purgation. — M. F. RAMOND rapporte l'observation d'une malade âgée de cinquante-six ans, fervente adepte des purgations qu'elle prend fréquemment et sans inconvénient. Elle tolère d'autre part assez bien la médication iodurée; mais dès qu'elle la termine par une purgation, immédiatement éclatent des accidents d'iodisme : céphalée, coryza, dysphagie, et enfin éruption scarlatiniforme avec prurit. La purgation réveille à n'en pas douter des manifestations d'iodisme qui, sans elle, n'auraient pas apparu. Il est d'ailleurs facile de trouver dans la littérature médicale la relation d'incidents multiples provoqués par

une purgation inopportune ; mais tous ces faits ne constituent évidemment pas un réquisitoire bien violent contre la vieille médication par les purgatifs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 MAI 1908)

Les greffes muqueuses : application au traitement des ulcères gastriques. — M. P. CARNOT a appliqué ses précédentes recherches, relatives aux greffes muqueuses, au traitement des ulcères gastriques.

Si l'on réalise expérimentalement un ulcère de l'estomac par exérèse de la muqueuse, la perte de substance ainsi produite est, en partie, comblée dès le début, par la rétraction des bords de la plaie ; ce processus suffit même à obturer l'ulcère lorsqu'il est de petites dimensions ; lorsqu'il est plus étendu, il reste, après rétraction des bords, une perte de substance dont le fond est constitué par les tissus sous-jacents et les bords par les plis radiés de la muqueuse ; cet ulcère tend à se réparer spontanément, par glissement de l'épithélium en direction centripète. Si l'on fixe, sur le fond de l'ulcère, des greffes de muqueuse, celles-ci vivent, subissent une transformation muqueuse ; leurs glandes disparaissent ; leur épithélium de revêtement prolifère ; il en résulte une série d'îlots qui sont autant de centres de prolifération et raccourcissent le temps de la réparation.

Il n'est même pas besoin, pour obtenir la reprise des greffes sur le fond de l'ulcère, de les y fixer directement ; on peut se contenter de les faire ingérer dans une certaine quantité d'eau ; elles se fixent alors, en partie tout au moins, sur le fond dépoli de l'ulcère, et l'on constate, après deux semaines, l'existence d'îlots glandulaires greffés et proliférés en différents points de l'ulcère.

Pareille méthode de greffe est peut-être applicable dans les cas, si rebelles à la cicatrisation, d'ulcères gastriques anciens.

Sur le mode de destruction de la toxine tétanique dans l'estomac. — M. H. VINCENT. Si on lie le pylore à un cobaye à jeun et qu'on introduise dans l'estomac, à l'aide de la sonde, 1 500 doses mortelles de toxine tétanique, celle-ci disparaît au bout d'une heure. Le filtrat du liquide stomacal demeure en effet inoffensif, en injection, à d'autres cobayes ou à la vessie.

On peut s'assurer que ni la macération de l'épithélium, ni celle des autres parois de l'estomac prélevé chez les animaux ayant ainsi détruit la toxine, ne renferment cette dernière. La fonction de détruire la toxine tétanique appartient, en effet, au suc gastrique. In vitro, un centimètre cube de suc gastrique de chien annihile en quarante ou cinquante minutes, 50 à 100 doses mortelles, à 39 degrés. La neutralisation de l'acide chlorhydrique ne restitue pas au mélange son pouvoir tétanigène.

Mais si on neutralise l'acide chlorhydrique du suc gastrique avant d'y mélanger la toxine, celle-ci reste intacte : dans ce cas on pourrait supposer que la neutralisation de l'acide chlorhydrique n'a agi qu'en paralysant l'activité du ferment peptique, lequel perd son pouvoir en milieu neutre. Il n'en est rien. Car si on chauffe à 80 degrés le suc gastrique en tube scellé pour en déduire la pepsine, le suc gastrique ainsi chauffé a néanmoins conservé à peu près intégralement son pouvoir destructif envers la toxine. L'activité propre de la pepsine n'est pas viable, mais elle reste secondaire dans la destruction de la toxine. Le pouvoir antitoxique appartient surtout à l'acide chlorhydrique du suc gastrique.

Nouvelles considérations sur le mécanisme et la valeur spécifique de l'oculo-réaction à la tuberculine. — M. F. ARLOING. Deux chevaux producteurs de sérum antidiphtérique et en cours d'immunisation depuis plus de douze ans, ont présenté une oculo-réaction à la tuberculine positive. Deux autres chevaux fournissant du sérum antitétanique ont également eu des oculo-réactions positives, mais moins marquées que les précédentes.

Ceci s'explique en l'absence de toute infection tuberculeuse par le fait que les centres nerveux vaso-moteurs des animaux sont mis en état d'irritabilité réactionnelle à la suite de leur longue imprégnation par les toxines diphtérique et tétanique, poisons vaso-dilatateurs. Toutefois, la toxine tétanique paraît moins apte que la toxine diphtérique à éveiller cette susceptibilité réactionnelle.

De plus, les chevaux chez qui l'immunisation vis-à-vis des effets d'une toxine est le moins développée, sont ceux chez qui, d'une façon générale, l'oculo-réaction à la tuberculine est la plus marquée. Ainsi un cheval chez qui on pratiquait les premières injections de toxine diphtérique à la dose de 1 à 3 centimètres cubes, a offert une réaction oculaire bien plus vive que ses congénères fournissant un sérum préventif à 1/75 000 par exemple. Ce sont là de nouvelles preuves de la non-spécificité absolue de l'oculo-réaction, puisqu'elle peut exister chez des chevaux non tuberculeux. Enfin ces faits confirment les recherches précédentes de l'auteur sur le déterminisme des causes productrices de l'oculo-réaction, puisque chez le cheval, tout comme chez le lapin, l'imprégnation par des poisons microbiens vaso-dilatateurs a permis le développement de réactions conjonctivales positives à la tuberculine.

Influence de la voie d'administration sur la dose minima mortelle de sulfo-cyanure de potassium. — M. le docteur MAUREL, poursuivant ses recherches sur l'influence des voies d'administration sur les doses minima mortelles, résume, dans cette note, les expériences faites dans ce but avec le sulfo-cyanure de potassium et il arrive à ces conclusions :

1° Que, pour la grenouille et le lapin, la dose minima mortelle par la voie gastrique est tout au plus deux fois supérieure à celle de la voie sous-cutanée ;

2° Que pour le lapin la voie hypodermique serait environ quatre fois moins toxique que la voie veineuse.

Toxines du bacille de Koch dans le lait des femmes tuberculeuses. — Pour MM. RAPPIN et FORTINEAU : 1° l'injection, aux cobayes tuberculeux, de 5 centimètres cubes de lait bouilli de femme saine ou atteinte d'une infection autre que la tuberculose, ne produit qu'une réaction insignifiante ; 2° dans la tuberculose à toutes les périodes, même au début, la même injection produit une hyperthermie en tout comparable à celle déterminée par une faible dose de tuberculine. Ce fait démontre l'existence de poison sécrétée par le bacille de Koch par le lait tuberculeux.

Echinococcose primitive expérimentale. Pneumothorax hydatique. — M. DÉVÉ, ayant injecté, dans la trachée d'un lapin, vingt anneaux de ténia échinocoque, vit, au bout de quelques jours, cet animal mourir au milieu d'accidents respiratoires intenses. A l'autopsie, il trouve un kyste hydatique pulmonaire spontanément rompu dans la plèvre, et qui avait provoqué l'apparition d'un pneumothorax rapidement mortel. Ce fait expérimental reproduit certains faits de pathologie humaine, dans lesquels un kyste hydatique du poumon, resté jusque-là silencieux, se révèle brusquement par l'apparition spontanée d'un pneumothorax.

Sur les globulines du sang. — MM. ACHARD et AYNAUD, en recueillant le sang à l'abri du contact des tissus et en le manipulant dans des objets paraffinés ou huilés, ont reconnu que les globulins sont des éléments distincts et autonomes. Ils existent, avec les mêmes caractères, non seulement chez les vertébrés, mais chez les intervébrés, ce qui permet d'affirmer qu'ils ne dérivent pas des globules rouges. Ils ne dérivent pas non plus des globules blancs, car le sang des embryons de mammifères, qui ne renferme que de très rares leucocytes, contient de très nombreux globulins.

Ces éléments sont vivants, car à la température du corps, ils prennent une forme allongée et deviennent mobiles. De plus, les anesthésiques tels que les vapeurs d'éther et de chloroforme, la cocaïne à 2,50 p. 1000, leur font perdre leur mobilité et leur forme en bâtonnet.

Cette forme allongée et cette mobilité, qui sont les attributs de l'état normal du globulin vivant, sont conservés lorsqu'on ajoute au sang du citrate de soude à 1 p. 100 ou de l'oxalate à 2 p. 1000. Par contre, une autre substance anti-coagulante, le fluorure de sodium, les altère.

Les globulins étant très nombreux et formant une masse plus considérable que les leucocytes, il y a lieu de penser que, s'ils sont des éléments vivants, ils influencent d'une façon importante la composition du milieu humoral où ils vivent, et il est vraisemblable que le sérum renferme les produits de leur destruction.

Macrophagie dans la lymphocythémie non traitée par les rayons X. — M. Sabrazès (de Bordeaux). Un malade atteint de lymphocytémie subaiguë, ayant duré un mois et demi, présente dans ses ganglions, et au niveau des nodules de lymphadénie cutanée propagée à l'hypoderme, des phénomènes de macrophagie intense. Le phagocytisme s'exerce sur les lymphocytes plus ou moins intacts. Les macrophages-cellules du réticulum, de l'endothélium du système caverneux, du tissu cellulo-adipeux sont très nombreux et acquièrent un volume énorme. Or la radiothérapie qui suscite des phénomènes de ce genre n'avait pas été appliquée à ce malade. La réaction macrophagique est imputable à l'action stimulante du lymphocytome, aux infections terminales surajoutées (sans polynucléose locale), peut-être enfin à l'influence de faibles doses d'arsenic.

Autres communications :

Sur le rôle de l'oxygène. — M. G. Weiss.

Anaphylaxie du cobaye pour la papaïne. — M. Pozerski.

Sur le dosage du phosphore en physiologie. — MM. Dhéré et Maurice.

Sur les propriétés des races de trypanosomes résistantes à l'atoxyl et aux sérums. — MM. Mesnil et Brimont.

Sur les modifications qui peuvent se produire dans la structure de la cicatricule de l'œuf non fécondé des oiseaux. — M. Lécaillon.

Du rôle des graisses dans la glycogénie, chez les sujets sains et chez les diabétiques. — M. Maignon.

Action des substances toxiques du sclérostome sur l'organisme animal; recherches expérimentales. — MM. Weinberg et Legueu.

Influence de la fumée de tabac et de la nicotine sur le développement de l'organisme. — M. Fleig.

Réactions différentielles de l'indol et du scatol. — M. Denigès.

Etat du sérum sanguin chez le nouveau-né. — M. Leuret.

Réaction de la muqueuse nasale de la tuberculine. — MM. Lafite-Dupont et Molinier.

Autres communications (séance du 11 avril) :

De l'action de l'extrait alcoolique de l'urine humaine normale sur la pression artérielle. — MM. Abelous et Bardier.

Sur la structure ultramicroscopique des emplois d'amidon et de leurs constituants. — Mme Gruzewska, MM. Mayer et Schœffer.

Sur une nouvelle méthode de localisation physiologique dans les centres nerveux. — M. Süner.

La circulation artificielle dans les muscles. Action de l'adrénaline sur l'endothélium vasculaire. — MM. Athanasiu et Gradinesco.

Etude sur le myocarde. — M. Babès.

Sur le micrococcus catarrhalis de Pfeiffer et ses relations avec le groupe gono-méningococoque. — M. J. Bruckher.

Action analgésiante des sels de magnésium en injections arachnoïdiennes. — MM. Marinesco et Gradinesco.

Influence exercée par le chlorure de calcium et l'iodure de sodium sur les phénomènes convulsifs consécutifs à la thyro-parathyroïdectomie. — MM. Parhot et Urachie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Guerre. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret du 27 avril 1908, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-inspecteur général. — M. le médecin-inspecteur Grall, détaché au ministère des Colonies, membre du conseil supérieur de santé au ministère des Colonies et du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Kermorgant, qui sera, à cette date, placé dans la section de réserve.

Au grade de médecin-inspecteur. — MM. les médecins principaux de première classe Calmette, hors cadres, directeur de l'Institut Pasteur, à Lille, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Grall, promu ; — Rangé, directeur du service de santé du groupe de l'Afrique orientale, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Calmette, promu et maintenu hors cadres.

— Par décision du même jour :

M. le médecin-inspecteur général Grall a été maintenu à la disposition du ministre des Colonies ; il cesse de faire partie du Comité technique de santé.

M. le médecin-inspecteur Calmette a été maintenu hors cadres.

M. le médecin-inspecteur Rangé a été maintenu provisoirement dans ses fonctions actuelles.

— Corps de santé militaire. — Par décret du 27 avril 1908, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Malinas, Chupin et André.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Warnecke.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Desprez, Chêne, Rouffignac, Jacquin, Auger, Lairac et Manon.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Oriou, Godin, Bénac, Joly, Félix et Bonnamy.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Denis, Etcheverry, Würtz et Cornet.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. l'ex-médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale réintégré Clerval.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Ball, Grégoire, Subra, Perfetti, Perrier, Guenon des Mesnards, Secret, Caillaux, Amblard, Grand-Clément, Nourry, Essard, Israëls de Jong, Vuillermoz, Auzols, Francière, Besançon, Béné, Jousset, Borreil, Baudin, Labbé, Bougarel, de Fourmestraux, Merry, Filhoulaud, Chabriez, Vachez, Fauconnier, Rème, Baudou, Armaing, Nordmann, Fricou, Bourret, Roblin, Delaunay, Sire, Faisant, Chevrel, Chartier, Dufaur, Laquièze, Offret, Piétri, Hernette, Rousseau, Tréhout, Merlet, L. Martin, Elié, Larcher, Hirigoyen, Louvrier, Patarroni, Eschbach, Minot, Castets, Darboux, Attila, Chazal, Lussault, Raulin, Thévenot, Bourgeot, Tarrade, Delon, Lemée, Pignet, Quintard, Maury, Massonié, Vérani, Guilbert, Vauthrin, Roucayrol, Berthaud, Courcières, Dugoua, Lassonnery, Boutin, Lemosy-d'Orel, Dufourcq, Bouveret, Kornprobst, Salinier, Castel, Lapeyre, Sacareau, Parage, Maille, Bédrunes, Jude, Giresse, Verrier, Jacopin, Lesobre, Joubert, Delon, Izard, Lemaire, Streiff, Coste, Dérémaux, Azam, Riche, Brillouet,

Dagneaud, Hazera, Houpert, Minet, Sévaux, Obellianne, L. Petit, Richard, Oster, Séverie et Parrical de Chamard.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Courrech, Rubinrot, Buchory et Mocquot.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. (Xe SESSION, Genève, 3-5 septembre 1908.) — Le Congrès français de médecine siégera cette année à Genève les jeudi, vendredi et samedi, 3, 4 et 5 septembre. La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 3 septembre, à dix heures du matin, dans l'aula de l'Université.

Le bureau du Congrès est ainsi composé : président, M. le professeur Ad. d'Espine (de Genève); vice-présidents : M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Gautier (de Genève); secrétaire général: M. le professeur A. Mayor (de Genève); trésoriers : M. le docteur Maillard et M. le professeur L. Bard (de Genève); secrétaire général adjoint : M. le docteur M. Roch (de Genève).

Les questions générales qui ont été choisies par le Congrès de Paris pour être discutées à Genève sont :

1° « Les formes cliniques de l'artério-sclérose. » Rapporteurs : MM. les docteurs Huchard, médecin des hôpitaux de Paris, et Jaquet, professeur à l'Université de Bâle.

2° « La pathogénie des états neurasthéniques. » Rapporteurs : MM. les docteurs Dubois, professeur à l'Université de Berne, et Jean Lépine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

3° « Le traitement de la lithiase biliaire. » Rapporteurs : MM. les docteurs Gilbert, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Carnot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Mongour, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le Congrès sera suivi, le 6 septembre, d'une excursion sur le lac avec réception à Evian, offertes par la Société des bains de cette ville.

Il sera organisé aussi un voyage circulaire en Suisse, qui se fera après le Congrès.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer au Congrès; mais la langue française est la seule admise pour les communications et discussions.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés (dames, étudiants). Les membres adhérents seuls recevront les trois rapports, si possible avant l'ouverture du Congrès, et le volume des comptes rendus après le Congrès.

Adresser les demandes de renseignements au secrétaire général, M. le professeur A. Mayor, 6, rue Adhémar-Fabri, Genève (Suisse), et les cotisations au trésorier, M. le docteur H. Maillart, 6, place de la Synagogue (compte de chèques postaux, I, 193).

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS. (Vienne, 7-11 octobre 1908.) — Sous la présidence du conseiller aulique M. le professeur-docteur Obersteiner.

Titre des rapports. — I. « De l'état actuel de l'assistance des aliénés dans les différents pays. » [Rapporteur général : M. Bresler (de Lublinitz).] — M. le docteur Buchholz : Sur l'assistance des aliénés à Hambourg. — M. J. Deventer (d'Amsterdam) : Assistance des aliénés criminels et dangereux. — MM. M. Lemos et J. Mattos (de Porto) : L'assistance des aliénés en Portugal. — M. J. Moreira (de Rio-de-Janeiro) : Sur le type le plus convenable d'assistance pour les aliénés des pays chauds. — M. Starlinger (de Mauer-Oehling), directeur : Études sur le budget des asiles d'aliénés de la Basse-Autriche. — M. Rixen (de Breslau), médecin en chef : Assistance des détenus criminels devenus aliénés.

II. « Assistance médicale des aliénés. » — M. Vos (d'Amsterdam) : Récompense de travail dans les asiles d'aliénés. — M. Pilcz (de Vienne) : Essais thérapeutiques modernes dans la psychiatrie. — M. Holub (de Vienne) : Thème sera publié plus tard.

III. « Assistance des aliénés et progrès dans la technique. » [Rapporteur : M. Berger (de Vienne).] Thème sera publié plus tard. — M. le docteur Herting (de Galkhausen) : Progrès dans la technique des établissements pour les aliénés.

IV. « Assistance des aliénés et administration. » [Rapporteur : M. Gerényi (de Vienne).]

V. « Assistance des aliénés et assurance. » [Rapporteurs : MM. le Regierungsrat docteur Kögler et le Privatdocent Fuchs (de Vienne).]

VI. « La législation concernant les aliénés dans les différents pays. » [Rapporteurs généraux : MM. Mongeri et Alfonso (de Milan).] — MM. Aschaffenburg (de Cologne) et Stransky (de Vienne) : Expertise médico-légale.

VII. « Assistance des idiots, épileptiques et dégénérés (Minderwertige). » [Rapporteurs : MM. Schiner (de Vienne) et Weygandt (de Würzburg).]

VIII. « Rapport du Comité international sur la proposition du docteur Frank (de Zurich), de fonder un institut international ayant pour but d'étudier et de combattre les causes des maladies mentales. »

IX. « Assistance des aliénés dans les armées. » [Rapporteur : M. le docteur Drastich, médecin-major (de Vienne) : Assistance des aliénés en guerre.]

Les titres des communications devront être adressés avant le 1er juin, et les adhésions avant le 1er septembre 1908 au secrétaire général, M. le professeur-docteur Alexandre Pilcz (Vienne XIII/12). Le prix de la cotisation (20 couronnes pour les membres, 10 pour les dames de leur famille) doit être adressé au secrétaire-trésorier, M. le docteur Max Dobrschansky (Vienne XIII/12).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 MAI 1908

THÈSES

Mercredi 13 mai 1908, à une heure. — M. GRÉHANT. Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urée. (MM. Ch Richet, président; Kirmisson, Desgrez et Ombrédanne.) — M. BLANLUET : De la leptoméningite purulente otogène. (MM. Kirmisson, président; Ch. Richet, Desgrez et Ombrédanne.) — M. DANGLES. La mensuration thoracique. (MM. Brissaud, président; Pierre Marie, Legry et Sicard.) — M. GUILLOIRE. Forme angio spasmodique de l'entéro-colite muco-membraneuse. (MM. Pierre Marie, président; Brissaud, Legry et Sicard.)

Jeudi 14 mai, à une heure. — M. VACHEZ. Contribution à l'étude thérapeutique du gui. L'emploi de son action hypotensive chez les artério-scléreux et chez les brightiques. (MM. Dieulafoy, président; Bar, Quénu et Auvray.) — M. MARTIN. Arthrite blennorragique et puerpéralité. (MM. Bar, président; Dieulafoy, Quénu et Auvray.) — M. TAUBMANN. Recherches cliniques sur les causes qui paraissent favoriser la formation des sexes. (MM. Bar, président; Dieulafoy, Quénu et Auvray.) — M. FRANCOZ. Le traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales, par l'entérorraphie latérale. (MM. Quénu, président; Dieulafoy, Bar et Auvray.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — PARIS-ORAN. — Le train de luxe « Paris-Barcelone-Valence » est prolongé jusqu'à Carthagène, avec continuation par bateau (traversée en neuf heures) entre Carthagène et Oran; il est en correspondance à Oran, avec des express de et sur Alger.

Départ de Paris P.-L.-M. les mercredis et samedis à 7 h. 20 du soir.

Arrivée à Carthagène, les vendredis et lundis à 8 h. 45 du matin.

Arrivée à Oran, les vendredis et lundis à 6 h. 45 du soir.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admission.* — Séance du 5 mai : MM. Ferrand et Géraudel, 15; Comte, 17.

Prochaine séance vendredi 8 mai, à neuf heures, à la Charité.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 mai : MM. Iselin, 15; Gernez, 18; Chifoliau, 13.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Quénu, Sebileau, Routier, Lejars et Gilbert.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve écrite.* — Séance du 4 mai. — Question : « Muscles du voile du palais et portion cartilagineuse de la trompe d'Eustache. — Physiologie du sympathique cervical. »

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 1er mai 1908 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Grivet, nommé directeur du service de santé du 5e corps d'armée; Lèques, directeur du service de santé du 2e corps.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Cahier, nommé médecin-chef de l'hôpit. du camp de Châlons; Lambert, médecin-chef de l'hôpit. milit. de Nancy.

Médecins-majors de première classe. — MM. Batut, passe à l'hôpit. milit. de Marseille; Viéron, à l'hôpit. milit. de Bordeaux; Jacob, aux hôpit. de la division d'Oran; Lenez, nommé médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Commercy.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Albert, passe au 69e d'inf.; Lejonne, au 147e d'inf.; Lehmann, au 19e d'inf.; Aune, au 91e d'inf.; Pons, au 6e d'art.; Marlier, aux hôpit. de la division d'Oran; Bouffandeau, aux hôpit. de la division d'Alger; Masure et Lafeuille, aux hôpit. de la division d'Oran; Masson, au 86e d'inf.; Rabuson, nommé surveillant de l'Ecole d'application du service de santé milit. de Paris; Demilly, passe au 23e bataillon de chass. à pied; Mazellier, au 5e dragons; Boulin, au 13e dragons; Uzac, aux hôpit. de la division d'Oran; Blot, au 21e bataillon de chass. à pied; Moulin, au 17e bataillon de chass. à pied; Vergne, au 12e hussards; Boppe, au 4e bataillon de chass. à pied; Weitz, à la direction du service de santé du 5e corps d'armée; Guyard, au 18e bataillon d'art. à pied; Brionval, au 12e dragons.

AMERICAN PROCTOLOGIC SOCIETY. — Le Xe Congrès annuel de la Société se tiendra à Chicago les 1er et 2 juin 1908 sous la présidence de M. A. Bennett Cooke (de Nashville).

ASILE DE CLERMONT. — VACANCE DE DEUX POSTES D'INTERNE. — Deux postes d'interne en médecine sont actuellement vacants à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise).

Les candidats peuvent adresser au directeur de l'asile leurs demandes avec pièces à l'appui. Ces pièces seront transmises à M. le préfet de l'Oise à qui appartient la nomination.

CONDITIONS D'ADMISSION. — 1° Etre Français et avoir satisfait à la loi du recrutement (acte de naissance, livret militaire); 2° Avoir seize inscriptions (certificat de la Faculté); 3° Produire un certificat de bonnes vie et mœurs.

AVANTAGES. — Les internes reçoivent le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage; le blanchissage et un traitement annuel de 800 francs et de 1200 francs pour les internes déjà docteurs en médecine.

La durée de l'internat est de trois ans.

Les internes peuvent passer leur thèse sans être obligés de renoncer à leurs fonctions.

LA LUTTE CONTRE L'ABSINTHE. — Au cours de la dernière session, différents conseils généraux ont voté des vœux contre l'interdiction de l'absinthe. En Saône-et-Loire notamment, ce vœu a été voté sur la proposition de M. Mauchamp, père du regretté docteur Mauchamp.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — COURS DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — M. Chauveau, membre de l'Institut, professeur, ouvrira ce cours le lundi 11 mai 1908, à onze heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le professeur exposera les acquisitions nouvelles introduites, par les travaux du laboratoire, dans la question du transformisme en microbiologie pathogène et dans plusieurs autres questions importantes relatives à la physiologie et à la pathologie cardiaques.

Les leçons, démonstrations et conférences auront lieu au laboratoire de pathologie comparée.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 234, 25 mars 1908.) Romain VIGOUROUX : Traitement du cancer. — L. PASSIER : La limitation du rayonnement et la compression en radiographie. Leur application aux différentes régions de l'abdomen. — Th. NOGIER : Ce qu'il faut avoir et ce qu'il faut savoir pour faire une bonne radiographie des voies urinaires. — M.-P. VILLARD : Radiosclérométre.

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, mars-avril 1908.) Edmond CORNU : Sur la cuti et l'ophtalmo-réaction en psychiâtrie. — Al. PILCZ : Contribution à l'étude du suicide. — Albert GIRAUD : Cas de perversions sexuelles.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVIII, n° 12, 12 mars 1908.) Charles Hunter DUNN : Le traitement sérothérapique de la méningite cérébro-spinale épidémique (avec 1 tableau et 5 tracés). — Charles W. TOWNSEND : Les graisses en excès dans le lait donné aux nouveau-nés. — Arial W. GEORGE : De l'emploi des rayons Röntgen dans l'étude des maladies des enfants. — (N° 13, 26 mars.) Lawrence W. BAKER : Les caries dentaires comme un facteur dans l'étiologie des autres maladies (avec 9 fig. dans le texte). — William R. WOODBURG : Les maladies du peuple. Comment les prévenir ? — Emil H. STONE : Dilatation idiopathique congénitale du côlon avec description d'un cas chez un homme de cinquante-six ans (avec 1 figure). — William ROLLINS : Note sur les rayons Röntgen, sur les boucliers refroidis dans les tubes à rayons X (avec 3 figures). — (N° 14, 2 avril). James L. STONE : L'invagination. Revue des publications récentes et observations inédites. — E. A. CODMAN : Remarques sur l'invagination, avec la description d'une nouvelle méthode opératoire pour les cas dans lesquels la réduction est impossible (avec 2 tableaux et 2 fig.). — J. Payson CLARKE : Replis anormaux dans le naso-pharynx (avec 1 figure). — (N° 15, 9 avril.) Maurice H. RICHARDSON : Sur la signification des histoires cliniques avant et après la démonstration opératoire de la lésion réelle. — L. Vernon BRIGGS : Salles ou hôpital d'observation pour toutes les classes de troubles mentaux. — John Lovett MORSE, Fred. T. MURPHY et S. B. WOLBACH : Un cas de sténose pylorique infantile, avec autopsie pratiquée six mois et demi après une gastro-entérostomie suivie de succès (avec 6 figures et 1 tracé). — Charles W. TOWNSEND : Un cas de sténose congénitale du pylore. — G. P. SANDBORN : Vue générale sur l'inoculation comme moyen thérapeutique.

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er avril 1908.) MARCHAND : Voies acoustiques. — P. CORNET : Du rôle possible des auto-intoxications, en particulier de l'auto-intoxication gastro-intestinale dans l'étiologie de certaines affections des oreilles, du nez et du larynx. — BÉAL : Un cas de croup sus-glottique. — BARTHAS : Ozène trachéal. COLLINET : Sporotrichose du larynx. — LAVRAUD : Ethmoïdite chronique suppurée. Curetage, guérison. — CASTEX : Mastoïdite de Bezold et méningite. Suite de recherches sur la surdi-mutité.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 26 mars 1908.) KÜMMEL : La lithiase des reins et des voies urinaires. — STIEDA : Sur un sujet châtré dans le jeune âge. — SCHULTZE : Sur l'hémiplégie hystérique. — PORT : Sur les infections combinées dans la fièvre typhoïde. — HUNAENS : Contribution à l'étude des fractures spontanées de l'enfance. — PICK : Sur l'élargissement des plis de la paupière. — LEVY-DORN : Examens rapides aux rayons Röntgen. — (N° 14, 2 avril.) — THOMS : Sur les hypnotiques modernes au point de vue de leurs rapports entre leur constitution chimique et leur action. — ZIEHEN : Hypnotiques chimiques dans les affections nerveuses. — FELDMANN : La maladie du sommeil dans le territoire de Schirati. — SCHLIPPE : Le traitement de la diphtérie par la pyocyanase et la persistance des bacilles diphtériques. — SCHLESINGER : Sur l'origine du ferment diastasique du sang et sur ses rapports avec le diabète sucré. — EHRHARDT : Sur les résections du pancréas. — FRANCK : Côte cervicale et accident.

Écho médical du Nord. — (N° 11, 15 mars 1908.) H. FOLET : A propos d'un anniversaire (communication posthume à la Société de médecine du Nord). — VANVERTS : Le lugol en chirurgie péritonéale. — FAMECHON : Contribution à l'étude des traumatismes oculaires. — (N° 12, 22 mars.) C. GUÉRIN : La crise du lait dans le Nord. — E. AUSSET : Sur un cas d'atonie musculaire congénitale (maladie d'Oppenheim). — (N° 13, 29 mars.) DELÉARDE et J. MINET : Le syndrome paraplégie spasmodique familial. — (N° 14, 5 avril.) LAMBRET : Le traitement opératoire de l'emphysème pulmonaire. — (N° 15, 12 avril.) JOB et BATIER : Les septicémies à méningocoques et la pathogénie de la méningite cérébro-spinale épidémique. — DELÉARDE et HANNART : Adénopathie trachéo-bronchique et paralysie récurrentielle. — J. MINET et E. VERHAEGHE : Atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne et paralysie pseudo-bulbaire.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 12, 22 mars.) GUÉRIN : Du secret professionnel médical et de la dispense pour les médecins de déposer en justice. — (N° 13, 29 mars.) LEURET : Etude sur la résistance globulaire du nouveau-né, envisagée spécialement dans ses rapports avec l'ictère idiopathique. — GRAMMOND : Corps étranger révélé par la radiographie. — GUÉRIN : Du secret professionnel médical et de la dispense pour les médecins de déposer en justice (*suite et fin*). — (N° 14, 5 avril.) CRUCHET et SÉRÉGÉ : L'évolution clinique du foie chez l'enfant normal (5 graphiques). — (N° 15, 12 avril.) SABRAZÈS : Macrophagie de lymphocytes dans les ganglions et dans les téguments d'un lymphocythémique non traité par les rayons X. — É. LEURET : Les rapports de l'asystolie dans les lésions cardiaques et péricardiques de l'enfance.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 12, 19 mars 1908.) PECHÈRE : A propos de l'épidémie de la fièvre typhoïde. — (N° 13, 26 mars.) H. COPPEZ : Sur un nouveau procédé opératoire du kératocone. — J. STEINHAUS : Le chlorio-épithéliome.

Marseille médical. — (N° 6, 15 mars 1908.) ARNAUD : La fièvre typhoïde et l'eau d'alimentation. — SILHOL : Hernies post-traumatiques. — ROBERT-JACQUES : Hystéroscope à éclairage interne. — (N° 7, 1er avril.) O. ARNAUD : La fièvre typhoïde et l'eau d'alimentation (*fin*). — BILLON : Gangrènes dans les fractures fermées.

Nord médical. — (N° 323, 15 mars 1908.) BETTREMIEUX : Sclérectomie simple. Ses indications principalement en dehors du glaucome. — BUTRUILLE : Plaie de la fémorale par coup de couteau. — AUTEFAGE : Opération césarienne pour fibro-myome enclavé ; — Hystérectomie abdominale secondaire. Guérison. Enfant vivant. — (N° 324, 1er avril.) G. LEMOINE : Nouveaux faits relatifs à l'utilisation, en thérapeutique, des composés solubles dans l'éther de pétrole (lipoïdes, cholestérine, lécithine). — VANDEPUTTE : Modifications provoquées par la paratoxine dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

NOUVELLES NOTIONS
SUR LA
PATHOGÉNIE DU GLAUCOME PRIMITIF

Par le docteur A. TERSON (1).

Glaucome chronique. — Dans le glaucome chronique, où une poussée *aiguë* ou *subaiguë* irritative est toujours possible, quelle idée pouvons-nous nous faire de ses origines? Dans la majorité des cas, l'artério-sclérose, l'hypertension artérielle, l'imperméabilité rénale, des troubles osmotiques, des états d'intoxication chroniques, une foule de conditions diathésiques et sociales, un système nerveux à équilibre instable, fixent ou créent une prédisposition, soit par un défaut d'élimination naturelle, soit par des troubles vaso-moteurs, aux exsudations aiguës ou chroniques dans l'intérieur des tissus. Si l'on envisage le glaucome chronique comme un œdème intraoculaire chronique, on s'apercevra qu'une partie des théories émises antérieurement conserve un accent de vérité. Prenons par exemple un état comparable, l'œdème brightique. Même au cours d'une affection aussi générale d'emblée, l'œdème brightique est presque toujours *unilatéral* d'abord, puis bilatéral : il reste souvent localisé, sans qu'on puisse bien en montrer le motif. Que d'affections oculaires d'origine générale (syphilis, diabète, etc.) qui sont aussi d'emblée unilatérales !

Séméril a établi (2) qu'il faut, même sur ce terrain, accuser le système nerveux. Il rappelle les expériences de Ranvier sur la production de l'œdème et la nécessité de faire intervenir des lésions des nerfs et non seulement la ligature des veines. Pour Roger et Josué, la ligature des veines auriculaires d'un lapin ne donne pas d'œdème, pas plus que la section simultanée des nerfs sensitifs, mais l'extirpation du ganglion cervical supérieur du sympathique donne un œdème qui dure deux ou trois heures. Potain (anasarque d'origine *nerveuse*) a insisté sur ces questions et dans des cas analogues, on trouve le plexus nerveux rénal lésé histologiquement (Klippel).

Quant à l'exsudation intraoculaire peu abondante, mais continue, creusant l'œil sourdement, elle résulterait ainsi surtout de mécanismes analogues à ceux des *œdèmes* et de la *polyurie* dans les cas précédents pris comme types, quoique cette pathogénie ne soit pas forcément identique et aille en s'atténuant ou même en se différenciant dans les cas où les altérations de l'état général sont très atténuées ou d'un autre ordre que celui de l'artério-sclérose. Dans un certain nombre, il semble possible d'admettre avec Panas et Rochon-Duvigneaud que l'artério-sclérose rétinienne peut être primitive, et que, comme l'a pensé Cantonnet, des troubles osmotiques, qui n'excluent pas les troubles *nerveux*, *vasculaires* et *toxiques* de déséquilibre, tiennent sous leur dépendance l'augmentation de volume, l'œdème du corps vitré sans lequel il semble bien difficile d'expliquer l'aplatissement de la chambre antérieure et la dureté, après l'iridectomie, de certains yeux qui restent durs après l'évacuation totale de l'humeur aqueuse. Toutes les causes provocatrices ou aggravantes, déjà entrevues pour le glaucome aigu, orage exsudatif passager, se retrouvent ici à l'état minuscule, mais permanent. Dans l'urticaire chronique, on admet que la maladie « est liée à une altération fonctionnelle persistante, survenant presque tous les jours, spontanément ou par les causes provocatrices les plus banales, *celles qu'on ne saurait ni remarquer ni apprécier* ».

Dans les cas chroniques d'ailleurs, l'hypertonie brusque relèvera *de la même pathogénie* que nous avons invoquée pour le glaucome aigu ou *de la rétention devenue finalement totale*. Si l'on envisage le glaucome *aigu* comme un *œdème aigu* d'ordre vaso-moteur, réflexe ou toxique, où l'élément nervenx agit au maximum sur des vaisseaux encore relativement sains, les autres variétés pourront être des *œdèmes congestifs atténués* (glaucome subaigu irritatif) ou de simples *œdèmes chroniques non congestifs* (glaucome chronique simple) passant par les phases de tout œdème, « transsudative, diapédétique, hématique et scléreuse, » pour aboutir à la destruction fonctionnelle de l'organe.

Dans le *glaucome hémorragique*, où il existe une artério-sclérose oculaire, cérébrale et générale, *toutes les causes* de la poussée glaucomateuse, lorsqu'elles se produisent sur ce terrain, aboutissent au maximum de destruction et d'exsudation vasculaires, et l'on sait que toute détente opératoire large par l'iridectomie aboutirait le plus souvent à une *hémorragie expulsive* immédiate. C'est le glaucome avec lésions *organiques* maximales, tandis que le glaucome aigu était celui où il y en avait le moins et où la cure par l'iridectomie, étant donné le caractère passager du mal, a le plus de chances d'être radicale. Les membres de la famille glaucomateuse ont des traits communs ; toutefois, aux deux extrémités, de fortes différences s'accusent.

Mais nous croyons fermement que dans le glaucome à évolution chronique, on doit tenir le plus grand compte de l'*oblitération progressive de l'angle excrétoire irido-cornéen*. Nous la croyons secondaire, tout comme les premiers qui l'ont signalée (Donders, H. Müller), n'arrivant pas à comprendre comment (sauf dans le glaucome dit secondaire) elle pourrait être primitive. Avec Panas et Rochon-Duvigneaud, nous admettrons que « l'entraînement progressif de la base irienne par un courant liquide est la seule hypothèse qui ne soulève pas des objections insurmontables ». C'est lorsque les voies excrétoires seront enfin très réduites, que la poussée hypersécrétoire arriverait alors à provoquer la rétention absolue. Nous croyons que la soudure presque totale ou totale est alors pour beaucoup dans l'incurabilité du glaucome chronique, unie à la persistance des causes d'hypersécrétions et de déchéance organique que l'étude étiologique nous montre au plus haut point permanentes et accentuées dans les variétés chroniques de glaucome où pour guérir il

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 52, p. 615.

(2) Séméril. *Le rôle du plexus rénal dans les œdèmes d'origine brightique*, Thèse de Paris, 1901.

faudrait changer l'œil et le malade. Nous croyons comme eux, et nous n'avons jamais eu que cette opinion, que l'iridectomie est vouée à l'insuccès dans le glaucome chronique si on ne la fait pas *avant la soudure* inébranlable qu'elle ne supprimera pas ou dont elle ne supprimera qu'une infime étendue, sans parler de la difficulté que l'œil désorganisé, achevé par les conséquences sclérosantes de l'hypertonie, trouverait à supporter cette opération devenue trop importante pour lui. De même, l'action *principale* des myotiques doit être cherchée dans leur opposition à la formation de la soudure.

Enfin, dans l'amaurose avec excavation identique à celle du glaucome simple, mais avec hypertension imperceptible, nous voyons un genre d'excavation que sa forme, sans équivalence dans aucune autre forme d'atrophie du nerf optique, nous conduit quand même à attribuer à la pression intraoculaire, sans que nous puissions savoir pourquoi elle ne se produit pas dans d'autres scléroses du nerf optique.

Le glaucome absolu est presque toujours caractérisé par la *soudure généralisée* à tout l'angle iridocornéen, facteur définitif et *absolu* de rétention.

Mécanisme de l'hypersécrétion. — Il y a lieu de se demander si l'hypersécrétion non inflammatoire, qui constitue très probablement le phénomène primordial dans le glaucome, est limitée à certaines régions intraoculaires. Les régions spécialisées, telles que le corps ciliaire, si elles n'ont pas les glandes qu'y trouvaient Brissaud et Méry, ont des villosités, un épithélium spécial, un appareil quasi-glomérulaire qui doivent jouer un plus grand rôle dans l'hypersécrétion et l'émission, non seulement de l'humeur aqueuse, mais encore des liquides qui imbibent le corps vitré (Leber), pouvant laisser échapper des liquides quantitativement et qualitativement anormaux, irritants et même toxiques. Mais il nous semble à la rigueur possible que le processus glaucomateux aigu ou chronique puisse s'étendre à tout l'appareil vasculo-nerveux de l'œil et qu'il s'agisse parfois, sans jeu de mots, d'un œdème véritablement global, comme dans les autres œdèmes viscéraux aigus ou chroniques qui peuvent saisir partie ou totalité de l'organe atteint.

Quant au *mécanisme le plus intime de l'hypersécrétion*, il ne provoquera encore que des hypothèses et des comparaisons pathogéniques. Dans le glaucome *aigu*, nous le croyons assimilable, comme pour le poumon, « à un coup de congestion diapédétique avec transsudation, comparable à celle qui accompagne la mise en jeu d'une glande obéissant au commandement des nerfs moteurs glandulaires. C'est une *transsudation* élective qui s'opère, non pas une inondation plasmatique entraînant du sang comme dans la pneumonie lobaire (nous ajouterons les infections exsudatives et fibrino-plastiques de l'œil). Ce sont là les caractères même des poussées congestives intenses commandées par les nerfs moteurs vasculaires vaso-dilatateurs actifs » (J. Renaut). En face de cette vasodilatation active d'ensemble, y a-t-il possibilité d'un *spasme* des artérioles et des capillaires et œdèmes veineux avec exsudation due à l'arrêt circulatoire, comme Potain y a pensé pour certains œdèmes? Allons plus loin : peut-on admettre les deux mécanismes ?

Dans une thèse très documentée (1), Crépin s'exprime ainsi : « Les œdèmes neuro-arthritiques sont des œdèmes névropathiques, Brown-Séquard, Ranvier ont expérimentalement démontré qu'il y avait des œdèmes dus à la *paralysie des vaso-constricteurs* ou à l'*excitation des vaso-dilatateurs*. Ce n'est pas la stase sanguine qui produit l'œdème névropathique, puisque cet œdème peut être reproduit en activant la circulation. Cet œdème est le résultat d'une hypertension dans les artérioles et les capillaires, due *tantôt* à une paralysie des vaso-constricteurs, *tantôt* à une excitation des vaso-dilatateurs. Chaque fois que l'activité vaso-motrice d'un rameau nerveux sera modifiée, que cette activité soit *anéantie* et *surexcitée*, l'œdème pourra survenir et sa durée sera en rapport avec la persistance de la cause. Qu'ils soient par vaso-dilatation ou par vaso-constriction, les œdèmes arthritiques sont le résultat de troubles vaso-moteurs et résultent d'une véritable folie vasculaire (Peter), par excitation ou dépression.

Masius pense que l'hypérémie simple ne peut donner l'œdème qui nécessiterait des lésions des capillaires augmentant leur perméabilité. On ne sait s'il s'agit d'un phénomène purement physique ou s'il y a des altérations préalables de l'endothélium des capillaires, d'ordre trophonévrotique, si l'élément nerveux est seul en cause, si dans certains cas les toxines viendraient même agir sur les parois vasculaires.

En somme, quoique plus exceptionnelle, l'action directe d'un agent toxique sur les vaisseaux pourrait se produire à côté des troubles vaso-moteurs d'origine neuro-vasculaire.

La physiologie semble indiquer que la vaso-dilatation est plus marquée quand il y a excitation des vaso-dilatateurs que lorsqu'il y a paralysie des vaso-constricteurs. Mais, en fait de tension intraoculaire, vaso-dilatation n'est pas synonyme d'hypertonie.

Les excitations sensitives, sensorielles, générales, psychiques même, l'action chimique possible de certains poisons produits brusquement ou s'éliminant mal, de toxines bactériennes parfois vaso-constrictives, mais surtout éminemment vaso-dilatatrices (Charrin, Gley, Arloing), tout cela doit entrer en jeu dans le glaucome comme dans l'urticaire. Dans bien des cas d'urticaire, une intoxication exogène, la possibilité d'un poison autogène dû à un trouble de fonction gastro-intestinale, l'irritation réflexe de la surface digestive stomacale, tout cela se combine et là, pas plus que dans le glaucome, ce n'est pas le microbe qui agit en personne, ce sont ou ses toxines ou des poisons divers, avec ou sans action sur le système vaso-moteur, les points émonctoires glandulaires ou pseudo-glandulaires, quand il ne s'agit pas d'un réflexe nerveux.

En ce qui concerne l'action probable du sympathique dans le processus glaucomateux, l'œil sain ou pathologique, l'excitation, en bloc, du sympathique cervical tend à hypertoniser l'œil, sa section ou sa

(1) Crépin. *Les œdèmes neuro-arthritiques*, Th. de Paris, 1903.

paralysie à l'hypertoniser. La clinique, la physiologie et la chirurgie paraissent d'accord à ce sujet. Quant à savoir comment l'excitation du sympathique (et de quelle partie du sympathique) agit, on se heurte à des contradictions incomplètement aplanies. Le sympathique est-il malade ou ne fait-il que transmettre des troubles fonctionnels? Quels sont les rapports possibles des altérations fonctionnelles ou organiques du sympathique avec les autres troubles généraux et locaux prédisposants relevés chez le glaucomateux et avec les causes occasionnelles du glaucome? En aucun cas, le rôle possible du sympathique ne peut être dissocié des autres éléments pathogéniques, ou, sans cela, reste invoqué comme une simple théorie physiologique sans relation pathologique et qu'infirme la réapparition du glaucome et même du glaucome aigu, chez certains sujets où la suppression du sympathique avait entraîné une hypotonie passagère.

Peut-être la physiologie expérimentale arrivera-t-elle (si de nouvelles expériences sur le sympathique, modifiées comme nous le verrons plus loin, produisent un glaucome vrai au lieu de légères modifications du tonus oculaire) à donner sa part au sympathique dans la pathogénie *complexe* du glaucome.

Il est très probable que l'action de l'*hypertension sanguine* sur la tension oculaire est infiniment moins simple que ne l'ont pensé ceux qui ne voient dans l'hypertonie qu'une dépendance directe de l'hypertension sanguine. La théorie qui le soutiendrait exclusivement, s'écroule en effet tout entière devant une série de faits.

D'abord la grande majorité de sujets atteints d'hypertension artérielle souvent *extrême*, tels que les brightiques, n'ont pas et n'auront jamais d'hypertonie oculaire ni de glaucome. Quoique possible, le glaucome est rare chez les brightiques. Nous ne parlons pas de nombreuses maladies générales qui s'accompagnent d'hypertension artérielle permanente ou momentanée et qui, si le problème était aussi simple, devraient s'accompagner *à tous moments* d'hypertension oculaire.

Quels que soient les rapports des diverses formes de glaucome avec l'artério-sclérose et avec l'hypertension artérielle, divers facteurs, permanents ou occasionnels, sur lesquels nous reviendrons, variables avec chaque forme et avec chaque sujet, sont en jeu sur ce terrain *plus vulnérable* à l'hypertension sanguine et aux causes qui la font varier brusquement (1). C'est la réunion de ces facteurs qui aboutit au glaucome et non un seul, comme l'ont trop souvent admis les théories simplistes et disparates, vasculaires ou nerveuses, émises pour expliquer le glaucome. Les complexités de la pathologie générale et de la pathologie oculaire le veulent ainsi.

Dans les cas aigus, il est possible que les brusques variations de pression sanguine, *en haut* ou *en bas*, aient pour résultat l'embarras glaucomateux, mais en ce qui concerne les cas chroniques, il s'agit plus souvent de sujets à hypertension artérielle et non à hypotension.

D'ailleurs l'état de la tension sanguine n'est qu'*un des éléments du problème* pathogénique. Trop de sujets atteints d'hyper ou d'hypotension sanguine n'auront jamais de troubles glaucomateux pour que nous attribuions à la pression sanguine un rôle exclusif dans la production de ces troubles. Comment admettre son rôle dans les glaucomes d'une part où la tension sanguine est normale et où d'autre part l'hypertonie résulte d'une cause purement oculaire (atropine) et se réduit de même ?

Un élément oculaire *local*, soit organique, soit fonctionnel, est indispensable à admettre, aussi bien pour la pathogénie que pour la thérapeutique du glaucome et, en ce qui concerne les médications agissant sur la pression du sang, elles doivent avoir plutôt pour but de la régulariser que de la rabaisser ou de la surélever, sans prétendre à guérir le glaucome par leurs propres moyens.

Si l'on réfléchit à tout ce que nous avons dit de l'étiologie du glaucome aigu et chronique, on retrouvera les éléments *toxiques*, *vasculaires*, *névropathiques* dans le glaucome comme dans les *œdèmes aigus*, *subaigus* et *chroniques*, les causes occasionnelles analogues dans les diverses formes, le terrain souvent préparé par une intoxication, une sclérose vasculaire, une hypertension artérielle, un système nerveux déséquilibré, enfin un œil hypermétrope, avec sa microphtalmie relative et sa fatigue, son surmenage permanents. On a l'œdème aigu avec ces diverses conditions et surtout « un système nerveux vivant sous le régime d'intoxication et susceptible de ce chef d'exercer des actions vaso-motrices aberrantes, parce qu'il ne vit plus et ne se nourrit plus normalement et qu'il reçoit, par contre, à chaque instant, des incitations anormales de la part des toxines retenues dans le sang et dans les tissus et qui le sollicitent, à des poussées diapédétiques vers les *points faibles* de son organisme » (Renaut). Ici, l'œil est le point faible, mais on se rappellera que l'intoxication n'est pas tout et que bien d'autres causes occasionnelles agissent, prépondérantes et surtout nerveuses dans le glaucome aigu, minuscules et chroniques, voulant être recherchées, dans les variétés chroniques, où le terrain prime la cause occasionnelle. La *condition individuelle* (E. Besnier) jointe à la condition familiale et héréditaire, fait le reste. C'est la réaction personnelle, glaucomateuse, sur un œil *prédisposé*.

En somme, comme toutes les affections intra-oculaires, le glaucome est, croyons-nous, une localisation analogue à d'autres processus du reste de l'organisme.

* * *

Les considérations précédentes permettent d'entrevoir la possibilité d'une *reproduction expérimentale* du glaucome aigu.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de reprendre les expériences directes sur l'œil. Lorsqu'on a rendu dur un œil d'animal en lui blessant le cristallin, en enclavant son iris, en lui injectant des substances

(1) François Franck. Défenses de l'organisme contre les variations anormales de la pression artérielle, Acad. de méd., 21 juillet 1896.

irritantes, comme cela a souvent été fait, on n'obtient rien de comparable au glaucome véritable et surtout au glaucome primitif. Ce qu'il faut, c'est amener dans l'œil, *sans y toucher*, un glaucome primitif par le mécanisme qui produit le glaucome aigu foudroyant.

Il y a lieu de choisir un terrain particulier. *Seul* le *singe anthropomorphe* a des voies oculaires de filtration anatomiquement presque identiques à celles de l'homme, alors qu'il y a de très grandes différences en ce qui concerne les autres animaux.

Il y aura lieu de suivre la même marche qui a permis à un certain nombre de chercheurs de reproduire divers œdèmes aigus, en particulier celui du poumon (Teissier, Grossmann, Le Calvé, Josué, etc.).

On suivra le détail de certaines expériences d'hypertonisation, telles que celle de Wegner (1866), qui attribuait déjà le glaucome à une irritation des faisceaux sympathiques vaso-moteurs et d'autres, nombreuses, plus récentes, mais on y joindra, outre les facteurs de troubles osmotiques, l'action des agents d'hypertension artérielle et de ceux qui ont déjà permis d'obtenir des œdèmes toxiques et toxinévropathiques.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'EMPLOI DU RHIZOME DE FOUGÈRE MALE CONTRE LE LYMPHATISME ET CERTAINES FORMES DE TUBERCULOSE.

La fougère mâle n'a guère été étudiée jusqu'ici, au point de vue thérapeutique, que comme antihelminthique. Ayant eu à diverses reprises à débarrasser du tænia des tuberculeux soumis à la suralimentation par la viande crue, M. Paul-L. Tissier fut surpris de constater après l'administration de la fougère mâle, une amélioration considérable des lésions locales et de l'état général.

Telle fut la raison qui le conduisit à étudier systématiquement l'action de la fougère mâle dans un certain nombre de cas (adénopathies torpides ouvertes ou fermées, tuberculoses osseuse, cutanée, pulmonaire, lymphatisme, adénoïdiens, etc.).

Les résultats qu'il vient d'apporter à la Société de thérapeutique (11 mars 1908) ont été très encourageants dans la tuberculose pulmonaire, surtout chez les malades jeunes, ayant des lésions limitées, non ulcéreuses. Mais c'est principalement dans les formes rentrant dans le cadre de l'ancienne scrofule, que la médication s'est montrée manifestement active et réellement curative.

L'état local et l'état général s'améliorent en même temps sans poussée congestive, sans manifestation fébrile réactionnelle. La médication n'a aucun retentissement sur les différents organes et loin de provoquer des troubles digestifs, elle augmente l'appétit et tend à régulariser les fonctions de l'intestin.

M. Tissier a utilisé en les associant les deux extraits obtenus successivement à l'aide de l'éther et de l'alcool à faible degré, ce dernier extrait représentant les 9/10 du mélange. L'extrait ainsi préparé a le double avantage de représenter la presque totalité des éléments constitutifs de la fougère et de fournir un produit dont la composition est uniforme et stable. M. Tissier insiste sur la nécessité de n'employer que des rhizomes frais, recueillis dans les régions et à la saison où ils renferment le maximum de principes actifs, de les dessécher rapidement et à basse température, de façon à obtenir une poudre verte, d'odeur particulière et de saveur aromatique, pas trop fortement astringente.

Mode d'administration. — M. Tissier a employé la méthode sous-cutanée (solution huileuse) avec grand profit chez un certain nombre de malades, mais, beaucoup plus souvent, il s'est borné à prescrire des pilules de 0gr10 d'extrait chez l'adulte, de 0gr05 chez l'enfant au-dessous de quinze ans.

La dose moyenne est de deux pilules par jour, pendant dix à quinze jours consécutifs tous les mois.

A ces doses on n'a à redouter aucune toxicité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 5 mai 1908)

Abcès dysentérique du foie. — M. Chauffard analyse une très intéressante observation de M. Marcano. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, ancien paludique, ayant eu de la dysenterie neuf ans auparavant et qui fut pris d'accès de fièvre qu'on prit d'abord pour un réveil de paludisme. Mais la fièvre persista, le malade présenta une teinte ictérique, maigrit et le foie augmenta de volume. L'examen du sang montra une leucocytose exagérée. On fait une laparotomie, on ne trouve pas d'abcès, cependant l'etat s'améliore; puis les accidents se reproduisent, la douleur de l'épaule droite s'exagère; seconde laparotomie, amélioration passagère, puis broncho-pleuropneumonie. La radioscopie et la radiographie montrent un abcès de la face convexe du foie; troisième laparotomie : guérison définitive.

C'est donc, dans ce cas, la radioscopie qui a permis de fixer le diagnostic. M. Béclère a déjà publié des faits de ce genre. L'examen du sang, d'une part, et la radioscopie, d'autre part, sont donc d'une grande utilité dans ces cas.

M. Chauffard ajoute qu'au point de vue clinique, la courbe thermométrique indiquait plutôt une suppuration que des accès de fièvre paludique. Il faut aussi tenir compte de l'inefficacité de la quinine qui éloigne ainsi l'idée de paludisme. Enfin M. Chauffard recommande dans ces cas les ponctions répétées qui peuvent fixer le diagnostic même avant la radioscopie.

M. Lucas-Championnière appuie l'opinion de M. Chauffard sur l'importance de ces ponctions répétées. Il cite à ce sujet un cas fort curieux d'inversion des organes dans lequel on a pu diagnostiquer un abcès du foie à gauche qu'on avait pris d'abord pour une grosse rate chez un paludique.

MM. Kelsch et Bertrand insistent également sur l'utilité de ces ponctions.

Empoisonnement par l'oxyde de carbone. — M. Gréhant a fait des expériences d'intoxication par l'oxyde de carbone guérie par des inhalations de grandes quantités d'oxygène. Il résulte de ces expériences que l'oxygène est un remède héroïque contre l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Valeur thérapeutique du bicarbonate de soude. — A propos de la communication de M. Linossier, M. Hayem fait connaître les résultats de sa pratique personnelle. Après de nombreuses observations il a abandonné l'emploi du bicarbonate de soude. On sait qu'il exerce sur les douleurs des hyperchlorhydriques un effet calmant qui lui a fait donner le nom de l'opium de l'estomac. Les malades arrivent rapidement à l'abus et deviennent de véritables alcalinophages. Le bicarbonate de soude exagère alors l'hyperchlorhydrie. M. Hayem lui préfère le sous-nitrate de bismuth.

Au point de vue de la modification du processus dyspeptique, il préfère au bicarbonate de soude une solution artificielle de sel de Carlsbad.

Action de l'opothérapie associée sur le syndrome de Basedow. — M. Louis Rénon fait une communication sur ce sujet. La thérapeutique actuelle des syndromes de Basedow est des plus complexes.

« Parmi, dit-il, les diverses médications, outre le traitement de M. Lancereaux par la quinine et la thérapeutique salicylée préconisée par M. Vincent dans les goitres d'origine rhumatismale, l'organothérapie tient une place importante. La séro-

thérapie antibasedowienne instituée par MM. Gilbert Ballet et Enriquez avec le sang d'animaux éthyroïdés, donne de bons résultats dans beaucoup de cas.

Avec M. Arthur Delille, j'ai utilisé l'opothérapie hypophysaire contre le goitre exophtalmique en raison des effets généraux du suc hypophysaire sur la tension artérielle, sur la tachycardie et sur le corps thyroïde. Cette médication améliore beaucoup les malades, mais ne les guérit pas.

Dans des recherches sur les syndromes polyglandulaires, nous avions associé diverses opothérapies avec des résultats très satisfaisants. Il m'a paru très logique de traiter le syndrome de Basedow par le sang glycériné d'animaux éthyroïdés associé à l'extrait d'hypophyse, puisque l'hématoéthyroïdine neutralise les produits de l'hypersécrétion thyroïdienne et puisque l'hypophyse exerce une action vaso-constrictive générale intense, portant spécialement sur le corps thyroïde. L'expérience a permis de confirmer ces idées théoriques.

On peut associer les deux médications en faisant prendre au malade chaque jour deux à trois cuillerées à café d'hématoéthyroïdine et de 20 à 40 centigrammes de poudre totale d'hypophyse de bœuf. Après vingt jours de traitement, on laisse reposer pendant huit jours et on recommence une ou plusieurs nouvelles séries, selon l'effet produit.

On peut faire succéder les deux médications l'une à l'autre. Pendant quinze jours on donne chaque jour trois cuillerées à café d'hématoéthyroïdine, et pendant les quinze jours suivants, on fait prendre de 20 à 40 centigrammes de poudre totale d'hypophyse de bœuf. On recommence une ou plusieurs séries de ces deux médications.

Cette opothérapie basée sur la physiologie, la pathologie et la thérapeutique générales, donne des résultats supérieurs à l'emploi d'une seule méthode. Elle amène des rémissions très notables dans l'évolution du syndrome de Basedow, sans qu'on puisse toutefois parler de guérison. »

Traitement de l'otite moyenne aiguë. — M. Lermoyez présente une étude statistique comparée sur les traitements de l'otite moyenne aiguë. Elle est basée sur plus de deux cents cas personnels.

Ces cas sont divisés en deux groupes.

Les cas du premier groupe ont été soumis au traitement otologique classique : pansements humides, applications antiseptiques, glycérine phéniquée, injections fréquentes, douches d'air nasales.

Les cas du second groupe ont été soumis à un traitement, imité du traitement chirurgical des abcès chauds. Après large incision du tympan, drainage à la gaze, et pansement ouaté occlusif. Les injections dans le conduit auditif et les douches d'air dans le nez, irritantes et infectantes, sont absolument bannies. Tout agent antiseptique est écarté. Il s'agit en somme d'un pansement sec, aseptique, occlusif et rare.

Voici les résultats comparés de ces deux traitements.

Le traitement humide a obligé l'auteur à ouvrir l'apophyse mastoïde 14 fois sur 100. Le traitement sec a fait baisser cette proportion à 3 p. 100.

D'autre part, la durée moyenne des otites traitées par le pansement humide antiseptique a été de trente-neuf jours. Cette durée moyenne est tombée à vingt-trois jours, grâce au pansement sec antiseptique.

Allaitement des nouveau-nés. — M. Troisier lit un travail intéressant de M. Saint-Philippe (de Bordeaux) sur ce sujet et le traitement des diarrhées infantiles.

« L'allaitement au biberon, dit M. Saint-Philippe, n'étant pas l'allaitement naturel, on ne peut réussir qu'à la condition de le doser, de le mesurer, de l'adapter, de le supprimer comme on fait d'un véritable médicament. »

Ier CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 22 et 23 avril 1908.)

Par M. Louis Delherm, radiographe des hôpitaux.

Le Ier Congrès de physiothérapie des médecins de langue française a eu un succès considérable et inespéré.

Deux cents médecins belges, canadiens, argentins, brésiliens, suisses et français avaient répondu à l'appel du Comité, dont M. le professeur Landouzy avait bien voulu accepter la présidence d'honneur et MM. les professeurs et docteurs d'Arsonval, Bouchard, Beni Barde, Gariel, Gilbert, Hayem, Huchard, Raymond, Robin, Tripier le patronage scientifique.

Dans son discours d'ouverture, M. le professeur Landouzy, après avoir rappelé ce que lui-même avait fait pour la thérapie physique quand il professait la matière médicale, a montré toutes les ressources que l'on pouvait retirer de l'air, de l'eau, de la lumière, des rayons X, de l'électricité, etc.

L'originalité de ce Congrès, a-t-il ajouté, est d'inviter chaque spécialiste dans l'une de ces branches à venir exposer ses possibilités thérapeutiques dans une question nettement délimitée et choisie : il n'est pas de meilleur enseignement mutuel.

En terminant, M. le doyen a insisté sur le grand champ d'action ouvert maintenant à la physiothérapie, non seulement pour soulager et guérir, mais encore pour prévenir, pour parer aux états diathésiques; pour rénover la race; pour garantir la santé, afin de ne pas avoir à guérir la maladie.

Des applaudissements chaleureux ont traduit les sentiments reconnaissants des congressistes envers l'éminent doyen, que le Comité d'organisation ne saurait jamais trop remercier.

Le docteur Oudin, président de la Société française d'électrothérapie et radiologie et président de la Commission d'organisation du Congrès, s'est alors levé. Il a évoqué les temps anciens où lorsqu'il déclara à ses camarades d'internat et à ses amis qu'il allait *faire de l'électricité*, les plus intimes lui déclarèrent discrètement qu'il allait devenir un dévoyé.

Et pourtant la voie ouverte par Duchenne, Remak, Erb, Charcot, Tripier, Apostoli a été féconde : les hautes autorités de maîtres, les congrès de Liége et de Rome l'ont maintenant sanctionnée. Il rend enfin un hommage à l'Ecole française de physiothérapie qui est à la tête du mouvement mondial, et fait honneur à la science française.

***

Deux questions étaient à l'ordre du jour, chacune était l'objet de plusieurs rapports.

Première question

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES NÉVRALGIES ET DES NÉVRITES PAR LES AGENTS PHYSIQUES

M. Dausset (de Paris), dans son rapport sur le *Traitement des névralgies et névrites par la méthode de Bier*, étudie surtout l'air chaud appliqué sous forme de douche. Après avoir passé rapidement en revue les divers modes d'emploi de l'air chaud et les appareils en usage, il fait un résumé des observations déjà publiées sur ce sujet encore neuf, et il conclut que la douche d'air chauffé à 200 degrés est le moyen héroïque, le moyen de choix pour la guérison des névralgies superficielles récentes : sciatiques, névralgies intercostales, faciales, etc., en général toutes les algies d'origine non inflammatoire. Les résultats sont moins bons et parfois nuls dans les névrites ; mais dans les cas de troubles trophiques, on obtient des résultats rapides et brillants, en utilisant l'air porté à une haute température, comme hypérémiant et cautérisant.

L'air chaud qui agit si bien contre les affections rhumatismales paraît donc être aussi un agent physique excellent, dans bien des cas de névralgies et de névrites, soit employé

seul, soit associé aux autres traitements physiques et surtout au massage et à l'électricité.

Le radium dans le traitement des névralgies et des névrites. — MM. Barcat et André Delamare, rapporteurs. — La physiologie expérimentale démontre la sensibilité toute particulière du système nerveux au radium.

Cliniquement, l'action analgésique du radium, mise en évidence dans les affections douloureuses et notamment les néoplasies, est également remarquable quoique inconstante dans les névralgies et les névrites proprement dites. La motilité semble avoir été rétablie par le radium dans quelques cas de paralysie faciale.

Une technique insuffisamment énergique est peut-être la cause des cas négatifs rapportés par les auteurs qui n'ont guère usé que de petites doses afin d'éviter la radiumdermite. Dans les cas rebelles il semble indiqué d'essayer à l'avenir la méthode des rayons ultra-pénétrants convenablement réglés que H. Dominici préconise chaque fois qu'il faut agir profondément et avec énergie, sans altérer les téguments.

Le traitement des névrites et des névralgies par l'électricité. — MM. Zimmern et Delherm, rapporteurs (1).

Hydrothérapie dans les névrites et névralgies. — M. O. Libotte (de Bruxelles), rapporteur. — La sudation par la vapeur, par la chaleur sèche obscure ou lumineuse, la glace, l'application de la douche chaude, mobile de 37 à 45 degrés, sont les principaux procédés mis en œuvre par l'hydrothérapie.

A. *Applications locales.* — *a.* La glace agit en décongestionnant le nerf, en émoussant la sensibilité ; *b.* La sudation, la douche mobile agit sur les nerfs tactiles et thermiques de la peau, leur action se réfléchit dans la moelle sur les vasomoteurs. Les vaisseaux des organes se contractent en même temps que les vaisseaux de la peau se dilatent (révulsion cutanée). De là une action antiphlogistique, une action modificatrice.

B. *Applications générales.* — Un avantage considérable que l'hydrothérapie possède sur tous les autres moyens thérapeutiques, c'est qu'elle peut imprimer à un état général l'action qu'il réclame, diriger ses moyens contre l'anémie, la névropathie, la neurasthénie, les maladies infectieuses, toxiques, diathésiques. L'étude de sa physiologie, en effet, nous démontre son action sur les oscillations circulatoires, sur les organes hématopoiétiques, sur les échanges nutritifs, sur une absorption plus grande d'O et un dégagement parallèle de CO^2, etc.

Le traitement mécanothérapique dans les névralgies et les névrites. — M. Lagrange (de Paris), rapporteur. — La mécanothérapie offre de grandes ressources dans les névrites douloureuses. Elle en offre de plus grandes encore dans les formes paralytiques et dans la phase atrophique de la maladie.

Les exercices ont un effet mécanique, physiologique, psychique.

Faire fonctionner un muscle c'est développer sa force motrice, mais en plus c'est activer sa nutrition et augmenter son volume.

Le massage méthodique et la rééducation dans le traitement des névralgies et des névrites. — M. P. Kouindjy, rapporteur. — La douleur, le symptôme principal de la névralgie, tire un grand profit du massage méthodique.

Outre son action analgésiante, le massage a encore une action réflexe sur les vaso-moteurs, ainsi que sur les troubles sécrétoires et trophiques de la peau.

Contre la douleur sciatique on utilisera les manœuvres superficielles et précipitées, appliquées directement sur toute la longueur accessible du nerf. Les vibrations seront appliquées de préférence aux points de Valleix. Un léger pétrissage des muscles innervés par le nerf sciatique stimulera leur tonicité. Les mouvements passifs et les mouvements actifs combattront la difficulté de la station assise et la difficulté de la marche. Les exercices de la rééducation sont destinés à produire l'élongation non sanglante du nerf.

La douleur des névritiques se combat avec fruit par les effleurages superficiels, par des légères pressions profondes et par des vibrations, surtout par des vibrations manuelles. L'auteur intervient pour combattre la douleur des névrites dès le début de l'affection, et quand il n'y a pas de fièvre. L'intervention précoce du massage méthodique est utile, également pour empêcher la dégénérescence musculaire, et, par conséquent, contribue à éviter dans la mesure du possible l'atrophie musculaire et les déformations consécutives.

Mais, avant de procéder à l'application des manœuvres massothérapiques, l'auteur fait une exploration des organes de la région atteinte, masso-diagnostic qui sert de guide au traitement.

La radiothérapie dans le traitement des névralgies. — M. Haret (de Paris), rapporteur. — L'auteur donne les conclusions suivantes : La radiothérapie a ses indications dans le traitement des névralgies, indications relevant uniquement de la cause. Les nombreuses observations publiées montrent qu'elle a parfois agi d'une façon remarquable contre le symptôme douleur, lorsque la névralgie est due à une compression par une tumeur accessible ou extra-sensible aux rayons X. En outre dans quelques cas on a obtenu des résultats parfaits dans certaines névralgies de cause obscure ou inconnue, la névralgie du trijumeau particulièrement. Ces succès doivent encourager à recourir à cette thérapeutique avant d'aborder les moyens sanglants lorsque toute autre médication a échoué.

Photo et thermoluminothérapie des névralgies. — M. E.-Albert Weill, rapporteur. La photothérapie est l'ensemble des applications thérapeutiques dans lesquelles l'on utilise les radiations chimiques émises par le soleil ou par une puissante lampe à arc.

La thermoluminothérapie est au contraire l'ensemble des applications thérapeutiques dans lesquelles on utilise les radiations calorifiques et lumineuses émises par des sources lumineuses quelconques et plus particulièrement par des lampes électriques à incandescence.

La photothérapie réussit contre un assez grand nombre de névralgies ou d'algies superficielles; mais elle ne paraît pas jusqu'à présent supérieure à la thermoluminothérapie par les lampes à incandescence bleue ; et comme cette dernière est de maniement plus facile, utilisable même au lit du malade, il n'y a à poser de conclusions qu'en ce qui la concerne.

La thermoluminothérapie générale avec les lampes à incandescence bleue (le malade étant dans un bain de lumière bleue) peut être recommandée contre les algies disséminées dont souffrent nombre de neurasthéniques ou de rhumatisants.

La thermoluminothérapie locale (lampe bleue de cinquante bougies au centre d'un réflecteur puissant) réussit contre nombre de névralgies localisées ne siégeant pas sur des nerfs trop profondément situés, mais échoue quand les lésions de névrite sont nettement accusées.

En raison de sa facile application, elle peut être essayée avant de recourir à d'autres méthodes physiothérapiques dans toutes les névralgies qui ne sont pas le fait d'une maladie générale ou qui ne sont pas accompagnées de troubles trophiques accentués.

DEUXIÈME QUESTION

LES AGENTS PHYSIQUES DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES TRAUMATISMES ARTICULAIRES ET OSSEUX.

L'électrothérapie dans le traitement des traumatismes articulaires et osseux. — M. Laquerrière (de Paris), rapporteur. — 1° L'électrothérapie, par la diversité de ses procédés, qui présentent à des degrés divers des actions circulatoires, analgésiques, trophiques et gymnastiques, peut être employée dans un grand nombre de traumatismes articulaires et osseux;

2° Dans les contusions elle calme la douleur et fait résorber les liquides extravasés;

3° Dans les fractures, elle paraît jouir d'une action trophique favorisant la production du cal; elle calme la douleur, empêche l'atrophie musculaire. Elle a ces différents effets même quand le membre est pris dans un appareil; elle semble donc capable d'avoir tous les avantages du massage et de la mobilisation, même quand on a appliqué un plâtre ;

4° Dans les traumatismes articulaires récents, elle calme la

(1) Publié *in extenso*. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 49, p. 579).

douleur, fait disparaître l'épanchement, permet l'exercice précoce, ou même peut servir à provoquer cet exercice ;

5° La gymnastique musculaire électrique, par les effets trophiques et circulatoires dus au passage du courant, et par les contractions qu'elle détermine, est un excellent moyen de prévenir et de guérir l'atrophie musculaire même dans des cas où soit des causes locales, soit des causes psychiques, rendent la mécanothérapie active difficilement applicable ou inapplicable;

6° Les différentes conséquences des traumatismes articulaires ou osseux, lorsqu'elles sont guérissables sans opérations chirurgicales (algies, fausses positions, impotence d'habitude, arthrite chronique, ankyloses fibreuses) sont tout à fait justiciables des procédés électriques appropriés à chaque cas particulier ;

7° Les résultats seront d'autant meilleurs à tous points de vue, que le traitement aura été commencé plus tôt et qu'on aura réduit le plus possible la période d'immobilisation au lit.

Traitement des traumatismes osseux et articulaires par la méthode de Bier. — M. Louis Durey. S'appuyant sur les résultats qu'il a obtenus dans le service du docteur Tuffier à Beaujon, l'auteur établit que :

En dehors des moyens chirurgicaux classiques, la méthode de Bier est le moyen le plus simple et le plus efficace, soit pour prévenir, soit pour combattre l'infection dans les traumatismes osseux et articulaires.

Elle favorise la formation du cal, il y a donc intérêt à l'associer à tout traitement des retards de consolidation.

Elle est utile encore comme adjuvant du massage et de la mobilisation.

1° Sous forme d'air chaud contre les œdèmes;

2° Sous forme d'aspiration dans les raideurs articulaires;

3° Sous forme de ligature dans les hydarthroses.

En outre chacun de ces procédés est analgésique, ce qui permet ou facilite la mobilisation en particulier dans les entorses.

Elle est contre-indiquée, s'il y a hémorragie abondante, anévrisme ou phlébite.

On ne peut l'appliquer couramment qu'aux quatre membres, non compris l'articulation de la hanche.

La massothérapie dans le diagnostic et le traitement des traumatismes articulaires et osseux. — M. Dagron. La massothérapie ne date guère que de ces dernières années, car on ne saurait qualifier de scientifiques les manœuvres plus ou moins brutales et mal définies que pratiquaient empiriquement quelques rares médecins et surtout des charlatans d'une parfaite ignorance. En joignant à des pressions dirigées anatomiquement une mobilisation en règle avec nos connaissances physiologiques et en rééduquant de la sorte le plus tôt possible et avec leurs anciennes qualités les fonctions suspendues, la kinésithérapie a obtenu de réels avantages dans la cure du malade qu'elle entreprend.

Autrefois et encore longtemps après que Championnière en eut démontré la valeur absolue pour la cure même des traumatismes, on l'employait uniquement pour réparer les complications occasionnées par les anciens procédés ou plutôt leur insuffisance. Aujourd'hui on peut la considérer comme la méthode de choix dans la plupart des traumatismes. Si elle ne doit guérir de façon absolue ou être employée exclusivement, tout au moins doit-on l'appliquer de suite dans tout accident ; ses effets seront alors utiles même comme adjuvants des autres procédés choisis par le chirurgien, et à tout moment de l'évolution de la maladie.

Nous pouvons donc conclure, sans crainte, en cas de lésions osseuses ou articulaires :

1° Malades dits aigus. — *En l'état actuel de nos connaissances massothérapiques, il n'est pas de meilleur traitement à appliquer immédiatement dans presque tous les traumatismes soit de façon absolue, soit avec l'aide des procédés chirurgicaux nécessaires pour parfaire la guérison.*

2° Malades dits chroniques (raideurs, atrophies, paralysies, infirmités, etc.) — *La massothérapie trouve son application dans toute complication secondaire aux lésions traumatiques; si elle ne guérit pas, elle améliore toujours et plus que tout autre procédé dans la majorité des cas.*

Enfin la massothérapie présente ce réel avantage, qu'en se substituant à toute autre méthode ou en l'assistant, elle commence de suite ses mouvements et peut dès lors atténuer les symptômes, d'où son importance pour le diagnostic; ainsi les douleurs, les contractures, les raideurs, la mobilité anormale, etc., sont modifiées, d'où valeur diagnostique qui double son utilité précieuse; et on peut conclure :

Le massage, à tous moments de l'évolution d'une affection traumatique, aide de façon toute particulière et bien spéciale à préciser le diagnostic, et le plus rapidement possible.

De l'emploi de la mécanothérapie dans le traitement des suites, accidents articulaires et osseux. — M. L. de Munter (de Liége). — La mécanothérapie n'intervient guère dans le traitement des accidents articulaires légers qui permettent des interventions kinésithérapiques immédiates et hâtives : entorses, contusions, luxations ; elle n'intervient même pas dans celui des accidents osseux de même gravité.

Son action est surtout importante dans les suites d'accidents graves lorsque des interventions opératoires ou simplement l'immobilisation auront été préalablement imposés au membre. Parmi ces accidents elle s'adressera surtout au symptôme ankylose, que celle-ci soit de nature articulaire ou osseuse.

Son utilité se manifestera aussi d'une façon remarquable dans le traitement de certaines affections traumatiques de la colonne vertébrale.

La röntgénographie et la röntgénoscopie dans le diagnostic des traumatismes articulaires et osseux. — M. Belot (de Paris), assistant de M. Béclère, rapporteur. — Chaque fois qu'il s'agit d'un traumatisme articulaire et osseux apparemment grave, le chirurgien devrait avoir recours aux rayons de Röntgen. Plus on possède de renseignements, plus est facile la solution d'un problème. Et puis, il faut bien l'avouer, nombreuses sont les fractures méconnues, fractures sans déplacement, prises pour des entorses ou des contusions, et traitées par le massage, de jour en jour plus douloureux.

Quand la réduction est faite, quand l'appareil de contention est adapté, une nouvelle recherche röntgénologique doit être pratiquée. Elle montrera si tout est bien en place, si la réduction ne s'est pas accompagnée de désordres osseux, etc. Si quelque chose d'anormal est révélé par l'écran ou la plaque photographique, l'appareil sera enlevé et la réduction faite à nouveau.

Cette façon de procéder éviterait aux chirurgiens bien des ennuis et donnerait aux patients une parfaite sécurité.

Il faut souhaiter qu'elle soit plus largement mise en pratique et féliciter ceux qui ne s'en écartent pas.

Enfin la röntgénographie pourra encore servir à suivre l'évolution du cal osseux, à montrer les progrès de la réparation, à découvrir les lésions osseuses et articulaires dont le traumatisme a pu favoriser l'éclosion (néoplasmes, tuberculose, etc.).

De nombreuses communications sur les mêmes questions, des discussions serrées ont largement contribué à l'enseignement mutuel des congressistes.

Lorsque le professeur Bergonié (de Bordeaux) a levé la dernière séance, les nombreux congressistes se sont donné rendez-vous à la même époque l'année prochaine.

Manuel des maladies de l'œil, par Ch. May, traduit et annoté d'après la 4e édition, par le docteur P. Bouin, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger. In-16 de 428 pages avec 360 figures, y compris 21 planches avec 60 figures en couleur. — Prix, cart. : 8 francs. — Paris. G. Steinheil.

Arthrites tuberculeuses, par M. Gangolphe, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. In-8 de 235 pages, avec 76 figures. — Prix : br., 5 francs; cart., 6 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE [1]

Quelques malades sont atteints, au cours d'une néphrite chronique avec urémie lente, d'une infection surajoutée des bronches ou des poumons, qui prend une évolution et une allure particulières, ce qui constitue le type des *bronchites albuminuriques* de Lasègue; cette dénomination de bronchite est inexacte, car il y a de tout dans la bronchite albuminurique : œdème, congestion, apoplexie, broncho-pneumonie aiguë ou subaiguë, pleurésie fibrineuse (Lecorché et Talamon). Cependant les types cliniques décrits par Lasègue méritent d'être conservés.

Dans un premier type, le malade est pris, à la suite d'un refroidissement ou sans cause appréciable, d'une toux quinteuse et fatigante, avec expectoration d'abondance variable, souvent colorée par du sang intimement mélangé à du mucus; la dyspnée est assez vive; on trouve à l'auscultation des râles ronflants et sibilants, avec par places des foyers de râles sous-crépitants fins. Cette bronchite tenace peut aboutir à des accidents graves de catarrhe suffocant. Dans un deuxième type, on entend, à l'auscultation, des râles crépitants et du souffle bronchique, indiquant l'existence de noyaux d'hépatisation. Ces foyers pulmonaires peuvent se compliquer d'épanchements pleuraux. Enfin, quand le cœur des urémiques est dilaté, il se produit quelquefois des embolies pulmonaires donnant lieu à des infarctus hémoptoïques. L'œdème pulmonaire est aussi à craindre dans ces cas.

Les *accidents gastro-intestinaux* de l'urémie lente sont fréquents dans les néphrites chroniques et plus encore dans la compression lente des uretères. Les poisons que le rein insuffisant ne peut plus éliminer transsudent au niveau de la muqueuse des voies digestives. Toute la muqueuse buccopharyngée est sèche, la langue fendillée et rôtie; le malade est atteint d'une dysphagie spéciale due à cette sécheresse des muqueuses; c'est la dysphagie buccale de Guyon. On peut observer une véritable *stomatite urémique*; Barié en a distingué deux formes : forme érythémato-pultacée, avec coloration rouge vif de la muqueuse buccale, que recouvre un enduit grisâtre, épais; forme ulcéreuse, avec ulcérations irrégulières sur les gencives, à la face interne des lèvres, sur la muqueuse des joues; cette forme peut s'étendre, gagner en profondeur et provoquer des délabrements parfois considérables. La stomatite ulcéreuse s'accompagne souvent de sialorrhée; celle-ci peut exister seule, les glandes salivaires devenant vicariantes du rein (Rénon).

L'*urémie gastrique* débute par de l'inappétence, des nausées, des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et séreux; les matières vomies sont aqueuses, grisâtres, semblables à un bouillon trouble ou légèrement verdâtres, par présence de la bile; ces vomissements peuvent être très abondants; leur réaction est alcaline; ils contiennent du carbonate d'ammoniaque; l'urée y est quelquefois retrouvée.

Les troubles intestinaux, moins fréquents que les vomissements, consistent en une *diarrhée* dont Treitz a décrit deux formes. Dans les cas les plus nombreux, c'est une diarrhée séreuse; les évacuations excessivement fréquentes sont liquides et fétides; la seconde forme est une diarrhée dysentérique, avec douleurs et selles d'abord muqueuses, puis muco-sanguinolentes.

Les vomissements rendant toute alimentation impossible et la diarrhée épuisant le malade aboutissent à une véritable cachexie avec émaciation et asthénie, si bien que le diagnostic est parfois à faire avec le cancer de l'estomac. Le malade reste couché continuellement, incapable du moindre effort, du moindre mouvement; puis il tombe dans un état de stupeur somnolente ou de subdélire tranquille. Des sueurs d'urée peuvent apparaître au niveau du front, au cou, à la poitrine. La mort arrive très doucement dans le coma hypothermique, à moins que des convulsions, du délire ou quelque autre manifestation de l'urémie aiguë ne vienne terminer cet état chronique. L'évolution de cette urémie lente est toujours fatale.

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 50, p. 538.

Urémie aigue. — L'urémie aiguë peut survenir comme terminaison de l'urémie lente. Dans d'autres cas plus nombreux, elle apparaît brusquement, soit au cours d'une néphrite aiguë, soit chez un sujet atteint de néphrite chronique sans grands symptômes et se livrant à ses occupations habituelles; ce dernier cas constitue une cause importante de mort subite ou tout au moins rapide et imprévue, donnant lieu souvent à une autopsie médico-légale (Brouardel). Et cependant la soudaineté du début des accidents urémiques aigus est plus apparente que réelle (Lasègue). La diminution ou la suppression de l'urine annonce fréquemment leur apparition; trois *prodromes* importants sont la céphalalgie, les vomissements et les troubles de la vue. Comme autres signes prémonitoires, on a noté de la somnolence, plus rarement de l'excitation délirante, un peu d'incohérence de parole, de petites secousses convulsives des membres, l'épistaxis, un brusque frisson. Chez la femme, les phénomènes prodromiques rappellent parfois ceux de l'hystérie : palpitations, tremblements nerveux, changements du caractère. Puis surviennent les grands accidents urémiques; les principaux sont des accidents nerveux qui se traduisent par des symptômes d'excitation (urémie convulsive, urémie délirante) ou par des symptômes de dépression (coma, paralysies).

Urémie convulsive. — Cette forme est surtout fréquente chez les enfants et chez les femmes; on distingue trois types selon que la crise convulsive ressemble à l'éclampsie, à l'épilepsie jacksonienne ou au tétanos.

Le type *éclamptique*, qu'on pourrait aussi appeler épileptique, débute par la chute avec perte de connaissance; des convulsions toniques généralisées surviennent; le malade, la tête renversée en arrière, a la face congestionnée et semble en imminence de suffocation; ensuite des mouvements cloniques se produisent, le plus souvent généralisés, mais quelquefois prédominant d'un côté ou même localisés à une moitié du corps. Après quelques minutes, le malade tombe dans la somnolence et le coma, avec respiration stertoreuse. Pour distinguer cette forme éclamptique de l'épilepsie, on se basera sur l'absence d'aura ou de cri initial, l'absence de la pronation forcée du pouce dans la paume de la main, l'absence de morsure de la langue. L'attaque éclamptique est rarement unique; les crises se rapprochent dans un court espace de temps, constituant un véritable état de mal.

La forme qui simule l'*épilepsie jacksonienne* est caractérisée par des convulsions localisées à un membre ou à un côté du corps; elle ne se différencie guère, au point de vue purement séméiologique, des convulsions localisées dues à des lésions cérébrales.

La *forme tétanique* est beaucoup plus rare; on observe une contracture tonique permanente avec ou sans crises cloniques; la contracture peut être limitée à la mâchoire ou à la nuque, généralisée comme dans les formes complètes de tétanos. Dans d'autres cas, les contractures simulent la tétanie.

Quelquefois, l'excitation du système nerveux se révèle par des mouvements désordonnés n'appartenant pas à l'ordre des convulsions; c'est la *forme ataxique* de Monod. Les malades sont dans un état d'agitation extrême, se roulant dans leur lit, projetant leurs membres dans tous les sens, c'est un délire d'actions accompagnant le plus souvent le délire de paroles. La forme ataxique n'est donc qu'une variété de la forme délirante.

Urémie délirante. — Le délire, moins commun que les convulsions et le coma, n'est pas très rare dans l'urémie; habituellement il apparaît à titre d'épiphénomène aux périodes ultimes de la maladie et il a été décrit à propos de l'urémie lente. Quelquefois le *délire diffus* constitue le principal symptôme d'une intoxication urémique aiguë; il peut encore survenir à la suite d'attaques éclamptiques. C'est une confusion mentale hallucinatoire aiguë. Le malade a complètement perdu la notion des choses et il est souvent en proie à des impulsions motrices désordonnées; des hallucinations se produisent. L'agitation peut arriver jusqu'à la manie ou s'apaiser jusqu'à la stupeur. Ces délires diffus ont une tendance naturelle à la guérison; parfois ils disparaissent totalement sans laisser de traces; ils peuvent aussi passer au délire systématisé chronique. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admission.* — Séance du 8 mai : MM. Clerc, 17; Lœper, 18; Guillemot, 20.

Prochaine séance samedi 9 mai, à cinq heures un quart, à l'Hôtel-Dieu.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 6 mai : MM. Kendirdjy, 11; Okinczye, 14; Bouchet, 12.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Quénu, Sebileau, Routier, Lejars et Gilbert.

MM. Sébileau, Routier et Gilbert ont accepté.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 1er mai 1908 :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Feldmuller, passe au 1er bataillon d'inf. légère d'Afrique; Stitelet, à l'Ecole préparat. d'inf. de Saint-Hippolyte-le-Fort; Queyrot, à l'infirmerie-hôpital de la Condamine; Beyne, aux hôpit. de la division d'Alger; Tournade, aux hôpit. de la division d'Oran; Mallet, au 6e chasseurs d'Afrique; Hornus, aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Rouch, passe au 131e d'inf.; Berteaux, au 6e hussards; Odinot, au 28e bataillon de chass. à pied; Paris, au 1er chass. à cheval.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-huitième semaine, 1 110 décès, au lieu de 1043 pendant la semaine précédente et de 1051, moyenne ordinaire de la saison. La mortalité reste donc normale. La rougeole et la scarlatine continuent à être très répandues; toutefois, la scarlatine continue à ne causer que très peu de décès. La rougeole devient plus redoutable.

La rougeole a causé 29 décès, au lieu de 24 pendant la semaine précédente (moyenne 15). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 484 au lieu de 433 précédemment et au lieu de 329, moyenne des quatre dernières années.

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 260; il s'élevait à 252 pendant la semaine précédente (moyenne 132).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — M. Pierre Sebileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, fera, avec le concours de ses assistants de l'hôpital Lariboisière, une série exceptionnelle de conférences de médecine opératoire en dix leçons, sur le nez, les sinus, le larynx, les oreilles et la bouche, qui commencera le vendredi 15 mai, à deux heures et demie, et aura lieu tous les jours à la même heure.

L'accès à ces conférences est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Le droit d'inscription est de 80 francs pour les docteurs en médecine et de 50 francs pour les étudiants.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Modifications à la marche des trains depuis le 1er mai 1908.* — Par suite de la mise en vigueur, depuis le 1er mai dernier, du service d'été sur les chemins de fer suisses, les modifications indiquées ci-après sont apportées, depuis cette date, dans l'horaire des trains suivants :

I. Le train 505 « Paris-Pontarlier-Lausanne-Milan » est avancé de quinze minutes au départ de Paris ainsi qu'à l'arrivée à Pontarlier : Paris, départ : 2 h. 15 soir (au lieu de 2 h. 30); Pontarlier, arrivée : 9 h. 6 soir (au lieu de 9 h. 21).

Comme conséquence de cette modification, le train 5 « Paris-Vintimille » est également avancé au départ de Paris; il quitte cette gare à 2 h. 25 soir au lieu de 2 h. 40.

II. Le train 508 « Pontarlier-Paris » suivra l'horaire ci-dessous : Pontarlier, départ : 4 h. 25 soir (au lieu de 3 h. 46); Dijon, départ : 6 h. 53 soir (au lieu de 6 h. 24); Paris, arrivée, 10 h. 55 soir (au lieu de 10 h. 10).

REVUE GÉNÉRALE (1)

TUBERCULOSE URÉTRALE ET PÉRI-URÉTRALE

URÉTRITES TUBERCULEUSES ET RÉTRÉCISSEMENTS TUBERCULEUX DE L'URÈTRE

Par MM. X. DELORE,
Chirurgien des hôpitaux de Lyon,
et André CHALIER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Pas plus que les autres organes de l'appareil génito-urinaire, l'urètre n'échappe aux atteintes de la tuberculose. Cette notion est loin d'être classique aujourd'hui. Elle tend cependant à le devenir de plus en plus, à mesure qu'on sait mieux chercher et reconnaître la tuberculose là où jusqu'à présent on n'a guère voulu voir que des manifestations de la blennorragie.

La tuberculose peut porter sur les parois mêmes de l'urètre, et donner naissance soit à des *urétrites tuberculeuses*, soit à des *rétrécissements tuberculeux.*

Elle peut aussi, primitivement ou secondairement, se localiser sur les organes situés au voisinage immédiat du canal. Elle constitue alors la *péri-urétrite tuberculeuse*, qui comprend les divers abcès froids péri-urétraux, notamment les cowpérites tuberculeuses, et les abcès froids des corps caverneux.

Etiologie et pathogénie générales. — Avant de passer à l'étude détaillée de chacune de ces manifestations bacillaires, il importe d'en préciser rapidement le mode de développement.

A. Le plus souvent *secondaire* à une tuberculose urinaire (rénale ou vésicale), l'infection urétrale peut se faire *par les urines*, qui charrient des bacilles de Koch.

Mais, en général, il s'agit d'une *infection de voisinage*, d'une *infection propagée.* La tuberculose urétrale n'est alors que le prolongement, pour ainsi dire, des lésions tuberculeuses du bas-fond vésical ou de la prostate.

Enfin, l'urètre peut être contaminé *par le sperme*, au cours de la tuberculose épididymo-testiculaire.

B. Beaucoup plus rare est la *tuberculose primitive* de l'urètre, diversement expliquée par les auteurs.

Les uns admettent l'*inoculation tuberculeuse directe de la femme à l'homme pendant le coït* (Conheim, Verneuil, Fernet). Ce mécanisme est très possible, si l'on songe à la relative fréquence, chez la femme, des lésions tuberculeuses vulvo-vaginales, et des métrites de même nature avec leucorrhées bacillaires. Nous ne pouvons néanmoins l'étayer actuellement sur aucune preuve certaine.

Nous possédons, par contre, des faits précis d'inoculation tuberculeuse directe de la verge et de l'urètre, *au cours de circoncisions suivies d'hémostase buccale*, comme on en a signalé un certain nombre en Allemagne (Nocker).

En tout cas, rien ne s'oppose à ce qu'au niveau de l'urètre, comme de la plupart des organes, l'infection tuberculeuse ait une *origine hématogène* (Kraske).

Sexe. — Qu'elle soit primitive ou secondaire, la tuberculose urétrale est *plus fréquente chez l'homme que chez la femme.* D'après Ahrens, on n'en connaît que 4 cas chez cette dernière, cependant deux observations d'Hallé et Motz et une de Rayer concernent aussi des femmes. Il faut y joindre le cas d'une malade d'Albarran chez laquelle il y avait coexistence d'une tuberculose vésicale peu avancée et d'une urétrite tuberculeuse déterminant le rétrécissement du canal (1). Ajoutons-y aussi l'observation récente, et unique dans son genre, publiée par Hartmann, qui opéra une femme de vingt-sept ans pour une tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre.

La rareté de la tuberculose urétrale chez la femme s'explique aisément par de simples considérations anatomiques. Chez elle, en effet, il y a une indépendance presque complète entre l'urètre et les organes génitaux. En outre, le canal féminin, de par sa longueur moindre et son trajet plus rectiligne, est bien moins exposé que celui de l'homme à la stagnation des urines, vectrices de microbes, et à l'inoculation de ses parois par ce mécanisme.

Une question maintenant se pose et mérite d'être discutée. Existe-t-il des relations entre la blennorragie et la tuberculose urétrale? En d'autres termes, la blennorragie joue-t-elle un rôle quelconque dans l'apparition de la tuberculose urétrale?

A priori, il est permis d'en douter : les blennorragiens sont légion, tandis que la tuberculose urétrale est rare. Cependant la pathologie générale enseigne qu'une infection, le plus souvent, en appelle ou en favorise une autre. Et, de fait, il est des observations manifestes où le gonocoque a créé, semble-t-il, au niveau de l'urètre, un lieu de moindre résistance, et a ouvert en quelque sorte une porte d'entrée au bacille de Koch. Tel est, entre autres, le cas de Michaut : « Depuis la dernière blennorragie, le malade n'a cessé de présenter un écoulement muco-purulent, visqueux, rebelle à tout traitement; » en même temps apparaissait une induration urétrale, nettement perçue à la palpation, et qui représentait, à l'autopsie, un tubercule typique.

La blennorragie constitue donc une condition favorable au développement des lésions tuberculeuses de l'urètre, mais elle n'en est pas une condition *sine qua non.* Nous verrons même que, dans les cas d'écoulements ou de rétrécissements urétraux d'origine indéterminée, l'absence de toute affection vénérienne antécédente doit plaider en faveur de leur nature bacillaire.

Les diverses lésions qui caractérisent la tuberculose urétrale et péri-urétrale s'observent rarement à l'état isolé. Très souvent, au contraire, elles s'as-

(1) Ce cas est mentionné brièvement par Albarran à propos du diagnostic des rétrécissements de l'urètre chez la femme, in *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet, 1re édit., t. IX, p. 487.

socient dans une même région, ou dans des régions différentes du canal, dérivant alors en quelque sorte les unes des autres. Néanmoins il est préférable, pour la commodité de la description, de les séparer et de les étudier isolément. Nous passerons donc en revue successivement : 1° les urétrites tuberculeuses, antérieure et postérieure ; 2° les rétrécissements tuberculeux de l'urètre ; 3° enfin les péri-urétrites tuberculeuses.

I

Urétrites tuberculeuses. — Parmi les diverses variétés d'*urétrites non blennorragiques* (Guiard, Noguès, etc.) actuellement admises, l'urétrite tuberculeuse occupe certainement la première place. Comme l'urétrite gonococcique, elle comprend deux variétés : l'*urétrite antérieure* et l'*urétrite postérieure*.

1° Urétrite tuberculeuse postérieure. — Cette forme a été bien étudiée récemment par Rochet. Avec cet auteur, nous ne comprendrons sous le terme d'urétrite tuberculeuse postérieure que les lésions tuberculeuses limitées à la muqueuse de l'urètre prostatique. Nous aurons donc uniquement en vue la *tuberculose primitive de l'urètre postérieur*, éliminant ainsi toutes les lésions secondaires et banales de cet organe, observées fréquemment au cours de la bacillose vésicale ou prostatique.

L'existence d'une tuberculose primitive de l'urètre postérieur n'est pas douteuse ; elle repose sur une série de faits probants, cliniques et opératoires. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit apparaître chez certains malades, indemnes de toute blennorragie antérieure et de tous signes de bacillose génitale ou urinaire, un écoulement urétral persistant, sans gonocoques. Vient-on alors à pratiquer un examen urétroscopique, on constate des lésions tuberculeuses variables au niveau de l'urètre profond (Bürckhard), alors que la cystoscopie ne décèle aucune modification de la muqueuse vésicale. De telles constatations ont d'ailleurs été faites directement, *de visu*, au cours de tailles périnéales pratiquées pour des accidents de cystite douloureuse du col. A l'occasion de prostatotomies périnéales faites dans ces conditions, Rochet a remarqué au niveau de l'urètre prostatique des granulations ou des ulcérations tout à fait typiques ; la prostate elle-même et l'urètre membraneux étaient absolument indemnes ; il en était de même de la vessie, explorée pendant l'opération au moyen de l'éclairage électrique de sa cavité ; enfin, chez ces malades, Rochet ne put déceler cliniquement aucune lésion génitale ou rénale.

Il est donc bien permis, au moins cliniquement, d'affirmer avec Rochet et d'autres auteurs la réalité d'une tuberculose *primitive* et *isolée* de l'urètre prostatique. On conçoit toute l'importance de cette notion au point de vue du pronostic et du traitement.

Anatomie pathologique. — Anatomiquement, l'urétrite postérieure tuberculeuse détermine, comme les autres urétrites, une turgescence plus ou moins marquée de la muqueuse, qui est rouge, violcaée, œdématiée. Mais sur cette congestion générale de la muqueuse se détachent les éléments caractéristiques de l'affection : granulations et ulcérations.

Les *granulations* se présentent avec leurs caractères habituels. De couleur grisâtre ou jaunâtre, elles forment un semis plus ou moins discret ou confluent à la surface de la muqueuse dans la région prostatique.

Quant aux *ulcérations*, non constantes, mais très fréquentes, leur aspect est celui des ulcères tuberculeux des muqueuses, et en particulier de la muqueuse intestinale.

Ces diverses lésions siègent de préférence sur les côtés du veru montanum, dans les points où débouchent les multiples conduits des glandules prostatiques et des glandes de Littre.

A un degré avancé, les ulcérations s'agrandissent, deviennent confluentes, et se creusent en profondeur. Il se produit ainsi de larges décollements péri-urétraux, des abcès, voire même des cavernes. Ces lésions s'étendent le long de l'urètre membraneux, jusque-là à peu près sain, et transforment la région en un véritable clapier purulent. On a dès lors affaire à la *tuberculose du carrefour uro-génital*. Celle-ci est le plus souvent consécutive à la bacillose prostatique et vésicale, mais elle peut aussi quelquefois venir compliquer tardivement une tuberculose primitive de l'urètre profond.

Enfin, une autre éventualité est possible. Les lesions peuvent se cicatriser et guérir, mais le résultat fréquent de cette guérison cicatricielle sera la production de *rétrécissements*, sur lesquels nous reviendrons.

Symptômes et diagnostic. — Les signes fonctionnels de l'urétrite postérieure tuberculeuse diffèrent peu de ceux de l'urétrite postérieure classique, gonococcienne : mêmes douleurs, même ténesme, même pollakiurie, avec urines troubles, renfermant des filaments.

L'aspect du malade, la connaissance exacte de ses antécédents héréditaires et personnels peuvent immédiatement aiguiller le diagnostic dans la bonne voie, et faire penser à la nature bacillaire de l'urétrite. Ordinairement, en effet, il s'agit de tuberculeux avérés, ou en tout cas de malades nés de souche tuberculeuse. Souvent ils attirent l'attention sur des *urétrorragies*, qui surviennent sans cause apparente et à peu près sans douleur, mais qui les inquiètent par leur fréquence et par leur facile répétition. Ces hémorragies urétrales, indolores et spontanées, constituent un bon signe de l'urétrite tuberculeuse. Dans l'urétrite blennorragique, on peut aussi les observer, mais elles sont plus rares ; d'autre part, elles ne surviennent guère qu'à la période initiale de la maladie, alors que les douleurs sont vives et la miction plus ou moins gênée.

Un autre élément de diagnostic est fourni par l'*essai du traitement au nitrate d'argent*, véritable pierre de touche (Rochet). Dans l'urétrite gonococcienne, les lavages ou instillations argentiques sont très efficaces. Dans l'urétrite tuberculeuse, non seulement ils restent sans effet, mais encore ils donnent un coup de fouet à la maladie, et provoquent des hémorragies et des douleurs.

Si, malgré tout, le diagnostic est hésitant, on ne

manquera pas de recourir à l'*examen bactériologique* et à l'*inoculation au cobaye du pus urétral*, recueilli dans les urines ou par cathétérisme.

Mais le signe le plus certain sera fourni par l'*endoscopie*. Cette méthode seule permettra de voir directement les lésions, et de reconnaître l'existence, dans l'urètre profond, de granulations ou d'ulcérations tuberculeuses (Bürckhard).

On ne portera naturellement le diagnostic d'urétrite primitive que si l'on ne trouve aucune altération appréciable de la vessie, des vésicules et de la prostate, après exploration minutieuse par le *toucher rectal* et par la *cystoscopie*.

Pronostic. — Bien soignée, l'urétrite postérieure tuberculeuse est capable de *rétrocéder sans laisser de trace*. Rochet a vu survenir une guérison définitive chez trois de ses malades qui avaient subi la prostatotomie.

Dans quelques cas, cependant, la guérison peut se faire par *sclérose de l'urètre*, susceptible de donner naissance à des *rétrécissements* plus ou moins serrés.

D'autre part, l'urétrite tuberculeuse peut être le *signe avant-coureur d'autres lésions bacillaires*, et évolue alors, en dépit de toute thérapeutique, vers les *abcès*, les *décollements peri-urétraux* et les *fistules*, qui sont souvent l'origine ou la conséquence d'infections secondaires.

Néanmoins, dans la règle, le pronostic sera bénin quand il s'agira véritablement d'une tuberculose primitive et isolée.

Traitement. — Il faudra donc surtout ne rien faire contre la tendance de la maladie à la guérison spontanée.

Dans ce but, on devra éviter les lavages et les instillations (Rochet). Les *lavages* ne font que réveiller ou accroître le spasme du col vésical. Quant aux *instillations*, nous avons déjà vu les mauvais effets du nitrate d'argent, qui est douloureux et fait saigner. Le sublimé a lui aussi des inconvénients : tout au plus le réservera-t-on aux cas compliqués d'infections associées.

Le meilleur traitement chirurgical consistera dans la *prostatotomie périnéale avec incision du sphincter de Henle*. Cette opération, entre les mains de Rochet, a donné d'excellents résultats. Son grand avantage est de faire cesser le spasme du col vésical et avec lui les douleurs et le ténesme. De plus, elle permet de se rendre compte si les lésions sont ou non limitées à la muqueuse de l'urètre prostatique; elle permet en même temps, s'il est besoin, de cautériser les points malades, et de drainer les clapiers purulents. D'ailleurs, l'incision simple agit ici, le plus souvent, comme dans des lésions similaires (péritonites tuberculeuses par exemple) par la seule mise à l'air des tissus bacillaires. Mais la prostatotomie est loin d'être de mise dans tous les cas. Elle n'est indiquée que dans les urétrites tuberculeuses très douloureuses, accompagnées d'un spasme violent du sphincter.

Aussi est-ce au *traitement médical* qu'il faudra toujours, et d'emblée, avoir recours. Ce traitement sera à la fois *local* (lavements chauds, suppositoires, révulsion périnéale), et *général* (hygiène générale, suralimentation, toniques, séjour au bord de la mer).

2° Urétrite tuberculeuse antérieure. — Contrairement à la précédente, et contrairement à ce qu'on pourrait croire à priori, l'*urétrite tuberculeuse antérieure n'est jamais une tuberculose primitive*. Toujours on la trouve associée soit à une bacillose déjà ancienne de la vessie et de la prostate, soit à une tuberculose totale de l'appareil urinaire, dont elle constitue souvent la dernière manifestation.

Le plus ordinairement, les lésions débutent par la muqueuse. Aussi a-t-on voulu y voir une infection directe de cette membrane par les bacilles de Koch que charrie l'urine chez des malades atteints depuis longtemps d'affections multiples de l'arbre urinaire.

Rarement l'urétrite succède à des lésions tuberculeuses péri-urétrales, notamment à des cowpérites bacillaires primitives, dont on connaît quelques cas probants.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'urétrite tuberculeuse antérieure sont identiques à celles que nous avons décrites pour l'urétrite postérieure : *congestion* de la muqueuse, *granulations* grises ou jaunes plus ou moins abondantes, et surtout *ulcérations* de volume variable, occupant de préférence les régions bulbaire et spongieuse postérieure.

A ces lésions peuvent venir se joindre secondairement, à titre de complications, des *abcès tuberculeux péri-urétraux*, siégeant dans les corps caverneux ou dans les glandes de Cowper. Au niveau de la verge, il se produit parfois une véritable infiltration tuberculeuse de tous les tissus qui la composent, constituant alors le *pénitis tuberculeux* (Poncet), bien étudié par Barbet dans sa thèse.

Etude clinique. — L'apparition de l'urétrite tuberculeuse antérieure se manifeste par des *douleurs* d'intensité variable, par de la *cuisson dans le canal*. Ces phénomènes, surtout provoqués par les mictions, surviennent aussi dans leur intervalle, et donnent alors naissance à de *faux besoins d'uriner*.

Comme dans l'urétrite postérieure, les *urétrorragies* ne sont pas rares, qu'elles soient spontanées ou déterminées par un traitement au nitrate d'argent.

La *pyurie* est constante. Elle est due en grande partie aux lésions tuberculeuses sus-jacentes à l'urètre antérieur. Il se produit cependant par le méat un véritable *écoulement puriforme*, un peu analogue à celui de la blennorragie chronique : c'est la *blennorrhée tuberculeuse* de Ricord. A noter toutefois que cet écoulement est plus séreux et plus granuleux que celui de la goutte militaire, qui est épais et crémeux.

L'examen des premières quantités d'urines émises pendant la miction, et recueillies dans un verre, montre la présence de *filaments* et de *grumeaux épais et massifs*, moins effilés et plus lourds que ceux de la chaude-pisse.

Voilà donc un certain nombre d'éléments distinctifs qui peuvent déjà permettre, pour un esprit prévenu, de différencier la blennorrhée tuberculeuse de l'écoulement blennorragique chronique.

Mais il ne faudra pas s'en tenir là, et un examen plus complet du malade viendra fournir la certitude

du diagnostic d'urétrite antérieure tuberculeuse. C'est ainsi qu'il sera possible, dans quelques cas, d'apercevoir directement, sans artifice spécial, des ulcérations caractéristiques situées au voisinage immédiat du méat. Quand les lésions ne seront pas ainsi visibles, on devra les rechercher dans la profondeur par l'*urétroscopie*.

De même, une *palpation méthodique de l'urètre* à travers les parties molles réveillera quelquefois une douleur localisée en un point, et pourra faire sentir soit des indurations péri-urétrales, soit des abcès.

Enfin, à une période ultime, on pourra noter des *fistules*.

L'état général lui-même chez de tels malades sera ordinairement très précaire, puisqu'il s'agira d'anciens tuberculeux à foyers multiples. C'est dire la *gravité du pronostic*, qui tient non pas à l'urétrite elle-même, mais à sa tardive apparition au cours d'une tuberculose, génito-urinaire ou pulmonaire, avancée. On connaît cependant quelques exemples de longue survie.

Traitement. — En raison de la multiplicité des lésions, il serait illusoire de vouloir intervenir sur chacune d'elles. On se contentera donc presque exclusivement d'un *traitement médical*, qui sera celui de toute tuberculose.

Il est des cas cependant où l'on devra faire plus. C'est ainsi qu'en présence d'abcès péri-urétraux, capables de déterminer de vastes décollements, il sera indiqué de leur donner issue par une *incision*, qui suffira à prévenir des accidents plus graves.

De même, si les lésions ont évolué au point de transformer le pénis en une éponge purulente, avec clapiers et fistules, on pourra songer à une *résection partielle* ou à une *amputation*. C'est à de tels sacrifices que certains opérateurs (Kraske, Hartmann, etc.) ont dû le succès dans des cas désespérés.

Nous ne croyons pas que les lésions soient jamais assez limitées pour justifier une simple *urétrectomie*.

Plus souvent, au contraire, on devra se borner à pratiquer l'*urétrostomie périnéale* de Poncet. Cette opération sera indiquée toutes les fois que les lésions ne seront pas assez étendues pour nécessiter une intervention radicale (résection, amputation), alors cependant que les parois urétrales auront été trop complètement détruites par les ulcérations et par la suppuration pour qu'on puisse espérer la reconstitution spontanée de la continuité du canal. On l'emploiera également quand il se sera produit des rétrécissements plus ou moins serrés, formant obstacle à la miction, et favorisant par là même de nouvelles inoculations.

II

Rétrécissements tuberculeux de l'urètre. — Historique. — L'histoire des rétrécissements tuberculeux de l'urètre est de date récente. Guyon disait en effet : « Les rétrécissements de l'urètre sont toujours blennorragiques, traumatiques ou cicatriciels. Quand un malade ne vous accuse aucune de ces trois causes génératrices, soyez parfaitement certains qu'il n'y a pas de rétrécissement ou, s'il y en a, admettez sans hésitation qu'il vous a trompé. »

Ammon allait même plus loin, puisqu'il exigeait, pour faire le diagnostic de tuberculose des voies urinaires, l'absence de rétrécissement urétral.

Cependant déjà, en 1854, Dufour avait rapporté trois cas de rétrécissements de l'urètre qui furent reconnus tuberculeux à l'autopsie.

Hunter, en 1859, observa un enfant de onze ans qui était de constitution scrofuleuse et présentait un rétrécissement de l'urètre sous la dépendance de la scrofule.

Viennent ensuite des observations isolées de rétrécissements tuberculeux de l'urètre publiées par Hermann, Stone, Nochker.

Mais c'est Ahrens qui entreprend le premier, en 1892, un travail d'ensemble sur cette variété de rétrécissements, et en rapporte un cas inédit.

Plus récemment, Poncet et Delore. Bérard et Trillat en publient plusieurs observations qui ont été réunies dans l'excellente monographie de Perge (Th. de Lyon, 1902).

Enfin, tout dernièrement, Hartmann a observé, chez une femme, le seul cas connu de tuberculose urétrale hypertrophique et sténosante.

Grâce à ces divers documents, il devient aisé aujourd'hui de décrire cette forme, longtemps ignorée, des sténoses urétrales, les sténoses tuberculeuses

Anatomie pathologique. — Ces rétrécissements peuvent siéger en un point quelconque du canal voire même dans la région prostatique. On les observe cependant de préférence dans l'urètre bulbo-membraneux et dans l'urètre pénien.

Les rétrécissements blennorragiques sont ordinairement multiples. Le rétrécissement tuberculeux, au contraire, est *unique* dans la moitié des cas.

Ses *dimensions* varient suivant les cas. Généralement la stricture est *peu serrée*. Elle n'est guère découverte que par hasard au cours de l'exploration du canal urétral. Quelquefois même, c'est une pure trouvaille d'autopsie. On l'a vue pourtant, dans le cas de Stone, déterminer une rétention d'urine complète.

Histologiquement, le rétrécissement est constitué ordinairement par du tissu de sclérose, processus fréquent de la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses (*forme scléreuse*). D'autres fois, on trouve seulement un gros tubercule enclavé dans la paroi (*forme nodulaire*). Une troisième variété est la *forme hypertrophique et sténosante* (Hartmann) tout à fait semblable aux tuberculoses hypertrophiques du cæcum (Pilliet et Hartmann), du rectum (Sourdille), etc.

Les *lésions concomitantes* consistent en lésions tuberculeuses diverses de l'urètre : granulations, ulcérations, abcès caséeux. Dans quelques cas même, le rétrécissement est tardif, et les dégâts sont étendus; le périnée est sillonné de fistules. Il n'est pas rare alors que l'on constate un envahissement tuberculeux diffus de l'organisme (appareil génito-urinaire tout entier, poumons, ganglions, etc.).

A titre exceptionnel, on a pu observer, immédiatement en arrière de l'obstacle, une *dilatation rétro-stricturale* permettant l'introduction du petit doigt dans la vessie (Poncet et Delore).

Fréquence. — Les cas connus de rétrécissements tuberculeux de l'urètre sont encore peu nombreux. Perge, dans sa thèse, n'en a réuni que 12 observations qui se répartissent ainsi : 2 de Dufour, 2 de Poncet et Delore, 2 de Bérard et Trillat, 1 d'Ahrens, 1 de Nicolas, 1 de Stone, 1 de Michaut, 1 de Nochker et 1 de Parmentier. Nous devons ajouter à cette courte liste 1 cas de Bürckhard, 1 d'Hartmann, 2 d'Albarran et 3 d'Hallé et Motz. Le total des observations publiées jusqu'à ce jour est donc d'*une vingtaine* environ.

La rareté de ces rétrécissements s'explique d'abord par la rareté de la tuberculose urétrale, qui à son tour n'évolue pas très fréquemment vers la sténose. D'autre part, il s'agit souvent de rétrécissements larges, à peu près sans symptômes, c'est dire qu'on doit certainement en laisser passer. Il est probable qu'on en observerait davantage si l'on pratiquait régulièrement le cathétérisme explorateur de l'urètre chez les tuberculeux médicaux qui ont parfois de la gêne pour uriner. De même, on omet trop souvent, à l'autopsie de ces malades, de disséquer et d'examiner l'urètre.

Étiologie et pathogénie. — Comme nous l'avons déjà dit, à propos des urétrites, les rétrécissements tuberculeux sont habituellement *secondaires à des lésions bacillaires du canal.*

Leur mécanisme de production n'est pas univoque. D'ordinaire, la sténose est le fait de la *sclérose cicatricielle* d'une paroi ulcérée et fongueuse. Hermann a vu ce mécanisme se réaliser pour ainsi dire sous ses yeux chez un malade porteur d'ulcérations urétrales tuberculeuses, tout à fait voisines du méat.

Dans d'autres cas, la sclérose, cause du rétrécissement, n'est pas le résultat de la guérison cicatricielle de lésions ulcérées, *elle existe d'emblée.* Le tubercule a alors, non pas une tendance ulcérative, mais une tendance scléreuse. La sclérose constitue ici, non pas un processus de guérison, de cicatrisation, mais un *processus inflammatoire atténué*, incapable d'aboutir à la destruction et à la fonte des tissus. La *tuberculose inflammatoire* est donc susceptible de donner naissance à de tels rétrécissements, comme elle en produit ailleurs (pylore, intestin grêle, rectum, etc.).

La sclérose primitive ou secondaire n'est pas le seul processus anatomique qui puisse déterminer une stricture urétrale. L'obstruction peut être occasionnée par de gros tubercules ou de volumineuses fongosités développés dans la paroi. Dans un cas rapporté par Barbet (Obs. III de sa thèse), on constata à l'autopsie un gros tubercule qui rétrécissait considérablement le canal.

Enfin, Perge admet l'existence de sténoses consécutives à la sclérose inflammatoire qui se produit au contact de la paroi scléreuse d'un abcès froid du voisinage. C'est ainsi qu'il explique le rétrécissement urétral périnéo-scrotal, observé par Bérard et Trillat chez un malade qui présentait un abcès froid du corps caverneux au même niveau. En effet, ce rétrécissement ne disparut pas par la simple évacuation de la collection : il n'était donc pas dû à la compression du canal par l'abcès, mais sans doute à une réaction inflammatoire de voisinage. Nous ferons toutefois remarquer que le malade en question était atteint de lésions tuberculeuses multiples (pulmonaires, vésiculaires, épididymaires, etc.), et qu'il avait présenté, sans maladie vénérienne antérieure, un écoulement urétral dépourvu de gonocoques. Il est fort probable que cet écoulement fut sous la dépendance d'une urétrite tuberculeuse, laquelle donna secondairement naissance au rétrécissement, suivant le mécanisme indiqué plus haut. C'est vraisemblablement aussi cette urétrite qui fut le point de départ de l'infection du corps caverneux.

Telle est la pathogénie des rétrécissements tuberculeux de l'urètre, le plus souvent secondaires à une atteinte tuberculeuse du canal. Mais on peut les voir constituer une *maladie primitive et isolée.* Le cas, déjà cité, d'Hartmann en est une preuve convaincante.

Il nous reste à mentionner maintenant la variété rare de rétrécissements qu'occasionne parfois la compression du canal par une lésion bacillaire du voisinage : cowpérite volumineuse ou prostatite. Pousson a vu une prostatite tuberculeuse amener une rétention complète d'urine, et diminuer le calibre de l'urètre au point de ne laisser passer que l'explorateur n° 18 avec sensation de ressaut. Mais il s'agit là de *faux rétrécissements tuberculeux.* Nous nous contenterons de les avoir signalés.

Symptomes et diagnostic. — Les rétrécissements tuberculeux de l'urètre, de quelque étiologie qu'ils relèvent, s'installent toujours d'une façon torpide. Dans beaucoup de cas, ils passent complètement inaperçus soit du malade, soit du médecin. Ils constituent alors des trouvailles d'autopsie. Quelquefois, ils sont reconnus incidemment à l'occasion d'un cathétérisme explorateur chez des tuberculeux urinaires. Cette *forme latente* des rétrécissements de l'urètre est assez spéciale à la tuberculose qui engendre souvent des sténoses larges, sans troubles fonctionnels appréciables.

Il est des cas cependant où le rétrécissement est assez serré pour se traduire par ses signes habituels : on observe alors les *modifications ordinaires de forme, de débit et de portée du jet* et une *gêne de la miction* pouvant obliger le malade à se sonder lui-même. A titre exceptionnel, on a mentionné l'*incontinence d'urine* (Dufour, Ahrens), ou la *rétention* (Stone).

Chez de tels malades un *cathétérisme explorateur* s'impose, qui vient confirmer le diagnostic de rétrécissement de l'urètre. Il reste uniquement à en préciser la nature, et c'est en général chose facile. La plupart du temps, nous l'avons vu, le rétrécissement survient à la suite d'une urétrite tuberculeuse avec son écoulement puriforme spécial ; il suffira donc d'avoir rattaché cette *blennorrhée* à sa véritable cause. On peut, en effet, affirmer que tout rétrécissement consécutif à des lésions tuberculeuses urétrales ou péri-urétrales est lui aussi, en l'absence de toute blennorragie actuelle ou immédiatement antérieure, un rétrécissement tuberculeux. On ne devra pas en tout

cas éliminer la tuberculose parce que le malade aura eu autrefois la chaude-pisse. Nous savons, au contraire, que celle-ci favorise celle-là ; et les observations de Poncet et Delore, Dufour, Michaut, sont très démonstratives à cet égard.

L'hésitation ne sera donc pas longue en présence d'un rétrécissement consécutif à une urétrite tuberculeuse déjà diagnostiquée. Il n'en sera pas de même s'il s'agit d'une sténose bacillaire primitive, forme, il est vrai, exceptionnelle. C'est alors qu'en face d'un malade déjà âgé et indemne de tout passé génital, chez lequel on éliminera par conséquent toute idée de rétrécissement tardif blennorragique, on pourra, songer à l'*épithélioma primitif de l'urètre*, capable, comme la tuberculose, de déterminer des sténoses (Wassermann, Th. de Paris, 1894-1895). Il n'est donc pas sans intérêt de rechercher les caractères distinctifs de ces deux variétés de rétrécissements.

Dans l'épithélioma, le rétrécissement est presque toujours suivi d'une cavité rétro-stricturale dans laquelle tombe la sonde au cours du cathétérisme. Celui-ci fait saigner l'urètre beaucoup plus facilement que dans la tuberculose. D'autre part, l'écoulement qui se produit quelquefois dans le cancer est sanieux, fétide, d'une odeur sui generis ; il renferme, à l'examen histologique, des éléments épithéliaux caractéristiques; la douleur y est plus vive que dans la tuberculose où elle peut manquer totalement; enfin, s'il existe des fistules périnéales néoplasiques, elles sont entourées de bourgeons rouges, saignant au moindre contact. Peut-être aussi l'examen endoscopique sera-t-il dans ces cas un bon moyen de diagnose.

D'une façon générale d'ailleurs, on ne devra porter le diagnostic de rétrécissement tuberculeux *primitif* de l'urètre que sous toutes réserves, et qu'après l'avoir contrôlé par la recherche clinique et expérimentale des moindres stigmates de tuberculose. Il faudra donc, après avoir écarté toute hypothèse de sténose blennorragique, examiner soigneusement son malade, au point de vue pulmonaire notamment, et faire l'épreuve de la séro-réaction tuberculeuse ou de l'ophtalmo-réaction. Les résultats positifs fournis par l'une ou l'autre de ces méthodes plaideront fortement en faveur de la nature tuberculeuse du rétrécissement observé. Mais, pour en avoir la certitude, il faudra encore, après opération ou autopsie, pratiquer l'examen histologique ou l'inoculation au cobaye d'un fragment du rétrécissement.

Evolution et pronostic. — D'apparition insidieuse, et de marche lente, le rétrécissement tuberculeux de l'urètre n'a guère de tendance à la rétrocession spontanée. Mais il est compatible avec une assez longue existence : dans le cas de Nicolas, la survie fut de douze ans. Cela s'explique aisément puisque la sténose est d'ordinaire large et n'offre aucun obstacle sérieux à l'émission des urines.

Néanmoins le pronostic doit être, en général, considéré comme grave pour plusieurs raisons. Nous avons vu avec quelle fréquence ces rétrécissements succèdent à d'autres lésions bacillaires, indiquant par là même l'imprégnation tuberculeuse profonde du sujet. D'autre part, pour si peu serrés qu'ils soient, ils n'en constituent pas moins des barrières qui brisent le cours de l'urine, et en retiennent en amont une certaine quantité; ainsi ils entravent le drainage naturel des lésions tuberculeuses des voies sus-jacentes; ainsi ils favorisent les réinoculations microbiennes et les infections secondaires, qui sont tant à redouter en pareil cas.

Enfin, ils ne sont pas toujours exempts des complications banales des rétrécissements urétraux, telles la *rétention d'urine* (Stone), l'*infiltration d'urine avec ses vastes décollements*, voire même la *rupture de la vessie* (Ahrens). Ces accidents se produisent d'autant mieux que la vessie, tout comme l'urètre, est souvent envahie par le processus tuberculeux.

C'est donc surtout pour éviter ces complications qu'il est nécessaire de mettre en œuvre un traitement efficace.

Traitement. — S'agit-il d'un rétrécissement peu serré permettant le cathétérisme sans de trop vives douleurs, le meilleur traitement consiste dans la *dilatation progressive* du canal avec les Béniqué. Cette thérapeutique a donné de bons résultats à Dufour, Ricord, Bérard. Mais, pour être utile, la dilatation doit être longtemps continuée et pratiquée d'une façon lente et méthodique ; brusquement faite, elle provoque des hémorragies et des douleurs.

Si l'on veut gagner du temps, on pourra recourir à l'*urétrotomie interne* qui paraît n'avoir été utilisée qu'une fois pour ce genre de rétrécissements par Maurice Pollosson (observation de Nicolas).

Par contre, l'*urétrotomie externe* n'est signalée dans aucune observation. Nous ferons cependant remarquer avec Perge qu'elle mériterait peut-être une meilleure fortune. Nous avons vu qu'elle est un mode de traitement efficace des urétrites tuberculeuses accompagnées d'abcès péri-urétraux. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour les rétrécissements, suites ordinaires d'urétrites ?

L'*urétrectomie*, à notre avis, pourra aussi rendre des services, surtout dans les cas de rétrécissements primitifs, uniques et localisés, comme ils le sont ordinairement. On se comportera alors vis-à-vis d'eux comme vis-à-vis d'une véritable tumeur extirpable.

Mais, le plus souvent, les lésions seront telles, au niveau de l'urètre et des autres organes de l'appareil urinaire, qu'il ne sera pas possible de songer à une thérapeutique vraiment curative. Deux méthodes palliatives se présenteront alors au chirurgien avec leurs indications respectives : la cystostomie sus-pubienne et l'urétrostomie périnéale.

La *cystostomie sus-pubienne* (A. Poncet) sera réservée aux malades chez lesquels la tuberculose, à point de départ vésical et prostatique, aura envahi et rétréci tardivement l'urètre. Elle supprimera les souffrances et assurera le libre écoulement de l'urine.

Quant à l'*urétrostomie périnéale* (Poncet et Delore) définitive ou temporaire, suivant les cas, elle sera indiquée quand les lésions seront limitées aux régions antérieures du canal et aux parties molles du périnée et du pénis. C'est dans ces conditions qu'elle

fut employée deux fois par Poncet et Delore avec un réel succès. Les deux urétrostomisés furent en effet revus sept ans après l'opération ; les lésions de tuberculose localisée génito-urinaire étaient radicalement guéries, et les troubles urinaires qui étaient sous leur dépendance avaient définitivement disparu.

Tels sont les divers modes de traitement local dont nous disposons pour les rétrécissements tuberculeux de l'urètre. Il va sans dire que le *traitement général* devra toujours être combiné avec le précédent pour en assurer les bons effets. Ce sera surtout un traitement hygiénique (repos, grand air) et reconstituant (suralimentation, arsenic, etc.).

III

Péri-urétrite tuberculeuse. — La péri-urétrite tuberculeuse, particulièrement étudiée par Englisch (1883-1891), a été divisée par lui en deux variétés distinctes : la *péri-urétrite interne*, siégeant au-dessus de l'aponévrose périnéale moyenne, et correspondant à l'urètre profond, et la *péri-urétrite externe*, située au-dessous de cette aponévrose, et correspondant à l'urètre pénien.

La première ne constitue pas, à proprement parler, une lésion bien définie.

Elle n'est autre chose le plus souvent que l'extension à toute la loge prostatique de lésions tuberculeuses de la prostate, des vésicules séminales et de la vessie. Aussi croyons-nous que sa description se rattache plutôt à l'étude de la tuberculose de ces organes qu'à celle de la tuberculose urétrale.

Avec Hallé et Motz, nous décrirons sous le nom de péri-urétrite tuberculeuse les cowpérites tuberculeuses, les tuberculomes péri-urétraux, localisés ou diffus, et les lésions tuberculeuses des corps caverneux.

1° Cowpérites tuberculeuses. — Signalée depuis longtemps, la cowpérite tuberculeuse a été surtout bien décrite par Englisch qui la considère comme la lésion essentielle de la péri-urétrite tuberculeuse externe. Pour lui, en effet, elle se caractériserait essentiellement par la formation d'un abcès froid périnéal plus ou moins volumineux, à marche souvent envahissante et évoluant constamment vers la fistulisation périnéale.

En réalité, à côté de cette *forme diffuse à évolution extra-glandulaire*, la tuberculose cowpérienne reste souvent *limitée à l'intérieur de la capsule d'enveloppe*, et c'est alors qu'il est très difficile de la diagnostiquer cliniquement, car elle ne se traduit par aucun symptôme périnéal net. Cette variété de cowpérite a été bien observée récemment par Hallé et Motz, Hartmann et Lecène, et par Rochet. Elle présente, d'après Hallé et Motz, trois stades dans son évolution : 1° infiltration tuberculeuse massive crue ; 2° ramollissement central avec formation d'une caverne ; 3° enfin, transformation kystique caséeuse totale. La lésion peut évoluer jusqu'à son dernier degré, c'est-à-dire jusqu'à la destruction complète de la glande sans franchir l'enveloppe fibreuse, et sans atteindre le tissu cellulaire péri-glandulaire.

Le traitement, facile dans cette forme, qui est *souvent primitive et isolée*, consistera dans l'extirpation pure et simple de la glande, à la façon d'une tumeur. Dans la première variété, au contraire, il faudra évacuer l'abcès froid et pratiquer le curetage et la cautérisation de la poche et des trajets fistuleux.

2° Tuberculomes péri-urétraux. — Les tuberculomes *localisés* péri-urétraux se présentent « soit comme de petites tumeurs dures, bien circonscrites, sous-cutanées, appendues à l'urètre, soit comme de véritables abcès froids, à contenu puriforme caséeux, qui peuvent s'ouvrir dans l'urètre, ou à la peau, ou même des deux côtés à la fois, en laissant une fistule urinaire ». Ils sont l'homologue des abcès urineux ordinaires.

Les tuberculomes *diffus* péri-urétraux sont « de vastes foyers tuberculeux, irréguliers, anfractueux, à prolongements multiples, qui semblent s'étendre et se développer au hasard, en détruisant les tissus péri-urétraux. Ces foyers sont tapissés de fongosités tuberculeuses, et remplis de pus caséeux ; des nappes de fongosités s'en détachent, qui infiltrent les espaces conjonctifs ; ils donnent naissance à des trajets fistuleux, uniques ou multiples, qui aboutissent à la peau de la verge, du périnée, ou même de régions plus éloignées ; d'autres peuvent s'ouvrir dans le rectum ». Il s'agit là d'une variété de tuberculose infiltrante, disséquante, qui, au niveau de la verge notamment, réalise ce que Poncet a décrit sous le nom de *pénitis tuberculeux*.

3° Tuberculose des corps caverneux. — Dans ces cas de tuberculose urétrale et péri-urétrale disséminée, les corps caverneux sont rarement indemnes. Ils sont alors atteints au même titre que les autres tissus péri-urétraux, c'est-à-dire consécutivement à des lésions étendues de la muqueuse du canal. Plus intéressante est cette forme de tuberculose des corps caverneux dans laquelle ces organes sont envahis à peu près isolément et paraissent constituer la seule lésion. Tel est le cas de Bérard où il y avait un abcès froid du corps caverneux droit coïncidant avec un rétrécissement de l'urètre. Telle aussi une observation d'Hallé et Motz où il y avait, en plein corps caverneux, sans grandes lésions urétrales, plusieurs nodules tuberculeux dont l'un était en voie de ramollissement et prêt à former une cavernule. Dans des cas de ce genre, on est tenté de considérer la péri-urétrite comme le fait primitif ; mais il est impossible de l'affirmer absolument, puisqu'on n'a pas encore observé de tuberculose des corps caverneux sans rétrécissements ou sans ulcérations urétrales.

De ces lésions spécifiques, primitives ou secondaires, des corps caverneux, nous rapprocherons, en terminant, les *indurations péri-urétrales*, les *noyaux fibreux de la verge*, que l'on rencontre parfois chez des tuberculeux indemnes de tout passé génital. Nous croyons, avec Poncet et Leriche, qu'il s'agit là d'une variété spéciale, non spécifique, de tuberculose péri-urétrale, c'est-à-dire d'une *tuberculose inflammatoire des corps caverneux*.

BIBLIOGRAPHIE

AHRENS. Die Tuberkulose der Harnröhren, *Beit. z. klin. Chir.*, Tübingen, 1892, t. VIII, p. 313. — ALBARRAN. Rétrécissements de l'urètre chez la femme, *Traité de chir.* Le Dentu-Delbet, 1e édit., t. IX, p. 487; — Observation de rétrécissement par tuberculose péri-urétrale, in HALLÉ et MOTZ, *Ann. gén.-urin.*, 1902, p. 1550.

BARBET, *De la tuberculose de la verge,* Th. de Lyon, 1893. — L. BÉRARD et TRILLAT. Des tuberculoses urétrales et péri-urétrales. Rétrécissements tuberculeux de l'urètre, *Bull. méd.*, 1901, n° 66, p. 737. — BURCKHARDT. Endosc. Bef. und endosc. Ther., *Beit. z. klin. Chir.*, Bd. V, p. 315.

A. L. CHUTE. Urethral tuberculosis, with report of a case, *Boston med. and surg. Journ.*, 1903, p. 361. — A. CRACIUNESCU. Ein Fall von Tuberkulose der Urethra, *Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1903, XXXIX, p. 245.

CRISTEA. Un cas de tuberculose de l'urètre postérieur, *Spitalul*, Bucuresci, 1903, p. 634-636. — CLAUSS. *Ueber die Tuberc. des Penis*, Th. de Fribourg, 1889.

DUFOUR. *De la tuberculisation des organes génito-urinaires* (Obs. VI, p. 49, et Obs. VII, p. 51), Th. de Paris, 1854. — DOLBEAU. Caverne tuberculeuse de la portion postérieure de l'urètre, *Bull. de la Soc. anat.* de Paris, 1859.

ENGLISCH. Ueber die Tuberculose peri-urethritis, *Med. Jahresb. d. Ges. d. Ærzte*, Vienne, 1883, p. 397; — Urethritis und Peri-urethritis Tüberculos, *All. Wien. med. Zeit.*, 1891; — *Handbuch d. Harn. u. sexual Organe*, 1894, Bd. III, p. 206.

GARIN. Observation de tuberculose génito-nrinaire, *Lyon méd.*, 1876, 1, p. 649.

HALLÉ et MOTZ. Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'appareil urinaire, *Ann. gén.-urin.*, 1902, p. 1464, et 1903, p. 481. — HARTMANN et LECÈNE. Cowpérites tuberculeuses, *Assoc. franç. d'urol.*, VIe session, 24 oct. 1902. — HARTMANN. Tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre chez la femme, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1906, 21 nov., n° 35, p. 956, et 4 déc., n° 36, p. 974; — *Ann. de gyn. et d'obstét.*, janv. 1907, p. 1. — HUNTER. *Traité de la maladie vénérienne*, 1859, p. 207.

KAUFMANN. Tuberculose de l'urètre, in *Deuts. Chir.*, 1886, l. L, ch. x, p. 153.

MICHAUT. Sur un cas d'ulcération tuberculeuse de l'urètre consécutive à une tuberculose rénale primitive, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1887, p. 103. — MOIZARD et BACALOGLU. Tuberculose de l'appareil urinaire depuis le rein jusqu'au méat urétral, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1900, p. 675.

NICOLAS. *Sur une variété peu connue de rétrécissement pénien*, Th. de Lyon, 1890-1891. — NOCHKER. *Ueber Tuberkulose der Urethra*, Inaug. Diss., Bonn 1890.

ORTH. Tuberculose de l'urètre, in *Lehrbuch d. spec. pathol. anat.*, 1889, p. 748.

PERGE. *Contribution à l'étude des rétrécissements de l'urètre d'origine tuberculeuse*, Th. de Lyon, 1902. — A. PONCET et X. DELORE. *Traité de l'urétrostomie périnéale*, Paris, 1900, Obs. XXV. — A. PONCET et R. LERICHE. Tuberculose inflammatoire des corps caverneux, Commun. à l'Acad. de méd., 30 mai 1905.

PRAT et LECÈNE. Tuberculose de l'urètre simulant un néoplasme; amputation du pénis, *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1902, p. 484.

RAYER. *Traité des maladies des reins,* Paris 1841, t. III (Obs. VI, p. 646; Obs. X, p. 654; Obs. XIV, p. 670). — RICORD. *Gaz. des hôpit.*, 2e série, 1843, p. 34. — ROCHET. Tuberculose de l'urètre, in *Quelques données nouvelles de clinique et de thérapeutique urinaires*, Lyon, Storck édit., 1906, p. 105.

SCHMITZ. *Ueber genital Tuberkulose*, Inaug. Diss., Bonn 1888. — SEELIG. Ein Fall von Urethritis tuberculosis, *Monats. d. Krank d. harn und sexual Apparatus*, 1897, t. II, p. 217 et 274. — A. K. STONE. *Boston med. Journ.*, 16 août 1888, p. 148. — SOLOWEITSCHNIK. *Arch. f. Derm. f. Syphil.*, Prague 1870 (Obs. d'urétrite tuberculeuse).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 MAI 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Proust et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Gaucher, Legry et Marcel Labbé; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 19 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Castaigne; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 20 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Roger et Macaigne; — (2e série) : MM. Brissaud, Gley et Desgrez; — (3e série) : MM. Déjerine, André Broca et Zimmern; — M. Branca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Delens, Proust et Lecène; — (2e partie) : MM. Letulle, Marcel Labbé et Sicard; — M. Legry, suppléant.

Jeudi 21 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Gley et Claude; — (2e série) : MM. Joffroy, Gilbert et Fernand Bezançon; — (3e série) : MM. Raymond, Langlois et Richaud; — (4e série) : MM. Chantemesse, Desgrez et Balthazard; — (5e série) : MM. Thoinot, Carnot et Brumpt; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 22 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Lecène; — (2e série) : MM. Segond, Proust et Ombrédanne; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 23 mai, à une heure. — 5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaigne, Demelin et Jeannin;

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Gouget et Nobécourt; — 3e série) : MM. Chantemesse, Jeanselme et Castaigne; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 20 mai 1908, à une heure. — M. MONNIER. Considérations sur les rapports de la tuberculose et de la puerpéralité. (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Mulon.) — M. MAGITOT. Contribution à l'étude de la circulation artérielle et lymphatique du nerf optique et du chiasma. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Mulon.) — M. COLLIGNON. Accidents d'occlusion avec invagination par des tumeurs polypeuses bénignes de l'intestin. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Mulon.) — M. SERON. Néoplasies intestinales d'origine inflammatoire (appendice et anse sigmoïde exceptés). (MM. Segond, président; Pinard, Reclus et Mulon). — M. LEPRAT. Tuberculose de l'os malaire. (MM. Segond, président; Pinard, Reclus et Mulon.) — M. MENAUD. La dipérè. Son rôle en médecine autrefois et aujourd'hui. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Pierre Marie et Lœper.) — M. CHEREL. Contribution à l'étude des diverses formes de syphilis graves précoces et de leurs causes. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Pierre Marie et Lœper.) — M. GUILLOIRE. Forme angio-spasmodique de l'entéro-colite mucomembraneuse. (MM. Pierre Marie, président; Blanchard, Gaucher et Lœper.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 55. — MARDI 12 MAI 1908. 81e ANNÉE. MARDI 12 MAI 1908. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admission.* — Séance du 9 mai : MM. Rathery et Pagniez, 14 ; Lortat-Jacob, 19.

Prochaine séance mardi 12 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital Lariboisière.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai : MM. Grégoire, 18 ; Mercadé, 13 ; Chevrier, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LE MANS. — Le lundi 20 juillet 1908, à une heure du matin, un concours public sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour une place de chirurgien suppléant et deux places de médecin suppléant à l'hôpital du Mans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Lecture des copies.* — Séance du 6 mai. — Ont obtenu : MM. Barbet, 17 ; Eliot, 20 ; Basset, 23. — Absent : M. Oudard.

Séance du 7 mai. — Ont obtenu : MM. Dumas et Trèves, 20 ; Bouchon, 15.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le concours pour la place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Firmin Carles.

— TOULOUSE. — M. Morel, agrégé, chargé d'un cours d'hygiène à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur d'hygiène à ladite Faculté.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille d'argent pour services rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le docteur Georges Colleville (de Reims).

Une médaille d'honneur en bronze est décernée à M. le docteur Perrée (de Grand-Couronne) pour acte de courage.

SOCIÉTÉ CONTRE L'ABUS DU TABAC. — La Société contre l'abus du tabac vient de mettre au concours la question suivante :

Prix de médecine : « De l'influence nocive du tabac sur l'évolution des maladies. »

Il sera, en outre, décerné un certain nombre de récompenses aux médecins qui auront fait des travaux ne répondant pas directement à la question posée, mais ayant trait aux inconvénients de l'abus du tabac (hygiène, physiologie, pathologie, thérapeutique, etc.).

Les mémoires doivent être adressés, avant le 31 décembre 1908, à M. Georges Petit, secrétaire général, 12, rue Jacob, Paris VIe.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de la *Revue clinique médico-chirurgicale* « Accidents du travail », qui paraît le 1er de chaque mois sous la direction du docteur Couréménos.

Le comité de rédaction est composé de MM. J. Lucas-Championnière, Lancereaux, Richelot, Guermonprez, Raymond Petit (de Rennes), Raymond Petit (de Paris), F. Terrien, Ozenne, Martha, Dagron et Tourey-Piallot.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Boudet (de Cahuzac-sur-Vère, Tarn).

ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE DENTAIRE. — Le docteur Siffre, professeur à l'Ecole dentaire, reçoit à sa clinique, 2, rue Huyghens, Paris, les confrères désirant exercer l'art dentaire.

Droit de stage : 100 francs par mois, comprenant : clinique, dentisterie opératoire et laboratoire de prothèse.

CONFÉRENCE PRIVÉE D'INTERNAT. — Deux internes commenceront incessamment une conférence privée d'internat. S'adresser à M. Dubosc, interne à la Salpêtrière.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 18 AU 23 MAI 1908

THÈSES

Jeudi 14 mai, à une heure. — M. TRONC. Des crises gastriques prémonitoires du tabes. (MM. Debove, président ; Hutinel, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. DUCHET-SUCHAUX. Indications du régime au cours des néphrites suraiguës et chroniques. (MM. Hutinel, président ; Debove, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. RIQUEZ. Le docteur Marat (1743-1793). Son système physiologique. (MM. Gilbert Ballet, président ; Debove, Hutinel et Jeanselme.)

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE
DES INTERNES ET EXTERNES

A DATER DU 15 MAI 1908

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy; chef de clinique : M. Crouzon; chef de clinique adjoint : M. Le Play; interne : M. Faroy; externes : MM. Besnard (Jean), Gheorghiu, Fretté, de Rocca-Serra, Boisoüi, Vernière.

2. Médecin : M. Muselier; interne : M. Portocalis; externes : MM. Auregan, Duval (Gontran), Paintaud, Lafont (Jules), Vinaver.

3. Médecin : M. le professeur Brissaud; interne lauréat : M. Gougerot (1er semestre); interne : M. Gy; externes : MM. Lehmann, Larue, Michaut.

4. Médecin : M. Faisans; interne : M. Flandin; externes : MM. Mitrany, Moulonguet, Gutmann, Vilbort.

5. Médecin : M. le professeur Ballet; internes : MM. Boudon, Glénard; externes : MM. Petit (Arnold), Bedel, Vinchon, Moriez, Nadal, Carrié, Fourrière, Mersey.

6. Médecin : M. Petit; interne : M. Gendron; externes : MM. Saglier, Boulet, Vermenouze, Mlle Bidaux.

7. Chirurgien : M. le professeur Le Dentu; chef de clinique : M. Français; internes : MM. Josset-Moure, Verdun, Verdoux, Ausset; externes : MM. Barety, Bailleul, Coulon, Dognon, Bardet, Escudier, Prunier, Decrop.

8. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne; assistant : M. Joseph; adjoint : M. Landolt; chef de clinique : M. Monthus; chef de clinique adjoint : M. Cantonnet; internes : MM. Duverger, Velter; externes : MM. Vosy, Beaujeu, Vergne, Faure-Beaulieu, Haas, Chardin, Gouefier.

9. Chirurgien : M. Guinard; internes : MM. Caraven, Pépin (1er semestre), Bodolec (2e semestre); externes : MM. Cambessédès, Mallet (François), Achard, Berthomier, Aujay de la Dure, Mlle Condat.

Consultation. — 10. Médecin : M. Sicard; suppléant : M. Bloch; interne provisoire : M. Bith; externes : MM. Besnard, Panciulesco, Maréchal, Lévy (Alfred).

11. Chirurgien : M. Labey; suppléant : M. Belgrand; externes : MM. Dévimeux, Brouet, Vinçotte.

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. Babinski; interne : M. Tournay; interne provisoire : M. Clarac; externes : MM. Dubois (Robert), Chevassu-Périgny, Goret, Darieux, Audibert.

2. Médecin : M. Dalché; interne : M. Galup; externes : MM. Bardet (Henri), Garban, Pougaud, Mlle Gourilew, M. Gastou, Mlle Haimovitch.

3. Médecin : M. Lion; internes : MM. Lévy-Bruhl; externes : MM. Pernet, Bruel (Paul), Buquet (André), Mlle Parisse, M. Pierrot.

4. Médecin : M. Rénon; internes : MM. Doury (1er semestre), Monier-Vinard (2e semestre); externes : MM. Latil, de Quimper de Lanascol, Roux (Etienne), Brisson, Onfroy de Bréville, Gautier (Claude).

5. Médecin : M. Claisse; interne : Mlle Landry; externes : MM. Monbrun, Durand (Henri), Barthélemy (Paul), Teisset, Gillard (Henri).

6. Médecin : M. Thiroloix; internes : MM. Saiget (1er semestre), Debertrand (2e semestre); externes : MM. Frenkel, Chabert (Jean), Thibault (Paul), Bougot.

7. Chirurgien : M. Walther; assistant : M. Robineau; internes : MM. Cléret (François), Rais, Touraine; externes : MM. Barthélemy (Raymond), Vivier, Béraud (Armand), Lubin, Poisson, Mlle Lévy, M. Touchard.

8. Chirurgien : M. Arrou; internes : MM. Dumas, Chenot, Fimbel; externes : MM. Bourquelot, Bouhey, Théry, Morisson-Lacombe, Lacau Saint-Guily, Verne, Lambour, Mlle Monbiot.

9. Accoucheur : M. Potocki; interne : M. Bertier; externes : MM. Judet, Violle.

Consultation. — 10. Médecin : M. Jousset; suppléant : M. F. Lévy; externes : MM. Tronc, Labernadie, Petit (Ch.).

11. Chirurgien : M. Fredet; suppléant : M. Alglave; externes : MM. Wiart, Cheyron-Lagrèze, Chalard.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Deroye; externes : MM. Delaplane, Théoharide, Breuillet, Dive, Fuselier.

2. Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Rafinesque; externes : Mlle Delage, MM. Mouflet, Hubert, Thierry.

3. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Haller; externes : MM. Rousseau (F.), Baudouin (Em.), Gallas, Jacquemin (Alfred).

4. Médecin : M. Morel-Lavallée; interne : M. Paillard; externes : MM. Brisset des Nos, Labourdette, Schneider, Gardiès.

Service temporaire de médecine. — 5. Externe : M. Monnier (Paul).

6. Médecin : M. Toupet; interne : M. Sauphar; externes : M. Michel, Mlle Cosmovici, Mme Huart, M. Legal-Lassalle.

7. Médecin : M. le professeur Roger; interne : M. Bory; externes : MM. Feil, Rosenwald, Boutet, Ferrand.

8. Chirurgien : M. le professeur Reclus; chef de clinique : M. Schwartz; chef de clinique adjoint : M. Piquand; internes : MM. Monsaingeon, Wolfromm; externes : Mlle Blanchier, MM. Lartigau, Barat, Cleisz, Coppin, Lubetzki, Guillaume (Joseph).

9. Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Petel, Petit (Jacques), Blechmann; externes : MM. Girault (Albain), Wusgerber, Besset, Maleyx.

10. Accoucheur : M. Tissier; interne : M. Pénard; externes : MM. Pruvost (Pierre), de Saint-Genois de Grand-Breucq, Plesse, Moussour.

Consultation. — 11. Médecin : M. Milian; suppléant : M. Bourguignon; externes : MM. Bonneau-Lavaranne, Dupuylatas de Laviergue.

12. Chirurgien : M. Gosset; suppléant : M. Marcille; externes : MM. Rœhrich, Berthomier-Lamer.

D. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem; chef de clinique : M. Rosenthal; chef de clinique adjoint : M. Agasse-Lafont; internes : MM. Jumentie, Stévenin; externes : MM. Couput, Boivin, Alexandre (Pierre), Bellin du Coteau, Richard (André).

2. Médecin : M. Siredey; interne : M. Charrier; externes : Mlle Ricard, MM. Cœur, de Berne, Lagarde, Duchateau.

3. Médecin : M. Béclère; interne : Mlle Giry; externes : MM. Boulard, Desplas, Cassard, Gontier (Jean), Jaugeas, Gautroy.

4. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Lecomte; externes : MM. Chamard, Boé, Rabourdin (André), Mlle de Pfeffel, M. Renaud (Maurice).

5. Médecin : M. Jacquet; interne : M. Barré; externes : MM. Guéniot, Streletski, Lévy (Georges), Gallois.

6. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Deverre; externes : MM. Brucker, Cuvillier, Garnier (René), Klefstad-Sillonville, Bulliard, Danton.

7. Médecin : M. Mosny; interne : M. Stern; externes : MM. Huyghues de Beaufond, Paris, Jaisson, Samson.

8. Médecin : M. Mathieu; interne : M. Marre; externes : MM. Dogny, Chatelin (Ch.), Beloux, Faliu, Feuillette.

9. Médecin : M. Legry; interne : M. Strœhlin; externes : MM. Sébillotte, Pouilloux, Portret, Mallet (Lucien).

10. Médecin : M. Lermoyez; assistant : M. Laurens; adjoint : M. Hautant; interne : M. Rendu; externes : MM. Bruneau, Pigé, Canhapé, Ageorges, Fortin.

11. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Roux (Jean), Lebras, Lemarchal; externes : MM. Lucas-Championnière, Gouverneur, Bontemps, Bloch, Franeon, Lamare.

12. Chirurgien : M. Ricard; internes : MM. Hautefort, Faix, Chazarain; externes : MM. Swiécinski, Gosselin, Mlles Joffe, Trélat, Lempert, M. Ecalle.

13. Accoucheur : M. Doléris; assistant : M. Funck-Brentano; interne : M. Woimant; externes : MM. Engel, Gazel, Simon, Mme Bruninghauss.

Consultation. — 14. Médecin : M. Auclair; suppléant : M. Faure-Beaulieu; interne provisoire : M. Baumgartner; externes : MM. Monod (André), Ghys.

15. Chirurgien : M. Lapointe; suppléant : M. Lemaître; externes : MM. Sérin, Perrin (Paul), Loiseau (Léon), Rol.

Consultation d'ophtalmologie. — 16. Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; externe : M. Potiron.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Huchard; interne : M. Blanc (1er semestre); externes : MM. Roux (Armand), Lemuet (Paul), Lemuet (Alphonse), Casalis.

2. Médecin : M. Barth; interne : M. Roy; externes : MM. Petit (Ch.), Parent (Robert), Pinchon, Chapuis, Fontorbe.

3. Médecin : M. Hirtz; interne : MM. Lenoir (1er semestre), Blanc (2e semestre); externes : MM. Marcou, Cabre, Lévy (Isaac), Kemhadjian, Mme Boulan.

4. Médecin : M. Achard; interne : M. Foix; externes : MM. Parlitsch, Mlle Landelsmann, MM. Pierret, Ribo.

5. Chirurgien : M. le professeur Berger; chef de clinique : M. Iselin; internes : MM. Pascalis, Boulard, Petiteau; externes : MM. Hébrard, Rose, Philardeau, Turnesco; Mlle Lévi, MM. Alvarez, Ditz, Thiers.

6. Chirurgien : M. le professeur Albarran; chef de clinique : M. Ertzbischoff; chef de clinique adjoint : M. Saint-Cène; internes : MM. Hovelacque, Braun, Cruet; externes : MM. Métivet, Guillaume (Gabriel), Dubois (Maurice), Viguerie, Chamorro, Faige, Parin, de Lafargue, Dufau, Mlle Lavergne.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Périer, Ferran; externes : MM. Marchah, Lambert, Desprez, Eudel, Castang.

Consultation. — 8. Médecin : M. Sergent; suppléant : M. Armand-Delille; interne provisoire : M. Chauvet; externes : MM. Wunschendorff, Malarte.

9. Chirurgien : M. Guibé; suppléant : M. Hallopeau (Paul); externes : MM. Barraud, Testard.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard; interne : M. Troisier; externes : MM. Colombe, Poirot-Delpech, Richard, Duroeux, Routier (Daniel), Tison (Marcel).

2. Médecin : M. Widal; internes : MM. Joltrain, Brissaud; externes : MM. Miriel, Lamy (Pierre), Jacquet, Saujurjo, May, Théry (André), Vaudescal, Liébault, Weber.

3. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Lemeland, Boncour (Paul); externes : MM. Leblanc, Garcin, Kuhn, Mazzoleni, Salles, Juin.

4. Chirurgien : M. le professeur Quénu; internes : MM. Eliot, Bazy, Houzel; externes : MM. Kahn, Fège, Gatellier, Alvergnat, Reynier, Rouillard, Roubeau.

5. Chirurgien : M. Faure; internes : MM. Doré, Coryllos; externes : MM. Chataing, Langlet, Mlle Raphaël, M. Bouvier.

Consultation. — 6. Médecin : M. Claude; suppléant : M. Tessier; interne provisoire : M. Brocq; externes : MM. Gassier, Goldstein.

7. Chirurgien : M. Duval, suppléant : M. Duclaux; externes : MM. Pfeiffer, Huard, Stréhoiano, Chasseray.

G. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Jolivet; externes : MM. Guerche, Escalier, Ardillier, Desvignes.

2. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Bricout; externes : MM. Meurisse, Leroy (Maxime), Hémery, Apard, Guillermain.

3. Médecin : M. Guillemain; interne : M. Détré; externes : MM. Houssiaux, Châtelin, Mlle Rabuteau, M. Latour.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Ferrand; chef de clinique adjoint : M. Rathery; interne : MM. Lian (1er sem.), Ducastel (2e sem.); externes : MM. Salès, Rousseau (Fernand), Rolland, Monin, Brenac, Mlle Baillet.

2. Médecin : M. le professeur Robin; chef de clinique : M. Coyon; chef de clinique adjoint : M. Vitemann; interne : M. Cawadias; externes : MM. Dorlencourt, Guillot, Oudar, Peignet.

3. Médecin : M. Troisier; interne : M. di Chiara; externes : Mlle Hertz, MM. Biraud, Lorreyte, Baudouin (Henri).

4. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Marie; externes : MM. Chaineaux, Molinié, Bénassy, Hue.

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Planson, Laurence; externes : MM. Foisy, Guyonnaud, Leroy (René), Kœchlin (Jean), Virenque, Héricourt, Ignard.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Vernes; externe : M. Schoofs.

7. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Deroide, Saissi; externes : MM. Scheurer, Pollet, Duval (Paul), Berthon, Mlle Blanc.

8. Chirurgien : M. Michaux; interne : M. Lew (Raymond); externes : MM. Briault, Géraud, Pichard, Filâtre, Kudelski.

9. Accoucheur : M. le professeur Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Le Lorier; chef de clinique adjoint : M. Theuveny; interne : M. Dupont.

Consultation. — 10. Médecin : M. Gasne; suppléant : M. Sainton; interne provisoire : M. Gislin; externes : MM. Chevallier (Pierre), Lafontaine, Ballet.

11. Chirurgien : M. Herbet; suppléant : M. Nau; externes : MM. Chanoine-Davranches, Pimpaneau, Mlle Defiol.

Consultation d'ophtalmologie. — 12. Ophtalmologiste : M. Poulard; externe : M. Pérochon.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Tapret; interne : M. Reubsaët; externes : MM. Pignot, Fronty, Ollé, Malet, Desbouis, Regnault.

2. Médecin : M. Brault; interne : M. Garban; externes : MM. Dufourmentel, Dumas, Mar, Faure, Cain, Magniel.

3. Médecin : M. Galliard; interne : M. Lasnier; externes : MM. Krebs, Mouradian, Riou, Albertin, Chédeville, Paoli, Gougelet.

4. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Brulé; externes : MM. Béchade, Prieur, Chichmanian, Monod (Robert), Mlle Kessler, MM. Gastaud, Turquety.

5. Médecin : M. Launois; interne : M. Cléret (Maurice), externes : MM. Dubois (Jean), Delivet, Heuyer, Rousselot (Georges), Ledermann, Langlet.

6. Chirurgien : M. Reynier; assistant : M. Savariaud; internes : MM. Sevestre, Luzoir, Rouget; externes : MM. Boquet, Ziélinski, Brehier, Sylva, Quirot, Mlle Kosloff, M. Vayssières.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Mornard; externes : Mlle Borch, M. Gouin.

8. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Phélip, Burcker; externes : MM. Boulay, Arnaudon, Malègue, Frick, Besançon, Pichancourt.

9. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Lévêque, Vuillet; externes : MM. Mosqueron, Le Pontois, Grapin, Bloch (René), Moriz, Mlle Kornchorosky.

10. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. Lavenant; internes : MM. Périneau, Le Moine; externes : MM. Maurer, Rousseaux (Charles), Lancrenon, Girard (Jacques), Busson, Mlle Hervé, MM. Abbas, Malterre.

11. Chirurgien : M. Sebileau; assistant : M. Gibert; adjoint : M. Lemaitre; internes : MM. Le Mée, Bord; externes : MM. Jais, Leulier, Chatelain (Marcel), Mlle Bonteil, MM. André, Seron.

12. Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. Harriet; adjoint, M. N..; internes : MM. Burnier, Weill (André); externes : MM. Sarkis, Gendreau, Serée.

13. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Metzger; externes : MM. Paynel, Cabiran, Melamet, Vignes.

Service d'électrothérapie. — 14. Médecin : M. Hischmann; internes : MM. Darriaux, Péraldi.

Consultation. — 15. Médecin : M. Bergé; suppléant : M. Villaret; interne provisoire : M. Brémond, externes : MM. Sonié-Moret, Carnot, Roullier, Prost.

16. Chirurgien : M. Cunéo; suppléant : M. Chifoliau, externes : Mlle Dreyfus, MM. Bijon, François (René).

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Mallet; externes : MM. Piot, Avezou, Demonchy, Colibert, Renault (André).

2. Médecin : M. Klippel; interne : M. Weill (Pierre); externes : MM. Cartier, Cuny, Adler, Lœwy.

Service temporaire de médecine. — 3. Externes : MM. Chaufour, Gillot.

4. Médecin : M. Florand; interne : M. Flurin; externes : MM. Amblard, Donselot, Sidoun, Sourdille.

5. Médecin: M. Caussade; interne : M. Willette; externes : MM. Queste, Lefèvre, Tripier, Wallimann, Netter.

6. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Senlecq; externes : MM. Fau (Georges), Toussaint, Bugeau, Blacque, Deffins.

7. Médecin : M. Lamy; interne : M. Silbert; externes : MM. Vilfroy, Vincent (Max), François (Bernard), Bourdette.

8. Médecin : M. Hudelo; interne : M. Merle (Emile); externes : MM. Tissier, Montet, Pellissier, Girard (Alfred).

9. Médecin : M. Bezançon; internes : MM. Feuillié (1er semestre), de Brunel de Serbonnes (2e semestre); externes : MM. Dujarric de la Rivière, Meyer, Lataillade, Voillemot, Vincent (René).

10. Chirurgien : M. Legueu; internes : MM. Sourdat, Guyader, Henry; externes : MM. Mougenc de Saint-Avid, Villette, Pujos, Zaepffel (Marcel), Pillot, Charrier.

11. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Fenestre, Mora, Cotillon; externes : MM. Delot, Fricker, Routhier (Armand), Gheorghiu, Lejeune, Corre.

12. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Boudol, Roux (Georges); interne provisoire : M. Toulant; externes : MM. Photiadès, Grahaud, Fourrey, Burguet.

13. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Bonvoisin; externes : MM. Besnard, Jacques, Laisney, Hattat.

Consultation. — 14. Médecin : M. G. Brouardel; suppléant : M. Lebar; interne provisoire : M. Manne; externes : MM. Bruslé, Gras.

15. Chirurgien : M. Baumgartner; suppléant: M. Bouchet; externes : MM. Bastard-Bogain, Daufresne, Lenoël.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le professeur Landouzy; chef de clinique : M. Salomon; chef de clinique-adjoint : M. Vitry; internes : MM. Pinard (1er semestre), Sézary (2e semestre); externes : MM. Maleplate, Vallery-Radot, Rocher, Molina, Guitton.

2. Médecin : M. Barié; interne : M. Ménard; externes : MM. Mignot, Perron (Fern.), Leveuf, Rouyer.

3. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Boudet; externes : MM. Clogne, Maugis, Taphanel, Abram.

4. Médecin : M. le professeur Thoinot; interne : M. Aynaud; externes : MM. Dutheil, Colanéri, Bel, Bergeret.

5. Chirurgien : M. Delbet; internes : MM. Lerat, Perrin, Cadenat; externes : MM. Monod (Raoul), Sellet, Marchak, Desaux, Porak, Marcorelles.

6. Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud; assistant : M. Auffray; adjoint : M. Caillaud; interne : M. Chenet, externes : MM. Godéchoux, Babiaud, Madelaine.

Consultation. — 7. Médecin : M. Labbé; suppléant : M. Ramond; externes : MM. Levrat, Bruslon.

8. Chirurgien : M. Lecène; suppléant : M. Chevassu; externes : MM. Alary, Galliot.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Vigneron d'Heucqueville; externes : MM. Barnathan, Jeudi de Grissac, Murit, Astruc.

2. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Guggenheim; externes : MM. Berthod, Lelièvre, Torné, Prigent.

3. Chirurgien : M. Hartmann; internes : MM. Combier, Mascarenhas, Houdard; externes : M. Ekmekdjian, Mlle Feldmann, MM. Benoist-Pilloire, Lefranc, Conniaud, Jamin, Usse, Brun.

Consultation. — 4. Médecin : M. Laffitte; suppléant: M. Chiray; interne provisoire : M. Ségard; externes : MM. Charroppin, Detay.

5. Chirurgien : M. Baudet; suppléant : M. Grégoire; externes : MM. Tribes, Durand (Louis).

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert; interne : M. Descomps; externes : MM. Guerrero, Denet, Collet, Magron, Gouguet de Girac.

2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Hamel; externes : MM. Potherat, Beck, Noël (André), Schatzmann, Godlewski.

3. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Chambard, Sourdel; externes : MM. Ecot, Leroy, Tchoadjitch, Bertrand, Reinhold, Caux.

Consultation. — 4. Médecin : M. Carnot; suppléant : M. Jomier; externes : MM. Larroque, Marquis.

5. Chirurgien : M. Wiart; suppléant : M. Morlet; externes : MM. Ferté, Garcin.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Lagasse; interne provisoire : M. Weissenbach; externes : MM. Baille, de Rouville, Butel, Plaisant, Leporcq, Butin, Sauty, Teyssier.

2. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Dehelly, Foy; externes : MM. Aubry, Le Noble, Guillemet, Gerber, Kamenzer, Gautier, Michailovitch, Vallerand.

3. Accoucheur : M. Lepage; interne : M. Pottet; externes : MM. Le Comte, Alexandre (Paul), Villatte.

Consultation. — 4. Médecin : M. E. Fournier; suppléant : M. Beauvy; externes : MM. Pasquet, Trotain.

5. Chirurgien : M. Ombrédanne; suppléant : M. Bonneau; externes : MM. Cavaroz, Girard (Léon), Sigwalt, Molard.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher; chef de clinique : M. Louste; chef de clinique adjoint : M. Fouquet; internes : MM. Giroux, Abrami (1er semestre), Merle (2e semestre); externes : MM. Petit (Pierre), Jacquemin, Bobrie, Minon, Bion (Georges).

2. Médecin : M. Danlos; interne : M. Lévy-Franckel; externes : MM. Rogery, François (Maurice), Béchaux, Pestel, Mlle Bernchtein.

3. Médecin : M. Balzer; interne : MM. Milhit, Pernet; externes : MM. Marquet, Sédillot, Desvaux de Lyf, Quioc, Lecœur.

4. Médecin : M. de Beurmann; internes : MM. Vaucher (1er semestre), Laroche (2e semestre), Bailly; externes : MM. Bello y Rodriguez, Dragoesco, Huchot, Tanzi, Chopin.

5. Médecin : M. Brocq; internes : MM. Fage (1er semestre), Fernet (2e semestre); externes : MM. Hadengue, Bobeau, Zæpffel (Léon), Jonquières, Cadoul.

6. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Gastinel; externes : MM. Garriguenc, Crozet, Thibierge, Kœchlin (Fernand), Gaillard (Philippe).

7. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. Bodolec, Marsan, Froget; externes : MM. Dedet, Lavedan, L'Hirondel, Sécheret, Pruvost (Léon), Luquet.

8. Chirurgien : M. Beurnier; internes : MM. Giret, Dubois, Martin; externes : MM. Bougon, Durand (Jacques-René), Toffin, Lafon (Jules), Devilliers, Mlle Rosoff.

9. Chirurgien : M. Demoulin; internes : MM. Hérisson, Moyrand, Lamouroux; externes : MM. Ducastaing, Madre, Brenot, Bardon, Saxe, Langlois.

10. Accoucheur : M. Auvard; interne : M. Lévy (Edmond), externes : MM. Girauld (Auguste), Guédeney, Fourmaud, Fontanier.

Consultation. — 11. Chirurgien : M. Lenormant; suppléant : M. Morisetti; externes : MM. Gastac, Ancibure, Minoret.

Service d'enfants convalescents. — 12. Médecin : M. Apert; interne provisoire : M. Brac; externes : MM. Cardot, Baltazarian, Delagenière, Rousseau (Emile).

Service de chirurgie de l'hôpital Hérold (provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis). — 13. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Guillaume, Halphen, Toupet; externes : M. Fizon, Farah, Mlle Leven, MM. Trifaud, Bourdeaux, Bonnet, Palcy.

Radiologie. — 14. Externe : M. Sourdeau.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Darier; interne : M. Mallein; externes : MM. Ducamp, Genil-Perrin, Le Maux, Blutel, Duché, Mlle Margoulis, MM. Madier, Clermont, Verrier, Lelongt.

2. Médecin : M. Jeanselme; internes : MM. Voutiers (1er semestre), Lian (2e semestre); externes : MM. Palazolli, Matéias, Rivière, Bridoux, Bilot, Mlle Arnovith, M. Bodet.

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi; chef de clinique : M. Lœwy; chef de clinique adjoint : M. Bender; internes : MM. Basset, Fouquiau, Salin; externes : MM. Mo-

rigny, Jacquemin (Paul), Pinau, Baude, Marqueste, Girardot, Lavaud.

Q. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Brin; externes : MM. Logre, Wilmet, Espagnon, Perron (Auguste), Guignard.

2. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Durand; externes : MM. Réchad, Bonnet (Émile), Daniel (Pierre).

3. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Chamard-Bois, Levant, Jacoulet; externes : M. Lanos, Mlle Tschoumakow, MM. Lesueur, Derancourt, Fontanel, Girard, Floquet, Girod.

4. Chirurgien : M. Morestin; internes : MM. Barbet, Riberol; externes : MM. Huc, Dioudonnat, Libert, Haristoy, Deville, Corbineau.

Radiologie. — 5. M. Bouchacourt; externe : M. Durand (Gustave).

R. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; chef de clinique : M. Babonneix; chef de clinique adjoint : M. Voisin; interne : M. Harvier; externes : M. Chaperon, Mlles Vasseur, Montreuil, MM. Colleville, Mercier, Morellet.

2. Médecin : M. Moizard; interne : M. Macé de Lépinay; externes : Mlles Cohen, Schechtmann, MM. Petit (Henri), Chastel.

3. Médecin : M. Comby; interne : Mlle Debat-Ponsan; externes : MM. Marmier, Le Brun, Mlle Tretschenkov, M. Rabourdin (Georges).

4. Médecin : M. Richardière; interne : M. Marcorelle; externes : Mlle Gunsbourg, MM. Porte, Boulan, Le Savoureux, Léger (Fernand).

5. Médecin : M. Marfan; internes : MM. du Castel (1er semestre), Feuillié (2e semestre); externes : M. Salmon, Mlle Le Scornet, MM. Brunet, Delort.

6. Médecin : M. Méry; interne : M. Parturier; externes : MM. Dequidt, Vivicorsi, Guillermond, Le Roy des Barres, Morestin.

Crèche. — 7. Interne provisoire : M. Lévy (Pierre).

8. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson; chef de clinique : M. Auffret; chef de clinique adjoint : M. Gasne; internes : M. Olivier, Mlle Bouteil, M. Bienvenue; externes : MM. Masselot, Monod (Lorenz), Thomas, Deron, Arnal, Moineau, Didier, Guillemin.

9. Chirurgien : M. Broca; assistant : M. Capette; internes : MM. Railliet, Schreiber; interne provisoire : M. Le Grand; externes : M. Versepuech, Mlle Temkin, MM. Baudouin (Roger), Michaux (Jean), Laplanche, Morlat, Sondag, Chassin.

Service ophtalmologique. — 10. Ophtalmologiste : M. Terrien; assistant : M. Hubert; adjoint : M. Chambey; interne : M. Bourdier; externes : MM. Segaux, Boutin, Baudson.

Service de la sélection. — 11. Interne provisoire : M. Crétaux.

S. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Netter; internes : M. Deliré (1er semestre), Fage (2e semestre); externes : Mlle de Jong, MM. Castex, Duru, Tzanch, Villechaise, Duprey.

2. Médecin : M. Triboulet; interne : M. Boyé; externes : MM. Beaussart, Bouchard, Strauss, Mlle Lenormand, MM. Fallot, Rehm.

3. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Chenier, Ehrenpreis, Duval; externes : MM. Vinay, Perrier (André), Istria, Dufour (Paul), Duclos, Renault (Ch.), Bonhoure, Mlle Sabin.

Service de la diphtérie. — 4. Interne provisoire : M. Gendron; externe : M. Hartmann.

Consultation. — 5. Médecin : M. Rist; suppléant : M. Ball; interne provisoire : M. Fabre; externes : MM. Mion, Géry, de Hayes.

Radiologie. — 6. Externe : M. Ecalle.

T. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. Variot; internes : MM. Le Blaye, Fayolle; externes : MM. Bourdeau de Fontenay, Lehmann (Paul), Ferry (Ch.), Mornet, Reilly, Boucaut.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Brisset, Moreau; externes : M. de Barie, Mlle Weil, MM. Parisi, Surun, Schilmann, Faveret, Devaux.

U. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Lyon-Caen; externes : MM. Moreau, Rouèche, Balland (Louis).

2. Médecin : M. Renault (Jules); internes : MM. de Brunel de Serbonnes (1er semestre), Doury (2e semestre); externes : MM. Buc, Rougier, Robin.

Consultation. — 3. Médecin : M. Ravaut; suppléant : M. Deglos; interne provisoire : M. Séguinot; externes : MM. Roy, Donzé.

V. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie; internes : MM. Clunet (1er semestre), Gougerot (2e semestre), Merle (Pierre).

2. Chirurgien : M. Riche; internes : MM. Perdoux, Pélissier, Regnard.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Séglas; interne : M. Cotard (Lucien); interne provisoire : M. Le Chevallier.

4. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Collin; interne provisoire : M. de Cumont.

5. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Léon-Kindberg; interne provisoire : M. Mondor.

6. Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Dumont; interne provisoire : M. Mutel.

X. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Dreyfus-Rose; chef de clinique adjoint : M. Touchard; internes : MM. Sézary, Lévy-Valensi, Vincent; externes : MM. Morancé, Chaigneau, Lorne, Larcher, Autier.

2. Médecin : M. le professeur Déjerine; internes : MM. Tinel, Chevallier (1er semestre), Vouters (2e semestre); externes : M. Rudelle, Mlle Goldenfau, MM. Speth, Rouffignac, Mossé.

3. Chirurgien : M. le professeur Segond; chef de clinique : M. Desjardins; interne lauréat : M. Mocquot; internes : MM. Berger, Trèves, Mock; externes : MM. Weisweiller, Camboulives, Guichon, Chiray, Pinault, Ohanianz.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin; interne : M. Dubosc; externes : MM. Morin, Bureau.

5. Médecin : M. Charpentier; interne : M. Gauducheau; externes : MM. Powilewicz, Eissen.

6. Médecin : M. Deny; interne : MM. Kahn (1er semestre), Pélissier (2e semestre); externes : MM. Guelfucci, Lebas.

Consultation. — 7. Chirurgien : M. Veau; suppléant : M. Siégel; externe : M. Garsaux.

Y. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : M. Barbier, externes : Mlle Lœser, MM. Roudergues, Escallier, Doucet, Miégeville, Fénard.

2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Robert; externes : M. Lamy (Lucien), Mlle Peltier, MM. Thibout, Coustère, Mlle Koch, M. Chabbert (Paul).

3. Chirurgien : M. Villemin; internes : MM. Lamy, d'Halluin, Lutembacher; externes : MM. Meyer-Heine, Mlle Nikolsky, MM. Smolizansky, Moutrier, Monnier (Henri), Figowski, Roullier.

Consultation — 4. Interne provisoire : M. François.

Z. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Souques; interne : M. Chéné; interne provisoire : M. Renaud-Badet; externe : M. Gastaldi.

2. Chirurgien : M. Auvray; internes : MM. Girode, Maisons; externe : M. Bouquier.

Aa. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Maygrier; assistant : M. Macé; accoucheur-adjoint : M. Demelin; internes : MM. Debertrand. Petit (Paul).

2. Médecin : M. Dufour; interne : M. Cottenot; externe : M. Philipon (E.).

Ab. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier; internes : MM. Laroche (1er semestre), Vaucher (2e semestre); externes : MM. Leblanc, Blondin, Parent (R.), Ramadier, Jacquot, Lelongt (Paul).

2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Jacob; externes : MM. Jean, Dubus, Lecat, Allard, Guillaume (Henri), Libert.

Le service de chirurgie est provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis (voir O).

Service de la garde et de la sélection : internes provisoires, MM. Thibaut, Davesne.

Ac. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. Teissier; internes : MM. Schaeffer, Bernard, Duvoir; externes : MM. Vignal, Vielle (Albert), Philippon (Louis), Bodineau, Hanriot (Robert).

2. Médecin : M. Gouget; interne : Mlle Déchaux; externes : MM. Darnaudpeys, Faurous, Soueix, Bierer.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. le professeur Bar; chef de clinique : M. Cathala; chef de clinique adjoint : M. Lequeux; externes : MM. Desnoues, Judel, Cunnac, Gaillard (Camille), Stepowski.

Ae. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Mouchotte; chef de clinique adjoint : M. Lacasse; externes : MM. Besnard (Gustave), Bleynie, Finot, Mme Barthas, MM. Perrillat, Botonet, Wolff.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Wurtz; interne : M. Guenot; interne provisoire : M. Jumon; externe : M. Yuzbachian.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Belin; interne : M. Cotoni.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Chantemesse; interne : M. Chabrol; externes : MM. Gonthier (André), Bourrouillou, Plée, Rousseau (Ferdinand).

Service de l'érysipèle. — 2. Médecin : Griffon; interne provisoire : M. Miginiac; externes : MM. Patenostre, Lenormand, Archontakis, Grivot.

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Bougeant.

Aj. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1. Médecin : M. Dupré; internes : MM. Monier-Vinard (1er semestre), Kahn (2e semestre); externe : M. Lafont (Paul).

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; adjoints : MM. Calvé, Andrieu; internes : MM. Sorrel, Martingay, Wilhelm, Roudinesco, Pironneau.

Al. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. Marie; adjoints : MM. Clément, Carton; internes : MM. Presbéanu, Castéran, Durand, Thiel, Julien.

Am. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Joffroy; chef de clinique : M. Dupuy; chef de clinique adjoint : M. Charpentier.

An. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Bourneville; interne : M. Richet.

Ao. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss.

Ap. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Camino; internes : MM. Cloquet, Angot.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° Chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Tournay, B-1 = C. Hôpital de la Pitié, 1. Service de M. Babinski.

MÉDECINS

et assistants.

CHIRURGIENS

et assistants.

ACCOUCHEURS

et assistants.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

CHIRURGIE

Morlet, M-5.
Nau, H-11.
Siegel, X-7.

CHEFS DE CLINIQUE

Auffret, R-8.
Baboneix, R-1.
Cathala, Ad-1.
Coyon, H-2.
Crouzon, A-1.
Desjardins, X-1.
Dreyfus-Rose, X-1.
Dupuy, Am-1.
Ertzbichoff, E-6.
Ferrand, H-1.
Français, A-7.
Iselin, E-5.
Le Lorier, H-9.
Lœwy, P-3.
Louste, O-1.
Monthus, A-8.
Mouchotte, Ae-1.
Rosenthal, D-1.
Salomon, K-1.
Schwartz, C-8.

Adjoints.

Agasse-Lafont, D-1.
Bender, P-3.
Cantonnet, A-8.
Charpentier, Am-1.
Fouquet, O-1.
Gasne, R-8.
Lacasse, Ae-1.
Le Play, A-1.
Lequeux, Ad-1.
Piquand, C-8.
Rathery, H-1.
Saint-Cène, E-6.
Theuveny, H-9.
Touchard, X-1.
Viteman, H-2.
Vitry, K-1.
Voisin (R.), R-1.

INTERNES

Abrami, O-1.
Angot, Ap-1.
Ausset, A-7.
Aynaud, K-4.
Bailly, O-4.
Barbet, Q-4.
Barbier, Y-1.
Barré, D-5.
Basset, P-3,
Bazy, F-4.
Bénard, Ac-1.
Berger, X-3.
Bertier, B-9.
Bienvenue, R-8.
Blanc, E-1, et C-3.
Blechmann, C-9.
Bodolec, A-9; O-7.
Boncour (Paul), F-3.
Bonvoisin, J-13.
Bord, I-11.
Bory, C-7.
Boudet, K-3.
Boudol, J-12.
Boudon, A-5.
Bougeant, Ai-1.
Boulard, E-5.
Bourdier, R-9.
Bouteil (Mlle), R-8.
Boyé, S-2.
Braun, E-6.
Bricout, G-2.
Brin, Q-1.
Brissaud, F-2.
Brisset, T-2.
Brûlé, I-4.
Brunel de Serbonnes (de), U-2 et J-9.
Burcker, I-8.
Burnier, I-12.
Cadenat, K-5.
Caraven, A-9.
Castéran, Al-1.
Cawadias, H-2.
Chabrol, Ah-1.
Chamard-Bois, Q-3.
Chambard, M-3.
Charrier, D-2.
Chazarain, D-12.
Chéné, Z-1.
Chenet, K-6.
Chenier, S-3.
Chenot, B-8.
Chevallier, X-2.
Cléret (François), B-7.
Cléret (Mlle), I-5.
Cloquet, Ap-1.
Clunet, V-1.
Combier, L-3.
Collin, V-4.
Coryllos, F-5.
Cotard (Lucien), V-3
Cotillon, J-11.
Cotoni, Ag-1.
Cottenot, Aa-2.
Cruet, E-6.
Cumont (de), V-5.
Darriaux, I-14.
Debat-Ponsan (Mlle), R-3.
Debertrand, Aa-1;, B-6.
Debré, S-1.
Déchaux (Mlle), Ac-2.
Dehelly, N-2.
Deroide, H-7.
Deroye, C-1.
Descomps, M-1.
Detré, G-3.
Deverre, D-6.
Di Chiara H-3.
Doré, F-5.
Douay, G-8.
Doury, B-4 et U-2.
Dubois, O-8.
Dubosc, X-4.
Du Castel, R-5 et P-1.
Dumas, B-8.
Dumont S-6.
Dupont, H-9.
Durand, A-L-1.
Durand (Gustave), Q-2.
Duval, S-3.
Duverger, A-7.
Duvoir, Ac-1.
Ehrenpreis, S-3.
Eliot, F-4.
Fage, O-5; S-1.
Faix, D-12.
Faroy, A-1.
Fayolle, T-1.
Fenestre J.-11.
Fernet, O-3, O-5.
Ferran, C-7.
Feuillié, J-9, R-5.
Fimbel, B-8.
Flandin, A-4.
Flurin, J-4.
Foix, E-4.
Fouquiau, P-3.
Foy, N-2.
François, Y-4.
Froget, O-7.
Galup, B-2.
Garban, I-2.
Gastinel, O-6.
Gauducheau, X-5.
Gendron, A-6.
Giret, O-8.
Girode, Z-2.
Giroux, O-1.
Giry (Mlle), D-3.
Glénard, A-5.
Gougerot, A-3, V-1.
Guenot, Af-1.
Guggenheim, L-2.
Guillaume, O-13.
Guyader, J-10.
Gy, A-3.
Haller C-3.
Halluin (d'), Y-3.
Halphen, O-13.
Hamel, M-2.
Harvier, R-1.
Hautefort, D-12.
Henry, J-10.
Hérisson, O-9.
Houdard, L-3.
Houzel, F-4.
Hovelacque, L-6.
Jacob, Ab-2.
Jacoulet, Q-3.
Jolivet, G-1.
Joltrain, F-2.
Josset-Moure, A-7.
Jullien, Al-1.
Jumentié, D-1.
Kahn, X-6 et Aj-1.
Kindberg V-5.
Lagane, N-1.
Lamouroux, O-9.
Lamy, Y-3.
Landry (Mlle), B-5.
Laroche, Ab-1 et O-4.
Lasnier, I-3.
Laurence, H-5.
Le Blaye, T-1.
Lebras, D-11.
Le Chevallier, V-3.
Leconte, D-4.
Lemarchal, D-11.
Lemée, I-11.
Lemeland, F-3.
Lemoine, I-70
Lenoir, E-3.
Lerat, K-5.
Levant, Q-3.
Lévêque, I-9.
Lévy-Bruhl, B-3.
Lévy (Edmond), O-10
Lévy-Franckel, O-2.
Lévy-Valensi, X-1.
Lew, H-8.
Lian, H-1. P-2.
Lutembacher, Y-3.
Luzoir, I-6.
Lyon-Caen, U-1.
Macé de Lépinay, R-2.
Maisons, Z-2.
Mallein, P-1.
Mallet, J-1.
Manne, J-14.
Marcorelle, R-4.
Marie, H-4.
Marre, D-8.
Marsan, O-7.
Martin, O-8.
Martingay, Ak-1.
Mascarenhas, L-3.
Merle J-8, O-1.
Merle (Pierre), V-1.
Ménard, K-2.
Metzger, I-13.
Milhit, O-3.
Moch, X-3.
Mocquot, X-3.
Monsaingeon, C-8.
Monier-Vinard, Aj-1; B-4.
Mora, J-11.
Moreau, T-2.
Mornard, I-7.
Moyrand, O-9.
Mutel, S-6.
Olivier, R-8.
Paillard, C-4.
Parturier, R-6.
Pascalis, E-5.
Pélissier, V-2, X-6.
Pénard, C-10.
Pépin, A-9.
Péraldi, I-14.
Perdoux, V-2.
Périer, E-7.
Périneau, I-10.
Perrin, K-5.
Petel, C-9.
Petit (Jacques), C-9.
Petit (Paul), Aa-1.
Petiteau, E-5.
Phélip, I-8.
Pinard, K-1.
Pironneau, Ak-1.
Planson, H-5.
Portocalis, A-2.
Pottet, N-2.
Presbéanu, Al-1.
Rafinesque, C-2.
Railliet, R-9.
Rais, B-7.
Raymond, H-8.
Regnard, V-2.
Renaud-Badet, Z-1.
Rendu, D-10.
Reubsaët, I-1.
Riberol, Q-4.
Richet, An-1.
Robert, Y-2.
Roudinesco, Ak-1.
Rouget, I-6.
Roux (Georges), J-12
Roux (Jean), D-11.
Roy, E-2.
Saiget, B-6.
Saissi, H-7.
Salin, P-3.
Sauphar, C-6.
Schæffer, Ac-1.
Schreiber, R-9.
Senlecq, J-6.
Sevestre, I-6.
Sézary, X-1, K-1.
Silbert, J-7.
Sorrel, Ak-1.
Sourdat, J-10.
Sourdel, M-3.
Stern, D-7.
Stévenin, D-1.
Stroehlin, D-9.
Thiel, Al-1.
Tinel, X-2.
Toupet, O-13.
Touraine, B-7.
Tournay, B-1.
Trèves, X-3.
Troisier, F-1.
Vaucher, Ab-1 et O-4.
Velter, A-7.
Verdoux, A-7.
Verdun, A-7.
Vernes, H-6.
Vigneron d'Heucqueville, L-1.
Vincent, X-1.
Vouters, P-2 et X-2.
Vuillet, I-9.
Weill (André), I-12.
Weill (Pierre), J-2.
Wilhelm, Ak-1.
Willette, J-5.
Woimant, D-13.
Wolfromm, C-8.

INTERNES PROVISOIRES

Baumgartner, D-14.
Bith, A-10.
Brac, O-12.
Brémond, I-15.
Brocq, F-6.
Chauvet, E-8.
Clarac, B-1.
Crétaux, R-11.
Davesne, Ab-3.
Fabre S-5.
Gendron, S 4.
Jumon, Af-1.
Le Grand, R-9.
Levy (Pierre), R. 7.
Miginiac, Ah-1.
Mondor, S-5.
Ségard, L-4.
Séguinot, U-3.
Thibaut, Ab-3.
Toulant, J.-12.
Weissenbach, N-1.
Zislin, H-10.

EXTERNES

Abbas, I-10.
Abram, K-3.
Achard, A-9.
Adler, J-2.
Ageorges, D-10.
Alary, K-8.
Albertin, I-3.
Alexandre (Paul), N-3.
Alexandre (Pierre), D-1.
Allard, Ab-2.
Alvarès, E-5.
Alvergnat, F-4.
Amblard, J-3.
Ancibure, O-11.
André, I-11.
Apard, G-2.
Archontakis, Ah, 2.
Ardillier, G-1.
Arnal R-8.
Arnaudon, I-8.
Arnovitch (Mlle), P-2.
Astruc, L-1.
Aubry, N-2.
Audibert, B-1.
Aujay de la Dure, A-9.
Aurégan, A-2.
Autier, X-1.
Avezou, J-1.
Babiaud, K-6.
Baille, N-1.
Baillet (Mlle), H-1.
Bailleul, A-7.
Baisoiü, A-1.
Balland (Louis), U-1.
Ballet, H-10.
Baltazarian, O-12.
Barat, C-8.
Bardet, A-7.
Bardet (Henri), B-2.
Bardon, O-9.
Baréty, A-7.
Barie (de), T-2.
Barnathan, L-1.
Barraud, E-9.
Barthas (Mme), Ae-1.
Barthélemy (Paul), B-5.
Barthélemy (Raymond), B-7.
Basthard-Bogain, J-15.
Baude, P-3.
Baudouin (Emile), C-3.
Baudouin (Henri), H-3.
Baudouin (Roger), R-9.
Baudson, R-10.
Beaujeu, A-8.
Beaussart, S-2.
Béchade, I-4.
Bechaux, O-2.
Beck, M-2.
Bedel, A-5.
Bel, K-4.
Bellin du Coteau, D-1.
Bello y Rodriguez, O-4.
Beloux, D-8.
Bénassy, H-4.
Benoist-Pilloire, L-3.
Béraud (Armand), B-7.
Bergeret, K-4.
Bernchtein (Mlle), O-2.
Berne (de), D-2.
Berthod, L-2.
Berthon, H-7.
Berthomier, A-9.
Berthomier-Lamer, C-12.
Bertrand, M-3.
Besançon, I-8.
Besnard, A-10.
Besnard (Gustave), Ae-1.
Besnard (Jacques), J-13.
Besnard (Jean), A-1.
Besset, C-9.
Bidaux (Mlle), A-6.
Bierer, Ac-2.
Bijon, I-16.
Bilot, P-2.
Bion (Georges), O-1.
Biraud, H-3.
Blacque, J-6.
Blanc (Mlle), H-7.
Blanchier (Mlle), C-8.
Bleyrie, Ae-1.
Bloch, D-11.
Bloch (René), I-9.
Blondin, Ab-1.
Blutel, P-1.
Bobeau, O-5,
Bobrie, O-1.
Bodet, P-2.
Bodineau, Ac-1.
Boé, D-4.
Boivin, D-1.
Bonhoure, S-3.
Bonneau-Lavarenne C-11.
Bonnet, O-13.
Bonnet (Emile), Q-2
Bontemps, D-11.
Boquet, I-6.
Borch (Mlle), I-7.
Boucaut, T-1.
Bouchard, S-2.
Bougon, O-8.
Bougot, B-6.
Bouhey, B-8.
Boulan, R-4.
Boulan (Mme), E-3.
Boulard, D-3.
Boulay, I-8.
Boulet, A-6.
Bouquier, Z-2.
Bourdeau de Fontenay, T-1.
Bourdeaux, O-13.
Bourdette, J-7.
Bourquelot, B-8.
Bourrouilloux, Ah-1.
Bouteil (Mlle), I-11.
Boutel, C-7.
Boutin, R-10.
Bouvier, F-5.
Brehier, I-6.
Brenac, H-1.
Brenot, O-9.
Breuillet, C-1.
Briault, H-8.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel des maladies du tube digestif, publié sous la direction de MM. Debove, Achard et Castaigne. Tome II, par MM. Lœper, Esmonet, Gouraud, L.-G. Simon, Boidin et Rathery.

Ce second volume du *Manuel des maladies du tube digestif* contient la pathologie de l'intestin, du péritoine, des glandes salivaires et du pancréas. L'article de M. Lœper sur les maladies de l'intestin, avec la collaboration de MM. Esmonet et Gouraud pour certains chapitres, occupe plus de 450 pages; c'est qu'en effet la pathologie intestinale a pris un développement considérable depuis quelques années; M. Lœper a su mettre au point toutes les acquisitions nouvelles sur ce sujet, en particulier à propos des dyspepsies intestinales, de l'entéro-colite muco-membraneuse, de la tuberculose intestinale.

Les affections des glandes salivaires et du pancréas ont été aussi l'objet de nombreux travaux récents; on les trouvera bien exposés dans les articles de MM. Simon et Rathery.

Enfin M. Boidin a écrit une étude documentée et très claire des maladies du péritoine.

Ajoutons que l'ouvrage a été édité avec le soin auquel la maison Masson nous a, depuis si longtemps, habitués.

La lecture des deux volumes du *Manuel* consacrés aux maladies du tube digestif, permettra aux médecins praticiens non spécialisés de bien connaître la pathologie si complexe de l'estomac et de l'intestin. L. BABONNEIX.

FORMULAIRE

ENTÉROCOLITE MUCO-MEMBRANEUSE ET GLAIREUSE

Entéroclyse journalière pendant dix jours environ avec 1 litre d'eau bouillie dans laquelle on aura mis une cuillerée à soupe de :

Thigénol « Roche »....... 50 grammes.
Eau distillée............ 150 —

(1) In-8. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admission.* — Séance du 12 mai : MM. Sainton, 17; Crouzon, 17; Nattan-Larrier, 19.

Prochaine séance, vendredi 15 mai, à neuf heures du matin, à la Charité.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 mai : MM. Schwartz, 13; Marcille, 10; Alglave, 18.

— PRIX FILLIOUX. — *Avis aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé chaque année à la fin du concours.

Pour 1908, le concours sera ouvert le jeudi 3 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 10 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le samedi 10 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Lecture des copies.* — Séance du 9 mai. — Ont obtenu : MM. Berger, 25; Cruet, 22; Hovelacque, 25; Toupet, 27.

Séance du 11 mai. — Ont obtenu : MM. Monsaingeon, 23; Cadenat, 21.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Le jeudi 6 août 1908, un concours aura lieu à l'Hospice général, à trois heures et demie, pour la nomination d'un médecin-adjoint des hôpitaux de Rouen.

Se faire inscrire à la Direction, enclave de l'Hospice général, avant le 16 juillet. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Blanc (de Lyon), Cordonnier (de Paris), Maurin (de Sidi bel Abbès), Monnet (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Aunis (de Langoiron), Bellot, médecin en chef de la marine; Bonnain, médecin-major de première classe; Bricet (de Paris), Dore (de Cadours), Farel (de Calvisson), Fruteau (de Neuilly-Plaisance), Guilbaud (de Nantes), Ihler (de Belfort), Lecerf (d'Asnières), Noël (de Paris), Pannetier (de Noisy-le-Grand), Raoul (de Saint-Ouen), Séran (de Toulouse), Thiellerment (de Paris), Vigne (de Lyon).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille des épidémies en bronze est décernée à MM. Boudon, Colin, Ferrand (Marcel), internes en médecine des hôpitaux de Paris; Chantereau, interne en pharmacie des hôpitaux; Gaufroy, Hébrard, Jais, Manville, Parent, Lenormand, externes des hôpitaux.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DU BUREAU D'HYGIÈNE DE LA VILLE DE PARIS. — M. Paul Strauss, sénateur, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, est nommé membre de la Commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène de la Ville de Paris (préfecture de la Seine).

VISITES MÉDICALES DANS L'ARMÉE. — Une circulaire du ministre de la guerre dispose que :

« Lorsque le médecin inscrit sur le registre (de visite) l'indication « n'est pas malade », cette mention, qui semble motiver une sanction disciplinaire, n'implique cependant pas, pour le commandant d'unité, l'obligation de prononcer une punition.

« Il appartient, en effet, au capitaine, de prendre en considération les antécédents de l'homme, sa bonne volonté, l'importance du service manqué, ainsi que les indices qui, au su de ses camarades et des chefs immédiats de l'intéressé, constituent une présomption de fatigue générale ou de dépression.

« En tout cas, dès qu'il y a place au doute, une observation prolongée à l'infirmerie s'impose, jusqu'à ce qu'il soit possible de décider s'il y a maladie, simple malaise ou simulation. »

CLINIQUE MÉDICALE LAENNEC. — Le mardi 19, le samedi 23 et le mardi 26 mai, M. le docteur Armand-Delille, ancien chef de clinique de la Faculté, fera à dix heures et demie, à l'amphithéâtre de la Clinique, trois conférences sur : l'Immunité, Genèse et séméiotique, Étude des antigènes et de leurs anticorps, Application au diagnostic de la syphilis.

CONFÉRENCE PRIVÉE D'INTERNAT. — MM. Sézary et Berger, internes des hôpitaux, commenceront prochainement une conférence privée de revision du programme de l'internat. S'adresser le matin à la Salpêtrière.

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

A FORME SCLÉREUSE

SCLÉRO-TUBERCULOSE ET DIATHÈSE FIBREUSE

Par MM. ANTONIN PONCET et RENÉ LERICHE.

Lorsqu'on étudie les réactions organiques d'un malade en présence de telle ou telle infection, tel ou tel traumatisme, il est courant de résumer le résultat de ses déductions cliniques, dans une épithète synthétique, très compréhensive en sa concision : « C'est un plastique ; c'est un fibreux, » dit-on. Et désormais cette simple remarque, fruit secret de multiples associations, vient s'adjoindre aux mille riens qui échafaudent une impression clinique et permettent un pronostic.

En parlant ainsi, on ne préjuge pas, semble-t-il, du point de vue pathogénique. Et pourtant, au fond de soi, on entend dire que le malade a, de par sa naissance, certaines constantes somatiques qui l'obligent à toujours marcher dans le même sillon. Ce fibreux est un fibreux-né dont tous les états pathologiques seront coordonnés par une hérédité bienfaisante ou nuisible, et maintenus, par elle, dans une inéluctable route tracée par les ancêtres.

C'est ce poids des morts qui constitue le tempérament, et le tempérament modifie, à son gré, les infections. Elles ont prises sur lui ou, au contraire, il leur est rebelle. Tel tuberculeux guérira parce que c'est un fibreux. Tel traumatisé réunira vite ses tissus broyés et contus, parce que c'est un plastique. Tel autre ne résistera point parce que c'est un adipeux.

A côté d'une observation exacte, il y a là un criant abus de la déduction médicale.

Ce n'est, au reste, envisager qu'un côté de la question. Dans les infections, le terrain n'est pas tout. Si, souvent, il guide l'évolution morbide, fréquemment il ne compte pour rien, et bien des fois, il est remanié par elles. Conformément à la remarque populaire qui fait remonter à une ancienne maladie grave certaines nouvelles façons de sentir, certains modes inhabitués des réactions organiques, ce sont, dans bien des circonstances, les infections qui bouleversent le terrain. Elles reprennent la maquette, ébauchée par l'hérédité, du tempérament physique et lui impriment son caractère définitif, sa note personnelle qui sera transmise aux descendants.

Comme on peut le supposer, ce lent travail d'adaptation n'est point le fait des brutales attaques microbiennes. Il faut, pour le mettre en œuvre, l'agression continue d'une intoxication légère et d'une infection atténuée.

Parmi toutes celles qui agissent ainsi, à côté de la syphilis dont le pouvoir plastique est bien connu, à l'inverse du cancer dont l'influence à rebours est de banale observation, nulle ne marque son empreinte comme la tuberculose.

Sous le masque de processus purement inflammatoire, elle détermine, par une imperceptible irritation de tous les instants, des bouleversements organiques considérables, créant, souvent, ce que l'on appelle le *type arthritique*. Or, ce type arthritique, quand on s'efforce à le préciser, paraît fait de deux éléments disparates : il y a l'arthritique gras et l'arthritique maigre, l'obèse et le scléreux.

Comme toute infection, et plus aisément que n'importe laquelle, la tuberculose inflammatoire peut réaliser l'un et l'autre, si paradoxal que cela paraisse.

Sans sacrifier, par dilettantisme, à l'esprit de symétrie, nous comparerions volontiers, en effet, ses deux modes d'action à la double tendance de la tuberculose spécifique. Le tubercule, répète-t-on depuis Grancher, est une néoplasie à double tendance, fibreuse et caséeuse.

La tuberculose inflammatoire, elle aussi, obéit à deux penchants : elle est adipogène ou sclérosante. Une action congestive est à l'origine des deux processus. Mais tandis qu'ici les flux sanguins aboutissent aux néoformations vasculaires embryonnaires, qui conditionnent l'apparition des dépôts graisseux, là, ils font entrer en prolifération le tissu conjonctif et engendrent cette densification des aponévroses, ces scléroses interstitielles qui sont la marque du type fibreux.

Et c'est ainsi que, sournoisement, hors des allures bruyantes dont elle est coutumière, la tuberculose édifie cet arthritisme dont on la déclare ennemie.

Antagonisme de surface, vaine apparence qui ne résiste pas au contrôle clinique si l'on veut bien n'être pas victime des mots. Trop souvent, en effet, on cristallise en un terme, une petite partie de sa signification réelle. Vue par le petit côté des choses, tuberculose, pour bien des médecins, égale phtisie. Dès lors, tout ce que nous défendons ne se peut plus soutenir. Certes non, on ne voit pas des cavitaires, des granuliques faire de l'arthritisme. Ce ne sont pas davantage les phymiques mourant de pneumonie caséeuse ou de ramollissement vertébral étendu qui voient se rétracter leurs tendons et se déformer leurs jointures. Ces malheureux, frappés en pleine robustesse de l'âge, victimes d'un surmenage passager ou d'une éphémère infériorité physique, sont tués par une infection massive et violente qui ne pardonne pas. Mais ce type d'infection n'est pas toute la tuberculose. Elle en est la forme la plus grave, au-dessous de laquelle s'échelonne la gamme descendante des virulences moindres. Et si l'on prend les termes inférieurs de la série, on voit que, fréquemment, *les séquelles d'une tuberculose bénigne, ganglionnaire ou osseuse sont la menue monnaie de l'arthritisme*. Par l'énergique défense d'un organisme résistant, sous l'heureux effort adjuvant d'une thérapeutique bien conduite, le tuberculeux a éteint une invasion microbienne peu sévère, et atténué son infection. Celle-ci, amoindrie dans sa virulence, ne peut plus prendre le redoutable pouvoir caséifiant. Les toxines vieillies se borneront, le plus souvent désormais, à faire de la sclérose.

Qu'on ne s'y méprenne point. Ce ne sont pas là lésions de défense, mais produits morbides.

Cette intoxication bâtarde aura, par ailleurs, d'heureux effets. Suivant un mécanisme connu, elle vaccinera lentement le porteur contre des processus plus virulents?

De nombreux auteurs ont, dès longtemps, attiré l'attention sur la résistance toute particulière des scrofuleux guéris à la phtisie. Expérimentalement, Calmette a montré que les bovidés guérissent presque toujours quand, après les avoir infectés par voie digestive, on les isole avec soin. Ils ne guérissent presque jamais si on les laisse en contact prolongé avec d'autres animaux tuberculeux, ou si on les infecte, plusieurs fois, à courts intervalles. Ces animaux en apparence guéris se maintiennent habituellement en parfaite santé alors même qu'on les expose à de nouvelles infections naturelles ou artificielles. Il semble qu'ils soient vaccinés (1).

Ainsi en est-il volontiers, croyons-nous, de nos tuberculeux arthritiques. Leur sclérose est la rançon de leur immunité.

Ce processus fibreux qu'engendre la tuberculose inflammatoire n'a pas toujours la diffusion dont nous avons parlé. Si c'est elle qui fait la plupart des « scléreux » elle peut également localiser son effort en des points variables de l'économie et créer toute une série de maladies, segmentaires, régionales, dont, de prime abord, rien n'avère l'origine bacillaire. C'est en réfléchissant au mode d'action plus haut décrit, que l'on trouve le fil conducteur menant à la conception de la tuberculose inflammatoire, diathèse sclérosante, productrice de fibroses localisées, dans tous les appareils et dans tous les tissus.

Inexplicable d'habitude dans la tuberculose, il se comprend aisément quand une investigation attentive révèle un foyer larvé de tuberculose torpide. En voici quelques exemples :

Un étudiant de vingt-deux ans nous est adressé par le docteur Villard pour une inflexion marquée du petit doigt de la main droite, accompagnée d'arthropathies, de douleurs rhumatismales diffuses. Il est maigre, d'aspect un peu frêle. L'interrogatoire nous apprend qu'un de ses frères est mort de méningite tuberculeuse et que lui-même, à l'âge de sept ans, fut considéré comme perdu à la suite de phénomènes méningés graves. Le séro-diagnostic tuberculeux est franchement positif.

---

(1) Cette vaccination, très admissible, est loin, cependant, d'être absolue en pathologie humaine, où elle ne serait souvent qu'une règle sujette à de nombreuses exceptions? Un tuberculeux quelconque, tout atténué soit-il, doit toujours être considéré comme en marche vers une tuberculose plus grave. Mais cette évolution est surtout à redouter dans le peuple, chez les pauvres gens, dont la résistance à une offense bacillaire plus grande décroît avec l'âge, avec la misère, avec les privations de tout genre...

La *camptodactylie* présentée par ce jeune homme est des plus caractéristiques. Un examen minutieux révèle chez lui l'intégrité articulaire phalango-phalanginienne. Toute la lésion paraît être, comme l'a décrite Landouzy, qui fut le parrain de cette affection, une mince sclérose des surtouts fibreux juxta-articulaires, un léger épaississement des tissus fibreux sertissant les articulations digitales, avec peut-être, ainsi que l'a établi Horand (1) dans un mémoire intéressant écrit à notre instigation, un peu de sérosité sèche et d'épaississement de la gaine du tendon.

Bref, notre malade porte une sclérose localisée arthritique. D'autre part, il est notoirement tuberculeux.

Ce n'est point suffisant, nous dira-t-on, pour relier ces deux termes : sclérose et tuberculose. Tout ce qui survient chez un tuberculeux n'est point fatalement de même essence que sa maladie chronique ! En poussant à l'extrême votre mode de raisonnement, nous aboutirions à l'absurde !

Nous n'en disconvenons pas, mais cela ne saurait nous arrêter. Le tout est de ne point aller à l'absurde. La clinique n'a rien à voir avec la scholastique, et la logique médicale est obligé de vivre à l'écart de l'extrême rigueur des déductions mathématiques. Contingente, faite d'observations où l'on ne peut pas tout doser, elle doit savoir se contenter d'approximation et toujours, au moins temporairement, laisser quelque part à l'imagination, créatrice d'hypothèses. C'est pour cela qu'elle est un art plus encore qu'une science, et un art pour l'exercice duquel le bon sens est la première qualité requise.

Or, le bon sens indique la valeur des coexistences pour établir les causalités. Sans avoir le fétichisme du *post hoc, ergo propter hoc*, nous ajouterons que l'histoire entière de la médecine est là pour appuyer le bon sens.

Aussi bien, étant donné que, jusqu'à présent, nous avons vu la camptodactylie presque exclusivement chez les tuberculeux à minima, nous n'hésitons pas, dans ce cas, comme dans les autres, à la regarder comme un stigmate utile de tuberculose.

De fait, ce que nos propres réflexions nous avaient indiqué et ce que nous avions dit les premiers (2), au grand émoi de quelques-uns, nous l'avons vu récemment confirmer bien au delà de ce que nous pensions.

Horand, en 1907, avait trouvé l'inflexion permanente du petit doigt, 40 fois sur 100, chez des tuberculeux. Milian et Crespin (3), observant au bastion 29, dans le service des érysipèles, c'est-à-dire au hasard de la contagion streptococcique, *100 sujets camptodactyles, en trouvent 87 tuberculeux avérés, 7 tuberculeux probables et 6 paraissant indemnes de tuberculose*. « Ces six derniers étaient cliniquement indemnes. Pourtant certains d'entre eux présentaient des antécédents familiaux nettement tuberculeux. La plupart avaient de petites lésions telles que l'acrocyanose, qui est une véritable tuberculide. » Et ils concluent, comme nous, qu'il y a tout lieu de croire à la nature tuberculeuse de la camptodactylie. La sclérose arthritique qui l'occasionne « fait partie d'une infection tuberculeuse sclérosante, le plus souvent générale, de l'organisme... C'est un véritable stigmate de tuberculose qui peut être d'un grand secours pour le diagnostic de cette infection ».

Les mêmes réflexions seraient de mise pour *la rétraction de l'aponévrose palmaire*, lésion de même ordre, elle aussi, symptôme et non maladie. Depuis que nous avons attiré l'attention sur la fréquence de son origine tuberculeuse, nous avons eu, maintes fois, l'occasion de contrôler l'exactitude des conclusions que nous avions inspirées à Perdrizet (4).

Récemment encore, nous observions (5) un malade très démonstratif à cet égard.

(1) R. Horand. *Lyon méd.*, 10 mars 1907; — *Gaz. des hôpit.*, 18 fév. 1908.

(2) A. Poncet et R. Leriche. Communication à l'Académie de médecine, 8 janv. 1907.

(3) Milian et Crespin. La camptodactylie, tuberculose scléreuse des tendons, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 10 janv. 1908. — Crespin. Th. de Paris, 1908. — Milian. *Gaz. des hôpit.*, 28 fév. 1908.

(4) Perdrizet. *Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse*, Th. de Lyon, 1904.

(5) Rhenter. Un cas de tuberculose inflammatoire, Soc. nationale de méd., *Lyon méd.*, 1er mars 1908.

Un homme de quarante-trois ans entre au mois de février dernier dans notre service de clinique pour une synovite en bissac de la face dorsale du poignet droit avec bruit de chaînon caractéristique, et se plaignant en outre de douleurs rhumatoïdes dans la plupart des articulations. A un examen minutieux, nous lui trouvons en plus de ce kyste à grains riziformes, incontestablement bacillaire (1), un eczéma chronique des deux jambes, une arthrite hydropique phalango-phalangienne du médius droit, et une double rétraction de l'aponévrose palmaire, plus marquée du côté où siègent les deux localisations synoviales dont nous avons parlé.

Apparue dans l'enfance, avant toute autre manifestation arthritique ou tuberculeuse, la maladie de Dupuytren qu'il présente se serait progressivement développée sans cause occasionnelle et l'aurait fait réformer. Cela ne l'empêcha pas de se marier. Il eut deux enfants : un fils bien portant encore aujourd'hui, et une fille qui fut opérée, il y a six ans, dans notre service, pour un kyste synovial du poignet, récidivé depuis. Sa femme, albuminurique comme lui, serait morte de bronchite suspecte, il y a peu.

Quel diagnostic devions-nous porter? Fallait-il faire de la clinique au détail, et étiqueter, pièce par pièce, d'un nom différent, les multiples maladies de cet homme ? Ou, sacrifiant aux idées classiques, dire : tuberculose synoviale bénigne, parce qu'évoluant sur un terrain arthritique.

Plus simplistes, nous avons pensé que ce malade synthétisait admirablement les différentes formes de la tuberculose telles que nous les comprenons, et nous avons tenu sa sclérose aponévrotique, son eczéma, son arthrite chronique rhumatismale pour fonctions d'une tuberculose devenue plus virulente au niveau de la gaine des extenseurs.

Nous pourrions citer plusieurs observations semblables. Est-ce à dire que nous soyons exclusifs et que, pour nous, toutes les rétractions de l'aponévrose palmaire relèvent de la tuberculose?

Telle n'est pas notre pensée. Nous considérons aujourd'hui que la plupart des maladies de ce genre sont des syndromes que n'importe quelle infection et intoxication peut réaliser. Dans cet ordre d'idées, nous avons pu voir, grâce à l'obligeance du docteur Adenot (2), une femme chez laquelle une rétraction passagère de l'aponévrose palmaire fut occasionnée par une intoxication gravidique. La syphilis, l'alcoolisme, le saturnisme, etc., ont certainement la même influence. Mais nous croyons que, de tous les facteurs sclérosants, *la tuberculose est de beaucoup le plus fréquent et le plus actif*.

Ce qui est vrai de l'aponévrose palmaire l'est de tous les tissus de même nature.

Dans un intéressant travail (3) de la *Revue d'orthopédie*, un de nos meilleurs élèves, A. Chalier, a cité plusieurs *rétractions de l'aponévrose plantaire d'origine tuberculeuse*.

L. Bérard nous a montré un malade chez lequel une aponévrotite rétractile de l'aisselle reconnaissait également la tuberculose comme agent.

Chez une femme de notre service, nous avons vu survenir, quelque temps après une fistulisation de ganglions tuberculeux sous-maxillaires, et cela en dehors de toute position vicieuse initiale, une véritable sclérose unilatérale de l'aponévrose moyenne. Dans les mouvements de torsion du cou, on voyait l'aponévrose se tendre et faire une corde rigide d'aspect singulier.

C'est la connaissance de ces observations qui nous permit, il y a quelques mois, un diagnostic particulièrement difficile.

Un homme de trente et un ans, soigné dans l'enfance, par Ollier, pour une lésion articulaire chronique du coude, à l'aide de pointes de feu pénétrantes dont les cicatrices indélébiles imposent l'idée rétrospective de tumeur blanche, présente, au niveau de la cuisse gauche, une induration fibreuse de 8 à 10 centimètres de long. Profondément située, au contact des vaisseaux, mais en dehors d'eux, cette corde, qui se tend douloureusement dans l'adduction et gêne la marche, nous semble rattachable au psoas. Elle serait apparue, il y a cinq ans, quelques mois après « un grand écart » qui s'accompagna d'une souffrance aiguë de quelques instants. Au niveau du coude, de chaque côté de l'olécrâne, on perçoit un peu de gonflement sensible à la pression. A la partie postéro-externe du bras, se voit la longue cicatrice d'une incision par laquelle Ollier évacua,

(1) Ce diagnostic a été pleinement confirmé par l'opération dans laquelle on a trouvé de nombreux grains riziformes.

(2) Adenot. Rhumatisme puerpéral, *Lyon méd.*, 25 avril 1908.

(3) A. Chalier. De la rétraction de l'aponévrose plantaire, *Revue d'orthopédie*, 1907. — Solle. Th. de Lyon, 1907.

au dire du malade, « des produits blanchâtres et de la sérosité »; enfin, le long de la gaine des radiaux, une masse oblongue, dure, constitue le reliquat fibreux d'une synovite sèche, aujourd'hui guérie.

Faisant état de cette étiologie bacillaire, et rejetant l'hypothèse uniquement traumatique, nous avons porté le diagnostic un peu surprenant de prime abord, d'*aponévrotite d'origine tuberculeuse et de rétraction fibreuse du psoas iliaque gauche*. Seule, la connaissance des faits que nous avons cités plus haut pouvait nous orienter dans un cas aussi spécial.

De ces diverses observations et de beaucoup d'autres, nous conclurons à l'existence relativement fréquente de scléro-tuberculoses aponévrotiques localisées, pouvant siéger partout.

Le tissu cellulaire a lui aussi ses tuberculomes fibreux. Ce sont les *chéloïdes*. Ces conditions cliniques de leur apparition les ont fait depuis longtemps rattacher à la scrofule. Et pourtant on n'a guère, jusqu'ici, fourni la preuve formelle de leur nature tuberculeuse. Histologiquement, en général, on ne trouve sur les coupes que du tissu fibreux disposé autour des vaisseaux, sans amas inflammatoires caractérisés. Tout à fait exceptionnellement on y a relevé des cellules géantes, et l'aspect plus ou moins lointain des infiltrations habituelles de la tuberculose sous-cutanée et dermique (1).

Bactériologiquement, les cas sont rares où l'on a pu y compter de rares bacilles. Darier (2), après de très nombreux échecs, aurait obtenu, une fois, une inoculation positive, et Nevins Hyde, d'après lui, aurait eu quelques résultats semblables.

Voici donc des fibroses localisées, tuberculeuses de par leur étiologie clinique, banales de par l'anatomie pathologique et la bactériologie.

On ne saurait citer plus beaux exemples de tuberculose inflammatoire.

Les chéloïdes se présentent en placards diffus de la peau. On peut observer, plus profondément, dans le tissu cellulaire sous-cutané (Froriep), de petits *noyaux fibreux*, spontanément résorbables parfois, qui nous paraissent avoir la même étiologie.

L'observation suivante est assez caractéristique, dans son déterminisme quasi expérimental, pour nous permettre d'interpréter les autres.

Un homme de cinquante et un ans nous est envoyé pour de petites nodosités des bras et des cuisses. A l'âge de vingt-huit ans, il aurait commencé sa vie de tuberculeux par une bronchite grave et de l'enrouement. Cinq ans plus tard, il entrait à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une toux incessante, des hémoptysies répétées et de la sciatique rebelle. Il y resta près de trois ans, et son séjour fut, sur la fin, troublé par l'apparition d'une pleurésie qui évolua, du reste, normalement. En 1891, nouvelle poussée pulmonaire, nouvelle hospitalisation. Il est reçu dans le service du professeur Mayet où le docteur Tournier lui fait une série d'injections de lymphe de Koch. Les piqûres furent pratiquées aux bras et aux cuisses; leur effet immédiat fut plutôt fâcheux. Deux mois après, au siège des injections de tuberculine, apparaissaient de nombreuses nodosités légèrement douloureuses, et bientôt une laryngite tuberculeuse le faisait recevoir dans le service spécial du docteur Garel, qu'il n'a guère quitté depuis.

Au moment où nous l'examinons, en 1902, il porte, bosselant les bras et les cuisses, nous dit son observation prise par M. Latarjet, une quantité de noyaux fibroïdes, plus ou moins mobiles, bien que, pour la plupart, adhérents à la peau, très exactement localisés dans la zone des injections hypodermiques.

Aucun de ces noyaux n'a suppuré et la palpation, à leur niveau, est indolore. L'un d'eux fut excisé. Tenant à la peau plus qu'à l'aponévrose d'enveloppe du bras, il apparaissait complètement fibreux.

L'examen histologique en fut pratiqué par M. Paviot, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. Dans le derme, dont ils écartaient les faisceaux, dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, se trouvaient disséminés de petits tubercules avec cellules géantes. Aucun n'était caséifié, et tout autour rayonnait une infiltration fibroïde dont les artérioles étaient par places frappées d'endartérite.

Bref, sous l'action locale de la tuberculine, s'étaient produits de petits fibromes franchement tuberculeux.

(1) Lecène, in Th. de Baillon, Paris 1903.
(2) Darier. Soc. de dermat., 9 fév. 1898.

Par un mécanisme du même genre, une infection plus atténuée peut engendrer des fibroses pures, des tumeurs fibreuses de volume très variable. L'observation suivante, récemment publiée par MM. Gouillloud et Pagès (1), en est un exemple typique :

Un malade de trente et un ans, dont un frère mourut en 1896, de méningite tuberculeuse, entre à l'hôpital Saint-Joseph pour qu'on l'y débarrasse de multiples nodosités fibreuses qui le gênent aux points de frottement. Ces petites tumeurs siègent aux coudes, aux genoux, à la face dorsale de quelques orteils, le long du tendon d'Achille, de chaque côté, il s'en trouve une du volume d'une noisette. Toutes sont apparues lentement, il y a onze ans (en 1896 par conséquent), deux ans après un rhumatisme articulaire subaigu, erratique, qui depuis « ne l'a jamais lâché ». Il y a quelques mois, notre homme eut une hémoptysie; actuellement, l'auscultation et la radioscopie s'accordent pour le montrer en pleine évolution de tuberculose pulmonaire fibreuse. Une synovite de la gaine des radiaux droits est un stigmate périphérique de son imprégnation bacillaire.

L'examen histologique de ces petites masses, dont les plus mal placées furent enlevées, les montre constituées de tissu fibreux, sans trace de formation histologiquement spécifique.

Avec M. Gouilloud, nous croyons pourtant, ayant observé déjà plusieurs cas similaires, que la tuberculose les a produites et que la tuberculose inflammatoire les explique.

Ce furent probablement des pseudo-néoplasmes de ce genre qui firent admettre, par quelques observateurs anciens, la possibilité de régression de certaines tumeurs, de certains néoplasmes, viscéraux et autres. En 1881, Augagneur (2), dans un curieux mémoire, groupait plusieurs observations tendant à élucider ce problème. Parmi elles, il s'en trouve une, au moins, que la tuberculose peut réclamer.

C'est celle d'un jeune homme de vingt-deux ans qui entrait le 11 juin 1875 dans le service de M. R. Tripier, amaigri, bronchitique, ayant les doigts demi-fléchis par des rétractions scléreuses et les avant-bras semi-ankylosés.

La palpation révélait, chez lui, des indurations bizarres au niveau des masses musculaires du coude et du bras, des sortes de placards fibreux, résistants, faisant coude autour des muscles. Par places, on isolait quelques nodosités sous-aponévrotiques. Sur le thorax, on avait l'impression de petites billes roulant sous le doigt. Le 27 juillet, un point de côté et une hémoptysie aggravèrent la situation qui fut jugée perdue lorsque l'examen histologique d'une de ces tumeurs, prélevée par biopsie, eut répondu : tissu sarcomateux. Porteur d'une tuberculose pulmonaire avancée, cet homme fut mis à l'huile de foie de morue. A la grande surprise de tous, quelques-unes de ces masses rétrocédèrent. Quelques années après, M. Tripier en constatait la disparition totale. L'état général était bon, et les lésions pulmonaires s'étaient arrêtées dans leur évolution.

Il nous semble que la véritable interprétation de tels faits est donnée par la tuberculose, et qu'il s'est agi, dans le cas particulier, de *pseudo-fibro-sarcomes d'origine bacillaire*.

Ailleurs, pareil processus est admis. Il n'est pas le monopole d'un tissu ou d'un organe.

Nous croyons, en effet, que les scléro-tuberculoses peuvent s'observer et s'observent partout.

Leur aspect clinique varie plus ou moins; la dominante pathogénique reste la même.

Au niveau du squelette, la tuberculose inflammatoire sclérosante, prend souvent le type spécial de l'exostose infectieuse (3) dont les exemples ne sont pas rares. Dans le tissu musculaire, peut-être est-elle à l'origine de ces myosites ossifiantes dont la nature intime échappe habituellement?

Ses localisations glandulaires sont d'observation plus banale. Au sein, elles revêtent l'aspect de la matité noueuse. Récemment encore, il nous était donné de voir une jeune femme de vingt-sept ans dont la troisième poussée de rhumatisme tuberculeux s'accompagna d'ostéite sternale et de mammite bilatérale à noyaux multiples, durs et scléreux.

Au corps thyroïde, sans parler des cirrhoses diffuses, sur lesquelles ont insisté, avec raison, Roger et Garnier (4), elles

(1) Pagès. *Lyon méd.*, 19 avril 1908.
(2) Augagneur. Sur la disparition spontanée de certains néoplasmes, *Lyon méd.*, t. XXXVII.
(3) Mailland. *Revue de chir.*, 1902.
(4) Roger et Garnier. *Arch. gén. de méd.*, avril 1900.

engendrent des thyroïdites cancériformes, dont la venue, indépendante de tout kyste antécédent, est, par là même, facile à différencier du cancer ligneux (1).

Le tube digestif n'est pas à l'abri de ce processus sclérosant. Au pylore, il existe des sténoses fibreuses sur lesquelles nous avons récemment attiré l'attention (2), et qu'il ne faut pas confondre, comme on le fait trop souvent, avec les cicatrices rétractiles d'ulcères latents. Sur l'intestin grêle, Quénu et Judet (3), Patel (4) ont vu des rétrécissements de même type, dont la nature tuberculeuse ne pouvait être donnée par l'anatomie pathologique. Au niveau du sacrum, du rectum, pareilles strictures sont admises depuis longtemps, nous en avons vu plusieurs exemples. Mais là comme ailleurs, comme dans nombre de cirrhoses viscérales : foie, reins, centres nerveux, endocarde, etc., contrairement à ce que l'on dit d'habitude, *il ne s'agit point du reliquat cicatriciel d'une tuberculose guérie. La sténose fibreuse, la sclérose, est une lésion primitive, une lésion en marche.* Son allure clinique, son évolution, fatalement progressive, suffiraient à le prouver. Une cicatrice indurée, à moins qu'elle ne soit chéloïdienne, ne se présente pas ainsi.

Aussi bien, avons-nous rattaché déjà (5) au même processus ces tumeurs goutteuses du pénis, ces indurations plastiques des corps caverneux, etc., comparées depuis longtemps par les anciens auteurs aux maladies du système fibreux.

Nous ne voulons pas insister plus.

Les considérations, dans lesquelles nous sommes entrés, sont suffisantes pour établir l'existence de scléro-tuberculoses inflammatoires, diffuses ou localisées, dont les aspects variés ne doivent pas surprendre.

Elles montrent bien le rôle énorme que joue, en pathologie, *la tuberculose inflammatoire*, tuberculose « nouveau jeu », a-t-on dit, et qui, dans sa forme scléreuse, est bien *véritable diathèse fibreuse.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 MAI 1908)

Nouvelle méthode permettant de constater, par la radiographie, si un enfant déclaré mort a vécu ou n'a réellement pas vécu. — M. Ch. VAILLANT. Il résulte de la communication de M. Vaillant qu'au moyen de la radiographie on peut dire si un enfant décédé naturellement a vécu ou non.

Chez un enfant n'ayant pas vécu : *aucun organe n'est visible* sur la radiographie.

Enfant ayant eu quelques inspirations : *l'estomac est le premier organe perceptible.*

Enfant dont la vie a progressé normalement : *l'estomac et la masse intestinale, second organe visible.*

Enfant ayant vécu quelque temps sans alimentation : *estomac, intestin, poumon, foie et cœur visibles.*

Enfant ayant vécu et ayant été alimenté : *tous les organes sont plus visibles que précédemment.*

En résumé, chaque fois qu'un enfant aura vécu, ses organes abdominaux seront visibles sur le cliché radiographique ; quand il n'aura pas vécu, aucun organe ne sera visible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 MAI 1908)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Béchamp et retrace la carrière de ce savant.

M. ROUX fait un très bel éloge de M. Chamberland dont l'œuvre fut fertile en applications pratiques. Le discours de M. Roux est accueilli par des marques unanimes d'approbation.

Appendicite chronique. — M. RICHELOT fait une communication sur ce sujet. Il reconnaît qu'on a commis souvent des erreurs de diagnostic et attribué à l'appendicite ce qui devait l'être à l'entéro-colite muco-membraneuse. Toutefois il y a aussi de nombreux cas d'appendicites chroniques frustes et il faut savoir les dépister là où elles se cachent. Il existe de nombreux rapports entre l'entéro-colite muco-membraneuse et l'appendicite et souvent les troubles d'entéro-colite ne sont que la conséquence d'une appendicite chronique, puisqu'une fois l'appendice enlevé, tous ces troubles disparaissent. En dehors de l'entéro-colite, les troubles divers, tels que des coliques néphrétiques ou hépatiques, du vaginisme, etc., peuvent être la conséquence de l'appendicite chronique. M. Richelot nous rapporte l'histoire d'une jeune femme qui présentait des troubles d'entéro-colite et un vaginisme tel que les rapports conjugaux étaient impossibles. Un jour, elle est prise d'une douleur vive dans la fosse iliaque, on soupçonne une appendicite ; ce diagnostic se confirme ; on l'opère et, après l'opération, non seulement les phénomènes d'entéro-colite, mais aussi le vaginisme disparaissent complètement.

Un jeune officier souffre du ventre depuis longtemps ; sa santé générale s'altère ; il ne peut plus faire son service. Tous les traitements sont dirigés vers l'entéro-colite muco-membraneuse. Un jour, il a 38 degrés de température, et souffre beaucoup au niveau du point de Mac Burney ; on reconnaît une appendicite, on l'opère et ce fut une véritable résurrection. Toutes les souffrances qu'il endurait depuis des années disparaissent et il revient à une parfaite santé. Il ne s'agissait là que d'une appendicite chronique. Dans d'autres cas il s'agit de troubles hépatiques, de véritables coliques hépatiques qui n'étaient que la conséquence d'une appendicite chronique qui fut, un beau jour, reconnue, opérée et suivie d'une guérison complète de tous les troubles observés.

« L'appendicite, dit M. Richelot, est capable de tout. » Il faut bien savoir qu'elle peut amener des troubles de nature et de siège très différents. En présence de ces troubles, il faut penser à l'appendicite chronique puisque bien des faits prouvent qu'elle peut être en cause et que le traitement chirurgical de l'appendicite, dans ces cas, peut amener une guérison complète de tous ces troubles.

Tuberculose inflammatoire à forme scléreuse. — M. Antonin PONCET, en son nom et au nom de M. R. LERICHE, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 663.)

La goutte. — M. LEGENDRE lit une note sur les diverses modalités de la goutte. Pour lui, la goutte présente trois modalités. L'une, causée par la surproduction de l'acide urique. Cette forme devient aujourd'hui de plus en plus rare. Le traitement, en ce cas, consiste dans l'adoption d'un régime alimentaire spécial et restreint.

Mais la goutte peut avoir une autre origine. L'insuffisance fonctionnelle de l'appareil circulatoire et rénal peut en être cause. En ce cas, le traitement doit être éliminateur. On doit faire usage d'eaux minérales appropriées.

Enfin, chez les nerveux, chez les névropathes on peut constater également des cas de goutte qui prennent l'une des modalités ci-dessus et ont une origine nerveuse. Pour ceux-là s'impose le traitement des gens nerveux.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. M. DÉJERINE est élu par 51 suffrages sur 73 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 MAI 1908)

Un cas de contagion de dysenterie amibienne par un convalescent. — M. G.-H. LEMOINE (du Val-de-Grâce) rapporte le cas d'un malade en traitement pour une affection nerveuse dans une chambre habitée par un convalescent de dysenterie amibienne contractée au Tonkin onze ans auparavant et qui

(1) A. PONCET. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1901.
(2) A. PONCET et R. LERICHE. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1908.
(3) QUÉNU et JUDET. Les sténoses fibreuses de l'intestin grêle, *Revue de chir.*, 1902.
(4) PATEL. *Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle*, Th. de Lyon, 1902.
(5) A. PONCET et R. LERICHE. Tuberculose inflammatoire, ses localisations multiples, Acad. de méd., 30 mai 1905.

avait été suivie à plusieurs reprises de poussées aiguës. Ce premier malade qui n'a jamais séjourné aux colonies fut pris d'une dysenterie aiguë de même nature quinze jours après son arrivée. Le contagionnant présentait toutes les apparences d'un complet rétablissement. Depuis trois semaines, ses selles étaient régulières et moulées. Mais une enquête minutieuse permit de se rendre compte que, de temps en temps, ce dernier émettait quelques glaires mélangées avec ses selles. Une de ces glaires examinée renfermait des amibes. C'est donc là un exemple de persistance prolongée de germes infectieux chez un convalescent en apparence guéri, mais présentant cependant encore quelques signes de maladie. D'autre part, deux sujets avaient antérieurement couché dans la même chambre que ce convalescent et en même temps que lui, sans être atteints. La victime de la contagion était très déprimée moralement par son affection et depuis son jeune âge était sujette à des crises de diarrhée aiguë durant deux à trois jours une ou deux fois par an. Si ces faits mettent bien en évidence le rôle dangereux du convalescent, ils mettent également en relief celui de la prédisposition.

Dextrocardie par attraction. — M. L. Galliard. Contrairement à la dextrocardie par refoulement, celle-ci est rare. On l'attribue à la sclérose pleurale du côté droit. Les bulletins de la Société en relatent quelques exemples : Fernet (1896), Moutard-Martin (1887), Hirtz et Simon (1906). Comme le malade de Hirtz et Simon, l'homme âgé de quarante-quatre ans que l'auteur présente a eu un hydropneumothorax du côté droit. Seulement ce fut un hydropneumothorax tuberculeux reconnu en 1902 et lentement guéri. Actuellement il y a une caverne au sommet droit, et des signes de symphyse pleurale. Chose à noter, la rétraction apparente du côté droit du thorax existe à peine; il n'y a de ce côté qu'un léger amoindrissement que la mensuration ne permet même pas d'apprécier.

Les battements cardiaques sont visibles au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux à droite du sternum; mais la main ne perçoit qu'un choc très faible.

L'auscultation permet encore de percevoir les bruits du cœur, sans souffle, sans bruit pathologique, dans le quatrième espace jusqu'à la ligne mamelonnaire.

La matité cardiaque se continue en bas avec celle du foie, en haut avec celle de la caverne, en dehors avec celle de la symphyse pleurale.

La radiographie montre à droite une ombre épaisse dans laquelle il est difficile de reconnaître les contours du cœur.

A gauche au contraire la transparence est parfaite. Le poumon gauche a pris la place du cœur : sonorité normale, respiration puérile.

Peu de troubles fonctionnels attribuables au cœur, mais la tuberculose évolue.

Myxœdème et tumeur de l'hypophyse. Contribution à l'étude des insuffisances pluriglandulaires. — MM. P. Sainton et F. Rathery. Il s'agit d'une femme atteinte de myxœdème typique; à l'autopsie, on trouva une tumeur hypophysaire considérable ayant amené la destruction fonctionnelle de l'organe; toutes les autres glandes à sécrétion interne, corps thyroïde, surrénale, ovaire étaient atrophiées; seul le thymus était en état de reviviscence. Ce fait est intéressant parce qu'il vient à l'appui de la théorie qui admet une synergie entre la plupart de ses glandes et doit être opposé à un cas où il y a hyperfonctionnement de plusieurs d'entre elles. La persistance du thymus est le seul phénomène de suppléance qui se soit manifesté. La malade ne présentait aucun symptôme d'acromégalie.

M. Variot a fait l'autopsie d'une enfant atteinte de **microsphysmie congénitale associée à la débilité mentale et à l'ichtyose.** Cette autopsie n'a donné que des résultats négatifs. M. Variot croit qu'en pareil cas la microsphysmie est fonction d'un spasme artériel permanent.

Rétrécissement mitral avec nanisme mitral probablement d'origine hérédo-syphilitique. — MM. Marcel Labbé, G. Rosenthal et Marcorelle présentent un malade de 1m50 pesant 43 kilos, atteint de rétrécissement mitral pur avec pouls lent. Au sommet droit existe une légère lésion tuberculeuse. A cause du nanisme, des altérations des dents, des commémoratifs de huit frères ou sœurs morts en bas-âge, ils se demandent s'il ne s'agit pas d'un cas de malformation hérédo-syphilitique.

M. Lemoine (de Lille) lit un mémoire sur les **modifications apportées par la paratoxine (extrait pétroléique de bile) sur certains symptômes de la tuberculose et sur les résultats éloignés du traitement.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 6 mai 1908)

Des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. — La discussion actuellement pendante à la Société sur ce sujet est près de se terminer. Après avoir entendu l'opinion des chirurgiens, il était intéressant de connaître celle d'un médecin, la question de l'indication de l'intervention étant aussi bien d'ordre médical que d'ordre chirurgical. M. Chantemesse, dont la compétence en matière de fièvre typhoïde est universellement reconnue, a bien voulu venir apporter à la Société de chirurgie le résultat de sa grande expérience.

Il établit tout d'abord une distinction entre les grandes perforations qui mettent, en quelques heures, la vie des malades en grand danger et qui sont justiciables de l'intervention chirurgicale aussi précoce que possible, et les petites perforations qui peuvent se fermer d'elles-mêmes par un bouchon d'épiploon, ainsi que le prouve une pièce très intéressante qu'il présente. On voit, sur cette pièce, l'existence d'une perforation intestinale bouchée par l'épiploon et parfaitement cicatrisée, le malade ayant succombé ultérieurement à une lésion cardiaque.

S'il s'agit d'une perforation importante, la mort en deux ou trois jours est la règle. On l'a vue, dans quelques cas exceptionnels, ne survenir que quinze et même vingt jours après. L'autopsie de ces malades donne la clef du mécanisme de la mort; M. Chantemesse a toujours trouvé du liquide louche dans le cul-de-sac de Douglas; c'est donc à bien assurer le drainage de ce cul-de-sac en plaçant convenablement le tube et en tenant les malades un peu assis dans leur lit que doit tendre le traitement consécutif à l'intervention.

La question actuellement posée devant la Société de chirurgie est celle-ci : En présence de signes nets d'une perforation intestinale importante faut-il opérer ? Oui, n'hésite pas à répondre M. Chantemesse. Il faut boucher cette perforation le plus vite possible.

Il est bien certain que l'opération, chez des malades affaiblis, peut aggraver la situation. Mais comme c'est la seule chance de salut, s'il s'agit d'une perforation unique et volumineuse, il ne faut pas perdre une minute, malgré la gravité incontestable de l'intervention.

Quant aux petites perforations, elles peuvent guérir spontanément. Dans ces cas, M. Chantemesse recommande l'emploi des injections sous-cutanées de nucléinate de soude, à la dose de 50 centigrammes. Il a été reconnu par de nombreuses expériences que ces injections augmentent la leucocytose et la phagocytose.

Il est un second moyen que préconise M. Chantemesse, c'est le surchauffage intermittent de la paroi abdominale à l'aide d'un cerceau de cuivre spécial muni d'un réservoir d'eau à 60 degrés.

L'application, pendant une heure et demie, de cet appareil provoque le sommeil, une garde-robe, des mictions plus fréquentes et un notable apaisement de la douleur, en amenant une diminution de la tension générale. L'application de ce surchauffage peut être renouvelée deux ou trois fois par jour.

En résumé, quand on se trouve en présence de signes nets d'une perforation importante, avec péritonite d'emblée, il est logique d'intervenir, et il faut intervenir le plus vite possible. Quand il s'agit d'une petite perforation, il faut savoir attendre.

Selon M. Chantemesse, la laparotomie doit être faite sur la ligne médiane, de façon à pouvoir bien assurer le drainage du cul-de-sac de Douglas, il faut respecter les adhérences s'il y en a, placer le malade dans une position semi-verticale et favoriser les moyens de défense par des injections sous-cutanées de nucléinate de soude et par le surchauffage de la paroi abdominale.

Au nom de ses collègues, M. le président remercie M. Chantemesse de son intéressante communication.

Rachianesthésie. — Nous revenons à la rachianesthésie. M. Beurnier a pratiqué, dans son service, 87 rachistovaïnisations. Il a eu recours à des doses de 5 à 8 centigrammes. La ponction a toujours été faite entre la troisième et la quatrième lombaires.

M. Beurnier donne le détail de ces observations. Il a eu des accidents : vomissements, céphalées, lipothymies, syncopes graves, douleurs vives dans les jambes, rétentions d'urine, paralysies de l'intestin, paralysies des sphincters, élévations thermiques, accidents consécutifs de paralysie partielle, enfin un cas de mort. C'était plus qu'il n'en fallait pour renoncer à la méthode, et c'est ce qu'a fait M. Beurnier.

Pour M. Bazy, la rachistovaïnisation ne doit être employée que dans des cas très exceptionnels, alors que l'anesthésie générale est formellement contre-indiquée et que l'anesthésie locale est notoirement insuffisante.

M. Moty partage complètement l'avis de M. Reclus et estime que l'anesthésie locale est applicable à la plupart des cas dans lesquels on a eu recours à la rachianesthésie.

Trente-quatre compresses dans un ventre. — Peu banal le rapport de M. Richelot sur une observation de M. Loze (de Berck). Un chirurgien opère une appendicite et s'en va. Il avait montré à son aide qu'il avait introduit une mèche dans l'orifice inférieur de la plaie et lui avait recommandé d'en introduire une semblable tous les jours. Pendant trente-quatre jours, chaque jour l'aide mit une mèche mais n'en retira jamais. La plaie se ferma et rien de particulier ne se passa pendant trois ans, quand la malade entra à l'hôpital pour se faire retirer une aiguille du pied et se faire soigner d'une broncho-pleuro-pneumonie. Elle se plaignait aussi de douleurs abdominales; on crut à une obstruction intestinale; il se forma un abcès de la fosse iliaque qui s'ouvrit et par l'ouverture duquel M. Loze tira une mèche et une compresse roulée en boudin et s'étant moulée sur l'intestin. Les 34 compresses furent ainsi éliminées; la malade eut une fistule stercorale, et tomba dans un état cachectique.

Il faut espérer, dit en terminant M. Richelot, que lorsque sera institué l'enseignement dans les hôpitaux, on ne verra plus se produire de faits semblables.

Quand faut-il faire lever les malades après les opérations, et, en particulier, après les opérations sur l'abdomen? — Telle est la question portée par M. Faure devant ses collègues. Dans de récentes publications allemandes, on a proposé de faire lever les laparotomisés dès le second ou troisième jour après l'opération. Sans tomber dans cette exagération, M. Faure fait lever ses laparotomisées bien plus tôt qu'autrefois. Par exemple, il fait lever une malade qui a subi l'hystérectomie abdominale huit ou dix jours après l'opération. M. Témoin (de Bourges) procède de la même façon. Une fois la réunion par première intention obtenue, que risque-t-on? La santé générale s'en trouve mieux. En outre, le même service pourra ainsi recevoir beaucoup plus de malades. Pourquoi donc tant de chirurgiens respectent-ils encore le chiffre fatidique de vingt et un jours?

M. Segond ne semble pas autrement enthousiaste du traitement ambulatoire des laparotomies. Il a vu, en effet, que certains chirurgiens faisaient lever leurs malades le troisième jour après une hystérectomie vaginale, le lendemain d'une hystérectomie abdominale! Au Congrès de Bruxelles, M. Segond a pratiqué une hystérectomie vaginale dans le service de M. Jacobs; il alla la voir chaque jour et il fut très émotionné en ne la trouvant pas dans son lit le cinquième jour. Mais elle n'était pas morte, elle n'était que levée dans un fauteuil. La prendre dans ses bras puissants et la remettre dans son lit fut l'affaire d'un instant pour M. Segond qui apprit ainsi qu'après une hystérectomie vaginale on faisait lever, à Bruxelles, les malades le cinquième jour.

Sans s'incliner devant le caractère fatidique du nombre sacro-saint de vingt et un jours, M. Segond ne laisse jamais lever ses laparotomisées pour tumeurs abdominales avant vingt jours. Il se peut que M. Faure ait raison, mais M. Segond ne le suivra pas dans cette voie et il redouterait très fort que d'autres chirurgiens le suivissent. Quant à l'argument nosocomial invoqué par M. Faure, il n'y a pas à en tenir compte.

M. Moty a été opéré d'appendicite à cinquante-six ans, par son ami Sieur. Il s'est levé le septième jour, il est rentré chez lui le neuvième jour et a monté, seul, ses quatre étages.

M. Delbet laisse de côté les appendicites à froid, opération tellement bénigne qu'on peut faire lever les malades après cinq ou six jours. Il laisse ses laparotomisées se coucher à droite ou à gauche; mais il ne les laisse pas se lever, ni même s'asseoir sur leur lit avant dix-huit ou vingt jours. Il est convaincu qu'il y a grand intérêt à laisser l'abdomen tranquille après une grosse opération abdominale. Il y a là aussi une question d'avenir pour la cicatrice.

M. Hartmann laisse volontiers ses malades se remuer dans leur lit, mais il ne les fait pas lever avant quinze ou dix-huit jours.

M. Le Dentu depuis très longtemps laisse les opérées du sein se lever très tôt, mais il tient au moins vingt jours au lit ses laparotomisées. Il pense, comme M. Delbet, à l'avenir de la cicatrice.

M. Mauclaire cite le cas d'une cure radicale de hernie; la malade se leva le neuvième jour et succomba subitement à une embolie post-opératoire. Il faut donc compter aussi avec l'embolie.

M. Routier, comme plusieurs de ses collègues, a permis à ses laparotomisées de se remuer dans leur lit, mais elles n'en font rien, parce que cela les fait souffrir.

M. Faure maintient ses conclusions et estime qu'il y a avantage à abréger le séjour des opérés au lit.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 9 mai 1908).

Recherches expérimentales sur les relations entre l'élimination des pigments biliaires, de l'urobiline et de l'urobilinogène chez le lapin. — MM. Brissaud et Bauer ont repris, chez le lapin, les expériences que MM. Gilbert et Herscher ont réalisées chez le chien, afin d'étudier les relations entre l'élimination des pigments biliaires et de l'urobiline.

Après ligature complète et définitive du cholédoque chez le lapin, les pigments biliaires apparaissent dans le sérum sanguin environ huit heures, dans les urines environ onze heures après l'opération; mais, à aucun moment, on ne trouve d'urobiline ou d'urobilinogène ni dans le sérum, ni dans les urines. Dans un cas cependant, on trouve, dans les urines, avec les pigments biliaires, une forte proportion d'urobilinogène. Or ce lapin présente à l'autopsie de très grosses lésions hépatiques (infiltration purulente et dégénérescence partielle du lobe droit).

Ces premières observations semblaient favorables à la théorie d'après laquelle l'urobiline est le pigment du foie malade; mais la recherche de l'urobilinogène étant restée négative dans le sérum du seul lapin, dont les urines donnaient une belle fluorescence tardive par le procédé de Riva, on n'était pas en droit d'adopter sans grande réserve la théorie de l'origine hépatique de l'urobiline.

Or, ainsi qu'il sera démontré dans une prochaine communication, les recherches poursuivies chez des lapins dont le cholédoque est lié soit incomplètement, soit temporairement, plaident nettement en faveur de la théorie de l'origine rénale de l'urobiline.

Sur la destruction de la toxine tétanique dans l'intestin. Propriétés antitoxiques du suc pancréatique activé. — M. H. Vincent. Si on introduit directement dans le duodénum ou dans une anse de l'intestin grêle d'un cobaye, une dose considérable de toxine tétanique, si on suture l'animal et qu'on le maintienne dans une atmosphère chaude pendant une à deux heures, il devient impossible, au bout de ce temps, de retrouver la moindre trace de toxine chez les animaux sacrifiés. L'injection à la souris de doses massives du filtrat de macération soit de l'intestin, soit de son contenu, est absolument inoffensive.

La disparition de la toxine résulte à la fois de l'influence

antitoxique de la bile, et aussi des sécrétions du pancréas et de l'intestin.

In vitro, le suc pancréatique seul et le suc entérique seul n'ont qu'une faible action sur la toxine. Mais un centimètre cube de leur mélange, avec ou sans addition de bile, annihile parfois jusqu'à 500 doses mortelles de toxine en trente minutes, à 38 degrés.

La disparition de la toxine sous l'influence du suc pancréatique activé par l'entérokinase paraît résulter d'un véritable phénomène de digestion. En effet le chauffage du suc pancréatique ou de son mélange avec le suc entérique, lui enlève son pouvoir antitoxique en même temps que son activité digestive.

D'autre part, le chlorure de calcium, qui active le suc pancréatique au point de vue de ses propriétés digestives (Delezenne) lui communique, ainsi que l'auteur l'a vu, un pouvoir antitoxique; le même sel n'agit plus sur le suc pancréatique chauffé.

L'immunité digestive pour la toxine tétanique et vraisemblablement pour les autres poisons microbiens s'explique donc par le pouvoir antitoxique ou destructif énergique que possèdent les sécrétions physiologiques de l'estomac, de l'intestin grêle, du foie et du pancréas, et même du gros intestin.

Culture « in vitro » des globulins humains. — MM. Jules Courmont et Ch. André cultivent depuis dix-huit mois les globulins de l'homme (hématoblastes) en plasma formolé. Il suffit de recueillir directement le sang dans de l'eau formolée et de conserver le plasma, après centrifugation, dans des tubes cachetés. Au bout de quinze jours à trois semaines le plasma contient une quantité invraisemblable de globulins. Ce sont des fuseaux avec un cil à chaque extrémité. La culture reste vivante pendant plus d'un an. Le repiquage en sérum ne réussit pas. Cependant le sérum humain et de singe conserve vivants les globulins pendant un an.

Les globulins sont donc bien des corps spéciaux, vivants, distincts des globules rouges et blancs. On peut les cultiver *in vitro*.

Cette communication soulève un certain nombre d'objections. M. Lapicque se demande si la solution formolée employée par les auteurs (20 p. 100) n'est pas trop concentrée, et si, par suite, elle est susceptible de conserver intacts des éléments aussi fragiles que les globulins. Pour M. Achard, l'addition, au sérum, de solutions formolées fortes a pour seul résultat de coaguler ce dernier. M. Mayer fait une observation analogue. M. Vaquez critique le mot *culture* qui lui paraît impropre, les globulins n'ayant pu être « repiqués », et regrette de ne pas savoir ce que, dans un sang ainsi traité, deviennent les hématies et les leucocytes. Bref, la majorité décide de *formoler*... pardon, de formuler quelques critiques à propos de cet intéressant travail.

Diagnostic du cancer. — M. Doyen. Les résultats obtenus par MM. Wassermann et Levaditi pour le diagnostic de la syphilis par la méthode de la fixation du complément l'ont engagé à étudier la même réaction dans le cancer. La technique délicate de cette expérience lui a été enseignée par M. Levaditi. Employer de 2 à 5 décigrammes du sérum à examiner, après chauffage à 56 degrés. Mélanger à ce sérum de 1 à 4 décigrammes d'extrait de poudre de micrococcus neoformans à 1 p. 1 000 ou d'extrait de poudre de tumeur cancéreuse à 1 p. 40 et 5 décigrammes de sérum de cobaye sain. Après une heure et demie de séjour à l'étuve à 38 degrés, ajouter 1 centimètre cube d'une émulsion à 1/30 d'hématies de mouton lavées et centrifugées et 1 décigramme d'une dilution titrée d'ambocepteur de lapin.

Des expériences comparatives faites avec de l'extrait de poudre de staphylocoque, de sarcines et de bacille virgule de Koch ont démontré la spécificité de la réaction avec la poudre de tumeur et de micrococcus neoformans.

L'auteur a étudié 90 sérums qui se subdivisent ainsi :

1° 42 cas de cancer, comprenant 15 cancers du sein, 8 cancers de l'utérus, 5 cancers de l'estomac, 3 cancers du rectum, 2 cancers du larynx, 2 cancers de la langue et du pharynx, 2 tumeurs malignes de l'aisselle, 3 sarcomes du dos et de l'aîne, 2 ostéosarcomes ;

2° 10 cas de néoplasmes variés : 1 lymphadénome du cou, 2 adénomes du sein, 1 mammite suspecte, 1 cas de lipomes multiples, 3 fibromyomes de l'utérus, 2 kystes de l'ovaire;

3° 28 sérums d'affections variées : 6 appendicites, 6 salpingites et prolapsus, 1 mastoïdite, 1 hernie, 2 brûlures, 1 panaris, 2 lésions traumatiques, 1 craniectomie, 1 cirrhose atrophique, 2 tuberculoses articulaires, 3 fistules anales.

Voici les résultats de ces expériences :

1° Le sérum des cancéreux possède une action spécifique sur la poudre de tumeur cancéreuse ou de micrococcus neoformans;

2° Sur les 42 sérums cancéreux examinés, 3 seulement ont donné une réaction douteuse : 1 cancer du larynx chez un syphilitique traité au mercure, 2 cancers de l'estomac et de l'utérus chez des malades très affaiblis ;

3° Sur les 10 néoplasies variées : 1 lymphadénome, 1 adénome du sein, 2 fibromyomes et 1 kyste de l'ovaire ont donné une réaction positive, 1 cas de mammite suspecte, 1 cas de lipome, 1 adénome du sein, 1 fibromyome et 1 kyste de l'ovaire, une réaction douteuse ou négative ;

4° Sur les 28 sérums d'affections variées examinés à titre de contrôle, 3 sérums empêchaient l'hémolyse dans les tubes témoins. Ces sérums étaient des sérums d'alcooliques invétérés, dont 1 cas de cirrhose atrophique, 2 autres sérums ont donné une réaction irrégulière;

5° Le sérum des chevaux vaccinés avec les cultures de micrococcus neoformans donne, en présence de l'extrait de ce microbe et de l'extrait de tumeur, les mêmes résultats de fixation de complément que le sérum de cancéreux;

6° Tous les sérums qui ont une action élective sur l'extrait de poudre de tumeur ont la même action élective sur la poudre de micrococcus neoformans ou sur les cultures fraîches du même microbe et les agglutinent à une dilution qui peut varier entre 1/10 et 1/100 ;

7° Les mêmes sérums, qui ne possèdent aucune action élective sur les extraits des autres microbes expérimentés, n'exercent aucune action agglutinante sur les cultures fraîches de ces microbes;

8° L'indice opsonique des sérums cancéreux non chauffés à 58 degrés par rapport au micrococcus neoformans s'écarte presque toujours très sensiblement de la normale, établie d'après des sérums non cancéreux.

En résumé : 1° Le sérum des cancéreux contient des corps spécifiques;

2° Les substances spécifiques du sérum des cancéreux possèdent une action élective sur l'extrait de poudre de tumeur et de micrococcus neoformans et sur les cultures jeunes de ce microbe, de manière à produire soit la fixation du complément, soit l'agglutination;

3° Le diagnostic des cas de cancer profond peut être précisé dans la plupart des cas par la combinaison de trois expériences : 1° la fixation du complément; 2° l'agglutination ; la détermination de l'indice opsonique.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE [1]

Coma. — Le coma est l'aboutissant commun de tous les phénomènes urémiques (Lecorché et Talamon). Il a parfois un début brutal (forme foudroyante de Fournier, forme apoplectique de Raymond); mais le coma, même dans ces cas, avait été précédé de céphalée, vertiges, troubles de la vue. Chez d'autres malades, le coma succède à des crises convulsives, il peut encore survenir lentement, précédé d'accidents dyspnéiques ou gastro-intestinaux. Quelquefois le coma urémique est incomplet; le malade se réveille avec peine, mais il est possible de le faire sortir de son engourdissement à

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 50, p. 598, et n° 53, p. 634.

l'aide d'excitations plus ou moins vives; ce coma incomplet comparable à la stupeur à demi consciente de l'ivresse, s'observe après les attaques éclamptiques, il peut alors être transitoire et le pronostic n'est pas fatal. Dans le coma complet, les membres sont dans la résolution musculaire, l'intelligence et la sensibilité sont absolument abolies; la face est pâle, les pupilles contractées. La respiration ralentie présente souvent le rythme de Cheyne-Stokes; la température est généralement abaissée, l'anurie est à peu près complète. La marche du coma est continue et progressive; à part les cas foudroyants ou apoplectiques, la mort n'arrive généralement qu'après plusieurs jours, parfois précédée de quelques mouvements convulsifs ou d'un peu de délire tranquille; on peut observer des rémissions, mais la forme de coma complet est presque toujours, sinon toujours mortelle.

Paralysies. — On admettait autrefois qu'une particularité propre au coma urémique était l'absence de paralysies (Lasègue). Il est aujourd'hui démontré, qu'abstraction faite de l'hémorragie cérébrale dont la fréquence dans la néphrite interstitielle est bien connue, l'urémie peut déterminer des paralysies motrices localisées. Les paralysies urémiques ont le plus souvent l'aspect d'une hémiplégie complète ou incomplète, flasque, généralement variable, c'est-à-dire s'atténuant, disparaissant puis reparaissant; cette hémiplégie peut être accompagnée d'hémianesthésie partielle ou totale. On observe quelquefois avec l'hémiplégie l'*aphasie* motrice généralement incomplète, variable d'un moment à l'autre et transitoire; on a signalé quelques cas d'aphasie sensorielle. Enfin, pour compléter l'assimilation avec les paralysies par lésions en foyer de l'encéphale, il faut ajouter que ces paralysies urémiques sont parfois associées à la déviation conjuguée de la tête et des yeux, et que la température peut s'élever pour atteindre 40 et 41 degrés pendant les dernières heures. La mort est la conséquence habituelle de ces attaques de coma avec paralysie.

Urémie respiratoire. — Les accidents aigus d'urémie respiratoire sont moins fréquents que les accidents nerveux. On peut observer des crises de *dyspnée suffocante* qui affectent deux formes principales. Dans un premier type mis en relief par Fournier, le malade est pris subitement d'un grand accès d'orthopnée avec angoisse et suffocation parfois si complète que le malade peut mourir dès le premier accès. Dans une autre forme, la dyspnée prend un caractère laryngé, s'accompagne de raucité de la voix, d'inspiration sifflante et prolongée, de tirage sus et sous-sternal; le spasme de la glotte peut nécessiter la trachéotomie. Ces deux formes sont susceptibles de guérir, mais cependant elles sont toujours très graves, en raison des accidents brusques qu'elles peuvent entraîner (Castaigne).

L'urémique peut encore mourir d'*œdème aigu du poumon*; il est pris brusquement de dyspnée, de cyanose, avec expectoration massive et écumeuse de sérosité albumineuse et parfois rosée; on entend à l'auscultation des râles crépitants d'abord aux bases, puis ces râles gagnent peu à peu les parties les plus élevées du poumon; la mort survient rapidement par asphyxie mécanique, le malade est étouffé par l'obstruction bronchique. Il existe une forme foudroyante qui tue en quelques minutes.

Signalons enfin, à propos des accidents respiratoires dans l'urémie aiguë, que la dyspnée à rythme de Cheyne-Stokes est fréquemment associée au coma urémique.

Quant aux accidents gastro-intestinaux, ils ne font pas partie du tableau clinique de l'urémie aiguë, sauf dans l'urémie par anurie calculeuse.

Formes étiologiques. — Ces formes cliniques de l'urémie dépendent en partie de l'étiologie, c'est-à-dire que telle forme est plus particulièrement fréquente dans les néphrites aiguës ou les néphrites chroniques. Ainsi l'urémie de la néphrite scarlatineuse chez l'enfant se révèle le plus souvent par des convulsions et des accidents éclamptiques; les jeunes femmes ont aussi surtout des accidents éclamptiques. Les néphrites atrophiques donnent lieu à l'urémie lente et se terminent très souvent par le coma.

Les pyélo-néphrites des vieux urinaires, la compression de l'uretère par un cancer de l'utérus conduisent aux accidents gastro-intestinaux chroniques.

L'urémie par *anurie calculeuse* a une allure assez spéciale. Pendant quelques jours, période de tolérance, le malade reste sans uriner tout en ne présentant aucun autre symptôme morbide.

Vers le quatrième ou cinquième jour, période intermédiaire, apparaissent quelques signes prémonitoires de l'urémie : lassitude générale et insomnie, dégoût pour les aliments, nausées, météorisme. A la période urémique, deux signes sont constants : le rétrécissement des pupilles et les tressaillements dans les muscles; puis les phénomènes gastro-intestinaux s'accentuent : météorisme et constipation opiniâtre, vomissements incoercibles, soif vive, hoquet convulsif. La mort survient rapidement, mais n'est en général précédée ni de convulsions, ni de troubles intellectuels.

Diagnostic et pronostic. — Chaque forme d'urémie entraîne des discussions de diagnostic différentiel qu'il est impossible d'énumérer. Mais, dans tous les cas, l'examen complet du malade permet de retrouver quelques symptômes communs à toutes les formes d'urémie, quelques signes révélateurs.

Etat des urines. — Le taux des urines est abaissé; l'*oligurie* est absolue (néphrite scarlatineuse) ou relative (néphrite interstitielle).

L'*hypoazoturie* a une grande importance (Chauffard). Les autres modifications de l'urine (hématurie, cylindrurie, albuminurie) sont révélatrices de la lésion rénale bien plus que de l'auto-intoxication. Dans certaines formes, on peut explorer la fonction rénale par les diverses méthodes de la cryoscopie, du bleu de méthylène, de la toxicité urinaire.

Syndrome thermique. — L'urémie, quelle que soit sa forme, donne lieu à un abaissement progressif et considérable de la température centrale; cet abaissement s'accuse de plus en plus à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale (Bourneville). Si l'*hypothermie* est en effet la règle dans l'urémie, il faut se rappeler que la formule de Bourneville est trop absolue; il y a des urémies fébriles, en particulier dans les néphrites aiguës; c'est aussi le cas de toute urémie convulsive.

Syndrome cardio-artériel. — La bradycardie est quelquefois un symptôme révélateur de l'urémie; mais elle n'est pas constante.

Le *bruit de galop* avec hypertrophie du cœur gauche, l'*hypertension artérielle* mettent bien souvent sur la voie du diagnostic d'urémie.

Phénomènes oculo-pupillaires. — L'amblyopie, l'amaurose ont déjà été signalées. Bouchard a insisté sur le *myosis* comme signe de l'intoxication urémique.

Phénomènes cutanés. — Quelques auteurs ont observé dans l'urémie des cristallisations d'urée à la surface de la peau. Les démangeaisons sont fréquentes dans l'urémie chronique (prurit urémique). On a signalé l'urticaire et l'érythème papuleux urémique.

Expiration ammoniacale. — Frerichs a fait connaître ce signe qu'il considérait comme propre à l'urémie; un papier rouge de tournesol approché de la bouche du malade devient rapidement bleu. Ce symptôme n'est pas constant et se produit aussi chez des malades non urémiques.

De tous ces signes révélateurs de l'urémie, aucun n'est pathognomonique, et le diagnostic de l'urémie repose presque complètement sur le diagnostic de la maladie causale (Merklen). On fera surtout le diagnostic d'urémie en recherchant dans les antécédents du malade, dans l'examen clinique et l'analyse des urines les symptômes d'une lésion rénale.

Le *pronostic* des accidents urémiques dépend surtout de leur cause. Mais il dépend aussi dans une certaine mesure de leur forme clinique. L'urémie aiguë est d'un pronostic moins sombre que l'urémie chronique; la première guérit souvent, surtout quand elle est traitée énergiquement par une saignée abondante; la seconde, malgré des rémissions prolongées, aboutit toujours à la mort. Cependant le *traitement* (hygiène, régime) peut retarder l'apparition des accidents terminaux.

Bibliographie. — *Traité et Manuel de médecine.* — Castaigne. *Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales.* — Merklen. *Dict. encycl. des sciences médicales.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS, — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admission.* — Séance du 15 mai : MM. Hallé, 20; Decloux, 19.

Prochaine séance, vendredi 22 mai, à neuf heures du matin, à la Charité.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mai : MM. Chevassu, 19; Piquand, 14.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été affectés :

Médecin-major de première classe. — M. Sturel, nommé médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Châlons-sur-Marne.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Ulliel, passe au 70e d'inf.; Dupuy, à la légion de la garde républicaine; Blot, maintenu au 79e d'inf.; Moulin, au 150e d'inf.; Tranchant, passe au 16e dragons.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Mercier, passe au 35e d'inf.; Anglade, au 45e d'inf.; Joubert, au 115e d'inf.

LA LIMITATION DU DROIT DES MÉDECINS DANS LA RÉDACTION DES CERTIFICATS MÉDICAUX. — La Cour de cassation vient de rendre un arrêt intéressant en ce qu'il fixe la responsabilité des médecins qui délivrent le certificat exigé pour l'internement d'une personne dans un établissement d'aliénés.

Un médecin, dans le certificat joint à la demande d'internement, après les appréciations relatives à la personne qu'il s'agissait de faire interner, avait ajouté : « Parmi les collatéraux on trouve un frère dégénéré, type de persécuté-persécuteur, et une sœur peu intelligente. Un fils du premier lit présente aussi des signes de dégénération mentale. »

Les personnes ainsi visées apprécièrent médiocrement la peu flatteuse opinion que le médecin avait exprimée sur leur état mental, et intentèrent contre ce dernier une action en dommages-intérêts.

L'affaire est venue, hier, devant la Cour de cassation, sur le pourvoi du médecin. Le pourvoi soutenait notamment qu'un médecin ne pouvait être considéré comme en faute pour avoir mis dans un certificat médical telles indications qu'il avait jugé utile d'y insérer dans l'intérêt du malade.

La chambre des requêtes, présidée par M. Tanon, a, ainsi que le lui demandèrent le conseiller rapporteur Loubers et l'avocat général Lombard, rejeté le pourvoi.

Son arrêt, dont on ne saurait méconnaître la portée, décide que l'homme de l'art n'a pas, pour la rédaction du certificat relatif à l'internement d'une personne aliénée, une latitude absolue, spécialement en ce qui concerne la désignation des tiers dont l'état mental n'est pas en question et que certaines appréciations introduites à leur égard dans un certificat qui n'a d'autre but que de justifier la demande d'internement, peuvent revêtir un caractère abusif et devenir ainsi pour eux le principe d'une action en réparation.

L'arrêt conclut que le médecin a été à bon droit condamné à des dommages-intérêts envers les tiers, à raison des appréciations qu'il avait portées sur leur compte et qui présentaient, précisément, un caractère abusif. (*Le Temps.*)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-neuvième semaine, 995 décès, au lieu de 1 110 pendant la semaine précédente et de 950, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 24 décès, au lieu de 29 pendant la semaine précédente (moyenne 14). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 399 au lieu de 484 précédemment et au lieu de 282.

La scarlatine a causé 9 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 350; il s'élevait à 260 pendant la semaine précédente (moyenne 150).

EXCURSION ARCHÉOLOGIQUE A CHARTRES dirigée par M. Eug. Lefèvre-Pontalis, président de la Société française d'archéologie le 4 juin 1908 : la cathédrale, les vieilles maisons, l'église Saint-Père, les greniers de Lœns.

S'adresser à M. Heuzé, secrétaire de la Société, 16, rue Cartault, à Puteaux.

Précis des maladies du cœur et de l'aorte, par Louis GALLAVARDIN. In-18 colombier, cartonné toile, de 900 pages, avec 203 figures, dont une partie en couleurs, dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel des maladies de l'œil, par Ch. MAY, traduit et annoté d'après la 4e édition, par le docteur P. BOUIN, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger. In-16 de 428 pages avec 360 figures, y compris 21 planches avec 60 figures en couleurs. — Prix : cart., 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

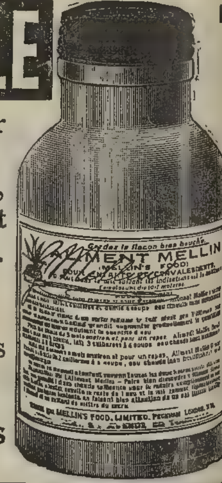
AFFECTIONS CARDIAQUES

CONVALLARIA MAIALIS

LANGLEBERT

SIROP : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
PILULES : 6 par jour.
GRANULES de CONVALLAMARINE : 4 par jour.

LA MORTALITÉ INFANTILE



Diminue considérablement par l'emploi régulier de l'**ALIMENT MELLIN** granulé, phosphaté, soluble, le **meilleur pour les enfants.** L'unique aliment ne contenant pas l'amidon des farines alimentaires.

40 Années de Succès
Recommandé par tous les Médecins

FLACONS A 1 fr. 50 ET 2 fr. 50. FRANCO GARE 0 fr. 60 EN PLUS
Toutes Pharmacies et grandes Maisons d'Epicerie.

Dépôt pour la France :
SCOTT & Cie, 4, rue Chauveau-Lagarde, 4, PARIS
Echantillons gratuits envoyés sur demande à MM. les Docteurs

Sérum Antituberculeux

du Dr VIGUIER de MAILLANE

9, rue Massillon, Nîmes et Phies.

BIOLACTYL

FERMENT lactique FOURNIER

Culture liquide : en boîte de 10 flacons.
Culture sèche : en flacons de 60 comprimés.

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRITES
APPENDICITES
DIARRHÉES INFECTIEUSES (adultes et enfants)
DYSENTERIE
DERMATOSES

FOURNISSEURS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Téléph. 824-30. — LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES, 26, boulev. de l'Hôpital, PARIS.

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE
STROPHANTUS
2 à 4 par jour produisent une **diurese rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
Exiger la Signature CATILLON, Prix de l'Académie.
MÉDAILLE D'OR, 1900, Paris, 3, Boulᵈ St-Martin.



CONVULSINE du Docteur WEIL

EPILEPSIE
CONVULSIONS
MALADIES NERVEUSES

Traitement rationnel. Action rapide

« **Cette préparation, introduite dans la thérapeutique depuis 10 ans, y a conquis une place prépondérante comme un excellent remède contre toutes les formes de l'Epilepsie, la danse de Saint-Guy et d'autres affections nerveuses.** »
(Dr L. M. BRODSKY. *Revue bienn. d. Méd. d. R.*)
Echantillons gratis sur demande.
POISSON, Pharmacien.
Dépôt gal : A. KRAUS, 37, r. Godot-de-Mauroi, Paris.

SÉDATION IMMÉDIATE DE LA TOUX

SIROP DU Dr BOUSQUET

Titré à 0,01 de **DIONINE-MERCK** et II gouttes de **Bromoforme** par cuillerée à bouche.
DOSE QUOTIDIENNE : 4 à 8 cuillerées à potage pour les Adultes.
Pharmacie du Dr BOUSQUET, 63, Rue La Boétie, PARIS (8e).

Pilules de Quassine Frémint

0 gr. 02 de Quassine amorphe titrée et Extraits amers. 1 ou 2 avant chaque repas, contre :
Dyspepsie, Anorexie, Calculs, Constipation rebelle
83, RUE DE RENNES, PARIS — 3 FR. LE FLACON

ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour
L'APIOL des DOCTrs JORET & HOMOLLE
RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION
PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ
Approuvées par l'Académie de Médecine
Le FER le PLUS ASSIMILABLE
Contre *ANÉMIE, CHLOROSE*, etc.
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.
LABÉLONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'IDIOTIE AMAUROTIQUE FAMILIALE

Par MM. L. BABONNEIX et M. BRELET.

Les travaux de Bourneville et Séglas, Fouque, Riva, Trénel, ont établi l'existence d'*idioties familiales*, frappant la plupart des enfants d'une même famille, apparaissant chez tous à la même époque et présentant les mêmes signes comme la même évolution. De ces idioties familiales, qu'il faut rattacher, sans doute, à l'insuffisance fonctionnelle de certains territoires nerveux, la plus importante est l'idiotie amaurotique familiale, dont voici les principaux caractères : un enfant, normal à la naissance, présente, dans le cours de la première année, des troubles psychiques qui aboutissent à l'idiotie, en même temps survient une diminution progressive de la vue et, finalement, l'amaurose est complète; ces troubles oculaires sont liés à une lésion spéciale de la macula et à l'atrophie du nerf optique; le petit malade a de la faiblesse dans les membres, de la parésie, d'abord flasque, puis souvent spasmodique; il tombe dans le marasme et meurt vers la deuxième année; l'affection, observée presque exclusivement dans la race juive, a un caractère familial.

Cette maladie a été, pour la première fois, signalée par Warren-Tay. C'est en 1881, que cet auteur décrivit une lésion particulière du fond de l'œil chez des enfants atteints d'idiotie à caractère familial; en 1884, il publia de nouvelles observations, puis des cas analogues furent étudiés en Allemagne et en Amérique. Mais il faut arriver aux travaux de Sachs pour trouver une description clinique complète et un examen des lésions anatomiques propres à cette affection nouvellement connue à laquelle Sachs donna le nom d'idiotie amaurotique familiale. C'est la maladie de Warren Tay-Sachs qui ne fut guère connue en France avant 1906; les principaux travaux étrangers s'y rapportant avaient été cependant analysés çà et là. Chaslin en faisait une rapide description dans l'article Idiotie du *Traité des maladies de l'enfance*; Londe, dans le *Traité de médecine*, et Bourneville, dans le *Traité de médecine et de thérapeutique*, lui consacraient quelques lignes. Une revue générale de Sarvonat (février 1906) et la thèse de Provotelle (juillet 1906) furent les premiers travaux importants qui attirèrent l'attention sur l'idiotie amaurotique familiale, dont aucun cas n'avait d'ailleurs été signalé en France.

MM. Apert et Dubois ont récemment communiqué à la Société de pédiatrie la première observation française, et M. Apert a publié, dans la *Semaine médicale*, une étude très documentée sur cette curieuse affection. Il nous a paru utile, sans apporter d'observation nouvelle, de contribuer à vulgariser la connaissance de cette maladie, car il est bien certain qu'on pourra, lorsqu'on saura mieux la diagnostiquer, en trouver quelques cas en France, à Paris surtout, où les juifs polonais et russes sont assez nombreux. En interrogeant les parents de l'enfant qu'ils ont présentée à la Société de pédiatrie, MM. Apert et Dubois ont déjà fait le diagnostic rétrospectif de maladie de Tay-Sachs chez un autre enfant de la même famille qui avait été examiné dans plusieurs hôpitaux et était mort à l'hôpital des Enfants-Malades en 1905, sans que le diagnostic exact ait été fait.

I

Etiologie. — L'idiotie amaurotiqne familiale est une affection rare, toutes réserves faites sur les cas qui ont pu être jusqu'ici méconnus. Actuellement, le nombre des observations publiées ne dépasse pas cent. Deux conditions étiologiques sont bien établies : la prédisposition de la race juive et le caractère familial. *Presque tous les petits malades sont israélites et la plupart juifs polonais.* C'est donc une maladie de race; où qu'on l'observe, en Amérique, en Italie (Marina), en France (Apert et Dubois), elle atteint surtout des enfants juifs. D'après une statistique d'Heveroch, sur 86 cas, 61 ont été observés chez des israélites, 7 chez des chrétiens; dans 17 cas, la race n'était pas indiquée.

Le *caractère familial* a été noté par les premiers auteurs qui ont décrit l'idiotie amaurotique et a été souvent retrouvé depuis. Les observations de Tay concernent trois frères; dans une famille de sept enfants examinée par Kingdon, cinq furent atteints. Falkenheim a donné la généalogie d'une famille dans laquelle, à trois générations, huit enfants succombèrent à la maladie.

En dehors de ces deux caractères, on ne connaît rien de précis sur l'étiologie. Le sexe n'a pas grande importance; les observations de petites filles sont toutefois un peu plus nombreuses que celles des petits garçons. Les enfants appartiennent pour la plupart à des familles pauvres (Klozenberg) souvent émigrées : juifs polonais habitant l'Amérique, l'Angleterre, l'Allemagne. Peut-être la transplantation a-t-elle un rôle pathogène (Apert). La consanguinité des parents a été plusieurs fois signalée, ce qui ne surprend pas, puisque les mariages consanguins sont particulièrement fréquents chez les israélites. Mais la consanguinité n'est plus considérée aujourd'hui comme ayant par elle-même une influence nocive; elle agit seulement en doublant pour l'enfant la malchance d'appartenir à une famille où existent des tares névropathiques.

L'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose des ascendants ne paraissent avoir aucune influence. Les démences, les psychoses chez divers membres de la famille sont quelquefois notées.

Dans certains cas, la mère de l'enfant avait été malade pendant la grossesse, avait subi quelque traumatisme physique ou psychique (Sachs); mais cette prétendue cause ne s'accorde guère avec le caractère familial de la maladie. Quelquefois les parents racontent que le début de l'affection est survenu peu après une chute de l'enfant (Koplik); la relation entre le traumatisme et l'idiotie amaurotique n'est pas établie.

D'après Hirsch, l'allaitement maternel aurait une influence fâcheuse sur le développement de la maladie de Tay-Sachs; dans le sang de la mère circulerait une toxine qui passe dans le lait et est absorbée par l'enfant. Ce n'est qu'une hypothèse; d'ailleurs Higier fait remarquer que l'affection suit son cours, même après que l'enfant a été éloigné du sein maternel, et, d'autre part, des enfants examinés par Sachs n'étaient pas nourris par leur mère.

II

Symptomes. — La maladie *débute quelques mois après la naissance*, chez un enfant habituellement né à terme et s'étant bien développé jusqu'alors. Il est difficile de préciser la date exacte du début, l'arrêt de développement psychique d'un tout jeune nourrisson pouvant ne pas être remarqué pendant quelque temps. Dans certaines observations, l'apathie se manifeste dès l'âge de deux ou trois mois; le plus souvent, c'est vers six mois que les parents constatent un état anormal. Certains enfants n'ont paru atteints qu'à dix ou douze mois (Mohr). Enfin on a décrit récemment comme appartenant à l'idiotie amaurotique familiale des cas qui débutent dans la seconde enfance, à quatre ans (Higier), à six ans (Spielmeyer); c'est la *forme juvénile* ou *démence amaurotique familiale*. Mais plusieurs auteurs, parmi lesquels Vogt, considèrent que ces cas n'appartiennent pas à la maladie de Tay-Sachs, car on n'y observe pas l'aspect de la macula qui, comme nous le verrons, est caractéristique de l'idiotie amaurotique familiale.

Le premier symptôme qui attire l'attention est *l'arrêt du développement intellectuel*. Apathique, ne s'intéressant pas à ce qui l'entoure, l'enfant ne reconnaît plus ses parents; la physionomie est morne, sans expression, le regard vague; les yeux se tournent de côté et d'autre, mais sans se fixer. Le petit malade ne pourra pas apprendre à parler, et plus tard, à la période d'état de la maladie, ce sera un *idiot* complet.

Les *troubles moteurs* consistent, au début, en une faiblesse musculaire progressive plutôt qu'en une véritable paralysie. L'enfant est immobile dans son lit, incapable de se tenir assis et de changer la position qu'on lui donne; il ne peut redresser la tête qui devient ballante; il laisse tomber les objets qu'on lui met dans la main; aux membres inférieurs, la faiblesse musculaire est aussi grande. Si les mouvements volontaires sont supprimés, il n'y a pas cependant de paralysie complète, car les excitations cutanées provoquent des mouvements des membres. On voit aussi quelquefois l'enfant faire spontanément des mouvements assez nombreux, mais ayant un caractère automatique et ne semblant pas avoir un but conscient (Sterling); ce sont des mouvements de flexion et d'extension des membres, de rotation de la tête, des mouvements de succion très rapides et rythmiques (Sterling).

Plus tard, la faiblesse musculaire augmente; on constate alors une *paralysie flasque* des quatre membres et de tous les muscles; les muscles de la nuque peuvent même s'atrophier (Kingdon et Russell).

L'état des *réflexes* tendineux et cutanés n'est noté que dans un petit nombre d'observations; il paraît être *assez variable*; il faut d'ailleurs se rappeler que, chez les très jeunes enfants, même à l'état normal, la recherche des réflexes est très difficile et les résultats souvent incertains. Dans un cas très minutieusement étudié par Sterling, les réflexes tendineux (patellaire et tendon d'Achille) étaient normaux, ainsi que les réflexes cutanés abdominal et crémastérien; on constatait l'extension des orteils (signe de Babinski) et la flexion du gros orteil à la suite de l'excitation de la partie inférieure de la jambe (réflexe d'Oppenheim); en excitant la peau de la paume de la main, on déterminait une extension de tous les doigts, phénomène analogue au signe de Babinski. Dans l'observation de MM. Apert et Dubois, les réflexes tendineux et cutanés étaient abolis.

Les *réactions électriques* ont été peu étudiées; Koplik signale seulement, dans un cas, le retard de la contraction aux courants faradiques.

En même temps que l'arrêt de développement intellectuel et la paralysie flasque, survient une *diminution progressive de la vue*; il est assez difficile de s'en rendre compte chez un tout jeune enfant; cependant on constate que les yeux ne suivent pas les objets que l'on déplace devant le petit malade et ne convergent pas vers un objet lumineux. A l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil, on remarque deux lésions; l'une est caractéristique de la maladie, c'est la lésion de la macula; l'autre est l'atrophie des nerfs optiques. La *lésion de la macula* est habituellement la première en date et elle doit être considérée comme constante; Sachs fait toutefois remarquer qu'on a vu des cas où l'aspect pathognomonique de la macula n'apparut que tardivement, où l'atrophie du nerf optique fut le premier signe (Koller et Higier); mais il semble bien que la présence de cette lésion est nécessaire pour qu'on soit autorisé à faire le diagnostic de maladie de Tay-Sachs. La région maculaire présente une tache blanche avec un point rouge central. La tache blanche ou blanc bleuâtre est circulaire, ou ovale à grand axe horizontal; son étendue, d'abord légèrement supérieure à celle de la papille, devient peu à peu deux ou trois fois plus grande; ses contours se continuent insensiblement avec la couleur des régions voisines du fond de l'œil; dans d'autres cas, la tache est limitée par une zone étroite de dégradation rapide, de sorte que le contour en est assez net (Dupuy-Dutemps). Il n'y a en cette région aucune saillie appréciable. Au centre de la zone décolorée blanche, tranche vivement une tache arrondie, très petite, punctiforme, de couleur rouge cerise correspondant au fond de la fovea. Ces lésions sont exactement symétriques. Quelques mois plus tard, le *nerf optique s'atrophie* et on constate les signes ophtalmoscopiques habituels de cette atrophie. L'enfant est alors complètement aveugle; les pupilles, dilatées et immobiles, ne réagissent plus à la lumière. Il existe parfois quelques autres symptômes oculaires, mais beaucoup moins importants; le nystagmus, le strabisme ont été signalés; Sterling a vu une contracture du muscle orbiculaire de l'œil ou un ptosis paralytique; la peau de la paupière était froncée, on n'arrivait que difficilement à

ouvrir l'œil; quand cependant on y était parvenu, on constatait des mouvements du globe de l'œil qui se portait en dehors et en haut.

L'*hyperacousie* est notée dans un grand nombre d'observations; au moindre bruit, l'enfant réagit d'une façon excessive. D'après Falkenheim, c'est une exagération d'un réflexe plutôt qu'une véritable hyperacousie; les sons et les bruits ne semblent pas attirer vraiment l'attention du petit malade mais provoquent chez lui l'effroi; par contre, Sachs a constaté deux fois la diminution de l'ouïe.

Ainsi donc, l'enfant est idiot, aveugle et paralysé. Puis voici qu'à la paralysie flasque succède peu à peu un *état spasmodique*. Quelquefois cet état spasmodique ne survient que par intervalles, provoqué par des excitations périphériques. Quand on remue l'enfant, quand on soulève les membres, il se raidit; quand on l'excite par un bruit quelconque, il porte la tête en arrière, se place en opistothonos et étend les extrémités. Dans d'autres cas, l'état spasmodique est généralisé et continu; il ne s'agit pas de véritables contractures; c'est une simple résistance qui cède aux mouvements doux et lents. Quand l'état spasmodique est continu, les membres se déforment et reproduisent l'attitude des diplégies cérébrales : aux membres supérieurs, rotation du bras en dedans, pronation de l'avant-bras; aux membres inférieurs, flexion de la cuisse et adduction des genoux, extension du pied; le genou peut finir par être en subluxation (Kingdon et Russell). Les réflexes tendineux sont alors habituellement exagérés; on peut trouver une ébauche de clonus du pied. L'enfant présente parfois des crises convulsives partielles ou généralisées; Sterling a observé un cas dans lequel, toutes les demi-heures environ, survenaient des convulsions cloniques des muscles respiratoires, des muscles des joues, du pharynx et du larynx; puis ces convulsions devenaient toniques et s'arrêtaient brusquement avec apnée respiratoire et cyanose et enfin la respiration redevenait normale. De même un petit malade examiné par Kob avait des accès de convulsions toniques et du spasme de la glotte. Dans quelques cas, l'enfant a des explosions de rire subit et spasmodique.

La *ponction lombaire* a été faite par Quackenboss, Kob; le liquide céphalo-rachidien avait ses caractères normaux.

L'enfant reste ainsi idiot et aveugle pendant quelques mois; mais immobilisé par la paralysie, s'alimentant mal, car la déglutition devient parfois difficile, il maigrit, se cachectise et arrive au marasme. Il meurt habituellement vers la fin de la deuxième année, rarement plus tard; cependant un malade de Koller vivait encore à l'âge de huit ans. A l'approche de la mort, les enfants qui n'avaient pas eu de convulsions peuvent en présenter de violentes avec élévation de la température; au contraire, chez les enfants qui avaient eu antérieurement des crises éclamptiques, celles-ci diminuent de fréquence et d'intensité pendant les derniers jours. La terminaison fatale peut être hâtée par quelque affection intercurrente : pneumonie, entérite. Un malade de Patrick succomba après avoir présenté les signes d'une méningite aiguë : vomissements, raideur de la nuque, hyperesthésie, fièvre, l'autopsie ne put malheureusement être faite.

III

Diagnostic. — Le caractère familial et les résultats de l'examen à l'ophtalmoscope rendent le diagnostic assez facile. Encore ne faut-il pas trop compter sur le caractère familial, car on peut avoir à examiner le premier cas de ce qui sera une série familiale.

L'*idiotie congénitale avec cécité* sera facilement reconnue puisque l'enfant est aveugle dès la naissance, tandis que l'idiot amaurotique du type Tay-Sachs ne le devient que progressivement et après un certain nombre de mois. De plus, l'idiot congénital se développe relativement bien et survit longtemps.

Bourneville a décrit une *idiotie avec cécité tardive*, mais dans ces cas la cécité n'apparaît qu'à un âge relativement avancé; idiotie et amaurose ne surviennent pas en même temps.

L'*atrophie papillaire familiale* est due à l'arrêt de développement du faisceau maculaire du nerf optique; elle débute entre vingt et trente ans, frappe presque exclusivement des individus du sexe masculin, ne s'accompagne ni de troubles moteurs ni de troubles intellectuels et ne compromet pas la vie. L'*atrophie essentielle familiale du nerf optique* se caractérise par les mêmes éléments; mais, ici, l'atrophie porte sur tout le nerf optique.

Dans les diverses formes d'*idiotie ordinaire*, le fond de l'œil ne présente aucune lésion. L'*idiotie myxœdémateuse* se reconnaît au facies, à l'aspect pachydermique des mains et des pieds. Dans l'*idiotie hydrocéphalique*, le symptôme qui prédomine est l'augmentation de volume de la tête; il peut arriver, chez l'idiot amaurotique, qu'à la période terminale, l'enfant étant cachectique, l'émaciation du tronc et des membres fasse paraître la tête volumineuse; mais cette augmentation de volume n'est qu'une apparence (Apert).

L'*hérédo-syphilis cérébrale* ne donne pas les lésions de la macula que l'on constate dans la maladie de Tay-Sachs; on trouve habituellement d'autres stigmates de syphilis héréditaire; l'état de l'enfant s'améliore par le traitement spécifique.

La *myatonie congénitale* (maladie d'Oppenheim) est une paralysie avec atonie atteignant les quatre membres ou seulement les membres inférieurs, pouvant gagner le tronc et le cou; les troubles moteurs sont surtout marqués à la racine des membres, les réflexes sont abolis. Mais l'intelligence, les fonctions sensorielles, la sensibilité sont indemnes. Le diagnostic ne devient difficile que lorsque l'enfant myatonique est en même temps atteint d'idiotie avec amaurose congénitale, comme dans un cas de Spiller.

Quelquefois une *tumeur cérébrale* ou un tubercule se traduit par plusieurs des symptômes de la maladie de Tay-Sachs : troubles psychiques, état paralytique et atrophie des nerfs optiques; mais, dans ce cas encore, il n'existe pas de lésions rétiniennes; notons cependant, que dans l'observation de Claiborne, la

macula présentait l'aspect caractéristique décrit par Tay et on trouva à l'autopsie des nodules tuberculeux dans les tubercules quadrijumeaux.

Le diagnostic ophtalmoscopique de l'idiotie amaurotique familiale ne présente aucune difficulté; l'aspect de la région maculaire est absolument caractéristique; il ne pourrait être comparé qu'à celui que présente, pendant quelques jours, l'embolie de l'artère centrale de la rétine; c'est la même teinte blanchâtre avec le point rouge central.

Ce qui complique la question du diagnostic de la maladie de Tay-Sachs, c'est qu'à côté de la forme typique avec lésion maculaire, on a décrit des cas dans lesquels cette lésion ferait défaut. M. Apert les a longuement discutés et nous lui emprunterons les éléments de cette discussion. Quelques observations de Muhlberger, Heveroch, Lukacs et Markbreit, Marina, Massalongo, se rapportent à de très jeunes enfants ayant tous les symptômes de l'idiotie amaurotique familiale, sauf la lésion maculaire, mais atteints à l'âge habituel; on peut alors admettre qu'il s'agit de formes frustes sans lésions du fond de l'œil. D'autres cas sont très différents du type de Tay-Sachs; ce sont ceux qu'on a désignés sous le nom de *forme tardive ou juvénile* de l'idiotie amaurotique familiale. Le début a lieu alors que l'enfant a déjà quatre, six ou même dix et onze ans. Diminution des facultés intellectuelles, paraplégie spasmodique, nystagmus, strabisme, amaurose totale et atrophie des nerfs optiques sont les symptômes de cette affection qu'on doit considérer comme une *diplégie cérébrale familiale* avec amaurose et démence; il n'existe pas de lésion maculaire et l'examen histologique des centres nerveux montre que les lésions ne sont pas les mêmes que dans l'idiotie amaurotique familiale (Spielmeyer, Stock). Ces cas doivent donc être complètement séparés de la maladie de Tay-Sachs.

Enfin certains auteurs ont admis l'existence de rapports étroits entre l'idiotie amaurotique familiale et certaines affections nerveuses à caractère familial. C'est ainsi qu'une observation récente d'Higier concerne quatre enfants, issus de parents consanguins. Les deux premiers sont atteints d'idiotie amaurotique familiale, le troisième, âgé de neuf ans, présente, depuis sa quatrième année, un ensemble de troubles rappelant l'hérédo-ataxie cérébelleuse, le quatrième est un type pur d'idiotie amaurotique familiale. Higier en conclut qu'il existe, entre les maladies nerveuses familiales, des affinités si étroites qu'il est impossible d'établir des types bien déterminés. Vogt arrive aux mêmes conclusions. Frey, de son côté, rapproche l'idiotie amaurotique familiale de la sclérose latérale amyotrophique.

IV

Anatomie pathologique. — Il existe des lésions importantes de la substance grise dans tout le système nerveux central (cerveau et moelle); les nerfs périphériques sont intacts. A l'examen macroscopique, on ne remarque souvent rien d'anormal. Quelquefois, les méninges sont adhérentes; le poids du cerveau n'est habituellement pas modifié, cependant, d'après Schütze, il pourrait être diminué; Lukacs et Markbreit ont vu une association de la maladie de Tay-Sachs avec la microcéphalie; on peut d'ailleurs se demander s'il s'agit bien, dans cette observation, d'une véritable maladie de Tay-Sachs.

Les circonvolutions cérébrales ont le plus souvent un aspect habituel; cependant Sachs a constaté des anomalies, auxquelles il attribuait une certaine importance; c'était une division de la scissure de Rolando allant rejoindre la scissure de Sylvius, un prolongement de la première scissure temporale jusque dans la région pariétale, une scissure médiofrontale anormale, etc. D'après Schaffer, ces anomalies n'ont aucune signification; elles sont d'ailleurs loin d'être constantes; il ne les a pas retrouvées et n'a vu qu'une fois sur sept cas la béance des lèvres de l'opercule rolandique laissant apercevoir l'insula dans la profondeur. Quelquefois les circonvolutions cérébrales sont augmentées de consistance, résistent au couteau (Sachs); on les a vues épaissies, presque cartilagineuses (Kingdon, Mohr), comme dans la sclérose cérébrale atrophique.

L'examen microscopique du système nerveux central donne des résultats beaucoup plus importants. On trouve des *lésions diffuses des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, des noyaux moteurs du bulbe et des cornes de la moelle*. La lésion cellulaire consiste en une tuméfaction du corps de la cellule, une déformation globuleuse localisée en un point de la cellule. Dans cette partie boursouflée, en forme de ballon, le réseau de Golgi (*Aussennetz*) est intact; mais le réseau interne (*Innennetz*) subit une désintégration granuleuse et finit par disparaître, il n'est plus représenté alors que par un amas de granulations. La première partie malade est l'hyaloplasma, plus tard les neuro-fibrilles (Schaffer). Le noyau et le nucléole restent longtemps intacts, puis le noyau devient trouble et se déforme; il est souvent refoulé à la périphérie. Les prolongements de la cellule sont presque toujours dégénérés, mais Schaffer établit une distinction entre les prolongements latéraux (*Scitendendriten*) qui restent souvent intacts et les apicaux (*Apicaldendriten*) dont les fibrilles sont dissociées, écartées les unes des autres, ce qui produit des ballonnements caractéristiques de la fibre.

La névroglie ne présente que des lésions légères: augmentation du nombre des cellules dont quelques-unes prennent la forme d'étoiles ou d'araignées. Holmes et Parsons ont vu une prolifération considérable de la névroglie, mais c'est un processus secondaire. Les vaisseaux sanguins ne sont pas altérés.

Il s'agit donc de lésions cellulaires très diffuses. Le gonflement du corps de la cellule et de certains de ses prolongements est la caractéristique des lésions cytopathologiques de l'idiotie amaurotique familiale. On ne trouve plus, dans tout le cerveau, une cellule qui ne soit pas malade. Ces lésions déterminent secondairement une dégénérescence des fibres à myéline de l'écorce et une dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux.

Le cervelet est habituellement normal.

Les éléments cellulaires de la moelle présentent des lésions analogues à celles de l'écorce depuis la

région cervicale jusqu'à la région sacrée (Sachs). Les ganglions spinaux et les nerfs sont intacts, sauf le nerf optique.

Les lésions rétiniennes ont été étudiées surtout par Holden. La rétine est épaissie par infiltration œdémateuse de la couche moléculaire externe et par hyperplasie des cellules ganglionnaires; ces cellules sont augmentées de volume et remplies de nombreuses granulations.

L'aspect ophtalmoscopique de la macula est dû, pour une part, à l'œdème, pour l'autre à l'accroissement de la couche des cellules ganglionnaires (Mohr). Dupuy-Dutemps explique l'aspect de la macula par les lésions des cellules ganglionnaires qui sont, en ce point, tassées les unes contre les autres et superposées en plusieurs couches. Du fait des lésions cellulaires, cette couche épaisse perd sa transparence et masque complètement la teinte rouge de la choroïde; au centre, le bord de la fovea étant dépourvu de cellules ganglionnaires, la rétine conserve sa transparence et laisse voir la couleur rouge de la choroïde.

La choroïde ne présente pas de lésions. Les cellules de la rétine et les cellules pyramidales du cerveau ayant une origine embryonnaire commune, il n'est pas étonnant qu'elles soient en même temps le siège des lésions de l'idiotie amaurotique familiale (Apert).

Le nerf optique est atrophié, sclérosé par augmentation considérable du tissu conjonctif interstitiel et infiltration de nombreuses cellules rondes (Kingdon et Russell).

L'étude histologique montre donc que l'idiotie amaurotique familiale de Tay-Sachs est la conséquence d'un processus dégénératif, non inflammatoire, de tout le système nerveux central, surtout de l'écorce des hémisphères (Sterling). Ce n'est pas un arrêt de développement, une agénésie corticale, comme Sachs l'avait d'abord admis. En effet le développement de l'enfant est normal pendant les premiers mois; les quelques anomalies des circonvolutions et des scissures trouvées dans certains cas sont très inconstantes et ne paraissent pas avoir grande importance. D'ailleurs Sachs lui-même a abandonné cette théorie de l'agénésie corticale; il croit plutôt que l'enfant qui sera atteint d'idiotie amaurotique familiale, naît avec une capacité limitée pour le développement normal; cette capacité dure jusque vers cinq ou six mois; à ce moment, le pouvoir de développement ultérieur s'arrête et alors la dégénérescence commence. Cette conception se rapproche de celle d'Edinger qui a décrit des maladies nerveuses par usure; ces maladies sont caractérisées par une friabilité congénitale du tissu nerveux trop fragile pour se développer normalement. Schaffer range l'idiotie amaurotique familiale dans ce groupe des maladies par usure (*Aufbranchkrankheiten*).

C'est aussi la théorie adoptée par Bing; les maladies familiales du système nerveux s'expliquent par une faiblesse congénitale du névraxe. Selon que cette prédisposition touche divers points des centres encéphaliques et médullaires, on a les divers types cliniques : cervelet et hérédo-ataxie de Pierre Marie; système moteur cérébro-spinal et paraplégie spastique familiale; voies optiques et écorce cérébrale et idiotie amaurotique familiale.

Apert explique les maladies familiales par une disposition héréditaire spéciale de certains groupes de cellules à évoluer anormalement; ce sont des « malformations cellulaires dont l'apparition et le mode héréditaire sont soumis aux mêmes lois que les variations morphologiques extérieures du type normal ».

V

Traitement. — Aucune médication ne peut arrêter l'évolution progressive et fatale de l'idiotie amaurotique. Le traitement spécifique est inutile, puisque le plus souvent l'enfant n'est pas hérédo-syphilitique; Kingdon a donné sans succès des tablettes de cérébrine. Apert a essayé le traitement thyroïdien. Le rôle du médecin se borne à assurer à l'enfant les soins hygiéniques et une alimentation rationelle.

BIBLIOGRAPHIE

Apert. *Traité des maladies familiales et des maladies congénitales*, Paris 1907; — L'idiotie amaurotique familiale (maladie de Tay-Sachs), *Semaine méd.*, 15 janv. 1908. — Apert et Dubois. Présentation d'une enfant atteinte d'idiotie amaurotique familiale, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, nov. 1907, p. 322.

Cohen et Dixon. Report of a case of amaurotic family idiocy, with histologic report on the eyes, *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 25 mai 1907, p. 175.

Drummond. *The Lancet*, 25 mai 1907, p. 1432. — Dupuy-Dutemps. Lésions ophtalmoscopiques dans un cas d'idiotie amaurotique familiale, *Ann. d'oculist.*, fév. 1908.

Frank. A case of amaurotic family idiocy, *Journ. of the Amer. Ass.*, 20 janv. 1906, p. 187.

Gordon. Cases allied to amaurotic family idiocy with remarks on the pathogenesis of the affection, *New-York med. Journ.*, 16 fév. 1907, p. 294. — Grosz. *Orv. hetilap.*, 1906; analysé in *Jahrbuch f. Kinderh.*, juin 1907, p. 208.

Higier. *Medycyna*, 1907, analysé in *Jahrb. f. Kinderh.*, Bd. LXVI, H. 6, p. 745; — Familiäre paralytisch-amaurotische Idiotie und familiäre Kleinhirnataxie der Kindesalters, *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 1906, Bd. XXXI, H. 3 et 4, p. 231. — Holmes et Parsons. The pathological anatomy of amaurotic family idiocy, *Brain*, 1906, p. 153. — Huismans. *Deuts. med. Wochens.*, 25 oct. 1906, p. 1737.

Klozenberg. *Cza sopismo Lekarska*, 1905; — *Jahrb. f. Kinderh.*, 1906, Bd. LXIII, p. 649. — Kob. Ein Fall von familiärer amaurotischer Idiotie, *Charité Annalen*, 1906, XXX, p. 139.

Lukacs et Markbreit. Fälle von Amaurosis idiotica, *Pester med. chir. Presse*, 8 juillet 1906.

Marina. Studio intorno la sindrome di idiotismo con amaurosi con deduzioni da un nuovo caso, *La Pediatria*, 1905, p. 205. — Massalongo. Idiozia amaurotica famigliare o malattia di Warren Tay-Sachs, *Riforma med.*, 20 juillet 1907, p. 785.

Poynton, Parsons et Holmes. A contribution to the study of amaurotic family idiocy, *Brain*, 1906, p. 180. — Provotelle. *De l'idiotie amaurotique familiale (maladie de Warren Tay-Sachs)*, Th. de Paris, juillet 1906.

Quackenboss. Amaurotic family idiocy; a report of four cases, *Boston med. and surg. Journ.*, 1er mars 1906, p. 238.

Sarvonat. L'idiotie amaurotique familiale (maladie de Sachs-Tay), *Revue des mal. de l'enf.*, 1906, p. 70. — Schütz. Mikroskopische Befunde bei einem Fall von amaurotischer familiärer Idiotie, *Munch. med. Wochens.*, 22 sept. 1903. p. 1657. — Spielmeyer. Ueber eine besondere Form von

familiärer amaurotischer Idiotie, *Neurol. Centralbl.*, 16 janv. 1906, p. 51. — SPILLER. *Univ. of Penn. med. Bull.*, janv. 1905, vol. XVII, p. 342. — STERLING. Zur Kasuistik der Tay-Sach's schen Krankheit (Idiotismus familiaris amauroticus), *Neurol. Centralbl.*, 16 janv. 1906, p. 55. — STOCK. Ueber eine besondere Form der familiären amaurotischen Idiotie, *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, sept. 1907, p. 270.

VOGT. Ueber familiäre amaurotische Idiotie und verwandte Krankeiten, *Monats. f. Psychiat. u. Neurol.*, 1906, Bd. XVIII, p. 161 et 310.

Pour la bibliographie antérieure à 1906, v. PINATELLE et SARVONAT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 MAI 1908)

La rachianesthésie. — Si, dans les dernières séances, la rachianesthésie a eu ses détracteurs, elle a trouvé, dans celle-ci, deux défenseurs de marque, M. Tuffier, qui nous a semblé moins enthousiaste, et M. Chaput, plus convaincu et plus ardent que jamais.

M. TUFFIER, depuis le 2 juillet 1904 jusqu'au 30 avril 1908, a pratiqué 565 opérations avec rachianesthésie. Dans le même temps, le nombre total de ses opérations se monte à 1597. Il n'a donc eu recours à la rachianesthésie que dans le tiers des cas. Après cette discussion faut-il l'abandonner, faut-il la conserver? M. Tuffier estime, malgré tout, qu'il faut la conserver d'abord pour les cas dans lesquels le chloroforme ou l'éther sont manifestement contre-indiqués. Peut-on étendre le champ de ses indications? Oui, répond M. Tuffier; on peut y recourir dans toutes les opérations qui se pratiquent sur les parties du corps se trouvant au-dessous des épines iliaques antérieures et supérieures. Si on établissait un parallèle entre les accidents chloroformiques et les accidents de la rachianesthésie, on constaterait certainement qu'il n'y a pas plus d'accidents du côté de la rachianesthésie que du côté de l'anesthésie générale.

M. Tuffier n'a jamais imposé à aucun malade la rachianesthésie; il laisse le choix entre elle et le chloroforme. Il prend bien soin d'éviter la rachianesthésie chez les malades qui ont présenté et présentent des accidents quelconques du côté de la moelle.

Dans une première communication, M. Tuffier avait déjà signalé des accidents immédiats, consécutifs ou tardifs, après la rachianesthésie. Les derniers lui ont paru plus fréquents avec la stovaïne qu'avec la cocaïne, mais les autres lui ont paru plus rares. Jusqu'ici, dans ses faits personnels, il n'a pas eu d'autre complication tardive du côté de la moelle que le fait qui a été cité par M. Guinard. Les résultats de M. Tuffier différeraient donc sensiblement des résultats de ses collègues au point de vue des accidents tardifs. De même on a parlé de nombreux insuccès au point de vue de l'anesthésie elle-même; M. Tuffier n'a pas rencontré de réfractaires. Question de technique, peut-être. Il croit qu'il arrive parfois qu'on fait l'injection épidurale au lieu de la faire intradurale.

En résumé, M. Tuffier a complètement renoncé à la rachianesthésie pour les opérations sur le thorax et même sur l'abdomen. La méthode lui paraît devoir être conservée pour les cas de contre-indications de l'anesthésie générale et seulement pour les opérations des parties inférieures du corps.

M. SEGOND n'a jamais été partisan de la rachianesthésie. Toutefois à côté de certaines statistiques étrangères qui portent sur 22617 cas de rachianesthésie, il croit bon d'apporter la sienne qui porte sur un cas : il s'agit d'une jeune femme de trente ans, atteinte d'une affection cardiaque grave, opérée une première fois avec le chloroforme auquel elle a failli succomber et deux autres fois sous la rachistovaïnisation qu'elle a très bien supportée. C'est une méthode que M. Segond n'aime pas, mais il reconnaît que sans, elle, il n'aurait pas pu opérer cette malade.

M. RECLUS a récemment opéré un doigt tuberculeux chez un élève des hôpitaux avec la cocaïne locale. Mais les indications de la cocaïne ne se bornent pas là. Il a fait des laparotomies, une hystéropexie, récemment, avec l'anesthésie locale par la cocaïne. Il croit que dans la grande majorité des opérations où ses collègues ont eu recours à la rachianesthésie, la cocaïne locale lui aurait suffi.

M. SEGOND considère l'anesthésie locale comme insuffisante pour toute laparotomie, quelque simple qu'elle soit.

Ce n'est pas l'avis de M. RECLUS qui fait observer qu'en cas de complications inattendues, on peut toujours recourir au chloroforme.

M. HARTMANN, que deux cas de mort par rachistovaïnisation ont complètement détourné de cette méthode, a recours volontiers à l'anesthésie locale par la cocaïne dans la chirurgie gastrique chez des malades très débilités. Il reconnaît également que la rachistovaïnisation peut être utile dans des cas exceptionnels.

M. CHAPUT résume toute la question : Il s'applique à démontrer que les partisans de la rachianesthésie sont plus nombreux que ses adversaires. Il reprend les six cas de mort publiés par Hartmann, Delbet, Michaux, Legueu et Beurnier. Il les explique par l'âge avancé ou la faiblesse des sujets, par une technique incorrecte ou par l'absence d'injections de caféine pour combattre les accidents, ou encore par l'emploi de doses exagérées, ou encore, à cause de contre-indications méconnues; dans ces cas, des injections de caféine et des injections intra-veineuses de sérum auraient peut-être empêché la mort.

M. Chaput attribue la plupart des paralysies consécutives qui ont été observées à des cas de paralysies hystériques. Il ne croit pas à la myélite stovaïnique. On évite les céphalées en évacuant 15 à 20 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Ces accidents sont devenus inconnus dans son service. En résumé, M. Chaput à l'aide de plusieurs statistiques intégrales a réuni 7178 rachistovaïnisations sans mort. C'est donc, pour M. Chaput, une méthode bénigne, et il est facile d'éviter les accidents par un traitement approprié sur lequel insiste M. Chaput.

Après la communication de M. Chaput, s'élève une discussion dans laquelle plusieurs membres protestent énergiquement d'avoir entendu leur collègue les citer parmi les partisans de la méthode alors qu'ils en sont les adversaires déclarés.

M. LE PRÉSIDENT, au moment de clore la discussion après le discours de M. Chaput, a été obligé de reconnaître qu'elle ne faisait que commencer.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 MAI 1908)

Névrose sécrétoire. — MM. SOUQUES et HARVIER. Une femme de soixante-huit ans eut, il y a treize ans, pendant trois ans, des crises gastriques avec vomissements de liquide clair, très abondant et de la sialorrhée, avec hypersécrétion salivaire. Actuellement, elle présente des sueurs nocturnes très abondantes, avec crises de polyurie. Rien dans l'étiologie n'explique ces symptômes; la malade n'est pas une hystérique, il s'agit d'une névrose sécrétoire ; la malade est très impressionnable, très émotive.

Tic des paupières et fausse contraction paradoxale. — MM. CAWADIAS et VINCENT. Le malade est atteint d'une paralysie faciale gauche et d'un tic de la paupière droite qui se décompose en deux phases : dans la première, tonique en même temps que la paupière s'abaisse, le sourcil s'élève, ce qui pourrait faire penser à la « synergie paradoxale » d'un spasme, mais dans la deuxième phase, clonique, l'occlusion brusque de la paupière s'accompagne de l'abaissement brusque du sourcil; il s'agit donc d'un tic, non d'un spasme. — MM. MEIGE et SICARD ne voient chez ce malade que de simples mouvements synergiques de l'œil droit. — M. ROCHON-

Duvigneaud fait remarquer qu'il y a une kératite de l'œil gauche, avec tendance ulcéreuse, et la suture de la paupière ferait probablement disparaître le spasme du côté opposé.

Aphasie ou démence. — MM. Klippel et Weill. Un homme présente une hémiplégie, avec spasme glosso-labié du même côté; au premier abord, il semble démentiel; un examen plus approfondi montre qu'il est plutôt un aphasique. — Pour M. Marie, il s'agirait d'un hémispasme glosso-labié, névrosique. — M. Klippel fait remarquer que le malade n'est pas un nerveux, et que les accidents sont apparus après plusieurs ictus.

Apraxie. — M. Ballet présente une malade atteinte d'hémiplégie gauche avec aphasie motrice et sensorielle, aphonie, et en plus, impossibilité de souffler, bien qu'elle comprenne l'ordre, puisse exécuter tous les mouvements. Mais, lorsqu'elle essaie de souffler, les lèvres s'écartent, au lieu de se rapprocher comme le voudrait la malade. Il y a là une impossibilité psychique, que caractérise mal le terme d' « apraxie ». L'expression d'anarthrie mériterait, elle aussi, d'être précisée; l' « anarthrie » de Marie, dans l'aphasie, n'est assurément pas la même que l'anarthrie paralytique, il faudra dissiper la confusion. — M. Marie accepte le terme d'apraxie motrice, pour l'aphasie, ceux d'aphémie, d'alalie, pourraient être également employés.

Tabes sans signe d'Argyll. — M. Achard. Le malade, syphilitique depuis douze ans, présente les signes d'un tabes avec lymphocytose et albumine dans le liquide céphalo rachidien, sans signe d'Argyll; depuis vingt ans, il présente des maux perforants consécutifs à une gelure.

Hémiplégie par gomme cérébrale. — M. Vincent. Après des crises d'épilepsie jacksonienne, une femme présenta une hémiplégie gauche, sans modifications des réflexes cutanés et tendineux, mais la flexion exagérée de l'avant-bras et la pronation permirent le diagnostic d'hémiplégie organique, la trépanation fit découvrir une tumeur méningée que le microscope montra être une gomme. L'opération ne fut pas suivie d'amélioration, parce qu'il existait des adhérences entre les méninges et le cerveau.

Troubles vaso-moteurs, suggestion, pithiatisme. — M. L. Lévi rappelle avoir pu, dans l'hystérie, reproduire en suggérant une émotion, les phénomènes vaso-moteurs de la maladie de Raynaud, mais l'émotion n'en réglait ni le siège, ni la forme, ni la durée. Donc, ces troubles obéissent à l'émotion, mais ne sont pas pithiatiques.

Sur l'hémianesthésie hystérique. — M. Egger, en produisant diverses excitations cutanées chez des hystériques, pendant qu'elles étaient occupées, et sans attirer leur attention, estime s'être mis à l'abri de la suggestion et démontrer l'existence de troubles de la sensibilité d'après l'absence de réactions réflexes. — M. Babinski pense que cette absence de réactions peut tout simplement être due à la distraction des sujets.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 9 mai 1908 [*fin*])

Action de l'acide chlorhydrique sur l'excrétion urique. — M. Fauvel. Chez l'homme sain, l'ingestion d'acide chlorhydrique libre, à la dose d'un gramme par jour, diminue notablement l'excrétion des xantho-uriques et légèrement celle de l'acide urique, que le régime alimentaire contienne ou non des puriques. Cette diminution ne paraît pas due à une précipitation d'acide urique dans l'organisme.

Ponction cervicale. — M. Obreglie. Dans un assez grand nombre de cas, le liquide extrait par la rachiponction cervicale n'est pas identique, au point de vue cytologique, à celui de la ponction lombaire.

Dans quelques cas de paralysie générale et d'hémorragie méningo-corticale, le liquide cervical a fourni un résultat positif, tandis que le liquide lombaire, extrait dans une même séance, n'a donné aucun résultat.

Glycosurie expérimentale par destruction étendue de la muqueuse duodénale à l'aide d'un caustique. — A l'appui des recherches de Pflüger qui a pu produire un diabète intense par extirpation totale du duodénum chez la grenouille, M. René Gaultier qui depuis plusieurs années cherche à se rendre compte des modifications que les lésions expérimentales de sa muqueuse duodénale peuvent entraîner dans la constitution des matières fécales, rapporte qu'il a pu déterminer de la glycosurie, chez deux chiens, au cours de ses expériences, par destruction étendue de la muqueuse duodénale à l'aide du nitrate d'argent.

Y a-t-il lieu d'interpréter ce phénomène comme Pflüger l'a fait d'une intervention possible du duodénum sur la sécrétion interne de la glande pancréatique, régularisant la glycolyse ? Ce que nous savons de l'intervention de cet organe sur la sécrétion externe de cette glande nous porterait assez à le penser. Quoi qu'il en soit, ces deux faits expérimentaux, venant à l'appui de ceux de Pflüger et des faits cliniques de Zack, ainsi que des constatations anatomiques faites, sans en tirer de conclusions relatives au duodénum, par Lancereaux au cours de certaines autopsies de diabétiques, invitent à rechercher si au cours des glycosuries diabétiques ou non existent des lésions plus ou moins marquées de la muqueuse duodénale.

Les hématies granuleuses à la naissance et pendant les premiers jours. — MM. V. Cathala et R. Daunay. Les hématies granuleuses ont été recherchées chez 8 nouveau-nés bien portants : 1° au moment même de la naissance dans la veine ombilicale; 2° les jours suivants par piqûre au talon.

De ces recherches il résulte que le nombre des hématies granuleuses rapporté au millimètre cube de sang, est assez élevé dans la veine ombilicale et qu'il s'élève encore dans les heures qui suivent la naissance; qu'à partir du premier jour elles diminuent progressivement pour devenir rares du cinquième au septième jour, et exceptionnelles après le huitième jour.

Dans les observations où le nombre des hématies granuleuses a été particulièrement élevé, on a pu noter chez les enfants un ictère très net généralisé.

On peut voir dans ce fait un argument en faveur de l'origine sanguine de l'ictère simple des nouveau-nés.

La résistance globulaire chez le nouveau-né. — MM. V. Cathala et R. Daunay. La résistance globulaire déterminée aux mêmes heures chez les mêmes sujets reste constamment inférieure à la moyenne qui représente la résistance globulaire chez l'adulte. La moyenne des hémolyses primitives légères a été en effet 46, celle des hémolyses nettes 42, celle de nos hémolyses totales 30 à 32.

Cette résistance globulaire tend cependant à s'accroître légèrement dans les heures qui suivent la naissance, mais cette tendance n'est manifeste que pour les hémolyses primitives. C'est ainsi que nous l'avons vu passer de 50 (sang du cordon) à 44 (sang prélevé au talon trois heures après la naissance). Ces résultats persistent que la ligature du cordon ait été faite immédiatement ou tardivement.

En rapprochant ces résultats de ceux donnés par l'étude des hématies granuleuses, on voit que si la résistance globulaire a tendance à augmenter pendant les premières heures qui suivent la naissance, alors que les hématies granuleuses augmentent sensiblement, du deuxième ou dixième jour, alors que les hématies granuleuses disparaissent, la résistance globulaire ne se modifie pas sensiblement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 8 mai 1908)

La rééducation motrice dans le traitement des ataxie, hémiplégie, paraplégie, tics, tremblement et paralysies diverses. — M. Faure. Le terme général de rééducation motrice recouvre une série de techniques très différentes qu'il faut se garder de confondre.

Le traitement d'un ataxique, d'un hémiplégique, d'un paraplégique, d'un tiqueur ne se fait pas avec les mêmes moyens.

La mobilisation passive et l'apprentissage des mouvements volontaires très longtemps prolongés, en se combinant de différentes façons, ont donné naissance à plusieurs méthodes dont quelques-unes, comme le traitement des ataxiques, sont maintenant bien connues et généralement appréciées.

D'autres, comme le traitement des spasmodiques que l'auteur a indiqué, sont moins répandues. Enfin, le traitement des hémiplégiques est actuellement à l'étude et donne des résultats appréciables, mais bien moins beaux que le traitement des ataxiques. Ces thérapeutiques exigent beaucoup de temps, de patience et une technique très rigoureuse.

MM. Laussedat et Dignat font quelques réserves sur les conclusions de ce travail.

Rhumatismes tuberculeux. — M. Le Rouvillois combat la théorie de Poncet sur l'origine tuberculeuse dans certains rhumatismes; au contraire, M. Laussedat cite plusieurs faits cliniques qui viennent à l'appui de la conception du professeur lyonnais.

Prothèse par les injections de paraffine d'après la méthode de Lagarde. — M. Adelfo Masotti (de Bologne) fait une intéressante communication sur les injections de paraffine en esthétique et il présente à la Société des moulages, des photographies et des malades atteints de difformités nasales, traités avec succès.

M. Masotti a montré en outre une remarquable modification apportée à la seringue du docteur Lagarde qui la rend plus légère, sans perdre de sa solidité.

Note sur la présence dans les selles de nourrissons d'un microorganisme présentant les caractères des Pasteurellas. — M. Margain.

Quelques hypothèses sur la cellule en général, sur le sexe et sur le soma en particulier. — M. Klotz.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA VAGINITE CATARRHALE

Par M. Chamerey.

Les auteurs décrivent plusieurs formes cliniques de l'infection vaginale, mais dans la pratique, c'est la vaginite catarrhale gonococcique qui est de beaucoup la plus fréquente.

Aiguë ou chronique, cette affection est rarement isolée. Elle s'accompagne d'une inflammation plus ou moins profonde du col utérin, car, tandis que la muqueuse vaginale est le siège d'une purulence jaune verdâtre, le même pus sort de l'orifice externe.

La coexistence de ces deux affections, et, d'autre part, le fait bien constaté que l'épithélium vaginal est très résistant au gonocoque, ont amené certains auteurs à penser que la vaginite catarrhale ne pouvait être que secondaire à l'infection utérine.

Cependant, la vaginite primitive existe, des recherches nouvelles l'ont définitivement établi.

Au point de vue clinique, ce qui caractérise la vaginite catarrhale c'est, au début, une phase suraiguë avec phénomènes douloureux intenses. L'entrée du vagin est rouge, chaude, gonflée; les petites lèvres sont œdémateuses; la muqueuse est le siège d'érosions et parfois de granulations enflammées. Si l'on écarte les lèvres, et surtout si l'on presse sur le périnée, on voit sortir « un pus jaune filant et très abondant ».

Il faut, sans retard, instituer un traitement énergique, car l'infection va s'étendre à l'utérus, peut-être aux trompes, à l'urètre, et souvent aussi aux glandes de Bartholin.

Beaucoup de médecins se contentent d'ordonner le repos, les bains de siège et les injections antiseptiques. Ces prescriptions nous semblent insuffisantes, car nous avons vu plusieurs fois la vaginite passer à la chronicité malgré le sublimé et le permanganate. Il n'y a pas, en effet, que la septicité à combattre, il y a aussi des lésions congestives et douloureuses dont l'intensité réclame un traitement décongestif et analgésique.

Tandis que 3 fois par jour, nous ordonnons des lavages vaginaux au sublimé (1 p. 1000) ou bien à l'anios (2 p. 100) nous introduisons dans l'intervalle une mèche vaginale représentée par de la gaze trempée dans une solution glycérinée de thigénol à parties égales. Parfois aussi, nous faisons placer par la malade, après chaque injection, un suppositoire ainsi formulé :

Thigénol..................	1 gramme.
Extrait de belladone.......	2 centigr.
Glycérine solidifiée........	4 grammes.

En quarante-huit heures, les douleurs sont calmées. Dès lors deux injections suffisent et, sans inconvénients, la malade introduit ensuite, matin et soir, un ovule Roche à 30 p. 100 de thigénol.

Les replis vaginaux et l'orifice externe du col sont ainsi humectés par le remède et l'on constate bientôt une puissante décongestion. Le gonflement du début disparaît, les écoulements se fluidifient, deviennent blanchâtres, il n'existe plus de douleur, les érosions de la muqueuse s'effacent. En une semaine environ la vaginite est guérie.

Il faut alors songer à l'utérus que l'infection a pu atteindre et le décongestionner directement. Pour cela, un tampon d'ouate trempé dans la glycérine thigénolée à 50 p. 100, posé tous les deux jours sur le col, fait disparaître les érosions inflammatoires du col. Les écoulements décongestifs provoqués par le remède sortent de l'orifice externe dégorgeant les glandes et les débarrassant des microorganismes.

Quand on suit méthodiquement ce traitement, on n'observe pas de complications infectieuses durables, et la vaginite catarrhale ne passe pas à la chronicité.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène du dyspeptique (1), par G. Linossier.

Le traitement des dyspeptiques consistait autrefois en la prescription de quelques cachets à prendre avant, pendant ou après le repas. La plupart des médecins ne songeaient guère à s'enquérir des habitudes alimentaires du malade et à les modifier. Un des résultats les plus sûrs de cette thérapeutique était d'ajouter à la dyspepsie du malade une seconde dyspepsie d'origine médicamenteuse. Actuellement, l'hygiène alimentaire et l'hygiène générale des dyspeptiques préoccupent de plus en plus médecins et malades; ceux-ci demandent à ceux-là l'indication des aliments dont il conviendra d'user et de ceux dont il faudra s'abstenir. La tâche du médecin est donc devenue beaucoup plus difficile; ce qui accroît encore la difficulté, c'est d'une part que l'accord n'est pas fait entre les spécialistes sur les lois de l'hygiène alimentaire, et que, d'autre part, chaque malade réagissant à sa façon, ces lois n'ont qu'une valeur très relative.

C'est donc une entreprise très délicate que de formuler l'hygiène du dyspeptique ; l'autorité très grande et la compétence acquise par M. Linossier en pathologique gastrique lui ont permis de la faire avec succès. Dans la première partie de ce livre, l'auteur étudie l'*hygiène générale de la digestion* : ration d'entretien, aliments simples, valeur et digestibilité des aliments naturels, hygiène culinaire; régime alimentaire du dyspeptique. Quelques chapitres consacrés à l'influence, sur la digestion, du climat, de l'exercice, du sommeil, du

(1) In-16 (de la Bibliothèque d'hygiène thérapeutique), 2e édit. — Paris, Masson et Cie.

vêtement et du tabac, terminent cette première partie, qui servira de guide pour conseiller non seulement les dyspeptiques, mais encore les gens bien portants, « tous plus ou moins guettés par la dyspepsie. »

La seconde partie a pour objet l'*hygiène spéciale aux divers troubles digestifs*. M. Linossier étudie successivement les troubles de la digestion buccale, gastrique, intestinale et les règles d'hygiène applicables aux troubles moteurs, sécrétoires, sensitifs de chaque segment du tube digestif. L'hygiène de la digestion intestinale occupe tout un chapitre, avec quelques pages sur les modifications pathologiques de sécrétion biliaire et pancréatique. Les indications des eaux minérales dans les dyspepsies terminent ce livre.

Les médecins y trouveront donc tous les renseignements nécessaires et toutes les prescriptions de détail pour bien soigner un dyspeptique; c'est dire que cet ouvrage à la fois précis et complet lui rendra les plus grands services.

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 MAI 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Lecène et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Gaucher, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 26 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Castaigne; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 27 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Gley et Desgrez; — (2e série) : MM. Déjerine, Macaigne et Zimmern; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Reclus, Gosset et Ombrédanne; — (2e partie, 1re série) : MM. Gaucher, Legry et Marcel Labbé; — (2e série) : MM. Letulle, André Jousset et Lœper; — M. Mulon, suppléant.

Vendredi 29 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Segond et Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Lecène et Ombrédanne; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 30 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Langlois, Richaud et Claude; — (2e série) : MM. Desgrez, Balthazard et Brumpt; — M. Nicloux, suppléant.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaigne, Demelin et Jeannin.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Rénon et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Gilbert, Gouget et Nobécourt; — (3e série) : MM. Gilbert Ballet, Jeanselme et Castaigne; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 27 mai 1908, à une heure. — M. NACHMANN. Tension abdominale et palper de l'abdomen d'après la méthode de Sigaud (de Lyon). (MM. Pinard, président; Segond, Lecène et Couvelaire.) — M. FOURNIOUX. Contribution à l'étude du décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. (MM. Segond, président; Pinard, Lecène et Couvelaire.) — M. VERDIER. Les Leishmanioses. (MM. Blanchard, président; Brissaud, Roger et Sicard.) — M. EKMEKDGIAN. Origine médicale des hémianesthésies hystériques. (MM. Brissaud, président; Blanchard, Roger et Sicard.) — M. CHEMERY. Œdème aigu du poumon. (MM. Roger, président; Blanchard, Brissaud et Sicard.) — M. FAURIE. Contribution à l'étude de la lutte contre la fièvre typhoïde. (MM. Roger, président; Blanchard, Brissaud et Sicard.)

Samedi 30 mai, à une heure. — M. SENES. Le vertige stomacal. (MM. Raymond, président; Hutinel, Bar et Brindeau.) — M. BERTHAUX. Considérations sur les tumeurs du cervelet, en particulier chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Raymond, Bar et Brindeau.) — M. CHAIGNON. Organisation des consultations de nourrissons à la campagne. Les résultats obtenus dans l'Yonne. (MM. Bar, président; Raymond, Hutinel et Brindeau.) — M. SAINT-JEAN. Contribution à l'étude des déchirures du col propagées au segment inférieur. (MM. Bar, président; Raymond, Hutinel et Brindeau.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux — (No 11, 15 mars 1908.) CARLES et BACQUE : Fièvre typhoïde grave suivie de troubles septicémiques. Trois abcès de fixation. Guérison. — MONGOUR : Sur la recherche du bacille de Koch dans les liquides organiques par le procédé chorisimétrique. — Ed. CROUZEL : A propos de l'extrait d'opium. — (No 12, 22 mars.) VERGELY : Le vin au point de vue de l'hygiène. — ANGLADE et JACQUIN : Un cas de démence précoce à forme paranoïde avec autopsie et examen histologique. — (No 13, 29 mars.) ANDÉRODIAS et PÉRY : Les abcès puerpéraux de l'utérus. — (No 14, 5 avril.) PIÉTRI : Du nystagmus rythmique provoqué dans ses rapports avec les affections labyrinthiques. Notes préliminaires. — FROMAGET : L'ophtalmie électrique. — (No 15, 12 avril.) E. RÉGIS : Doit-on envoyer les neurasthéniques à la mer? — P. LANDE : De la déposition orale des experts.

Journal des praticiens. — (No 13, 28 mars 1907.) G.-H. LEMOINE : Purification des eaux de boisson. — BOISSARD : De l'avortement criminel (*suite*). — (No 14, 4 avril.) G. MARION : Indications thérapeutiques dans la tuberculose rénale. — H. HUCHARD et BERGOUIGNAN : La sphygmomanométrie clinique. — (No 15, 11 avril.) DEBOVE : Hystérie toxique chez un saturnin alcoolique. — A. TROUSSEAU : Les stations hydro-minérales et marines dans le traitement des maladies oculaires. — HUCHARD et BERGOUIGNAN : La sphygmomanométrie clinique. — (No 16, 18 avril.) BERNHEIM : Lutte contre l'avarie. Simple mesure prophylactique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (No 14, 4 avril 1908.) LAVRAUD : Cours d'ouverture du cours de pathologie interne. — (No 15, 11 avril.) J. REDIER : De la nécessité de l'enseignement universitaire des spécialités médicales en général et de la stomatologie en particulier. — E. POITAU : Recherche sur un cas d'anomalie de l'ovaire et de la trompe, observée au cours d'une hystérectomie abdominale pour cancer utérin.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (No 5, 15 mars 1908.) GUELLIOT : Le centenaire de l'Ecole de Reims. — COLLEVILLE : Sur l'électrargol (*fin*). — (No 6, 30 mars.) BOURGEOIS : Kyste hydatique du foie chez un enfant de cinq ans. — (No 7, 15 avril.) LARDENNOIS : Contribution à l'étude de la rachistovaïnisation.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Épreuve clinique.* — Séance du 15 mai : MM. Hallopeau, 15; Mouchet, 19.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un chef de laboratoire à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Le chef de laboratoire est nommé pour une durée de trois années; il reçoit une indemnité annuelle de 3000 francs sans avantages en nature.

Les candidats doivent justifier : 1° qu'ils sont Français; 2° qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi militaire; 3° qu'ils sont docteurs en médecine; 4° qu'ils auront moins de quarante ans à la date du 1er juillet 1908.

En s'inscrivant pour prendre part au concours les candidats déposeront, avec les pièces destinées à produire les justifications prévues plus haut, une notice écrite exposant leurs titres et un exemplaire des divers travaux scientifiques qu'ils ont publiés.

Le concours comprend quatre épreuves : 1° une épreuve sur titres; 2° une épreuve pratique d'histologie (coupe, coloration et montage); 3° une épreuve pratique de bactériologie (comportant l'examen d'une sécrétion pathologique); 4° une épreuve clinique.

Pour chacune des épreuves d'histologie et de bactériologie, trois heures seront accordées pour les préparations; les candidats auront vingt minutes pour exposer et commenter chaque préparation.

L'épreuve clinique portera sur deux malades; trente minutes seront accordées pour l'examen, quinze minutes pour la discussion orale.

Le jury est présidé par un membre de la commission consultative des Quinze-Vingts nommé par le ministre; il comprend, en outre, les quatre médecins de la clinique et un bactériologue nommé par le ministre sur une liste de trois noms à lui présentée par le président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le concours s'ouvrira le lundi 15 juin 1908; les inscriptions de candidatures seront reçues au secrétariat de l'hospice des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, jusqu'au 1er juin.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Conseil (de Tunis).
Médaille d'argent. — M. le docteur Nicolle (de Tunis).
Médaille de bronze. — M. le docteur Rembert (de Paris).

LES ÉLECTIONS MUNICIPALES ET LES MÉDECINS. — Parmi les nombreux médecins élus aux dernières élections municipales, nous devons signaler le professeur J. Grasset, élu conseiller municipal à Montpellier, et le professeur Monprofit, président de l'Association des journalistes médicaux, élu maire d'Angers.

Nous sommes heureux d'adresser à nos éminents confrères nos très vives félicitations.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Bonne (de Braqueville); Hédouin (de Nanterre) et Alexis Martin (de Cousolre).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (Directeur : M. Pierre SÉBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière). — *Semestre d'été 1908. Cours et exercices de médecine opératoire spéciale.* — OPÉRATIONS SUR LES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME : MM. F. Legueu, chirurgien de l'hôpital Tenon, et R. Proust, agrégé, chirurgien des hôpitaux, à partir du 22 mai les lundis, mercredis, vendredis, à deux heures.

OPÉRATIONS DE CHIRURGIE D'URGENCE, DE CHIRURGIE COURANTE ET DE CHIRURGIE DU THORAX : M. H. Morestin, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, à partir du 23 mai, les mardis, jeudis, samedis, à trois heures et demie.

OPÉRATIONS SUR L'ŒIL ET LES ANNEXES DE L'ŒIL : M. V. Morax, ophtalmologiste de Lariboisière, à partir du 1er juin, les lundis, mercredis, vendredis, à deux heures.

Chacun de ces cours comprendra dix leçons.

Les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux. Le droit d'inscription est de 50 francs pour les étudiants en médecine et de 80 francs pour les docteurs en médecine français et étrangers. Le nombre des élèves est limité.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 26 mai, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 2 juin 1908, si leur validité normale expire avant cette date.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

LA DYSPEPSIE DES LITHIASIQUES BILIAIRES

Par MM. Léon SALIGNAT,
Médecin de l'hôpital thermal de Vichy,
et Joseph FOUCAUD,
Médecin de Châtelguyon.

Bien que la fréquence des troubles dyspeptiques, dans la lithiase biliaire, soit une notion aujourd'hui acquise, cette question, cependant, nous paraît mériter une étude plus complète et plus en rapport avec les notions admises actuellement sur les affections des voies digestives.

Tantôt ces troubles dyspeptiques accompagnent les symptômes évidents de la lithiase (coliques hépatiques, cholécystite simple ou suppurée, etc.), tantôt ils se manifestent isolément. Ils peuvent même prendre une telle importance dans la scène morbide qu'ils imposent parfois le diagnostic de simple gastropathie, lorsque l'attention n'est pas suffisamment prévenue.

Ces faits nous avaient déjà frappés, en étudiant, avec notre regretté maître M. Soupault, le retentissement gastrique de certaines affections abdominales, de la lithiase biliaire en particulier.

Depuis lors, poursuivant et étendant nos études, nous avons observé que la plupart de nos lithiasiques biliaires présentaient les formes de dyspepsie les plus variées. Aussi, à défaut d'une ou de plusieurs formes caractéristiques, avons-nous entrepris d'étudier aussi exactement que possible la fréquence et l'explication des nombreux types observés.

Notre statistique, plus importante que celle des auteurs qui nous ont précédé, comprend 200 observations complètes de lithiase biliaire. Ce chiffre important nous a paru toutefois indispensable, pour que toutes les différentes formes de dyspepsie des lithiasiques biliaires fussent représentées à peu près dans leurs proportions habituelles.

Historique. — Dès 1784, Pujol (1) avait attiré l'attention sur la fréquence des troubles dyspeptiques dans les affections hépatiques, sans s'arrêter plus spécialement à la lithiase.

Bien plus tard, Andral (1833) fit connaître un cas de gastralgie assez singulier, car il guérit après expulsion de calculs biliaires (2).

Trousseau (3) fut le premier à signaler la confusion possible entre la gastralgie et l'accès de coliques hépatiques frustes.

Toutefois, nous sommes surtout redevables à trois médecins de Vichy : Sénac, Willemin et Cornillon, des premières études un peu complètes sur la question qui nous occupe.

Sénac (4), s'appuyant sur 100 observations, démontre la fréquence des troubles dyspeptiques dans la lithiase biliaire (65 p. 100). Il signale, parmi les manifestations les plus fréquentes, la gastralgie et la crampe d'estomac, qu'il considère comme des prodromes de la colique hépatique.

(1) Pujol. *Œuvres complètes*, t. II, 1784.

(2) Andral. *Observations sur quelques affections de l'estomac qui ne consistent pas dans un état inflammatoire de cet organe*, 1833.

(3) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.*

(4) Sénac. *Traitement des coliques hépatiques*, Paris 1870.

Telle est à peu près aussi l'opinion de Willemin (1). Cet auteur insiste particulièrement sur la difficulté du diagnostic entre la colique hépatique et la gastralgie.

La question fait un progrès considérable avec Cornillon (2). Pour lui les troubles dyspeptiques, que les auteurs précédents considéraient simplement comme des prodromes de la lithiase biliaire, sont de véritables manifestations, le plus souvent d'origine réflexe, de la lithiase déjà existante. Son travail comprend une excellente description de « la colique hépatique à forme dyspeptique ».

L'année suivante, Mossé (3), après un historique complet de la question, se range à l'avis de Cornillon et insiste sur le caractère tardif des douleurs gastriques.

Depuis, de nombreux auteurs : Hayem, Boas, Mathieu, J.-Ch. Roux, Chauffard, Doyen, etc., ont signalé des troubles dyspeptiques dans la lithiase biliaire.

Bouveret (4) indique quelques caractères propres à distinguer la gastralgie hépatique de la gastralgie simple et de l'hyperchlorhydrie.

Gilbert et Lereboullet (5) font de ces manifestations une forme de la dyspepsie hyperpeptique de Hayem. Ils décrivent en outre le pseudo-ulcère d'origine biliaire.

A. Robin (6) distingue quatre types de dyspepsie chez les lithiasiques biliaires : la dyspepsie préictérique à chimisme variable, la dyspepsie caractérisée par des indigestions subites, l'hypersthénie gastrique à accès paroxystiques et l'hypersthénie aiguë paroxystique avec acholie.

L'un de nous, observant avec Soupault (7) les troubles gastriques dans la lithiase biliaire, a pu isoler en 1904 une forme de dyspepsie caractérisée par le syndrome pylorique; c'est-à-dire par des pesanteurs, des douleurs, des vomissements, etc., apparaissant tardivement après chaque repas (soit de deux à cinq heures après).

Ces idées ont été développées dans la thèse de Houdart (8).

Après cet exposé historique, nous voyons que la question reste incomplète et assez embrouillée, les auteurs n'ayant envisagé que certaines formes de dyspepsie et non toutes les variétés que l'on peut observer.

(1) Willemin. *Coliques hépatiques. Leur traitement par les eaux de Vichy*, 1874.

(2) Cornillon. Rapports de la dyspepsie douloureuse avec la lithiase biliaire, *Progrès méd.*, 1879.

(3) Mossé. *Accidents de la lithiase biliaire*, Th. d'agrég., 1880.

(4) Bouvert. *Maladies de l'estomac*, 1893.

(5) Gilbert et Lereboullet. Contribution à l'étude de la famille biliaire, Soc. méd. des hôpit., 1900.

(6) A. Robin. *Traité des maladies de l'estomac*, 1901.

(7) M. Soupault et L. Salignat. Le syndrome pylorique chez les lithiasiques hépatiques, *Bull. méd.*, 1904.

(8) Houdart. *Les troubles dyspeptiques d'origine biliaire*, Th. de Paris, 1904.

Aussi, dans le but d'apporter quelque clarté dans cette question très complexe, nous pensons que, puisqu'il s'agit de troubles gastriques secondaires, c'est uniquement en nous appuyant sur la pathogénie et sur les manifestations de la lithiase biliaire, qu'il nous sera possible d'expliquer des symptômes dyspeptiques très différents les uns des autres et de les grouper convenablement.

Etiologie. — Parmi les 200 lithiasiques biliaires dont nous avons relevé les observations complètes, nous comptons 51 hommes seulement et 149 femmes. Bien des causes peuvent expliquer cette prédilection marquée pour le sexe féminin : le sédentarisme, l'irrégularité plus fréquente des fonctions intestinales, l'influence de la grossesse et de la lactation, le port du corset, etc.

Ces causes sont connues et nous ne faisons que les rappeler.

La plupart de nos malades étaient d'âge moyen. Quelques-uns d'entre eux avaient eu déjà des crises dans leur enfance.

Malgré le relevé, dans les antécédents héréditaires de nos malades, de certaines affections qui reparaissent assez souvent (rhumatisme, goutte, gravelle, certaines affections hépatiques indéterminées, lithiase biliaire, certaines affections gastriques, etc.), leur influence héréditaire n'a pu toutefois être retrouvée qu'exceptionnellement.

Aussi il nous a semblé qu'il fallait attribuer beaucoup plus d'importance aux antécédents personnels ; 26 de nos lithiasiques avaient eu la fièvre typhoïde à des époques plus ou moins éloignées ; 8 d'entre eux avaient eu antérieurement des fièvres paludéennes ; 12 autres malades avaient eu soit avec leurs coliques hépatiques, soit en dehors de leurs coliques hépatiques des coliques néphrétiques. Chez presque tous, les fonctions intestinales étaient irrégulières. Nous avons le plus souvent observé de la constipation habituelle.

Signalons encore chez certains malades l'influence du sédentarisme de diverses professions, les émotions brusques, les chagrins, etc.

En résumé nous trouvons dans cette étiologie des causes susceptibles d'influencer soit en même temps le foie et l'estomac, soit plus particulièrement l'un ou l'autre de ces organes.

Nos 200 malades présentaient tous des signes de lithiase biliaire, s'étant manifestés dans 162 cas par des coliques hépatiques franches et dans 38 cas seulement par des coliques hépatiques frustes.

Nous ne développerons pas ici les divers symptômes de la lithiase biliaire, nous réservant d'y revenir, lorsque nous nous occuperons du diagnostic.

Parmi tous nos malades, 56 seulement (soit 28 p. 100) n'avaient pas de troubles dyspeptiques ou présentaient une affection gastrique paraissant évoluer indépendamment de leur affection biliaire.

Par contre, le plus grand nombre, 144 (soit 72 p. 100), présentaient des troubles dyspeptiques variés, en rapport par leur évolution avec les manifestations lithiasiques.

Parmi ces derniers, 44 présentaient des troubles dyspeptiques légers et passagers. Ils avaient eu, par périodes, tantôt des crises hépatiques et tantôt des troubles dyspeptiques isolés mais répétés.

Chez les 100 autres malades, les manifestations gastriques étaient tenaces et persistantes, avec aggravation lors de leurs coliques hépatiques.

Chez la plupart enfin (122 cas sur 144), les troubles dyspeptiques ont complètement disparu ou se sont notablement améliorés avec la diminution ou la disparition des crises hépatiques.

Pour les 22 cas, qui ne figurent pas dans nos améliorations, un certain nombre n'ont pu être suivis, quelques-uns n'ont eu aucune amélioration ni du côté du foie, ni du côté de l'estomac, un très petit nombre enfin avaient encore des troubles dyspeptiques après la disparition des coliques hépatiques.

Cette statistique est néanmoins suffisamment éloquente, par elle-même, pour démontrer que, dans les cas observés par nous, il s'agissait presque toujours de dyspepsie déterminée par la lithiase biliaire.

Symptomatologie. — Ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'existe pas de type clinique spécial, pouvant caractériser la dyspepsie des lithiasiques biliaires.

Cette dyspepsie affecte les formes les plus variées. En effet on a pu observer, chez les lithiasiques, tantôt l'atonie gastrique, tantôt l'hypersthénie, tantôt le syndrome pylorique, tantôt la gastralgie, tantôt l'embarras gastrique, etc. Cette diversité de formes explique combien l'étude de cette question a paru toujours compliquée. Aussi, jusqu'ici, la plupart des auteurs n'ont fait qu'énumérer divers types de gastropathies ordinaires déjà connues.

La dyspepsie des lithiasiques biliaires, étant une dyspepsie secondaire, nous avons cherché l'explication de ces types dyspeptiques, si dissemblables, dans les différentes réactions de l'estomac sous l'influence de la lithiase biliaire.

C'est ainsi que certains types nous ont paru surtout commandés par des troubles circulatoires gastro-hépatiques, d'autres par l'excitation nerveuse réflexe partie des voies biliaires, d'autres encore par l'infection biliaire, la plupart enfin par ces diverses influences combinées ou alternant.

Etudions d'abord chacun des types cliniques les plus fréquemment observés, nous verrons ensuite comment ils peuvent apparaître sous l'influence d'une même entité morbide et parfois se succéder chez un même malade.

1° Dyspepsie atonique ou asthénique ou hyposthénique. — Chez 56 de nos dyspeptiques biliaires (soit 39 p. 100), nous avons observé des symptômes d'asthénie gastrique. Les malades accusaient de la diminution ou de la perte de l'appétit, des digestions lentes, pénibles, des gaz, des renvois. Peu de temps ou de suite après le repas, ils éprouvaient de la pesanteur, une sensation de barre, de ballonnement à l'épigastre. Ces manifestations locales s'accompagnaient quelquefois de troubles réflexes éloignés : oppression, palpitations, somnolence, bouffées de chaleur au visage.

Ces divers troubles étaient surtout déterminés par la congestion du foie et l'infection des voies biliaires.

La congestion du foie, non seulement au moment des crises, mais même en dehors des périodes douloureuses, était en effet excessivement fréquente. Tantôt il s'agissait de poussées congestives se manifestant de loin en loin, tantôt la congestion hépatique persistait pendant une durée plus ou moins prolongée pour disparaître ensuite subitement. Ces troubles circulatoires ne sont que l'exagération ou la prolongation de la congestion physiologique du foie, qui se manifeste au moment de la digestion. Surtout accusés au niveau du lobe gauche, ils peuvent expliquer la pesanteur épigastrique que ressentent les malades de cette catégorie.

Nous avons trouvé de la sensibilité du bord libre du foie, avec augmentation persistante du volume de cet organe, chez 27 de nos 56 hyposthéniques. Chez tous les autres, la congestion hépatique passagère se manifestait après chaque repas.

2° Dyspepsie hypersthénique. Nervo-motrice. Excitation stomacale. — Nous avons observé la forme hypersthénique chez 28 de nos dyspeptiques biliaires (19,4 p. 100). Chez ces malades l'appétit est variable. Il est tantôt exagéré et tantôt diminué chez le même malade. Après les repas, apparaissent les troubles suivants : des éructations, des renvois, du pyrosis, des brûlures à l'estomac, des sensations de torsion, de la constriction épigastrique, des nausées, etc.

Ces troubles se manifestaient quelque temps après le repas (d'une à trois heures après), et si parfois ils se manifestaient de suite après le repas, c'était toujours tardivement, à l'inverse du type précédent, qu'ils atteignaient leur maximum.

Ce début tardif correspond au moment où la vésicule biliaire entre en contraction, pour déverser dans l'intestin la bile qu'elle contient. Il s'agit d'une hyperesthésie gastrique, sous l'influence d'une excitation réflexe partie des voies biliaires altérées.

Toutefois, pour que des troubles dyspeptiques aussi persistants que ceux que nous avons observés, puissent se manifester, il faut admettre une susceptibilité particulière de l'estomac, capable d'être révélée à l'occasion de la lithiase biliaire. Cette susceptibilité gastrique est encore plus évidente chez les malades que nous allons maintenant étudier et qui présentent le syndrome pylorique. Ces derniers paraissent en effet au premier abord, bien plus des gastropathes que des hépatiques.

3° Syndrome pylorique. — 21 de nos 144 dyspeptiques (14,5 p. 100) présentaient le syndrome pylorique.

Le syndrome pylorique se rencontre chez les malades présentant un obstacle du côté du pylore, qu'il s'agisse d'un obstacle mécanique ou d'un spasme. Les troubles fonctionnels qui le caractérisent, se montrent avec toute leur intensité à une grande distance des repas, de deux à cinq heures après. Ce sont des douleurs plus ou moins vives, des pesanteurs, des crampes, des brûlures, des régurgitations acides, le plus souvent assez intenses pour obliger le malade à se courber en deux ou à s'allonger en cherchant à comprimer son creux épigastrique. Ces manifestations vont en augmentant d'intensité pour se terminer le plus souvent par un vomissement alimentaire ou aqueux. De même l'ingestion d'aliments peut parfois calmer pour quelque temps ces malaises.

A part les cas où, chez des lithiasiques biliaires, des brides inflammatoires ou une compression par un volumineux calcul peuvent déterminer un obstacle mécanique à l'évacuation du pylore, ces troubles sensitifs et moteurs sont habituellement causés par le spasme du pylore. Chez nos malades, le syndrome pylorique était dû à un spasme, provoqué lui-même par une excitation réflexe partie de la vésicule et des voies biliaires.

4° Pseudo-ulcère gastrique. — Dans quelques cas assez rares, il peut se produire chez un lithiasique des hématémèses ou du melæna par suite des troubles vasculaires veineux si fréquents chez les hépatiques.

On fera, le plus souvent, le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac, alors qu'il s'agira de pseudo-ulcère, déterminé par la lithiase biliaire, comme nous l'avons observé chez un de nos malades.

5° Gastralgie. — 24 de nos malades (16,6 p. 100) présentaient des crises gastralgiques. Ces crises sont caractérisées; par des accès douloureux paroxystiques, éclatant brusquement en pleine santé, à n'importe quelle heure, aussi bien à jeun qu'après les repas.

Elles ne paraissent pas influencées par la digestion. Très intenses pendant quelques heures ou quelques jours, elles se terminent brusquement comme elles ont commencé.

Ces accès s'accompagnent d'une sensibilité épigastrique très intense et parfois de vomissements.

Parfois la crise de gastralgie est suivie d'hyposthénie (8 cas) qui persiste jusqu'à l'accès suivant.

On peut rapprocher de la gastralgie les crampes d'estomac, apparaissant de loin en loin, et qui ne sont qu'une manifestation atténuée de la forme précédente.

La crise de gastralgie est en général le symptôme gastrique réflexe d'une affection extra-stomacale. Elle peut apparaître comme une des manifestations du tabès, de la présence dans les voies digestives des helminthes, des diverses ptoses abdominales, de l'appendicite et enfin de la lithiase biliaire.

6° Vomissements isolés. — Nous venons de voir, que la lithiase biliaire pouvait déterminer des troubles sensitifs simples de l'estomac. De même elle peut provoquer des troubles moteurs gastriques isolés.

En effet, 5 de nos malades avaient des vomissements, apparaissant brusquement de temps en temps, sans autre manifestation gastrique dans l'intervalle.

On peut attribuer ces vomissements, soit à une excitation réflexe partie des voies biliaires, soit à l'intoxication produite par l'infection biliaire.

7° Embarras gastrique. — C'est de même l'infection biliaire qui, chez 4 de nos malades, déterminait des accès d'embarras gastriques. Ces malades avaient

des accès de fièvre avec inappétence, vomissements alimentaires ou bilieux et débâcles diarrhéiques.

Ici les troubles dyspeptiques sont déterminés par l'intoxication aiguë d'origine biliaire, alors que le plus souvent il s'agit d'intoxication chronique.

8° TROUBLES DYSPEPTIQUES INDÉTERMINÉS. — Chez 6 de nos malades nous avons observé des troubles dyspeptiques divers sans caractères nets. Deux de nos malades avaient des digestions variables, sans que l'on puisse préciser le genre des malaises éprouvés. Deux autres malades se plaignaient uniquement de vertiges accompagnant la période digestive. Enfin les deux derniers n'accusaient que des troubles de l'appétit (anorexie).

Chimisme gastrique. — En étudiant chacun des nombreux types cliniques observés, nous n'avons pas parlé du chimisme gastrique, parce qu'il est excessivement variable et qu'il ne nous a pas paru possible de nous en servir pour établir nos diverses catégories.

Les analyses, que nous avons faites, suivant la méthode Hayem Winter, nous ont révélé tantôt une sécrétion normale, tantôt de l'hyperchlorhydrie et tantôt de l'hypochlorhydrie.

Bien plus, l'étude du chimisme ne nous a même pas permis de faire le diagnostic entre le syndrome pylorique des vraies gastropathes et celui de la lithiase biliaire. Là encore le chimisme s'est montré variable, tantôt normal, tantôt exagéré, tantôt diminué.

Toutefois nos recherches sont intéressantes dans ce sens, qu'elles démontrent que la sécrétion (ainsi que les autres qualités de l'estomac : motricité et sensibilité) est diversement influencée par la lithiase biliaire.

En résumé, la dyspepsie des lithiasiques biliaires se traduit par des manifestations variées. Néanmoins ces manifestations peuvent se réduire à deux types principaux. Dans le premier prédominent des symptômes d'excitation : hypersthénie, syndrome pylorique, gastralgie, vomissements. Il comprend 78 cas sur 144 (soit 54 p. 100).

Dans le second au contraire prédominent des symptômes de dépression : hyposthénie, embarras gastrique, troubles dyspeptiques indéterminés. Il comprend 66 cas sur 144 (soit 46 p. 100).

Intestin. — En outre de leurs troubles dyspeptiques, un grand nombre de nos malades présentaient des troubles intestinaux. Chez 92 d'entre eux, nous avons trouvé une constipation spasmodique tenace, s'atténuant seulement dans l'intervalle des crises. Elle disparaissait souvent avec les crises, mais parfois elle leur était antérieure et persistait après leur disparition.

Dans 9 cas, nous avons noté une autre forme de constipation, caractérisée par des alternatives de constipation et de diarrhée.

Plusieurs de nos malades présentaient de temps en temps des débâcles bilieuses, signalées déjà par Willemin et sur lesquelles Linossier a plusieurs fois attiré l'attention dans ces derniers temps (1).

(1) LINOSSIER. La diarrhée prandiale des biliaires, *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 47, p. 558.

Dans un seul cas nous avons eu affaire à de la diarrhée persistante.

Enfin 35 de nos dyspeptiques présentaient de l'entéro-colite muco-membraneuse. Surtout accusée au moment des crises de coliques hépatiques, elle les précédait le plus souvent de quelques jours.

Presque tous nos malades avaient présenté à différentes périodes, mais surtout lors de leurs crises hépatiques, de la décoloration des matières.

La diminution de la bile dans l'intestin explique l'augmentation du poids des substances sèches par rapport au volume total des fèces et la constipation par retard de l'évacuation.

Aussi nous pensons que, chez la plupart de nos malades, on aurait pu retrouver le syndrome coprologique indiqué par René Gaultier dans les dyspepsies duodénales, accompagnées de diminution de la quantité de bile (1). Ce syndrome est caractérisé par l'augmentation de durée de la traversée digestive, par la diminution de la quantité d'eau des fèces, par la réaction acide des fèces, par une quantité plus considérable de graisse et d'albuminoïdes, enfin par la décoloration des matières.

Foie. — En dehors de leurs troubles gastriques ou intestinaux, nos malades présentaient les divers troubles hépatiques que l'on rencontre habituellement dans la lithiase biliaire.

Nous avons déjà signalé la congestion hépatique, se manifestant par l'augmentation de volume du foie et par la sensibilité de cet organe à la pression.

Le plus souvent le foie déborde à peine les fausses côtes, il est souple et sensible.

D'autres fois il déborde d'un, de deux et même de trois travers de doigt.

Dans 2 cas le foie était très hypertrophié, il s'agissait de cirrhose biliaire.

D'une façon générale nous avons observé que le lobe gauche et le lobe carré étaient les plus atteints.

Plusieurs de nos malades accusaient une sensation de pesanteur ou de la douleur dans toute la région hépatique. Toutefois c'est au creux épigastrique que la sensibilité spontanée ou provoquée était le plus manifeste.

Nous avons trouvé, dans quelques cas, soit de l'urticaire, soit du prurit, soit encore du purpura.

Vésicule biliaire. — Du côté de la vésicule et des voies biliaires, nous avons relevé les signes que l'on trouve habituellement dans la lithiase. Quelques malades accusaient une douleur spontanée au niveau de la vésicule.

Le plus souvent la sensibilité de la vésicule pouvait être provoquée par la pression ou la palpation.

Dans 11 cas seulement, cette vésicule plus ou moins volumineuse a pu être perçue par la palpation.

Trois de nos malades avaient présenté des symptômes de cholécystite. Chez ces 3 malades, une intervention chirurgicale nous a démontré la présence de calculs, soit dans la vésicule, soit dans le canal cholédoque.

Ictère. — La plupart de nos malades avaient pré-

(1) René GAULTIER. Les dyspepsies duodénales, étude séméiologique et thérapeutique, Rapport à la Soc. de thérap., mai 1907.

senté tantôt de l'ictère franc passager, tantôt du subictère.

L'examen des urines nous a très souvent donné une réaction de Gmelin positive. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 MAI 1908)

Effets thermiques des courants de haute fréquence sur l'organisme. — MM. A. ZIMMERN et S. TURCHINI. Les tracés de pression artérielle pris chez le chien ont montré que chez cet animal la tension artérielle ne varie pas sous l'influence de la haute fréquence (lit condensateur et application directe). Chez l'homme, il se produit parfois un léger abaissement de 1 ou 2 centimètres, mais plus constantes sont les modifications du pouls volumétrique. Celles-ci traduisent la vaso-dilatation.

L'animal soumis à la haute fréquence s'échauffe : sa température s'élève de plusieurs dixièmes de degré. Les chiens chloralisés dont la température décroît progressivement sous l'action du chloral s'échauffent également. Cet accroissement de chaleur dépend de l'action calorifique (effet Joule) des courants. Mais le chien lutte contre cet accroissement de chaleur par la polypnée.

Il en est de même de l'homme, chez lequel la température s'élève de quelques dixièmes pendant l'application et qui lutte contre l'accroissement de la chaleur par vaso-dilatation périphérique. L'échauffement n'est toutefois pas assez notable pour provoquer la sudation.

Ainsi considérée, la haute fréquence permet de résoudre un problème qui n'a pas jusqu'à présent reçu de solution : l'apport de chaleur par voie interne et sans dépense pour l'organisme. Elle constitue ainsi un procédé nouveau de thermothérapie, moins brutal que les procédés de thermothérapie en usage (bains de chaleur, de lumière, etc.), et ayant des indications semblables (algies des arthritiques, rhumatisme).

Indirectement par les moyens de défense qu'elle provoque (vaso-dilatation périphérique), elle est un adjuvant utile dans le traitement des congestions rénales, les névralgies viscérales et ainsi se trouvent expliqués les bons effets obtenus dans la cryesthésie des brightiques et des artério-scléreux.

Recherches sur la répartition de la substance antivirulente dans les tumeurs des animaux vaccinés. — M. L. CAMUS.

Sur un « Oospora » nouveau (« Oospora lingualis » n. sp.), associé au « Cryptococcus linguæ pilosæ » dans la langue noire pileuse. — M. Fernand GUEGUEN.

Sur la valeur nutritive de quelques peptones pour différentes espèces microbiennes. — M. DUNSCHMANN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 MAI 1908)

Rhumatisme thyroïdien chronique. — M. Paul CLAISSE, revenant sur la récente communication de MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild, estime que l'opothérapie thyroïdienne donne d'excellents résultats dans certains cas de rhumatisme chronique.

Depuis les premières indications qu'il a fournies sur ce sujet, ainsi que MM. Lancereaux et Paulesco en 1899, la méthode semble pourtant avoir été peu employée.

Cela s'explique : 1° par ce fait que la méthode a pu être mal jugée à la suite d'un emploi intempestif chez des rhumatisants de tout ordre; 2° par le discrédit dont souffre l'opothérapie thyroïdienne depuis que certains accidents résultant de son emploi, ont été signalés.

Il est pourtant démontré qu'il suffit de précautions élémentaires pour éviter ces accidents. On a toute sécurité si l'on interrompt la cure dès que le nombre des pulsations monte à 90.

Dans ces conditions, on ne doit pas hésiter à instituer l'opothérapie d'essai chez les rhumatisants dont la fonction thyroïdienne paraît inférieure. Les effets en sont parfois remarquables. Cette méthode réclame seulement du malade beaucoup de patience, du médecin un peu d'attention.

Cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. — M. J. COMBY. Le diagnostic de la tuberculose infantile étant souvent impossible par les moyens habituels d'exploration clinique, l'auteur a accueilli avec empressement les méthodes nouvelles d'oculo-réaction et de cuti-réaction à la tuberculine. Ce dernier procédé a fait beaucoup moins de bruit que le premier et soulevé moins de critique. On a parlé tout d'abord de scarifications de la peau mises en contact avec la tuberculine brute. Cette technique manquait de simplicité. Il y avait quelques précisions à apporter à la méthode de von Pirquet, et, grâce à elles, il peut présenter aujourd'hui la cuti-réaction comme un moyen précieux de dépistage de la tuberculose latente chez les enfants.

On prend la solution de tuberculine à 1/100 de l'Institut Pasteur, la même qui sert à l'oculo-réaction. Avec une goutte de cette solution étalée sur une lancette à vaccin, on fait quelques piqûres à la région deltoïdienne ou brachiale. Le lendemain, si la réaction est positive, on voit se former des papules rouges, plus ou moins larges, plus ou moins saillantes, qui persistent huit ou dix jours. Si l'épreuve est négative, il ne se forme aucune saillie, aucune rougeur aux points inoculés.

Cette manière de procéder est inoffensive, n'effraie pas les enfants et est toujours bien acceptée par les familles.

La valeur de la cuti-réaction ainsi pratiquée est égale à celle de l'oculo-réaction. Sur 221 cas, M. Comby a compté 129 résultats positifs et 92 résultats négatifs.

Dans la première série, six autopsies sont venues confirmer la valeur de la réaction.

Dans la seconde série, 4 autopsies ont montré qu'il s'agissait de fièvre typhoïde ou d'endocardite ulcéreuse (2 cas), de méningite tuberculeuse et de pneumonie caséeuse (2 cas). Ces deux derniers cas ne doivent pas surprendre; car il arrive fréquemment que les tuberculeux avancés ne réagissent plus à la tuberculine.

Les réactions obtenues dans l'œil ont été concordantes avec celles de la peau; en d'autres termes, la cuti-réaction vaut l'oculo-réaction; elle a l'avantage d'être toujours inoffensive. Elle mérite donc d'être vulgarisée.

Rapport des entérococcies et du rhumatisme aigu. — M. Georges ROSENTHAL et Mlle JOFFÉ publient un troisième cas de rhumatisme cérébral.

Malgré une température peu élevée, sans doute à cause de l'alcoolisme, le jeune malade a présenté des troubles mentaux, faits d'angoisse et de confusion mentale, qui ont menacé de persister au moment de la convalescence.

La ponction lombaire a produit un bon résultat.

Deux hémocultures ont été pratiquées; la première a donné de l'entérocoque, la deuxième a donné du bacille d'Achalme en ballon cacheté.

Les auteurs discutent le rapport de ces deux germes.

Peut-être y a-t-il eu deux maladies, peut-être le bacille d'Achalme a-t-il échappé à la première mise en culture.

Peut-être hypothèse hardie, mais en rapport avec la démonstration du transformisme microbien par MM. Thiroloix

et Georges Rosenthal, l'entérocoque dans un cycle bactérien est-il devenu le bacille d'Achalme.

Le transformisme morbide doit suivre le transformisme microbien.

Zona double alterne. — MM. Danlos et A. Lévy-Franckel présentent un malade atteint de zona double alterne, siégeant à gauche dans la zone du plexus cervical superficiel, à droite, sur les derniers espaces intercostaux.

Dilatation bronchique expérimentale. — MM. J. Thiroloix et R. Debré présentent des poumons de rat atteints de dilatation bronchique généralisée. Ces auteurs ont obtenu ces lésions en injectant dans la cavité péritonéale de ces animaux des cultures de staphylocoque blanc provenant de néoplasies suppurées de l'homme. Sur 100 rats inoculés en deux séries à un an d'intervalle, ils ont eu 58 résultats positifs. Les altérations ont débuté dans la péri-bronche et ont amené la destruction de l'armature bronchique avec irritation de l'épithélium broncho-alvéolaire qui a subi une hypergenèse ordonnée telle que le poumon n'est plus en définitive représenté que par le revêtement épithélial bronchique dilaté d'une façon monstrueuse. Il n'y a ni adhérence pleurale, ni pneumonie chronique scléreuse. Appliquant ces résultats à la pathogénie de la dilatation bronchique congénitale ou acquise de l'homme, MM. Thiroloix et Debré admettent qu'un agent infectieux d'allures banales en apparence, pénétrant par la voie intestinale arrive par voie vasculaire dans la péri-bronche et y développe un processus d'irritation chronique. De toutes les théories émises, la théorie bronchique modifiée, péri-bronchite destructive avec épithéliose ordonnée, semble la mieux démontrée, et il ne faut regarder comme accessoires que les théories attractives scléreuses pleurale et pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance supplémentaire du 14 mai)

Cette séance est consacrée à la fin de la **discussion sur l'hystérie.**

M. Raymond vient affirmer la persistance de la contracture, pendant le sommeil, chez la malade qu'il avait présentée, le mois précédent. Cette contracture est accompagnée de rétractions musculo-tendineuses, qu'il a fallu rompre. — M. Babinski se demande si ces rétractions n'impliquent pas l'idée d'une association hystéro-organique. — M. Déjerine cite un fait personnel, de contracture, accompagnée des mêmes rétractions chez une hystérique, et pense que ces rétractions peuvent appartenir à l'hystérie.

Puis, la Société aborde la question suivante : *Y a-t-il en dehors de l'hystérie des troubles engendrés par suggestion?* Que faut-il entendre par suggestion? Pour M. Babinski, ce n'est pas la persuasion qui résulte, par exemple, d'une discussion; il faut que l'idée acceptée soit illogique, anormale, c'est aussi l'avis de M. Brissaud. — M. Ballet estime que, chez l'hystérique, les troubles peuvent être produits par persuasion et guéris par suggestion. — M. Meige pense que le facteur « temps » doit entrer en ligne de compte pour définir la suggestion : son action est rapide, celle de la persuasion, lente. Cette distinction n'est pas applicable, pour M. Déjerine : certaines manifestations hystériques guérissent vite, d'autres lentement par suggestion. — Au contraire, réplique M. Babinski, l'amélioration rapide peut seule être rapportée à la suggestion, la guérison lente pouvant relever d'autres facteurs.

La suggestion est-elle spéciale à l'hystérie? Pour M. Crocq le pithiatisme est normal chez l'enfant, et dans la débilité mentale, dans la neurasthénie, ainsi que chez les hallucinés, les délirants, ajonte M. Dupré. — M. Déjerine dit que les faux gastropathes, les faux cardiaques et urinaires névrosiques guérissent par suggestion, parfois en une seule conversation. — M. Ballet y joint les névroses post-traumatiques, les étudiants en médecine qui croient avoir toutes les maladies dont ils apprennent les symptômes; tous ne sont pas des hystériques, cependant, ils guérissent par persuasion. — MM. Babinski et Brissaud se demandent comment on peut distinguer ces cas de l'hystérie. Ne sont-ce pas des faits d'hystéro-neurasthénie?

Comment alors diagnostiquer les manifestations de la psychasthénie et de l'hystérie? M. Pitres (de Bordeaux) fait remarquer que les phobies des psychasthéniques se développent, comme celles des hystériques, à la suite d'une émotion, parfois très rapidement, elles guérissent par persuasion. — Mais, dit M. Ballet, le phobique sait bien qu'il a tort d'être phobique, et ne guérit pas par suggestion impérative, comme l'hystérique.

M. le professeur Vogt (de Berlin) dit que la suggestibilité se trouve partout; elle est exagérée chez les myomanes, les nosophobes; dans l'hystérie, elle ne fait que déterminer la forme de la réaction, l'émotivité joue un rôle important,

Malgré les efforts de M. Claude, la Société ne discute pas le rôle de l'émotivité, et ne fait qu'effleurer le problème de la nature de l'hystérie, qui, d'après beaucoup, ne saurait être actuellement définie. — M. Dufour insiste seulement sur la faculté d'imitation des hystériques, qui est une névrose d'imitation.

Faut-il conserver le terme d'hystérie? Pour beaucoup, il a le mérite de ne pas prétendre à définir ce qui ne peut être actuellement défini. Au contraire, MM. Babinski et Brissaud lui préfèrent le terme de « pithiatisme » qui indique le rôle prépondérant de la suggestion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 16 mai 1908)

Vaccination antidysentérique expérimentale par les voies digestives. — M. Dopter a tenté de vacciner des souris adultes en leur faisant ingérer des bacilles dysentériques du type Shiga, vivants ou morts.

On pèse 5 milligrammes de bacilles dysentériques obtenus par râclage d'une culture sur agar en boîte de Roux, puis tués par la chaleur à 60 degrés pendant une heure, et desséchés dans le vide. On les émulsionne dans du lait que l'on donne ainsi à ingérer à des souris. L'ingestion de cette émulsion répétée pendant trois jours de suite confère l'immunité, car si l'on inocule l'animal sous la peau douze à quinze jours après, avec une ou quelquefois deux doses mortelles de bacilles vivants, il survit alors que les témoins succombent en trois ou quatre jours. L'expérience montre qu'une seule ingestion à cette dose est insuffisante pour obtenir l'immunité; cette dernière n'est conférée avec de plus petites doses que quand celles-ci sont répétées pendant une huitaine de jours.

Cette immunité n'est obtenue qu'au bout de douze jours environ, elle dure trente jours en général. Enfin, pendant tout le temps que l'animal prépare son immunisation, c'est-à-dire entre le premier et le douzième jour, il est plus sensible que les témoins à l'épreuve mortelle.

Les résultats sont identiques avec les bacilles vivants. En ce cas, la dose optima correspond à l'émulsion obtenue par râclage d'un tube d'agar âgé de vingt-quatre heures; cette dose doit, elle aussi, être répétée plusieurs jours de suite.

Influence des tissus sur quelques ferments digestifs (pepsine et pancréatine). — MM. Lœper et Ch. Esmonet montrent que les ferments digestifs résorbés dans l'intestin, après avoir franchi la barrière hépatique, trouvent dans l'organisme un certain nombre de tissus au contact desquels ils modifient et même épuisent leur action. Le sang en nature, le sérum sanguin, l'extrait musculaire, l'extrait lymphatique préparé

avec des plaques de Peyer et du tissu splénique, la substance corticale du rein, sont doués vis-à-vis du ferment peptique d'une action empêchante très marquée, décelée par la production de peptone en moindre quantité dans les expériences rapportées.

Les mêmes tissus exercent une action comparable vis-à-vis de la trypsine pancréatique. Cette action disparaît en grande partie par le chauffage.

Les tissus malades d'animaux infectés ou intoxiqués sont doués d'un pouvoir antiprotéolytique plus rapide que les témoins. D'ailleurs on peut mesurer en quelque sorte la diminution de résistance de ces tissus par la formation assez abondante de peptones dans leur intimité, lorsque l'on fait ingérer à l'animal vivant infecté ou intoxiqué des quantités assez considérables de ces ferments.

Etiologie hydrique des maladies infectieuses et gouttelettes de Flügge. — M. Remlinger. Les travaux de Flügge ont montré que dans la genèse des maladies qui se transmettent surtout par voie respiratoire, la tuberculose en particulier, le danger des particules liquides primait celui des poussières sèches. Il semble que ces particules puissent également jouer un rôle dans la pathogénie des affections qui, comme le choléra et la fièvre typhoïde, se contractent presque exclusivement par voie digestive. Si la toux, l'éternuement, la voix parlée ou chuchotée détache facilement des particules liquides et les projettent au loin, il peut en être de même du battage de l'eau par les rames, les roues, les hélices. De même encore un vent violent passant sur l'eau détachera de fines particules qu'il transportera à distance. De même aussi les vagues, en se brisant sur le rivage, sont susceptibles de lancer dans l'atmosphère quantité de particules ténues empruntées à la surface de l'eau. Cette eau renferme-t-elle des microbes pathogènes? Ils vont être enlevés avec le liquide qui leur sert de substratum. Ils retomberont avec lui sur les moustaches, les lèvres, les mains, les aliments. D'où contamination possible. La pathogénie de la dernière manifestation cholérique de Constantinople où seuls ont été frappés des bateliers et des riverains du Bosphore et de la Corne d'Or ne trouve d'explication satisfaisante que de cette façon.

Les capsules surrénales dans l'éclampsie puerpérale et la néphrite gravidique. — M. Chirié. Dans l'éclampsie, l'hémorragie rétroplacentaire, la néphrite gravidique, on observe presque constamment de l'hyperplasie corticale et médullaire des surrénales. Cette hyperplasie, secondaire aux lésions rénales, est certainement en rapport avec la fonction antitoxique de la glande, mais, étant donné les propriétés hypertensives des substances médullaire et surrénale, il est possible qu'elle joue un rôle important dans la genèse de l'hypertension artérielle des éclamptiques.

Localisation nerveuse de la syphilis. — MM. Levaditi, Ravaut et Yamamouchi ont examiné, par la méthode de Wassermann, le liquide céphalo-rachidien d'un certain nombre de syphilitiques aux divers stades de l'infection. Voici leurs conclusions : 1° l'examen du sérum des syphilitiques secondaires porteurs de lésions cutanées et muqueuses nous a fourni des résultats constamment positifs. Les mêmes résultats, mais moins nets, furent obtenus dans trois cas de syphilis tertiaire. Or, le liquide céphalo-rachidien de ces spécifiques s'est montré incapable de fournir une réaction positive par la méthode de Wassermann. La syphilis, lorsqu'elle laisse intact le système nerveux central, ne produit aucune modification du liquide céphalo-rachidien pouvant être appréciée par le procédé de la fixation du complément ; 2° par contre, lorsque l'infection syphilitique intéresse, même à un faible degré, le système nerveux, le liquide céphalo-rachidien peut acquérir des propriétés nouvelles et provoquer le phénomène de Wassermann.

Septicémie à microbes anaérobies consécutive à une chute dans une fosse d'aisance. — M. P. Thaon. Il s'agit dans cette observation d'une femme qui, transportée aussitôt à l'hôpital dans un état très grave, fut prise le soir même de fièvre qui s'éleva progressivement jusqu'à 41 degrés, et mourut deux jours après son accident.

L'examen bactériologique du sang a été fait; il n'a révélé aucun microbe aérobie, mais au contraire deux anaérobies qui ont été étudiés. L'un était un coccus très petit dont les éléments, peu nombreux, prenaient le gram; l'autre, un gros bacille qui par tous ses caractères semble se rapprocher du perfringens, et présente pour le cobaye une virulence extrême.

Autres communications :

Sur l'excitation chimique des terminaisons cutanées des nerfs sensitifs. Action des métaux terreux. — MM. Dhéré et Prigent.

Peptonification du lait par certaines moisissures. — M. Sartory.

Influence de la nature de l'alimentation sur le pouvoir amylolytique des urines. — M. Nigay.

Aérobisation d'emblée du bacille du tétanos rapidement isolé d'une plaie tétanique. — MM. Rosenthal et Marcorelles.

La toxine du bacille virgule. — M. Verdereau.

Echinococcose primitive expérimentale. Pseudo-tuberculose hydatique. — M. Dévé.

Propriétés lécithinophiles des toxines tétanique et diphtérique. — M. L. Petit.

Vaccination contre la diphtérie par voies gastrique et rectale. — MM. Breton et Petit.

Symbiose des bacilles bulgare et butyrique. — M. Crithari.

Action du bicarbonate de soude et de la pipérazine sur l'excrétion urique. — M. P. Fauvel.

Action comparée du sérum antidysentérique polyvalent et du sérum de MM. Vaillard et Dopter sur les cobayes inoculés dans la cavité péritonéale avec des cultures du bacille dysentérique de Flexner. — MM. Coyne et Auché.

Pouvoir opsonique du sérum antidysentérique de MM. Vaillard et Dopter et du sérum antidysentérique polyvalent de MM. Coyne-Auché à l'égard des bacilles dysentériques du type Flexner. — M. Auché.

PRATIQUE MÉDICALE

COMMENT DÉSODORISER LES PERTES FÉTIDES VAGINALES ?

Par M. O. Lardières.

La fétidité des écoulements vaginaux est un symptôme courant du cancer utérin. Mais on l'observe aussi dans d'autres lésions gynécologiques. La métrite sénile s'accompagne, en effet, d'une leucorrhée abondante et nauséabonde, parfois aussi, chez les femmes malpropres qui portent un pessaire, sans le nettoyer jamais, il se produit des écoulements ayant ce caractère. Nous avons observé encore après des hystérectomies vaginales, des pertes fétides provenant des régions traumatisées par les pinces longuettes et qui s'étaient peu à peu sphacélées. De même, chez des femmes ayant subi l'amputation du col, nous avons constaté ce phénomène.

Malgré sa ténacité, il est relativement facile de faire disparaître cette mauvaise odeur, et, à ce point de vue, l'oxygène nous semble le remède de choix.

Pour éviter l'action caustique de l'eau oxygénée commerciale généralement acidulée, et pour obtenir d'autre part une puissance germicide et désodorisante plus nette, nous utilisons dans notre pratique, une solution d'anios à 2 p. 100.

Cet antiseptique dont il a été beaucoup parlé ces dernières

années, est un composé chloro-méthyl-vanadique dont la caractéristique est d'émettre au contact des substances organiques de l'oxygène naissant d'une façon progressive et ininterrompue. Cette émission d'oxygène n'entraîne pas de causticité et, par sa continuité, elle développe nettement les propriétés curatives de l'oxygène lui-même.

Matin et soir, la malade doit prendre des injections de 2 litres avec la solution d'anios à 2 p. 100. Il faut insister sur ce point que l'injection doit être prise à faible pression et dans le décubitus. C'est un bain antiseptique qu'il faut faire prendre aux organes génitaux, et il faut les mettre à l'abri de tout traumatisme. Cette précaution est indispensable dans les cas de sphacèle, car la lésion peut intéresser la paroi des vaisseaux et il pourrait s'ensuivre des hémorragies sérieuses.

La solution d'anios imprègne ainsi les culs-de-sac vaginaux et le museau de tanche, et, comme les malades n'ont pas l'habitude en faisant ces lavages de déprimer la fourchette vulvaire, il reste toujours dans la cavité vaginale une petite quantité du remède. Cela suffit (l'anios étant un ferment) pour que l'émission d'oxygène persiste longtemps.

Rapidement, la mauvaise odeur s'affaiblit. En général il ne faut pas plus de cinq à six jours pour qu'elle ait disparu. Bientôt après, quand la leucorrhée vient du vagin ou du col utérin, on observe qu'elle diminue et s'arrête. Cependant, lorsqu'il s'agit de métrite sénile, on n'obtient pas toujours d'aussi rapides résultats. C'est qu'alors, il y a rétention de pus fétide dans la cavité de l'organe, et la solution d'anios ne pouvant arriver jusqu'à lui, il faudrait faire des irrigations intra-utérines. Quelques ovules de thigénol à 30 p. 100 ou quelques pansements sur le col avec la glycérine thigénolée (40 p. 100) suffiront à décongestionner l'organe et entraîneront les produits septiques, dès lors la désodorisation se fera rapidement par les lavages d'anios.

En somme, nous estimons, après épreuve clinique, que la fermentation oxygénée représente un moyen énergique de désodoriser les pertes fétides vagino-utérines et que, sans inconvénients, l'anios agit même plus rapidement que le sublimé, l'acide phénique et la liqueur de Labarraque.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Pédiâtrie pratique. — (N° 6, 15 mars 1908.) Ausset : Sur un cas d'atonie musculaire congénitale. — Roberto Funaro : L'eau de mer dans la pratique infantile. — (N° 7, 1er avril.) E. Ausset : Etude clinique de 300 cas d'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — Durando Durante : Recherches sur la pathogénie des complications nerveuses de la coqueluche. — (N° 8, 15 avril.) Ausset : Etude clinique de 300 cas d'ophtalmo-réaction à la tuberculine (*fin*). — Paquet : Rapport sur la première année du fonctionnement de la consultation de nourrissons de Lambres (Nord).

Presse médicale. — (N° 23, 18 mars 1908.) Gilbert Ballet : Leçon inaugurale. — Maurice Letulle : Sporotrichose de la muqueuse bucco-pharyngée. Diagnostic clinique et anatomo-pathologique. — (N° 24, 21 mars.) Ch. Richet : De l'anaphylaxie. — (N° 25, 25 mars.) Hardouin : La conduite à tenir en présence d'une fracture compliquée. — Noica : Dissociation et antagonisme des réflexes cutanés et tendineux. — (N° 26, 28 mars.) F. Legueu : De l'aspiration par la trompe à eau. Ses applications à la chirurgie opératoire. — Marcel Labbé : Obésité simple et obésité compliquée. — (N° 27, 1er avril.) Foix et Mallein : La conception actuelle des anticorps. Leurs rapports avec l'immunité. — A. Broca : Entérite aiguë et appendicite. Perforation tardive d'ulcérations intestinales. — (N° 28, 4 avril.) Hallé : Etat actuel du traitement de la rougeole. — Lucien Camus : Dans les anesthésies de courte durée doit-on employer le chlorure d'éthyle mélangé à l'oxygène ? — (N° 29, 8 avril.) Déjerine et Gauckler : La rééducation des faux gastropathes. — Matout : Les propriétés physico-chimiques du radium. — (N° 30, 11 avril.) A. Frouin : Sur la suture des vaisseaux. — Brissaud et Sicard : L'hémispasme facial alterne. — M. Letulle : Syphilis et cancers de la muqueuse bucco-pharyngée. — Paul Gastou : Le treponema pallidum. Diagnostic de la syphilis par l'ultra-microscope. — (N° 31, 15 avril.) Robert Debré : Lutte scientifique contre la fièvre typhoïde. — (N° 32, 18 avril.) Oudin et Zimmern : Les dangers des rayons X. Comment s'en préserver ?

Province médicale. — (N° 11, 14 mars 1908.) Sencert et Driout (de Nancy) : Deux cas de corps étrangers des bronches traités par la bronchoscopie. — Dufourt (de Vichy) : La signification de la disparition du sucre chez les diabétiques. — (N° 12, 21 mars.) P. Bouin : Leçon d'ouverture du cours d'histologie de la Faculté de médecine de Nancy. — M. Lévy (de Montpellier) : Sur un cas de tumeur fibreuse de la vaginale avec récidive. — (N° 13, 28 mars.) J. Grasset : Le tabes, maladie de la sensibilité profonde. — J. Brault : L'éléphantiasis dit des Arabes en Algérie. — Lautier : Nouveau procédé de cuti-réaction à la tuberculine. — (N° 14, 4 avril.) Rauzier : Anselme Jaumes (1864-1868). Sa vie et son œuvre en pathologie générale. — Louis Spillmann : Trois cas de syphilis conjugale avec paralysie progressive consécutive. — (N° 15, 11 avril.) G. Richard : Le sang des tuberculeux. Recherches bactériologiques. — J. Rebatter et J. Rhenter : Etude sur les déviations de la colonne vertébrale.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1908.) M. Chevassu : Les kystes branchiaux à structure pharyngo-salivaire et en particulier les kystes présternaux (4 fig.). — Le Damany : Traitement rationnel des luxations congénitales de la hanche, remarques diverses, documents cliniques (50 fig.). — Gallois et Bosquette : Etude sur l'architecture intérieure des os et en particulier de l'extrémité supérieure du fémur. Son rôle dans le remaniement du squelette, fractures et déformations (12 fig.). — Uteau : Traitement de l'anurie.

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1908.) Marcel Labbé et Salomon : Les anémies pernicieuses. — L. Malloizel : Recherches anatomiques sur les réactions pleuro-corticales (6 fig.) [*fin*]. — E. Ausset : Etude clinique sur 300 cas d'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — Marcel Poisot : Polyurie essentielle améliorée par la déchloruration.

Semaine gynécologique. — (N° 11, 17 mars 1908.) Pichevin : Rachistovaïnisation ou anesthésie générale. — (N° 12, 24 mars.) Pichevin : A propos de la suspension de l'utérus à l'aide des ligaments ronds. — (N° 13, 31 mars.) Pichevin : Faut-il toujours enlever l'appendice dans les laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes ? — (N° 14, 7 avril.) Mériel : A propos d'un cas de fibrome du vagin. — (N° 15, 14 avril.) Pichevin : Du traitement de la grossesse extra-utérine à terme.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 59. — JEUDI 21 MAI 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 21 MAI 1908. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours pour deux places de chirurgien des hopitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 18 mai : MM. Bouchet, 13; Gernez, 19; Chifoliau, 10; Chevrier, 19.

Prochaine séance, vendredi 22 mai, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours de dentiste-adjoint des hopitaux. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Monier, Rousseau et Fargin-Fayolle.

— Concours de l'adjuvat des hopitaux. — *Composition écrite.* — Séance du 18 mai. — Question donnée : « Système capillaire sanguin. — Physiologie des nerfs vaso-dilatateurs. »

Maison départementale de Nanterre. — Concours de l'internat. — Liste alphabétique des candidats présents à l'ouverture du concours : Mlle Bourg, MM. Béranger, Bettinger, Buizard, Cauhapé, Durand (Jules), Gaujoin, Gaulier, Lafon, Lecat, Le Roy, Sabatier, Sérée, Thévenot, Vernière.

Première séance, 18 mai 1908. — *Epreuve clinique de pathologie interne.* — MM. Vernière, 11; Béranger, 13; Gaulier, 16; Durand (Jules), Sérée et Cauhapé, 14; Lecat, 11.

Facultés de médecine. — Conseil supérieur de l'Instruction publique. — MM. Landouzy, doyen de la Faculté de Paris, et Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier, sont élus membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

— Concours de l'adjuvat. — Le concours vient de se terminer par les nominations de MM. Toupet, Berger, Hovelacque, Basset et Monsaingeon.

Médaille des épidémies. — La médaille en bronze est décernée à M. Faure (R.-C.), externe des hôpitaux de Bordeaux.

Conseil supérieur d'hygiène. — M. le docteur Fernand Widal, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène de France, en remplacement du professeur Cornil, décédé.

Société clinique de médecine mentale. — Les médecins des asiles de la Seine viennent de fonder une société qui prend le nom de Société clinique de médecine mentale. Cette société est ouverte à tous les médecins des asiles publics de la Seine, des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, de la Maison nationale de Charenton, de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, et aux membres titulaires de la Société médico-psychologique. Tous peuvent en faire partie par simple adhésion aux statuts.

La société comprendra également des membres titulaires élus et des membres correspondants.

Les séances auront lieu une fois par mois à l'asile clinique (Sainte-Anne), amphithéâtre du service de l'admission. C'est là que se feront les communications, les présentations de malades et les examens de pièces anatomiques.

La première séance est fixée au mardi 26 mai, à neuf heures et demie du matin.

Hopital Saint-Antoine (semestre d'été). — Service du docteur Albert Mathieu : Maladies de l'appareil digestif. — Examen des malades de la consultation externe le mardi matin à dix heures. — Présentation des malades du service (salles Chomel et Barth), le jeudi à neuf heures.

Leçons cliniques. — M. le docteur Lancereaux fera une série de leçons cliniques qui commenceront le vendredi 22 mai et se continueront les vendredis suivants à neuf heures du matin, à l'hôpital du Perpétuel-Secours, 78, rue de Villiers, à Levallois-Perret.

Cours de coprologie clinique. — Prochainement, le docteur René Gaultier, chef de laboratoire à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (service du professeur Dieulafoy), fera une série de conférences pratiques sur l'examen des fèces à un nombre d'élèves limité. — Présentation de moulage de garde-robes de nourrissons, projections de photographies de préparations microscopiques, bactériologiques et parasitologiques de fèces d'enfants et d'adultes; examen chimique. — Application de ces notions au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique des affections du tube digestif.

S'inscrire au laboratoire de l'Hôtel-Dieu tous les jours de neuf heures à midi et de deux à cinq heures.

ANTISEPSIE PANSEMENT des Plaies.

DIIODOFORME TAINE

Iodoforme sans odeur

L'aspect du diiodoforme pulvérisé est en tout semblable à celui de l'iodoforme, il est jusqu'à présent le seul composé organique stable qui renferme la même quantité d'iode que l'iodoforme ordinaire. Le DIIODOFORME TAINE peut donc remplacer l'iodoforme dans tous les cas où l'on a coutume de faire intervenir celui-ci; il doit lui être préféré toutes les fois qu'il y a intérêt à réaliser un pansement ou à constituer une préparation inodore.

Employé dans les Hôpitaux.

APPLICATION FACILE sur tous les points saillants ou creux.

Effet Certain.

PROPRETÉ

VÉSICATOIRE LIQUIDE DE BIDET

Pas d'Accidents cantharidiens.

Fixité absolue, quels que soient les mouvements.

Gros : *11, Rue de la Perle, Paris.*

PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(Le plus puissant digestif connu)

Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

MALADIES PULMONAIRES

GLOBULES du Dr DE **KORAB** *à l'HÉLÉNINE* de

2 à 4 Globules par Jour.

BORNYVAL

(Isovalérianate de Bornéol)

SÉDATIF de PREMIER CHOIX

sans aucune action secondaire désagréable

Dose : Une perle 3 ou 4 fois par jour, en boites d'origine de 25 perles

Echantillons et Notices gratuitement à la disposition de MM les Médecins

SEVIN, Phien, *Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris*

4, Rue Meslay, Paris.

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT

LYSOL

ÉCHANTILLON GRATUIT

à MM. les Médecins qui en font la demande à la

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL

12, Rue Martre, à CLICHY (Seine).

KÉPHIR SALMON

28, Rue de Trévise. — *TÉLÉPHONE 149-78.*

TUBERCULOSE — ASTHME — ANÉMIE — CHLOROSE — DIABÈTE

ARRHENAL

CHIMIQUEMENT PUR

ADRIAN

GOUTTES	à 2 millig.	12 à 20 par jour	
AMPOULES	à 50	1 à 2	—
COMPRIMÉS	à 25	1 à 3	—
GRANULES	à 1 centig.	2 à 6	—

9, Rue de la Perle, Paris.

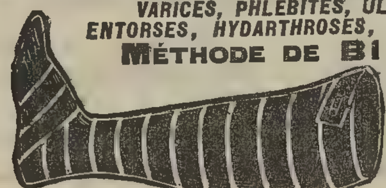
BANDE VERNEUIL

Compression Douce et Graduée.

VARICES, PHLÉBITES, ULCÈRES

ENTORSES, HYDARTHROSES, ARTHRITES

MÉTHODE DE BIER



Adresser lettres et commandes: BANDE VERNEUIL 104, Faubg Poissonnière *Téléph. 256-27*

TIODINE COGNET

Thiosinnaminéthyliodide $C^6 S Az^2 H^{13} I$

COMBINAISON ORGANO-IODIQUE DÉFINIE

INJECTABLE INDOLORE — PAS D'IODISME STABILITÉ PARFAITE — TENEUR EN IODE 47 % CONSIDÉRABLE NI TOXIQUE — NI CAUSTIQUE

VOIE HYPODERMIQUE AMPOULES — VOIE STOMACALE PILULES

Toutes les Indications de l'IODE, des IODURES et de la THIOSINNAMINE

Syphilis second. et tert., Affect. parasyph., Tabès, Artério-Sclérose, Rhumatismes, Tuberculoses torpides et ganglionnaires, Rachitisme, Myocardites, Angines de Poitrine, Asthme, Emphysème, Bronchites chroniques, Adhérences, Synéchies, Cicatrices, Néphrites, etc.

LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS : A. COGNET, 43, *Rue de Saintonge, PARIS*

LIPIODOL LAFAY

à 40 % d'**Iode** sans aucune trace de chlore

54, Chaussée-d'Antin, PARIS

TUBERCULOSES CATARRHES GRIPPES, BRONCHITES de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.

EMULSION Phospho-Créosotée **MARCHAIS**

Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.

Bien tolérée — Parft absorbée.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale

La plus Légère à l'Estomac

VENTE 20 Millions de Bouteilles *PAR AN.*

Déclarée d'Intérêt Public *Décret du 12 Août 1897.*

LA DYSPEPSIE DES LITHIASIQUES BILIAIRES [1]

Par MM. Léon SALIGNAT,
Médecin de l'hôpital thermal de Vichy,
et Joseph FOUCAUD,
Médecin de Châtelguyon.

Diagnostic. — En l'absence d'un type de dyspepsie caractéristique, le diagnostic sera établi par l'existence de symptômes gastriques, nettement influencés par les diverses manifestations de la lithiase biliaire.

Coliques hépatiques. — Ce diagnostic sera parfois facile. On peut en effet rencontrer des cas où la dyspepsie alterne avec des crises de coliques hépatiques franches. Mais même dans ces cas, il faudra se rappeler que, chez un lithiasique biliaire, les troubles dyspeptiques observés peuvent être sous la dépendance d'une autre cause que la lithiase.

Le diagnostic sera surtout établi en suivant l'évolution de la maladie, laquelle montrera comment les troubles dyspeptiques sont influencés par l'infection biliaire.

Parfois les troubles dyspeptiques peuvent apparaître plusieurs années avant une colique hépatique franche et disparaître après une ou plusieurs crises.

Dans d'autres cas, à la suite de coliques hépatiques, on verra persister des troubles dyspeptiques qui disparaîtront également soit par le traitement de la lithiase, soit à la suite de nouvelles crises.

Les cas les plus embarrassants sont ceux dans lesquels les troubles dyspeptiques sont prédominants ou isolés. En effet, nous pensons, ainsi que l'enseigne Parmentier, qu'il y a toujours lieu, dans les dyspepsies secondaires, d'attribuer un rôle direct plus ou moins important à l'estomac lui-même.

Si les troubles hépatiques peuvent, dans une certaine mesure, déterminer, ainsi que nous le démontrerons, le caractère des manifestations gastriques, il ne faut pas perdre de vue aussi que l'estomac réagit aux diverses influences suivant sa propre capacité fonctionnelle. Nous avons fait remarquer que certains de nos malades étaient avant tout des gastropathes. Il conviendra donc, dans tous les cas, de rechercher la part exacte qui revient à l'infection biliaire et celle qui est attribuable à l'affection gastrique.

Après cette remarque, hâtons-nous d'ajouter que le diagnostic précoce de la lithiase biliaire sera de la plus grande importance, car le traitement de l'affection gastrique sera insuffisant si l'on n'y joint celui de la lithiase.

Aussi chez tous les dyspeptiques, il faudra toujours rechercher les moindres signes de la lithiase biliaire, si l'on veut éviter de prendre pour de simples gastropathes des lithiasiques à manifestations gastriques.

Point épigastrique. — Un des signes les plus constants, que nous ayons observés, est une douleur spontanée ou provoquée au niveau du creux épigastrique. Cette douleur siège à environ deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'appendice xyphoïde sur la ligne médiane.

Pour J.-Ch. Roux (1), elle indique l'hyperesthésie du plexus solaire.

Pour Glénard (2), Sellier et Dubourdieu (3), V. Raymond (4), elle se rapporte au foie.

Chez nos malades l'hyperesthésie du plexus solaire est fort plausible. Toutefois nous pensons que le plus souvent le point épigastrique est une douleur du lobe gauche du foie.

V. Raymond a signalé de plus un point xyphoïdien, obtenu en déprimant l'extrémité mobile du sternum. Ce point, moins constant que le point épigastrique, n'a été retrouvé que chez nos lithiasiques à gros foies douloureux.

La douleur au creux épigastrique se manifestait surtout pendant les périodes digestives sous forme de pesanteurs, de crampes, de brûlures, de sensation de constriction, de sensation de tortillements. Quelquefois, partant de là, elle irradiait des deux côtés à la base des côtes, déterminant une sensation de barre ou d'étau.

Elle peut de même irradier dans le dos, très haut entre les deux omoplates. On observe quelquefois un point rachidien, comme dans l'ulcère ; mais il est toujours distant des vertèbres dorsales de deux ou trois travers de doigt (Boas), alors que dans l'ulcère il est toujours médian.

Ainsi que nous venons de le dire, la douleur spontanée au creux épigastrique est le plus souvent passagère, se manifestant surtout pendant la période digestive.

La douleur provoquée est beaucoup plus fréquemment observée, car elle se manifeste toujours lorsque la précédente existe et de plus elle persiste longtemps après la disparition de la première. Enfin on peut la faire apparaître à n'importe quel moment de la journée.

Cette douleur peut être provoquée par une pression très superficielle, une palpation des plus légères. D'autres fois il faudra exercer une pression un peu plus intense, mais cette pression ne sera jamais profonde.

La douleur provoquée varie d'intensité suivant les différentes heures de la journée ; faible à jeun, elle est surtout accusée quelques heures après les repas.

Les analgésiques gastriques l'influencent beaucoup moins que le traitement de la lithiase.

La pression à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'appendice xyphoïde détermine chez la plupart des malades diverses sensations : pesanteur, étouffement, constriction pouvant même aller jusqu'à l'oppression.

Nous avons trouvé le point épigastrique chez 63 de nos malades.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 58, p. 687.

(1) J.-Ch. Roux. Recherche sur les viciations de la sensibilité épigastripue, *Rev. de méd.*, 1899.

(2) Glénard. *Ptoses viscérales*, Paris 1899.

(3) Sellier et Dubourdieu. Recherche sur la sensibilité épigastrique des dyspeptiques, *Prov. méd.*, 1906.

(4) V. Raymond. Sensibilité hépatique. Point hépatique et point xyphoïdien, *Presse méd.*, 1906.

Point vésiculaire. — Le point vésiculaire nous a paru aussi fréquent que le précédent. En effet, 33 de nos 63 malades, ayant le point épigastrique, avaient en même temps le point vésiculaire.

D'autre part, aux 30 malades, ne présentant que le point épigastrique isolé, nous avons pu opposer 36 malades, n'ayant que le point vésiculaire seul.

Le point vésiculaire siégeant au niveau même de la vésicule, sa situation varie évidemment lorsque la vésicule est abaissée. On le trouve à la limite du bord inférieur du foie sur le prolongement d'une ligne passant par l'extrémité de la neuvième côte. Le point vésiculaire, normalement situé en arrière du rebord costal, peut être situé plus bas sur le trajet de la ligne que nous avons indiqué, lorsque le foie est congestionné ou hypertrophié, la vésicule s'abaissant avec le bord libre du foie.

Toutefois le bord libre du foie, si important à reconnaître, est parfois difficilement perçu, notamment lorsque l'extrémité inférieure amincie ne forme qu'une languette molle et mobile.

La douleur au niveau de la vésicule peut être spontanée. Les malades accusent dans la région vésiculaire une sensation de poids, de pincement, de brûlure, etc.

Ces malaises sont parfois très localisés et parfois ils irradient dans l'hypocondre droit, vers la pointe de l'omoplate droite, à l'épaule droite et enfin dans le bras droit.

Le plus souvent chez les malades on ne trouve pas de sensibilité spontanée au point vésiculaire, mais la sensibilité peut apparaître à la suite d'une palpation ou d'une pression superficielle ou profonde de la vésicule.

Parfois tout le bord libre du foie est sensible, mais avec un point maximum au niveau de la vésicule.

Tumeur vésiculaire. — La présence d'une tumeur, formée par la vésicule biliaire, révélée parfois à la palpation, est un signe de la plus grande importance pour le diagnostic, toutefois cette manifestation est relativement rare.

Nous l'avons trouvée nettement chez 11 seulement de nos malades, en dehors des périodes de crises aiguës.

Chez plusieurs lithiasiques nous avons pu nous rendre compte de l'augmentation de volume de la vésicule en période de crise et de sa diminution après la crise.

Ces modifications doivent jouer un rôle important dans la colique hépatique.

Nous ne doutons pas en effet que le spasme des voies biliaires favorise l'accumulation de la bile dans la vésicule et que cette accumulation de bile, mettant la vésicule en tension, ne provoque des phénomènes douloureux qui caractérisent la colique hépatique.

Foie. — Le foie des lithiasiques subit des poussées congestives fréquentes, suivies de périodes de régression.

Aussi conviendra-t-il toujours de rechercher l'augmentation de volume du foie et la sensibilité hépatique.

Le foie est parfois sensible spontanément, les malades accusant une sensation de pesanteur, de brûlure, dans toute la région hépatique.

Le plus souvent on recherchera la sensibilité provoquée par la palpation superficielle ou profonde du bord inférieur du foie.

Nous avons longuement insisté sur l'importance du point épigastrique dont la recherche donnera de précieuses indications sur la sensibilité hépatique.

Pigments biliaires. — Chez tous les malades, il conviendra de rechercher avec le plus grand soin les modifications qui se manifestent dans la lithiase, par suite du passage dans le sang et dans les urines des pigments biliaires, résorbés au niveau du foie.

C'est ainsi que l'on recherchera l'ictère ou le subictère, la présence des pigments dans les urines, la décoloration des fèces.

L'ictère est un symptôme de la plus grande importance pour le diagnostic. Il est assez fréquent et c'est souvent grâce à lui que l'on pense à la lithiase biliaire.

Il s'agit alors ordinairement d'un ictère franc et passager.

Il peut précéder la crise de coliques hépatiques, mais le plus souvent il apparaît peu de temps après la crise.

Toutefois il est beaucoup plus fréquent d'observer du subictère.

Il faudra rechercher l'ictère et le subictère surtout à la face : sur les joues, autour des yeux, sur les tempes, autour de l'orifice buccal, près des ailes du nez et sur les conjonctives.

L'ictère et le subictère coexistent fréquemment avec une coloration plus ou moins foncée des urines : jaune foncé, couleur brique, rouge sang, brun rouge, couleur bière brune, couleur marc de café.

Dans ces urines l'acide azotique nitreux donne la réaction de Gmelin, anneau vert caractéristique de la présence des pigments biliaires (biliverdine et bilirubine).

Il est souvent nécessaire d'étendre d'eau les urines trop foncées pour obtenir un anneau vert plus net.

Enfin la réaction de Gmelin sera recherchée même dans les urines claires, car nous l'avons souvent trouvée positive. Dans des urines claires l'apparition d'un anneau gris bleu est encore caractéristique de la présence des pigments biliaires (Houdart).

Cette réaction est très sensible, nous l'avons obtenue expérimentalement en diluant à l'extrême de la bile pure de bœuf.

La réaction de Kraft, obtenue en projetant de la fleur de soufre à la surface des urines et caractérisée par la chute des molécules de soufre à travers des urines bilieuses, nous a paru moins sensible.

Les pigments biliaires dans les urines apparaissent parfois longtemps après les crises ou en dehors des crises. Ils suivent habituellement la marche de l'ictère ou du subictère.

On examinera toujours avec soin les fèces des malades. On observera très souvent après les crises une décoloration considérable de ces fèces : matières jaunâtres, jaune pâle, blanchâtres, couleur mastic.

Cette décoloration persiste le plus souvent long-

temps après les crises ; elle est due à l'absence ou à la diminution de la bile dans l'intestin.

Fièvre. — Bien que la fièvre soit ordinairement un symptôme des plus fugaces dans la lithiase biliaire, néanmoins on devra toujours le rechercher.

Parfois il s'agira d'accès de fièvre, accompagnant la crise de colique hépatique, avec des températures assez élevées de 38 degrés, 38°5, 39 degrés, etc. Cette fièvre disparaît avec la crise pour reparaître lors d'une autre crise.

Parfois on note de temps en temps de légères poussées fébriles, ne durant que quelques heures, très espacées et se manifestant en dehors de toute crise de colique hépatique.

Dans quelques cas enfin, on peut avoir affaire à des accès de fièvre à forme palustre (Charcot) avec des températures de 39 à 40 degrés et s'accompagnant des trois stades : frisson, chaleur et sueurs. Ces accès diffèrent des accès palustres en ce qu'ils n'ont pas le même caractère de périodicité, se montrant généralement très espacés les uns des autres.

Deux de nos malades ont présenté des accès fébriles à forme palustre. Ils ont été tous les deux opérés et l'opération nous a révélé la présence de calculs dans les voies biliaires.

Calculs biliaires. — La présence de calculs biliaires, dans les selles des malades, est absolument caractéristique, mais trop rare pour qu'on puisse en faire un élément habituel de diagnostic.

Sur 200 cas nous n'avons trouvé que 11 fois des calculs biliaires ou du sable biliaire dans les selles.

Pour faire le diagnostic de dyspepsie lithiasique biliaire, il conviendra donc de rechercher systématiquement, chez tous les dyspeptiques, présentant les divers troubles gastriques que nous avons étudiés, les différents signes de la lithiase que nous venons d'indiquer.

En effet l'un de ces signes (coliques hépatiques, point épigastrique, point vésiculaire, tumeur vésiculaire, congestion hépatique, ictère, pigments biliaires dans les urines, décoloration des matières, calculs, fièvre) peut manquer ou bien encore un ou plusieurs de ces signes peuvent se manifester à l'exclusion de tous les autres.

C'est en les recherchant que l'on aura très souvent la satisfaction de découvrir la lithiase biliaire chez des malades, soignés depuis longtemps et sans succès comme de simples gastropathes.

Avant nous, 13 de nos malades avaient été soignés pour une affection gastrique sans amélioration, ils ont été guéris ou améliorés par un traitement dirigé à la fois contre les troubles dyspeptiques et la lithiase biliaire.

De plus, la recherche des différents signes de la lithiase biliaire permettra de surprendre cette affection à ses débuts, à un moment où elle peut ne se manifester que par des troubles dyspeptiques.

Il ne restera qu'un petit nombre de cas où le diagnostic immédiat ne pourra être fait. Il sera établi plus tard, soit par l'apparition d'un des signes de la lithiase, soit par l'évolution de la maladie.

Un amaigrissement très rapide, suivi d'un retour assez prompt à l'embonpoint ordinaire, devra toujours faire penser à la lithiase ; ce signe nous a paru assez fréquent, surtout au début de la maladie.

Pathogénie. — Trois facteurs principaux nous paraissent déterminer les différentes formes de dyspepsie de nos lithiasiques : des troubles circulatoires, des troubles nerveux d'origine réflexe et enfin combinée à ces troubles et les dominant, l'infection.

Troubles circulatoires. — La plupart des veines de l'estomac aboutissent à la veine porte. En effet les veines courtes se jettent dans la veine splénique, la veine gastro-épiploïque gauche qui s'anastomose avec la gastro-épiploïque droite, aboutit à la splénique, la veine gastro-épiploïque droite se jette soit dans la petite mésaraïque, soit dans le tronc de la veine porte, enfin la veine coronaire supérieure aboutit directement à la veine porte. La veine splénique elle-même, après avoir reçu la petite mésaraïque, aboutit à la veine porte.

Quelques veines de l'estomac se rendent toutefois dans le système veineux cave, établissant ainsi une voie anastomotique entre le système porte et le système cave.

Les relations de la veine porte avec les veines de l'estomac expliquent que toute cause, pouvant déterminer de la congestion du foie, puisse retentir sur la circulation veineuse de l'estomac par l'intermédiaire du système porte.

Ainsi que le fait remarquer Romelære (1), « une des conditions qui favorise le plus l'hypermégalie hépatique, c'est la stase biliaire. »

La congestion hépatique à son tour retentit sur la circulation veineuse de l'estomac par l'intermédiaire du système porte.

La circulation veineuse jouant un très grand rôle dans les diverses fonctions digestives, et cette circulation étant ralentie chez certains lithiasiques, il s'ensuit une perturbation de ces diverses fonctions, se traduisant surtout, ainsi que nous l'avons vu, par des symptômes d'hyposthénie.

En effet nous avons trouvé que, chez nos malades atteints de dyspepsie hyposthénique, il y avait de la congestion hépatique permanente ou passagère, beaucoup plus manifeste que chez nos autres dyspeptiques biliaires.

Troubles nerveux réflexes. — C'est à des excitations nerveuses sensitives ou motrices, parties de la vésicule et des voies biliaires et agissant par voie réflexe, que nous devons attribuer différents troubles gastriques qui indiquent une excitation, soit des nerfs sensitifs, soit des nerfs moteurs, soit à la fois des nerfs sensitifs et moteurs.

Les nerfs de l'estomac viennent des nerfs pneumogastriques gauche et droit et du plexus solaire du grand sympathique. Le nerf pneumogastrique gauche forme le plexus stomacal antérieur et envoie une partie de ses rameaux au hile du foie, tandis que ses

(1) Romelære. Pathologie du système veineux abdominal. Pyléthrombose, Acad. de méd. de Belgique, 1905.

autres rameaux s'anastomosent avec des branches du grand sympathique. Le pneumogastrique droit forme le plexus stomacal postérieur et envoie un certain nombre de branches au plexus solaire.

D'autre part le grand sympathique envoie des filets nerveux à la vésicule, au foie et à l'estomac.

Les branches du pneumogastrique et du grand sympathique, non seulement s'anastomosent assez souvent entre elles, mais de plus, elles aboutissent à des plexus nombreux où elles s'enchevêtrent et se mêlent.

Le plus important de ces plexus est le plexus solaire, formant au-dessus du pancréas et en arrière de l'estomac une masse volumineuse dont les ganglions les plus importants sont les ganglions semi-lunaires placés de chaque côté de la colonne vertébrale.

Par suite de cette disposition, toutes les excitations sensitives, motrices, sécrétoires, parties du foie, de la vésicule et des voies biliaires peuvent retentir sur l'estomac et donner lieu à des manifestations de même nature.

C'est ainsi que nous considérons comme des troubles nerveux réflexes les divers symptômes gastriques qui se manifestaient chez nos lithiasiques par l'hypersthénie, la gastralgie, le syndrome pylorique, le vomissement rare.

Chez nos malades, présentant la dyspepsie à forme hypersthénique, nous avons observé des crampes, des renvois acides, des brûlures, etc., se manifestant pendant la période digestive, c'est-à-dire quelque temps après les repas.

Ces phénomènes ont pour point de départ l'excitation des filets nerveux de la vésicule et des conduits biliaires et traduisent des contractions douloureuses de ces organes, au moment où la bile est déversée dans l'intestin. Ces contractions, dont nous n'avons pas conscience à l'état normal, deviennent douloureuses chez un grand nombre de lithiasiques par suite de la congestion et de l'inflammation des organes en cause.

C'est encore à une excitation sensitive de même origine que nous attribuons la gastralgie et les crampes d'estomac, apparaissant brusquement à n'importe quel moment. Mais la brusque apparition de ces symptômes les rapprochant des crises de coliques hépatiques franches, nous pensons qu'elles présentent la plus grande analogie avec les coliques hépatiques, et c'est pour cela que nous réservons à ces seules manifestations le nom de coliques hépatiques frustes.

Nous ne partageons donc pas l'opinion de beaucoup d'auteurs, qui considèrent, comme des coliques hépatiques frustes, tous les accidents dyspeptiques pouvant se présenter chez des lithiasiques biliaires.

Chez les lithiasiques, présentant le syndrome pylorique, l'excitation des nerfs moteurs vient s'ajouter à l'excitation des nerfs sensitifs. Aux symptômes douloureux, semblables à ceux qu'on observe dans l'hypersthénie, s'adjoignent des vomissements alimentaires ou bilieux.

Il ne s'agit plus alors de coliques hépatiques frustes, mais d'une susceptibilité particulière de l'estomac, mise en éveil par une excitation partie de la vésicule et des conduits biliaires altérés.

Les vomissements isolés, que présentaient quelques malades, indiquent que l'excitation, au lieu de porter à la fois sur les nerfs sensitifs et moteurs, a plus spécialement influencé les nerfs moteurs.

Nous rappelons que les troubles de la motricité s'expliquent par une excitation nerveuse réflexe, déterminant un spasme du pylore, de même nature que le spasme de la vésicule et des conduits biliaires qui en est le point de départ.

Les troubles de la sécrétion gastrique doivent être également attribués à une excitation réflexe ou à une diminution de l'influx nerveux, sous l'influence des variations de la sécrétion de la bile dans l'intestin.

Ainsi s'expliquent nos chimismes variables, concordant avec des périodes d'hyperhépatie et d'hypohépatie alternante, que l'on observe chez les lithiasiques biliaires.

Troubles d'origine infectieuse. — Tous les troubles circulatoires et nerveux, que nous venons d'étudier, sont la conséquence de l'infection qui est la cause de la lithiase biliaire.

Aussi, bien que nous n'étudions l'infection qu'en dernier lieu, cependant il ne nous est jamais venu à l'idée qu'il soit possible de l'écarter de l'une quelconque des manifestations gastriques ou hépatiques de nos lithiasiques.

Bien plus, pour nous, l'infection joue le premier rôle dans les crises de coliques hépatiques franches ou frustes. L'un de nous (1) a déjà plusieurs fois insisté sur ce point particulier que ces crises, loin d'être déterminées par la migration des calculs dans les voies biliaires, sont avant tout la conséquence d'une poussée congestive et inflammatoire de la vésicule ou des canaux biliaires, avec spasme consécutif du cholédoque et du cystique. Pour Kaufmann, la rétention de bile dans la vésicule serait la cause de la colique hépatique.

L'expulsion des calculs peut être la conséquence d'une crise, par suite de la mobilisation d'un calcul sous l'influence de la contraction de la vésicule, il en est très rarement la cause.

Toutefois, en période de crise aiguë, le spasme des conduits biliaires s'opposera à la migration des calculs et pour que ces calculs puissent s'engager et être expulsés, il faudra une certaine tolérance des voies biliaires, ne pouvant s'établir qu'après la cessation de la poussée congestive inflammatoire.

Ainsi s'explique que l'expulsion des calculs, lorsqu'elle a lieu, ne s'effectue que plusieurs jours après la crise (soit au cinquième ou au sixième jour). Nous avons déjà signalé le fait, qu'il était assez rare de retrouver des calculs dans les selles, même après des recherches très minutieuses.

---

(1) L. Salignat. Le massage de la vésicule biliaire dans le traitement des coliques hépatiques, *Journ. de physioth.*, Paris, 1903; — L. Salignat et M. Soupault. Le syndrome pylorique chez les lithiasiques hépatiques, *Bull. méd.*, 1904; — L. Salignat. *Le massage thérapeutique de l'abdomen*, Paris, 1905.

Les coliques hépatiques, avec expulsion de calculs, sont donc plutôt l'exception.

Par contre, nous avons vu que des lithiasiques pouvaient expulser des calculs sans crise. Des observations de ce genre sont peu nombreuses, parce qu'on ne fait pas habituellement la recherche des calculs en dehors des crises, elles viennent cependant à l'appui de notre théorie sur la colique hépatique. En effet, chez les malades en question, la disparition de l'inflammation des voies biliaires déterminait une certaine tolérance pour un corps étranger, tel qu'un calcul biliaire même volumineux, et son expulsion sans crise de colique hépatique.

Comme conclusion, nous pensons que le meilleur moyen de favoriser l'expulsion des calculs est de combattre l'inflammation de la vésicule et des conduits biliaires.

Cette expulsion ne pourra se faire, lorsque le calcul sera trop volumineux, mais l'inflammation disparaissant à la suite du traitement, le séjour d'un corps étranger dans la vésicule ne donnera lieu à aucun trouble.

C'est ainsi qu'on trouve fréquemment à l'autopsie de sujets âgés, n'ayant jamais présenté des symptômes de coliques hépatiques, un ou plusieurs calculs dans la vésicule, la formation de ces calculs remontant à une période souvent très ancienne.

Dans la lithiase biliaire, l'infection a pour caractéristique de rester longtemps localisée à la vésicule ou à son voisinage.

Très souvent elle est latente ou très atténuée, mais, en suivant les malades avec soin, on surprend de loin en loin des manifestations, démontrant d'une façon certaine qu'elle existe et qu'elle peut persister longtemps, sans donner lieu à des accidents importants, en dehors des coliques hépatiques et des troubles dyspeptiques divers que nous avons étudiés.

C'est par l'infection que l'on peut expliquer les accès de fièvre assez fugaces que présentent les lithiasiques biliaires, soit pendant les crises de coliques hépatiques, soit en dehors de ces crises.

C'est à une cause infectieuse, d'origine biliaire, que nous attribuons les embarras gastriques fréquents que présentaient plusieurs de nos malades.

C'est encore à cette même cause, qu'il convient d'attribuer certaines formes d'hyposthénie gastrique persistantes et aggravées, par suite de l'insuffisance hépatique progressive qui survient chez les anciens lithiasiques très infectés. Ces formes, heureusement assez rares, ont pour terme fatal l'hyposthénie gastrique avec acholie. On sait que toutes les infections retentissent sur l'estomac pour créer une insuffisance motrice et sécrétoire.

Pour terminer, signalons encore que la dyspepsie accompagne souvent la cholécystite simple ou suppurée, cette dernière étant la complication aiguë locale de l'infection.

Traitement. — Nous avons vu que, pour constituer des troubles dyspeptiques chez des lithiasiques biliaires, deux éléments étaient nécessaires : une affection causale déterminant la lithiase, une susceptibilité spéciale de l'estomac mise en éveil par l'infection biliaire.

C'est à ces deux éléments que devra s'adresser la thérapeutique, en considérant toutefois que l'infection biliaire est l'élément principal.

D'autre part le traitement de l'affection gastrique doit toujours être appliqué. En effet, si, dans la plupart des cas de dyspepsie, les troubles musculaires et glandulaires ne dépassent pas la phase fonctionnelle, quelquefois cependant, notamment dans les cas de dyspepsie prolongée, il peut y avoir des altérations de la tunique musculaire et de la muqueuse gastrique.

Cette susceptibilité gastrique nous est mal connue dans son essence, mais elle existe et elle constitue un élément qui n'est pas négligeable en thérapeutique.

Le traitement de la lithiase biliaire est connu de tous, aussi nous ne ferons qu'insister sur les quelques particularités où notre pratique personnelle nous permet de donner une appréciation.

Dans les accès aigus de coliques hépatiques, il convient d'avoir recours aux méthodes classiques : applications chaudes et décongestives, ventouses scarifiées, eau chloroformée, bromure de calcium, opiacés (en particulier codéine et morphine).

Lorsqu'il s'agit de coliques hépatiques légères, sans complication de cholécystite aiguë, le massage abdominal léger et sédatif donne d'excellents résultats. Il consiste en effleurages et frictions superficielles de tout l'abdomen d'abord et de la région vésiculaire ensuite.

Ce massage calmant a pour but, ainsi que l'un de nous l'a indiqué (1), de faire cesser le spasme des voies biliaires, de décongestionner le foie en diminuant la stase veineuse dans le système porte, et de permettre l'évacuation de la bile dans l'intestin.

De même une place importante doit être réservée à l'hydrothérapie.

En période de crise on aura surtout recours aux bains tièdes à 35 degrés, prolongés, aux bains tièdes à eau courante, à la douche sous-marine.

En dehors des crises et pour combattre l'hépatalgie et la gastralgie, il convient d'avoir recours à la douche chaude hépatique en jet mobile brisé. Sous l'effet de cette douche la douleur diminue d'abord pendant une partie de la journée, puis cesse complètement.

Le traitement de l'état lithiasique est surtout dirigé contre l'infection. C'est dans ce but qu'on utilise le calomel à petites doses, le salicylate et le benzoate de soude, les alcalins (eau de Vichy chaude) et les différents cholagogues.

C'est encore dans le but d'agir sur l'infection des voies biliaires, en régularisant les fonctions intestinales, qu'on a recours aux médications suivantes : lavages d'intestin, sulfate de soude à la dose d'une cuillerée à café dans un verre d'eau de Vichy le matin à jeun, podophylle, évonymine, huile d'olives, glycérine.

(1) L. Salignat. *Le massage thérapeutique de l'abdomen*, Paris, 1905.

Quoi qu'il en soit, dans tous les cas c'est au régime alimentaire qu'il conviendra d'attribuer la plus grande importance.

En prescrivant ce régime, il faudra se rappeler que l'on a affaire non seulement à des lithiasiques biliaires, mais aussi à des dyspeptiques.

On prescrira le plus souvent un régime d'exclusion, comportant la suppression de tous les aliments excitants ou indigestes.

On restreindra surtout les aliments azotés et les graisses. Le régime sera avant tout un régime végétarien ou mieux lacto-végétarien.

Le régime lacté sera réservé pour les périodes aiguës de la maladie.

Il sera toujours utile de prescrire des repas fréquents et peu abondants (quatre à cinq par jour). Ces repas espacés ont pour but de vider fréquemment la vésicule et d'empêcher la bile d'y séjourner.

Certaines formes de dyspepsie réclament une médication appropriée.

On prescrira aux hypersthéniques l'usage d'infusions chaudes après les repas, le repos allongé et le massage abdominal sédatif. On recommandera le repos intellectuel avec exercice au grand air et massage abdominal court, léger excitant aux hyposthéniques.

Pour combattre le spasme du pylore on prescrira l'hydrothérapie tiède générale et locale, la compresse chauffante au creux épigastrique, le bromure de calcium, la codéine, les alcalins à petites doses.

Nous ne dirons que quelques mots des indications du traitement thermal.

Les eaux de Vichy sont universellement connues par les excellents résultats qu'elles donnent dans la lithiase biliaire et dans la plupart des gastropathies. Aussi la cure à Vichy est doublement indiquée chez les dyspeptiques biliaires qui ont à soigner en même temps le foie et l'estomac.

Châtel-Guyon donne également de bons résultats chez les lithiasiques, lorsque les troubles intestinaux prédominent.

Notre pratique nous a permis de juger que l'amélioration est plus rapide et beaucoup plus complète lorsqu'on associe à la cure de Vichy la cure de Châtel-Guyon.

La constipation, qui persiste souvent après la cure de Vichy, disparaît après la cure de Châtel-Guyon.

Par contre certains lithiasiques, chez lesquels les eaux de Châtel-Guyon avaient réveillé l'excitation des voies biliaires, n'ont plus eu de manifestations lithiasiques à Vichy.

C'est pourquoi nous conseillons pour les cures de Vichy et Châtel-Guyon associées, de commencer par Vichy pour finir par Châtel-Guyon.

Les seules contre-indications à ces cures sont l'obstruction complète des voies biliaires par un calcul enclavé ou des brides cicatricielles et la cholécystite aiguë.

Ces cas seront justiciables d'une intervention chirurgicale. Nous avons vu en effet que trois de nos malades avaient été opérés avec succès pour des cas semblables.

Dans certains cas le traitement sera donc chirurgical, mais, même après une opération satisfaisante, la reprise du traitement médical et la cure thermale seront nécessaires pour assurer la guérison.

MÉDECINE PRATIQUE

SUR L'EMPLOI DES SELS DE MAGNÉSIE AU LIEU DE PLATRE POUR LA FABRICATION DES APPAREILS DE CONTENTION

L'emploi du plâtre de Paris présente deux inconvénients : 1° son peu de pénétrabilité aux rayons X ; 2° il se casse et s'effrite à la longue surtout s'il est mouillé.

Raymond Russ (1), après avoir essayé les mélanges usuels de silicate de potasse, amidon, dextrine, y a renoncé comme inférieurs au plâtre, pour essayer les oxychlorures de zinc et de magnésium qui présentent la même propriété de recristallisation après absorption d'eau. La pénétrabilité aux rayons X pour les métaux est en raison inverse de leur poids atomique. Celle des sels de magnésie est donc le double des sels de chaux. L'oxychlorure de magnésium mélangé à de l'eau durcit rapidement et donne un produit beaucoup plus solide que le plâtre de Paris. De plus, on peut le mélanger à 15 ou 20 fois son poids de poudre inerte (sable, sciure de bois) sans qu'il perde ses propriétés.

C'est pourquoi il est très employé pour le parquetage et le lambrissage. On se sert pratiquement d'un mélange d'oxyde de magnésium et de sable, que l'on transforme en pâte en y versant une solution forte de chlorure de magnésium.

Raymond Russ fabrique des appareils de contention de la façon suivante :

Des bandes de gaze sont imprégnées d'oxyde de magnésium comme si c'était du plâtre. On prépare une solution de chlorure de magnésium commercial en mélangeant 20 parties de sel pour 16 parties d'eau. On plonge les bandes dans la solution jusqu'à ce que les bulles d'air cessent de s'échapper, on les exprime puis on applique la bande. L'appareil fixé, on le frotte avec de la magnésie pour activer le séchage. Une épaisseur de 2 à 3 bandes est suffisante pour obtenir un appareil solide, la dureté étant bien supérieure à celle du plâtre. Il en résulte que l'appareil est environ 6 fois plus pénétrable aux rayons X. De même il est plus léger.

Très durs, ces appareils ne sont pas cassants, se coupent facilement et ne s'abîment pas à l'humidité. Leur seule infériorité réside en deux points : la difficulté de se procurer de l'oxyde de magnésium de bonne qualité, et le temps un peu plus long pour la prise de l'appareil. Aussi pour la fabrication d'appareils nécessitant une prise rapide (redressement de déviation par exemple) l'emploi du plâtre est encore préférable.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 MAI 1908)

Un rapport sur les eaux minérales et une élection, tel est le bilan de cette séance, ouverte à trois heures cinq et levée à trois heures cinquante.

Il s'agissait d'élire un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Balzer ; en deuxième ligne, M. Martin ; en troisième ligne et par

(1) Raymond Russ. *California State Journ. of Med.*, janv. 1908, vol. VI, n° 1, p. 27.

ordre alphabétique, MM. Hirtz, Le Gendre, Lermoyez et Rénon; enfin, adjoints à la liste de présentation, MM. Darier, Jacquet et Vaquez.

Au premier tour, sur 86 votants, majorité 44, M. Balzer a obtenu 45 suffrages; M. Hirtz, 35; M. Darier, 5; M. Lermoyez, 1.

En conséquence, M. Balzer a été proclamé élu.

PRATIQUE MÉDICALE

OBSERVATIONS CLINIQUES RELATIVES A LA BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE

La bactériothérapie lactique est une méthode thérapeutique qui se propose de combattre les fermentations putrides gastro-intestinales et leurs effets en utilisant l'antagonisme qui règne entre les organismes putridogènes basiques et les ferments lactiques acides.

La confirmation de cet antagonisme repose sur les examens bactériologiques des fèces (Tissier, Aman), les recherches sur les éliminations rénales (Combes, Dumon, Guerbet) et enfin les observations cliniques auxquelles le but de cet article est d'apporter une contribution inédite.

Nous réunirons dans un premier groupe 4 cas de fièvre typhoïde. Deux ont été particulièrement graves, l'une surtout où il s'agissait d'un jeune homme de vingt-trois ans, vu pour la première fois au septième jour de sa maladie dans un état adynamique des plus prononcés, avec une température de 40°8, macération du sacrum avec escarre. Dans trois cas, le sérodiagnostic avait été positif. Traitement : balnéation froide; la désinfection intestinale n'a pas été recherchée par d'autres moyens que par un lavement froid d'un litre chaque jour et l'administration de « biolactyl » à la dose d'un flacon par jour.

Dans ces trois cas, la diarrhée, très fétide, avait cédé au troisième jour de traitement, en même temps que la ligne de température reprenait sa courbe classique. La convalescence — les malades ont été nourris assez énergiquement au cours de l'affection — a été dans les trois cas particulièrement brève.

Le quatrième cas est relatif à un malade de quinze ans, vu au cours d'une convalescence. L'affection aiguë avait été grave. Le malade, transporté dès qu'il fut convalescent, était extrêmement affaibli, la diarrhée fétide persistait et, malgré un appétit satisfaisant, l'état général ne s'améliorait pas. C'est alors seulement qu'on donna le « biolactyl » à la dose d'un flacon par jour. En trois jours, le mieux est manifeste, le nombre des selles, qui était de sept à dix, diminue. Au dixième jour, la diarrhée s'arrêtait et la convalescence marchait vite.

Pour conclure, il nous a semblé se dégager nettement de ces 4 observations :

1° Que l'administration du « biolactyl » avait eu un effet très manifeste sur la quantité et la fétidité des selles;

2° Que les convalescences avaient été particulièrement abrégées.

Le traitement par les ferments lactiques, qui doit remplacer comme plus sûr et moins caustique le traitement par l'acide lactique lui-même est, à notre avis, un traitement de choix pour réaliser l'antisepsie des milieux intestinaux au cours de la dothiénentérie.

Le hasard de la pratique nous a permis d'observer, en peu de temps, 3 cas de diarrhée chez des tuberculeux. Complication décourageante entre toutes, nécessitant l'arrêt de toute suralimentation, elle désespère le malade et surtout elle résiste trop longtemps aux médications les plus diverses.

En peu de mots, voici ces observations :

A..., vingt-sept ans : Tuberculose pulmonaire 2. Crises aiguës d'entérite accompagnée de très fortes coliques avec diarrhées rebelles, on administre le « biolactyl » à la dose d'un flacon par jour, pendant huit jours, au bout desquels les coliques disparaissent et les selles diminuent considérablement. D'autres crises ont été enrayées d'une façon analogue, permettant de continuer un régime alimentaire suffisamment substantiel.

E..., vingt-deux ans : Bacillose pulmonaire 2 et rénale. Malade en mauvais état; cachexie spéciale des malades dont le rein suppure. Crises d'entéro-colite muco-membraneuse avec diarrhée et douleurs abdominales vives au moment des selles. Le « biolactyl » est donné; au troisième jour le nombre des selles est diminué de moitié, les glaires, les membranes ont diminué, la consistance des fèces augmente, les douleurs sont calmées. Le ferment est continué deux semaines.

Enfin L..., vingt-deux ans : tuberculose pulmonaire 3 qui présente une diarrhée profuse, dix selles par jour, liquides et fétides, avec coliques, flatulence, ballonnement intestinal. On fait prendre du « biolactyl » un flacon par jour : au huitième jour, la diarrhée est fortement diminuée, les selles tombent à trois par vingt-quatre heures. Au douzième jour, les selles sont consistantes, la flatulence n'existe plus. Le moral du malade est relevé par la disparition de la diarrhée.

Il y a dans la médication par les ferments lactiques et le biolactyl dans l'espèce un adjuvant des plus efficaces pour lutter contre la *diarrhée des tuberculeux*.

Ne serait-il pas rationnel de se servir, au cours du traitement classique de la tuberculose pulmonaire, de ce puissant agent de désinfection intestinale? Il y a là un moyen des plus sérieux pour combattre l'auto-infection par voie digestive si fréquente au cours de la tuberculose pulmonaire et la suralimentation qu'on impose aux malades ne devrait-elle pas avoir pour corollaire la désinfection rigoureuse des voies digestives?

Un troisième groupe d'observations inédites concernant les affections intestinales aiguës est relatif aux gastro-entérites des nourrissons, prises sur un très vaste champ d'études de consultations des nourrissons. Nous réservons la publication des observations elles-mêmes. Qu'il nous suffise de dire en deux mots, comme conclusion, que le ferment lactique constitue un puissant adjuvant du régime diététique classique.

Nous n'avons eu en vue dans cet article que trois ordres d'infections aiguës intestinales les plus fréquentes, mais est-il besoin d'insister pour faire entrevoir les applications d'une médication si tenacement recherchée depuis des années, qui peut parvenir à réglementer la flore intestinale du tube intestinal, en un mot à le désinfecter, en agissant au moyen d'un agent inoffensif.

Les ferments lactiques, de préférence en culture liquide dans les cas aigus, méritent d'occuper le premier rang parmi les antiseptiques internes.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique des maladies de la peau (1), par P.-G. Unna, traduit d'après la deuxième édition allemande avec un appendice sur la radiographie dans les maladies de la peau, par les docteurs A. Doyon et P. Spillmann.

Notre très regretté confrère M. Doyon et le professeur Spillmann ont rendu un réel service aux dermatologistes français en donnant cette traduction dans laquelle sont exposés les principes généraux du traitement des maladies cutanées, tels que les conçoit le célèbre médecin de Hambourg.

Après quelques aperçus physiologiques, Unna passe en revue les principales méthodes de traitement et la technique de leurs applications. Il décrit les moyens de protection de la peau contre le froid, l'air, la chaleur, les produits chimiques,

(1) Grand in-8. — Prix : 8 francs. — Paris, Alcan.

les germes morbides organisés, etc., les procédés de compression, de réfrigération, de calorification. Il étudie ensuite les anesthésiques, les antiprurigineux, les caustiques, les oxydants, les médicaments qui agissent sur les principes albuminoïdes de la peau, ensuite les spécifiques tels que le mercure, l'iode, l'arsenic, enfin les moyens prophylactiques : quelques lignes seulement sont consacrées au régime diététique auquel, soit dit en passant, l'auteur n'attache qu'une importance médiocre.

Vient ensuite l'étude de l'action des corps gras sur la peau, des moyens de faire macérer et ramollir l'épiderme, le décaper, le détruire. Unna s'occupe de la destruction du pigment, des kératoplastiques comprenant les phénols, les hydrocarbures, les huiles, les baumes résineux, le soufre, etc.

Il arrive enfin aux médications destinées à atteindre les divers éléments du derme et de l'hypoderme; cette partie de l'ouvrage offre un très vif intérêt.

On trouvera dans ce livre, à idées très larges, toutes les qualités qui distinguent les remarquables travaux d'Unna, dont les recherches en thérapeutique dermatologique n'étaient jusqu'ici connues que d'un nombre trop restreint de nos confrères.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LE TRAITEMENT DE LA TOUX DES TUBERCULEUX

Parmi les symptômes de la phtisie pulmonaire, il en est peu qui soient aussi fatigants pour le malade et aussi rebelles à tout traitement que la toux, d'où la nécessité de discipliner cette toux, de supprimer la toux sèche, la toux inutile, suivant l'expression de M. Lalesque (d'Arcachon), pour ne conserver que la toux utile, c'est-à-dire l'effort nécessaire pour rejeter le crachat.

Cette toux quinteuse, persistante, empêche le malade de reposer, elle maintient l'irritation locale, elle amène souvent par sa persistance des vomissements répétés aboutissant à l'intolérance gastrique complète.

Dans ces conditions, les préparations opiacées sont mal supportées, c'est aux bromures alcalins qu'il faut s'adresser, et en particulier au bromure de potassium qui, depuis les travaux d'Henry Mure, est resté la base de toute thérapeutique nerveuse.

Le sirop d'écorces d'orange au bromure de potassium préparé par les procédés Henry Mure, a l'avantage de supprimer complètement l'élément spasmodique de la toux des phtisiques. Il n'irrite pas le larynx plus ou moins ulcéré des tuberculeux et grâce au sirop d'écorces d'oranges amères qui constitue un véhicule parfait au brome, il est en outre un excellent excitant des fonctions stomacales.

Calmer la toux des tuberculeux, favoriser son alimentation, n'est-ce pas le point essentiel que doit viser le thérapeute ?

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 11, 14 mars 1908.) Englünder : Remarques sur le travail Tsuchiya : une nouvelle mesure volumétrique de l'albumine au moyen de l'acide phosphotungstique. — (N° 12, 21 mars.) Herz : Pseudo-périostite angionévritique.

Medizinische Blætter. — (N° 11, 14 mars, et n° 12, 21 mars 1908.) Krauss : Le tamponnement utéro-vaginal de Dührssen. — (N° 13, 28 mars, et n° 14, 4 avril.) Krenzfuchs : Le traitement des cardiaques à la phase de non-compensation menaçante pour la vie.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 13, 29 mars 1908.) Matrai : Les propriétés de l'urine des diabétiques au point de vue de la fixation de la tolérance. — (N° 14, 5 avril.) Fabiniy : Les soins des aliénés en famille à l'étranger et en Hongrie. — Hausner : Contribution pratique à l'étude de l'hystérie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 11, 14 mars 1908.) E.-J. Moure : Considérations sur deux cas d'abcès du cerveau d'origine otique opérés et guéris. — (N° 12, 21 mars.) E.-J. Moure : Considérations sur deux cas d'abcès du cerveau d'origine otique, opérés et guéris (*fin*). — (N° 13, 28 mars.) E. Bousquet : Description et divers modes d'emploi de l'appareil « Vaporigène » installé à Ax-les-Thermes. — (N° 14, 4 avril.) P. Magne : Réflexions au sujet d'un cas nouveau de tumeur bénigne du pharynx inférieur. — (N° 15, 11 avril.) Perretière : Le rôle du laryngologiste dans l'art du chant.

Revue médicale de l'Est. — (N° 6, 15 mars 1908.) Bernheim : Neurasthénies et psychonévroses. — (N° 7, 1er avril.) Frœlich : Torticolis congénital. — G. Etienne : Valeur pratique de l'ophtalmo-réaction, déduite de son étude chez le vieillard. — Bernheim : Neurasthénies et psychonévroses (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 5, 15 mars 1908.) Mingazzini : Contribution à l'étude clinique des paralysies consécutives à la rachistovaïnisation (1 fig.). — Ernest Jones : Le côté affecté par l'hémiplégie hystérique. — (N° 6, 30 mars.) Souques : Dissociation cutanéo-musculaire de la sensibilité et astéréo-agnoscie à propos d'un cas de lésion bilatérale du bulbe.

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

Le rétrécissement du rectum est une diminution de calibre de ce conduit, résultant d'une altération organique, mais non néoplasique, de ses parois; cette définition exclut les compressions du rectum, les rétrécissements péri-rectaux et les rétrécissements spasmodiques; elle élimine surtout le cancer du rectum (Faure et Rieffel).

Étiologie. — Il existe des rétrécissements congénitaux et des rétrécissements acquis. Les *rétrécissements congénitaux*, valvulaires ou cylindriques, sont des malformations ano-rectales qu'il suffit de signaler. Les rétrécissements acquis sont cicatriciels ou inflammatoires.

Rétrécissements cicatriciels. — Ils peuvent survenir après la cicatrisation d'une perte de substance résultant d'un traumatisme accidentel (plaies du rectum, déchirures par corps étrangers); plus souvent il s'agit d'un traumatisme chirurgical : ablation circulaire des hémorroïdes avec l'écraseur linéaire, ablation du rectum par le procédé de Kraske, lavements trop chauds ou contenant par erreur des liquides caustiques.

Les rétrécissements consécutifs à la cicatrice d'ulcérations sont très rares; il n'est pas démontré que les ulcérations syphilitiques, tuberculeuses et même dysentériques soient susceptibles de déterminer une sténose rectale. Les pertes de

substance étendues du rectum observées parfois au déclin des grandes pyrexies peuvent donner naissance à un rétrécissement (Mollière).

Rétrécissements inflammatoires. — C'est la variété la plus commune. On les observe à l'âge moyen de la vie, beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

Dans les antécédents du malade, on trouve fréquemment la *syphilis* (66 p. 100 des cas), mais celle-ci n'est pas constante. Quelquefois le malade est suspect de *tuberculose*. Enfin, dans un troisième groupe de faits, on ne retrouve à l'étiologie que des causes de *rectite* : abus des purgatifs drastiques, usage de lavements répétés, pédérastie, blennorragie rectale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Ce rétrécissement siège bas, dans la moitié inférieure du rectum, à quelques centimètres au-dessus de l'anus, beaucoup plus rarement dans la moitié supérieure du rectum ou même à la jonction du rectum et de l'S iliaque.

Presque toujours il n'existe qu'un rétrécissement; cependant les rétrécissements multiples sont possibles. La hauteur moyenne est de 1 à 4 centimètres d'après Quénu et Hartmann; mais Esmarch admet un minimum de 6 centimètres; dans des cas très rares, le rétrécissement occupe tout le rectum et peut remonter dans l'anse sigmoïde.

Le rétrécissement est annulaire ou plutôt cylindroïde, en forme d'entonnoir dont le fond occupe le point le plus élevé. Le degré de la sténose est très variable, depuis le rétrécissement que franchit facilement l'index jusqu'à celui qui ne laisse passer qu'une sonde de trousse, ou même qu'une bougie urétrale; ce degré varie naturellement avec l'âge de la maladie.

En faisant une coupe *au niveau du rétrécissement*, on constate l'épaississement des parois rectales, qui forment une masse calleuse, un seul bloc, dans lequel les éléments normaux des tuniques rectales sont confondus les uns avec les autres et soudés par une sorte de gangue interstitielle. La muqueuse est épaissie, adhérente; elle a perdu son aspect habituel, ne glisse plus sur les plans sous-jacents, mais ne présente ni ulcération, ni cicatrice. Le maximum des lésions est dans la sous-muqueuse; puis toute l'épaisseur des parois du rectum est atteinte; la sclérose peut même envahir le tissu cellulaire péri-rectal; cette péri-rectite fibreuse contribue à transformer le rectum en un tube rigide et inextensible (Lapointe). Parfois le rectum est entouré de masses fibro-lipomateuses, comme celles que l'on observe autour des bassinets chroniquement enflammés.

Au-dessous du rétrécissement, il existe des lésions de rectite; la muqueuse est rouge, quelquefois ulcérée, ou recouverte de saillies papillomateuses et molluscoïdes; c'est la rectite proliférante et sténosante.

Au-dessus du rétrécissement, on trouve souvent une vaste ulcération signalée par Gosselin; cette ulcération de la muqueuse a des contours festonnés, elle occupe tout le pourtour de l'intestin et peut remonter jusqu'à 10 ou 12 centimètres au-dessus du rétrécissement; au delà, la muqueuse est brusquement saine. La tunique musculaire du rectum est constamment hypertrophiée au-dessus du rétrécissement.

Très souvent, le rétrécissement s'accompagne de lésions de voisinage, de phlegmons suivis de fistules. Ces fistules partent de l'ulcération sus-jacente au rétrécissement ou naissent au-dessous du point sténosé.

Etude histologique. — La *muqueuse* est altérée. L'épithélium cylindrique normal est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié; dans certains cas, cet épithélium néoformé se kératinise; la muqueuse devient très épaisse et très sèche (pachydermie rectale).

La *sous-muqueuse* présente des lésions qui permettent de distinguer trois types de rétrécissement : a. *type inflammatoire diffus.* On trouve dans la sous-muqueuse des nappes scléreuses et des traînées embryonnaires qui vont envahir et dissocier les fibres musculaires; b. *type syphilitique.* Il est caractérisé par des plaques scléreuses et surtout des amas de cellules embryonnaires, groupés autour des vaisseaux (artères ou veines). Les vaisseaux présentent aussi des lésions : endartérite végétante ou endo-phlébite; mais ces lésions ne sont pas constantes; c. *type tuberculeux.* Dans les bandes fibreuses, on voit des follicules tuberculeux plus ou moins typiques; ils sont quelquefois très abondants, quelquefois si rares qu'il faut multiplier les coupes pour constater leur présence (Sourdille).

Les autres tuniques du rectum sont envahies par le même tissu scléreux que la sous-muqueuse. Les faisceaux musculaires sont dissociés par des bandes fibreuses; la sclérose peut même envahir les tissus péri-rectaux.

Cette étude histologique montre que la *pathogénie* des rétrécissements du rectum est complexe, variable; aussi a-t-elle été très discutée. Frappés du fait que le rétrécissement était surtout fréquent chez les femmes, et que beaucoup de ces femmes avaient présenté des accidents syphilitiques, Gosselin, Després, Trélat et Delens ont admis la nature syphilitique de cette affection; mais ils l'expliquèrent par des théories différentes.

D'après Gosselin, le rétrécissement n'est pas sous la dépendance immédiate de la syphilis; qu'un chancre ou des plaques muqueuses se développent au niveau de l'anus, ces ulcérations spécifiques peuvent provoquer une rectite banale et c'est cette dernière qui détermine le rétrécissement. Després chercha à établir que la cause de la coarctation réside dans la présence d'un chancre phagédénique ou d'une plaque muqueuse dans le rectum et que la cicatrice rétractile qui succède à ces ulcérations explique tous les accidents. Trélat et Delens pensent qu'un certain nombre de rétrécissements du rectum relèvent directement de la diathèse syphilitique et sont des accidents très éloignés qu'on pourrait appeler quaternaires, prenant rang à côté des tumeurs gommeuses; cette théorie de l'origine syphilitique directe fut défendue par Fournier : le premier stade de l'affection consiste en une infiltration de toutes les tuniques rectales par des cellules embryonnaires (syphilome ano-rectal); secondairement la sclérose et le rétrécissement succèdent à cette infiltration.

Actuellement, on a tendance à restreindre le rôle de la syphilis dans les rétrécissements du rectum, tout en reconnaissant qu'elle peut être la cause de certaines sténoses. On donne plus d'importance à la rectite; Delbet décrit le rétrécissement du rectum en même temps que la rectite hypertrophique proliférante et sténosante. Enfin la tuberculose paraît une cause, fréquente peut-être, de sténose du rectum; on ne peut émettre que des hypothèses sur la fréquence de la tuberculose; Delbet déclare être tenté de croire qu'elle est considérable. Le diagnostic histologique de ces rétrécissements tuberculeux est difficile, souvent insuffisant, les lésions tuberculeuses typiques étant parfois disséminées et pouvant passer inapercues; aussi faut-il faire l'inoculation au cobaye d'un fragment de la paroi rectale pour reconnaître la nature bacillaire du rétrécissement.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 60. — SAMEDI 23 MAI 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 23 MAI 1908. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Nomination.* — MM. Nobécourt et Coyon, 20.

Prochaine séance, mardi 26 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital Lariboisière.

Il sera procédé à l'appel des candidats.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 20 mai. — *Epreuve clinique de pathologie interne.* — MM. Gaujoin, Thévenot, 19; Buizard, 16; Lafon, Le Roy, Bettinger, Mlle Bourg, 14; M. Sabatier, 12.

Séance du 21 mai. — *Epreuve clinique de pathologie externe.* — MM. Gaujoin, 19; Thévenot, Buizard, 18; Gaulier, Cauhapée, 16; Béranger, 15; Lafon, Sérée, Vernière, 14; Mlle Bourg, 13; MM. Lecat, Durand, Sabatier, Bettinger, 12; Le Roy, 11.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINICAT. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 22 juin 1908 à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° Pour le clinicat médical : à la nomination de quatre chefs de clinique titulaires et de quatre chefs de clinique adjoints; — 2° Pour le clinicat chirurgical : à la nomination d'un chef de clinique titulaire; — 3° Pour le clinicat des maladies infantiles : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; — 4° Pour le clinicat des maladies mentales : à la nomination d'un chef de clinique titulaire; — 5° Pour le clinicat des maladies du système nerveux : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; — 6° Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; — 7° Pour le clinicat ophtalmologique : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; — 8° Pour le clinicat thérapeutique : à la nomination d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, avant le 14 juin 1908. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE (Paris 1910). — Le IIIe des Congrès internationaux d'hygiène scolaire aura lieu à Paris, du 29 mars au 2 avril 1910, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique. Il fera suite aux Congrès de Nuremberg (1904) et de Londres (1907) qui ont été très importants. Une exposition de tout ce qui concerne l'hygiène des écoles, aura lieu en même temps.

Pour les renseignements relatifs au Congrès, s'adresser à M. le docteur R. Dinet, 11 bis, rue Cernuschi (XVIIe); pour les renseignements relatifs à l'exposition, à M. V. Friedel, au Musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingtième semaine, 956 décès, au lieu de 995 pendant la semaine précédente et de 950, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 22 décès, au lieu de 24 pendant la semaine précédente (moyenne 14). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 428 au lieu de 399 précédemment et au lieu de 282.

La scarlatine a causé 3 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 307; il s'élevait à 350 pendant la semaine précédente (moyenne 150).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 139 décès, au lieu de 180 la semaine précédente, et au lieu de 147, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 232 décès (moyenne 211).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pujo (de Gevrey-Chambertin).

RENSEIGNEMENTS

Tout confrère qui connaîtrait un emploi pouvant convenir à la veuve ou à la fille d'un médecin est prié de l'indiquer à la Commission d'assistance de la Société centrale de l'A. G., 5, rue de Surène, Paris.

REVUE GÉNÉRALE (1)

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DES

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES (2)

Par M. M. LANCE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

On réunit sous le nom d'abcès sous-phréniques, toutes les collections péritonéales ou extra-péritonéales siégeant entre le méso-côlon transverse et le diaphragme. Elles ont pour caractère commun d'être en partie ou en totalité dissimulées sous la coupole diaphragmatique. Ces abcès comprennent donc toutes les péritonites localisées sus-mésocoliques de la grande cavité et de l'arrière-cavité des épiploons, et aussi les collections rétro-péritonéales de la même région.

Leur origine est multiple : infection directe, infection par lésion des organes voisins, infection par propagation d'organes éloignés, infections généralisées; ils constituent une complication au cours d'états pathologiques fort divers et non une affection isolée, c'est ce qui explique la variété de leur symptomatologie.

Pour tracer celle-ci, nous avons à considérer trois périodes : les antécédents, la période de début, la période d'état.

Antécédents. — Les porteurs d'abcès sous-phréniques ont d'ordinaire un passé pathologique, celui de la maladie causale : gastralgies, troubles dyspeptiques chez les porteurs d'ulcères du duodénum ou de l'estomac; crises antérieures d'appendicite subaiguë, chronique; crises de coliques hépatiques, de cholécystite, d'ictère ; séjour aux colonies avec atteintes de dysenterie, malaria, etc.

C'est au cours d'une poussée nouvelle de l'affection que la complication se déclare.

Dans des cas plus rares, l'affection causale est passée inaperçue (ulcère latent, appendicite légère) et c'est en pleine santé apparente que la complication débute brutalement.

Période de début. — Ce début est aigu ou chronique selon que l'infection est brutale, étendue d'emblée, ou, au contraire, peu virulente et se faisant de proche en proche.

DÉBUT AIGU. — Le type en est réalisé dans les perforations du tube digestif, de la vésicule biliaire, la rupture d'une collection suppurée (abcès du foie, de la rate, du pancréas, kyste hydatique suppuré). C'est la douleur atroce, syncopale, en « coup de poignard » abdominal, avec la pâleur du visage, le refroidissement des extrémités, le pouls petit, la tendance au collapsus, les vomissements alimentaires et bilieux. Ce shock est suivi au bout de cinq à six heures d'une période de calme relatif (huitième à vingtième heure), suivi de l'apparition des signes de péritonite localisée : vomissements porracés, fièvre, constipation, douleur localisée, tuméfaction.

DÉBUT PULMONAIRE. — Dans d'autres cas, le début est uniquement constitué par l'apparition de signes pulmonaires (Schlesinger, Jolasse, Perutz). Le malade est pris d'un frisson et d'un point de côté violent, en même temps une dyspnée intense s'établit, ainsi qu'une expectoration plus ou moins abondante et fétide. Parfois même, le début est une véritable vomique. L'affection, latente jusque-là, se révèle d'abord par une complication.

DÉBUT SUBAIGU. — Il comprend surtout des cas où l'abcès s'est établi de proche en proche (appendicite, cholécystite, suppuration des hématomes). Le malade se plaint d'une douleur fixe dans l'un ou l'autre flanc, avec une propagation vers le thorax et l'épaule. Il tousse, ne peut manger, maigrit très rapidement et prend un aspect inquiétant. La fièvre est rémittente, à grandes oscillations. La fièvre peut même faire défaut dans quelques cas (Obs. de Holm, Fenwick, Witthauer).

DÉBUT LATENT. — Ces cas, absolument latents, dans lesquels on ne constate que, soit l'apparition d'une tuméfaction épigastrique, soit seulement celle de signes généraux graves, se rapportent surtout aux collections profondes et bien limitées d'emblée, sous-péritonéales, ou de l'arrière-cavité des épiploons (ulcères de la face postérieure de l'estomac, origine pancréatique, etc.).

Période d'état. — L'abcès constitué présente deux types cliniques différents, selon qu'il offre un développement surtout abdominal ou une évolution entièrement thoracique. Et dans chacun de ces cas les signes diffèrent si la collection est gazeuse ou non.

1° ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUE A DÉVELOPPEMENT ABDOMINAL. — *Douleur.* — La douleur, très précise au début, n'a pas tardé à se diffuser à toute l'étendue de l'épigastre, de l'hypocondre droit ou gauche. Mais, en général, elle reste plus intense en un point précis, celui où elle a débuté, et on retrouve ce point par une palpation méthodique et attentive. L'irradiation se fait surtout vers la base du thorax, produisant un point de côté parfois violent, et souvent, selon la remarque de Carnot, de siège anormal, très bas en arrière vers l'angle des côtes, ou même scapulaire (J.-L. Faure).

La douleur peut aussi s'étendre vers les fosses lombaires et iliaques à droite ou à gauche; cette irradiation peut même attirer toute l'attention par son acuité (perforation des ulcères du duodénum). Ce qu'il faut rechercher avec soin, c'est le *siège initial de la douleur.*

Symptômes respiratoires. — Ils sont ici à leur minimum, un peu de toux et de dyspnée seulement.

---

(2) Cette revue repose sur l'étude de 855 observations, la plupart empruntées aux thèses de Martinet, Gély, Spire, Cauderay, aux travaux de Gruneisen, Perutz, les autres recueillies dans la littérature médicale des quatre dernières années, enfin de 3 observations inédites dont 2 personnelles. C'est à ce chiffre qu'il faudra comparer celui des cas particuliers que nous citerons, pour se faire une idée de leur fréquence.

Symptômes diaphragmatiques. — Ils sont inconstants comme dans toutes les variétés d'abcès sous-phréniques : c'est le hoquet signalé par Sachs, la névralgie sur le trajet du nerf phrénique.

Adénites. — Il en est de même de l'adénite sur le trajet du phrénique au cou, signalée par Barjon, Lesieur et Genet.

Symptômes physiques. — Toute l'attention doit être concentrée sur l'examen physique. On doit le pratiquer successivement sur le malade couché puis assis. Les résultats seront différents selon que la collection est gazeuse ou non.

Abcès sous-phréniques non gazeux. Inspection. Palpation. Mensuration. — Souvent on est à première vue frappé de la présence d'une voussure épigastrique ou débordant les fausses côtes dans l'un ou l'autre hypocondre. Le bord costal est alors soulevé en dehors, ce que montre bien surtout l'examen « à jour frisant ».

Parfois, à ce niveau, la peau est œdématiée, tendue, rouge (Buchhausen, Schindler, etc.) avec de la dilatation des veines superficielles (André, Lejars). Au même point la palpation dénote de la fluctuation. « Plus souvent, dit M. Lejars, vous ne trouverez aucun relief indicateur, qui localise la collection profonde. Regardez ce thorax de côté, à jour frisant, vous remarquerez tout de suite qu'une de ses moitiés « respire mal », les côtes inférieures étant presque immobilisées, la paroi abdominale se soulevant à peine : la respiration est devenue costale supérieure. Cet hémithorax, qui ne fonctionne plus ou presque plus, semble élargi à sa base et dans toute sa moitié inférieure ; l'amplexation en témoigne, et la mensuration reconnaît au demi-périmètre plusieurs centimètres de plus.

Sous le rebord costal, par une palpation douce, lente, longue, progressive, qui « amadoue » la paroi contracturée et douloureuse, et, finalement, déprime et pénètre, vous reconnaîtrez une masse dure, épaisse, se prolongeant plus ou moins bas : le plus souvent c'est le foie abaissé et basculé, dont vous réussissez à délimiter les contours et le bord inférieur ; ailleurs cet organe est masqué, recouvert, sous-tendu par une sorte de gangue irrégulière, de tumeur bosselée, qui peut figurer effectivement le rebord antérieur du foyer sous-phrénique. »

Percussion. — Si l'on percute en avant, au niveau de la voussure, on trouve de la matité. Si la collection est à droite, la matité du foie est ainsi augmentée, étendue de la cinquième, quatrième, troisième côte jusqu'à plusieurs travers de doigt au-dessous du bord costal. Si on fait asseoir le malade, on constate que, vers l'aisselle et en arrière, cette matité se continue à une hauteur variable.

Si la collection est à gauche, elle efface la sonorité de l'espace de Traube et lui substitue une large zone de matité. La rate peut alors être déplacée en bas et en avant comme Berg l'a noté dans un cas.

Immédiatement au-dessus de la matité, on trouve une zone de sonorité élevée du poumon, du skodisme par compression. Ce fait, facile à déceler en avant, a été signalé aussi en arrière (skodisme postérieur) par E. G. Janneway et par J. A. Blake. Au-dessus encore, le sommet du poumon présente sa sonorité normale. Il en est naturellement tout autrement s'il existe une complication pulmonaire ou pleurale.

Parfois, au niveau de la voussure, on note des signes particuliers :

Par une palpation brusque, Mauclaire a observé la *sensation de choc en retour* de la vague liquide et la compare à celle que donne « un ballon de caoutchouc contenant de l'eau ». Pasturaud, Clairmont et Ranzi ont nettement perçu un *frémissement à la percussion.*

Sur toute la hauteur de la matité les vibrations thoraciques de la voix ont disparu.

Auscultation. — Le murmure respiratoire n'est pas non plus perçu, sur toute la hauteur de la collection. Parfois on entend un peu de souffle bronchique et même de l'égophonie.

Mais ce qui frappe surtout, et ce sur quoi les auteurs insistent, c'est que, immédiatement au-dessus de cette zone mate et silencieuse, la sonorité pulmonaire et le murmure vésiculaire réapparaissent brusquement. On est frappé du peu de réaction d'une collection étendue, sur les phénomènes respiratoires ; si cette collection siégeait dans la plèvre, les troubles pulmonaires seraient autrement importants.

Déplacement du cœur. — Le cœur est dans ces cas très peu déplacé ; on note parfois un peu d'élévation du maximum de perception de ses bruits. Il peut arriver aussi, comme Guyot l'a vu, que la voussure présente des battements isochrones à la pulsation cardiaque.

Abcès sous-phréniques gazeux. — Inspection. — La voussure est ici de règle. Elle apparaît peu de temps après les signes du début et s'accroît rapidement. C'est une tuméfaction parfois considérable. Elle se détache en relief et « fait bosse » sur le reste du ventre (malades de Pierre Delbet et Rabé) ; parfois le ballonnement s'étend très bas, le ventre semble bilobé (Obs. de Bucquoy, Lejars et Courtois-Suffit, Carnot).

Palpation. — A ce niveau, la paroi est dure, contracturée, « en bois. » « Si on réussit à la déprimer, on y sentira une sorte de clapotement, de fluctuation hydro-aérique, qui donne une sensation toute particulière » (Lejars). Dans le cas d'abcès sus-hépatique droit, le foie peut être très abaissé. Holm l'a vu déborder les fausses côtes de toute une main et Bucquoy, Lennander ont senti son bord antérieur juste au-dessus du ligament de Poupart.

Percussion. — Le malade étant couché, toute la voussure est sonore, tympanique, et le tympanisme peut dépasser les limites de la voussure, remonter sous les côtes à droite ou à gauche ; dans ce cas la matité hépatique peut être masquée. Si on fait asseoir le malade, on constate que toute la partie inférieure de la tuméfaction est devenue mate, la partie supérieure étant restée sonore. Pendant ce changement de position, M. Monod a perçu, dans un cas, un gargouillement très net. La percussion peut parfois déterminer aussi le bruit de « pôt fêlé ».

On a signalé des *modifications du tympanisme selon les mouvements de la respiration.* Dans l'inspiration, la collection est comprimée, la tension des

gaz s'élève, la sonorité est plus haute. Dans l'expiration au contraire, elle devient plus grave. Volhard, qui a observé ce fait, remarque avec raison que c'est le contraire qui se présente lorsque la collection gazeuse est au-dessus du diaphragme, dans le pneumothorax; le tympanisme est alors plus grave dans l'inspiration que dans l'expiration.

Auscultation. — Dans toute la zone correspondant à la matité et au tympanisme, le murmure respiratoire a disparu. A sa place on perçoit souvent des signes cavitaires : souffle amphorique, tintement métallique, bruit d'airain. Enfin, si on secoue le malade, on peut percevoir nettement le bruit de succussion hippocratique. On doit faire cette dernière recherche dans la position couchée, ainsi que Chauffard a recommandé de le faire dans l'hydro-pneumothorax.

On trouve donc réunis tous les signes d'un pyopneumothorax, mais comme le dit Lejars : « Il est dans le ventre ». En plus, on est toujours frappé de l'état normal du poumon au-dessus de la collection.

Dans le cas d'abcès sous-phrénique gazeux, s'il se produit du liquide dans la plèvre, sa présence donne aux signes physiques un aspect caractéristique. En effet, on trouve, le malade étant examiné assis, successivement de bas en haut : une zone mate, une zone tympanique, une zone mate, puis la sonorité pulmonaire skodique. Cette alternance des matités des deux collections sous-phrénique et pleurale, séparées par la zone tympanique de la collection gazeuse, est absolument caractéristique.

2° Abcès sous-phrénique a développement thoracique. — *Symptômes thoraciques.* — Ce sont eux qui tiennent la première place. La *dyspnée* est parfois très vive, par suite du refoulement du poumon, de l'immobilisation du diaphragme, de la douleur à la respiration. Aussi celle-ci est-elle superficielle. Ces symptômes sont à leur maximum dans les abcès gazeux à développement thoracique énorme. Le poumon peut être refoulé jusque vers la troisième côte, le cœur est déplacé, le malade peut alors présenter des crises de dyspnée et d'angoisse respiratoire, analogues à celles du pneumothorax.

La *douleur* présente un siège élevé : c'est un point de côté thoracique, et toute la région est douloureuse à la palpation. Cependant l'inspection méthodique des espaces intercostaux l'un après l'autre, sur toute leur longueur, révèle presque toujours la présence d'un point douloureux maximum (Körte, Loison, Lejars).

Symptômes diaphragmatiques. — On peut observer du hoquet, de la douleur à la palpation au niveau des insertions du diaphragme, au niveau des points de la névralgie phrénique : bouton diaphragmatique, bouton cervical.

Signes physiques. Abcès non gazeux. — *Inspection.* — Ici on ne trouve pas de voussure. On remarque seulement que la partie inférieure du thorax semble distendue d'un côté. A ce niveau les côtes sont immobiles : la respiration est devenue costale supérieure. Au même point, on constate fréquemment un élargissement des espaces intercostaux, qui peuvent même bomber au dehors (Mülhens, Fink).

Palpation. — Le foie peut être abaissé et son bord libre saillant.

Dans quelques cas, on a constaté au niveau des espaces intercostaux dilatés et saillants, de l'œdème des parties molles ou même de la fluctuation nette (Köcher, Buchkausen, Jalaguier).

Enfin, dans toute une zone thoracique les vibrations de la voix ont disparu.

Percussion. — La percussion montre une matité étendue depuis la base du thorax jusque parfois la quatrième ou troisième côte en avant, la sixième ou septième dans l'aisselle, jusqu'à l'épine de l'omoplate ou même la fosse sus-scapulaire en arrière.

Au-dessus de la matité, on trouve du skodisme très marqué.

Auscultation. — Dans toute l'étendue de la matité, il y a absence de murmure respiratoire; immédiatement au-dessus, on est frappé de trouver le murmure respiratoire normal, parfois seulement la respiration un peu rude. Dans certains cas (Curtis, Gruneisen), on a observé que, dans les grandes inspirations, on percevait le murmure respiratoire au-dessous de la ligne supérieure de la matité. Il ne pouvait donc s'agir de collection pleurale, mais d'une collection sous-phrénique, et le poumon s'engageait à l'inspiration dans l'espace costo-diaphragmatique. Ce fait doit être exceptionnel, car la radioscopie montre dans le cas de gros abcès sous-phrénique l'effacement de ce sillon même à l'inspiration. De plus il est le plus souvent comblé par des adhérences.

Par contre, la présence de fausses membranes dans le sinus peut entraîner la formation de frottements isochrones aux mouvements respiratoires, et perçus aussi plus bas que le sommet de la matité.

Dans le cas où il y a un épanchement pleural abondant, en même temps que l'abcès sous-phrénique, la matité est étendue sur presque toute la hauteur du thorax, et on constate que certains signes d'auscultation de la pleurésie : souffle, égophonie, cessent brusquement, à un certain niveau de la matité, et au-dessous de ce point, on ne trouve plus que du silence.

Abcès gazeux. — Ce sont ces cas qui correspondent à la description du pyopneumothorax sub-phrenicus de Leyden. On retrouve tous les signes que nous avons décrits à propos de l'abcès gazeux abdominal, mais leur siège est complètement intra-thoracique.

En percutant le thorax sur le malade couché, on trouve en avant et en arrière du tympanisme plus ou moins étendu, sur le malade assis, une zone tympanique surmontant une collection mate. En frappant sur le plessimètre, on détermine le tintement métallique.

Au niveau de la matité, absence de murmure vésiculaire, tandis qu'à celui du tympanisme on peut trouver une respiration bronchique, amphorique, des râles métalliques, parfois de l'égophonie. Ce sont des bruits pulmonaires transmis, les gaz servant de caisse de résonnance. Et, pour cela, il n'est pas nécessaire, comme le voulait Tchudnowsky, que le diaphragme soit perforé.

On est toujours frappé par le contraste entre les troubles de la base du thorax et la respiration presque normale du sommet du poumon; parfois seulement un souffle doux sous-claviculaire par compression de bas en haut. Mais entre les deux zones, il y a une ligne de démarcation nette. Deschamps insiste sur « la netteté de changement d'une respiration presque normale à un souffle amphorique et des limites métalliques ». De plus, ce niveau varie avec la profondeur de l'inspiration.

Le *refoulement du cœur* peut ici être marqué. Mais ce déplacement est différent de celui qu'on observe dans la pleurésie et le pneumothorax, comme nous le verrons. Ainsi que Maydl l'avait indiqué, on voit ici surtout un déplacement en hauteur, tandis que le déplacement latéral est très minime. Avec un abcès sous-phrénique gazeux gauche, on voit la pointe du cœur battre dans le quatrième espace intercostal, un peu en dedans de la ligne mamillaire (Perutz).

Signe de Grocco. — Dans un cas, de gros abcès sous-phrénique droit avec déplacement du cœur, Beall nota la présence d'un triangle paravertébral de matité gauche, sans qu'il y ait de liquide dans la plèvre.

Phénomènes généraux. — Ils tiennent une grande place dans la symptomatologie des abcès sous-phréniques. Alors que les signes fonctionnels et physiques peuvent être réduits au minimum (cas frustres, épanchement très petit ou masqué par des complications pleurales et pulmonaires), les symptômes généraux sont toujours graves et inquiétants. Cette gravité, disproportionnée parfois avec les signes locaux intra-thoraciques constatés, ou le peu de signes fonctionnels, est un caractère très important des abcès sous-phréniques. Il a été signalé par maint observateur, particulièrement A. Morison.

Amaigrissement. Perte des forces. — Ils sont remarquables par leur constance, leur intensité et leur rapidité. En quelques semaines, quelques jours, on voit des malades, en apparence peu atteints, perdre un poids considérable, prendre un aspect cachectique (A. Guinard). Un malade de Blake avait perdu 65 livres en six mois.

Les traits sont tirés, amaigris, les yeux caves. Le teint devient jaunâtre, terreux.

Température. — Au début, la fièvre est en général très élevée : 39°5, 40 degrés, puis elle diminue. Dans certains cas à marche rapide et particulièrement septiques, la fièvre peut rester très élevée. D'habitude, elle se cantonne aux environs de 38, 38°5, à moins qu'elle ne prenne le type des grandes oscillations irrégulières : le thermomètre s'abaisse aux environs de 37 degrés le matin, le soir apparaît un frisson, des sueurs profuses, et la température s'élève aux environs de 40 degrés. Ces grandes oscillations, indice de la suppuration, se reproduisent parfois par crises, séparées par une température plus égale.

Rarement la température fait complètement défaut, comme Witthauer l'a observé.

Examen du sang. — Il donne des renseignements utiles, et décèle le plus souvent deux choses : 1° la présence d'un affaiblissement notable de la valeur de l'hémoglobine (5,3 p. 100 Determann, 4,5 p. 100 Blake); 2° une leucocytose marquée (7 à 8000 Determann, Baracke; 12 à 14000 Beach, Quénu, Clairmont et Ranzi; 18 à 19000 d'Arcy Power, Blake; 32000 Pfahler; 40000 2 cas d'Arcy-Power).

II

Marche. Complications. — Ouverture a la peau. — L'évacuation spontanée à la peau des abcès sous-phréniques n'existe pour ainsi dire pas. Carnot cite un cas de Galliard ouvert au niveau des espaces intercostaux, 2 observations de Gubler, Reichardt, où l'ouverture se fit à l'ombilic. Fenwick rapporte 2 cas dont l'un d'ouverture au niveau du pli de l'aine après cheminement le long du côlon. Acassat donne un autre cas d'ouverture à l'épigastre. Cette ouverture spontanée est maintenant toujours prévenue par l'incision chirurgicale.

Ces abcès ont une tendance à se propager vers le thorax. C'est là l'origine des complications habituelles.

Complications pleurales. — Leur fréquence est tellement grande qu'elles constituent presque un symptôme. Lang l'a trouvée dans 31 p. 100 des cas, Gruneisen dans 2/3 et Perutz dans 1/3 (65/208). La statistique de Gruneisen (40/60) s'appuyant seulement sur les autopsies et les cas ponctionnés présente plus de certitude que les deux autres.

Quelquefois la propagation se borne à la formation des fausses membranes qui soudent les culs-de-sac pleuraux, la base du poumon au diaphragme. Plus souvent, il se forme un exsudat séreux, séro-sanguinolent, séro-purulent, purulent.

En général le liquide pleural est moins septique que celui de l'abcès. S'il y a dans la plèvre du liquide séreux, la collection sous-diaphragmatique est du pus franc, si la pleurésie est franchement purulente, on trouve au-dessous du diaphragme du liquide bouillon sale, très virulent.

La transformation du liquide pleural s'effectue souvent progressivement, et des ponctions successives peuvent donner issue à du liquide séreux puis purulent. Il faut savoir aussi que l'évacuation du foyer sous-phrénique ne met pas à l'abri de la transformation ou de la production d'une collection pleurale. Nous en avons trouvé 13 observations (2 de Cosh, 1 d'Ollson, Braumuller, Siraud, Sonnenburg, Grunbaüm, Schulten, Umber, Elsberg, 3 de Weber).

Les perforations du diaphragme sont très fréquentes dans le cas d'empyème. Et le plus souvent, semble-t-il, la perforation est secondaire à la formation de la collection pleurale, et à des lésions de myosites du diaphragme parfois très étendues.

Cette propagation à la plèvre, au diaphragme, est exceptionnellement précoce dans les foyers extra-péritonéaux, en contact direct avec la région des piliers où le tissu est peu dense, et où il n'y a pas d'obstacle à la propagation thoracique.

La présence de l'épanchement pleural vient modifier l'aspect des signes. Nous l'avons indiqué chemin faisant. Si l'abcès sous-phrénique est liquide, la col-

lection pleurale deviendra une sérieuse difficulté pour le diagnostic; si l'abcès sous-phrénique est gazeux, son diagnostic en sera au contraire facilité, si cet abcès gazeux s'ouvre dans la plèvre par une perforation du diaphragme, on verra apparaître les signes d'un pyopneumothorax vrai. Cette perforation est d'ordinaire insidieuse. Parfois elle s'est faite brusquement, entraînant du collapsus et une dyspnée intense (Obs. Strohmeyer). Les phénomènes sont encore plus graves quand l'abcès était gazeux (Obs. de Schlesinger, Rezeinstein). Dans ces deux cas, elle était le premier signe d'un abcès sous-phrénique et la complication fut rapidement mortelle.

Ouverture dans le poumon. — Lorsque le poumon est adhérent au diaphragme, la perforation peut se faire à ce niveau. Trois conditions peuvent alors se produire :

I. Une ouverture large avec les phénomènes très dramatiques de la vomique (Spillmann) et la mort rapide.

II. Bien plus souvent l'ouverture est très petite, elle produit une expectoration purulente fétide de longue durée. La guérison peut succéder à l'évacuation du foyer.

III. Avant la production de la vomique la collection a creusé dans le poumon un foyer de gangrène pulmonaire. Il est vraisemblable que ce foyer se constitue avant la perforation du diaphragme par infection à travers le muscle de la partie adhérente du poumon. Le malade présente alors une haleine fétide, des crachats gangréneux. Puis subitement se produit une vomique. La gangrène poursuit ensuite son cours avec de la fièvre hectique et des phénomènes auxquels finit par succomber le malade.

De toute façon, la vomique débute soit spontanément, soit dans un effort de toux, soit surtout au moment d'un repas. En général, elle est précédée de sputation, de crachats purulents, fétides. Lorsqu'elle n'entraîne pas la mort presque immédiate la vomique se reproduit à quelques jours d'intervalle.

L'ouverture dans le poumon est une complication grave, mais non toujours mortelle, comme le disait Leyden. Cauderay sur 26 cas relève 9 guérisons spontanées, soit 34,6 p. 100 de guérison. Nous en connaissons 15 observations. Cette ouverture dans le poumon devient d'ailleurs de plus en plus rare depuis qu'on opère les abcès sous-phréniques. Gruneisen ne l'a vue que 3 fois sur 60 malades et Perutz 16 fois sur 208. Mais l'évacuation chirurgicale ne met pas toujours à l'abri d'une ouverture ultérieure dans les bronches. Dans 4 cas de Rendu, Buttersack, Gruneisen, Buchhausen, la vomique s'est produite dans la convalescence (Gruneisen, trois semaines après l'opération).

Pneumonie. — La propagation du foyer ou le décubitus peuvent produire une pneumonie ou bronchopneumonie légère (Plücker, Vanlair, Weber, Trojanow) ou mortelle (Ranson, Jolasse). Elle peut siéger du côté opposé au foyer (Lennander).

Péricardite. — C'est une complication rare et surtout des abcès sous-phréniques gauches. Le plus souvent elle se borne à quelques frottements qui peuvent apparaître après l'incision de l'abcès (Schindler) ou c'est un épanchement séreux qui n'est d'ordinaire découvert qu'à l'autopsie.

Un épanchement purulent peut se produire brusquement par la perforation du diaphragme au niveau du péricarde. Si la perforation est brusque une douleur vive, angoissante, une dyspnée considérable se produisent, les bruits du cœur s'assourdissent, disparaissent (épanchement liquide) ou prennent une sonorité métallique (gaz). La mort peut être très rapide (Fenwick). La perforation peut être plus lente et les symptômes persister pendant six semaines comme chez le malade de Tolot.

Lorsque la péricardite s'établit par propagation à travers le diaphragme, la marche est très insidieuse et fruste. Tel le malade de Lennander, mort de péricardite purulente, trois mois après l'incision d'un abcès sous-phrénique.

Complications intra-abdominales. — Il peut coexister soit d'emblée, soit par propagation, d'autres collections intra-abdominales voisines de l'abcès. De même les abcès sous-phréniques résiduels de péritonite généralisée sont souvent accompagnés d'autres abcès.

Rupture dans la cavité abdominale. — Elle est rare et toujours fatale. Perutz en cite 6 cas sur 208 observations. Quatre des malades ont été opérés. Tous sont morts.

Ouverture dans l'intestin. — Nous ne pouvons en citer que 6 observations (Vanlair, Winiwarter, Macaigne et Souligoux, Kocher, Stein, Lennander). Dans les trois premières, l'ouverture se traduit par la présence de pus dans les selles, suivie d'apparition de signes aériques dans le foyer et de recrudescence de la gravité des symptômes. Au contraire chez le malade de Lennander la débâcle fut suivie d'une guérison rapide.

Ouverture dans le bassinet. — Cette éventualité se produisit chez un malade de Stein et un de Vanverts. Ce dernier guérit.

Infection sanguine. Complications à distance. — Comme dans toutes les suppurations de longue durée, si la collection n'est pas évacuée, il se produit par voie sanguine des infections à distance. On a signalé la phlegmatia alba dolens (Barling, Hood), des abcès à distance du foie, de la rate (Perutz, Hood), du rein (Richard), arthrite suppurée et choroïdite métastatique (Brügel).

III

Formes cliniques. — Leur variété est infinie; la nature de la cause, le siège, le contenu, l'évolution, les complications lui impriment des caractères multiples. Nous ne signalerons que quelques formes ayant une physionomie tout à fait à part.

Abcès sous-péritonéaux. — Consécutifs surtout à l'appendicite, et parfois à des lésions rénales, pancréatiques. Leur début est insidieux, les phénomènes généraux graves, en disproportion avec les symptômes fonctionnels et physiques. Les phénomènes

péritonéaux manquent ; on note un empâtement douloureux de la région lombaire. Plus tard apparaissent de l'œdème, de la rougeur des parties molles de la région lombaire. Enfin on remarque la fréquence des complications pleurales et de l'ouverture dans les bronches.

Abcès de l'arrière-cavité des épiploons. — Ils se traduisent par une tumeur médiane sus-ombilicale occupant la région épigastrique et une grande partie de l'hypocondre gauche, ne dépassant pas la ligne médiane à droite, arrivant dans quelques cas cependant jusqu'au niveau des fausses côtes droites, vers les neuvième et dixième côtes. L'estomac est toujours devant la tumeur. Il peut la recouvrir en entier, ou se trouver refoulé ou au-dessus ou au-dessous. Sa situation peut être déterminée par insufflation. La présence de l'estomac en avant de la tuméfaction est pathognomonique.

Abcès résiduels de péritonite généralisée. — L'abcès sous-phrénique peut survenir comme foyer de localisation d'une péritonite généralisée en voie de résolution (péritonites des perforations stomacales, duodénales, appendicites, annexites). Ces cas tirent un aspect tout particulier de la présence de la péritonite généralisée et de la multiplicité des foyers qui subsistent en général avec l'abcès sous-phrénique droit ou gauche. Ce sont le plus souvent des abcès du petit bassin, de la fosse iliaque, de la région lombaire. Ces abcès résiduels ne sont pas très rares, favorisés par la déclivité et les qualités d'absorption spéciales du péritoine diaphragmatique.

On a décrit aussi des *formes pulmonaire*, *latente*, *suraiguë* des abcès sous-phréniques.

IV

Pronostic et terminaison. — Le pronostic des abcès sous-phréniques dépend presque entièrement d'un diagnostic et d'une intervention précoces. Il suffit de comparer la mortalité des statistiques anciennes avec les plus récentes pour constater les progrès énormes dus au perfectionnement des méthodes de diagnostic, et à la hardiesse et la sûreté des opérations chirurgicales.

Guérison spontanée. — Abandonnés à eux-mêmes qnelques cas peuvent guérir après une évacuation spontanée. Nous en connaissons 21 cas dont 8 consécutifs à l'appendicite. Le processus de guérison invoqué était dans 15 cas l'ouverture dans les bronches, une fois dans l'intestin, l'intestin et le bassinet, le bassinet, à la peau, et deux fois la résorption spontanée (?).

Mortalité. — On ne doit pas tabler sur ces cas exceptionnels de guérison spontanée, car la mortalité des cas non opérés est énorme : 94 p. 100 dans la statistique de Maydl et de Lauenstein, 88 p. 100 dans celles de Lang et de Martinet, 85 p. 100 dans nos observations, 80 p. 100 dans celle de Perutz, la plus favorable.

Pour les cas opérés la mortalité de 48 p. 100 pour Maydl (1894), de 44 p. 100 pour Martinet (1898) s'abaisse à 36p. 100 dans notre statistique, à 33 p. 100 dans celle de Körte (1902), 26 p. 100 dans celle de Perutz (1904).

On peut donc actuellement estimer la mortalité des cas non opérés à 85 p. 100 et celle des cas opérés entre 25 et 30 p. 100. Elle varie d'ailleurs selon certaines conditions dont les principales sont la variété causale et la variété du siège.

C'est ainsi que le pourcentage des cas guéris spontanément est un peu plus élevé dans l'appendicite et la mortalité des cas non opérés s'abaisse à 82 p. 100 (Elsberg), 77 p. 100 (Körte), 75 p. 100 (Perutz), 50 p. 100 (Maydl).

Pour les cas opérés, le maximum de gravité est atteint par les collections venant du tube digestif (estomac, duodénum, intestin, 42 à 50 p. 100 de mortalité), le minimum revient aux abcès post-traumatiques, d'origine costale (0 p. 100) thoracique. Les abcès d'origine appendiculaire, hépatique, rénale, pancréatique, sont d'un pronostic relativement favorable.

La gravité dépend aussi du siège, non seulement parce que le siège dépend en grande partie de la lésion causale, mais aussi à cause des complications possibles, de la latence de la lésion et de ses difficultés d'accès. Notons surtout la gravité particulière des abcès de l'arrière-cavité des épiploons, et, au contraire, la bénignité relative des abcès rétro-péritonéaux.

En dehors des notions de causalité et de siège, d'autres facteurs expliquent la gravité des abcès sous-phréniques même opérés :

1° Les qualités d'absorption spéciales du péritoine de la région sous-phrénique, constatation sur laquelle repose le traitement de la péritonite par la position mi-assise (Fowler);

2° Les qualités spéciales de toxicité du contenu de l'abcès. Il n'est plus à démontrer la toxicité spéciale des abcès péridigestifs à anaérobies. Et leur gravité s'explique par les poisons cardiaques fournis par la résorption des gaz putrides (de Klecki);

3° La fréquence et la gravité des complications;

4° Les difficultés du diagnostic.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 MAI 1908)

Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. — M. Michaux qui a soulevé cette intéressante discussion, la résume et en tire des conclusions formelles. Des statistiques qu'il a pu établir, il ressort que la proportion des succès par l'intervention est d'environ 20 p. 100. M. Michaux pense que cette proportion pourrait s'accroître si l'on intervenait plus tôt, si surtout le diagnostic pouvait être très précoce. Peut-être est-ce là ce qui explique la différence de nos statistiques avec certaines statistiques étrangères. L'une de ces statistiques qui porte sur 262 cas donne 90 guérisons, soit 25 p. 100; certaines statistiques américaines donnent encore de meilleurs résultats.

Un diagnostic exact étant de rigueur en cas d'intervention, il faut s'appliquer à distinguer la perforation vraie, sans péritonite, de la péritonite sans perforation. A côté de la perfo-

ration, portant sur le cæcum, l'appendice ou le côlon, il y a la perforation du grêle. Quelle que soit d'ailleurs la perforation, il y a des différences énormes au point de vue de la réaction péritonéale. Il faut aussi tenir compte de l'âge du sujet, du degré de l'infection typhique. Enfin les accidents résultant de la perforation sont très variables. Ces faits disparates ne sont donc pas comparables au point de vue de l'intervention.

Les perforations du cæcum ou de l'appendice sont moins graves que celles de l'intestin grêle, M. Michaux insiste sur les difficultés du diagnostic de ces perforations; toutefois, dans la grande majorité des cas, les symptômes sont tellement nets, tellement bruyants, qu'il ne saurait y avoir de doute. Dans d'autres cas les symptômes semblent caractéristiques, alors qu'il n'y a ni perforation, ni péritonite. On voit d'après ces faits que le diagnostic peut être entouré de grandes difficultés; il en est de même dans les cas d'appendicites éberthiennes; l'erreur est toujours possible.

Après un résumé de la discussion, M. Michaux aborde la question des indications de l'intervention chirurgicale dans les cas de perforations typhoïdiques. A ce point de vue l'accord est complet; toute perforation dont le diagnostic est certain commande l'intervention aussi hâtive que possible. Même en cas de doute il vaudrait mieux intervenir inutilement que de risquer de ne pas fermer une perforation. M. Michaux insiste avec énergie sur les avantages de l'intervention hâtive. On a vu des succès après quarante-huit et même soixante-douze heures, mais ce sont là des faits exceptionnels, et ce serait un tort de perdre un temps précieux, le mieux serait d'intervenir au plus tard trois ou quatre heures après le diagnostic.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Michaux est partisan de la laparotomie médiane sous-ombilicale, elle permet une recherche plus facile de la perforation, un drainage plus parfait; elle est bien préférable à l'incision latérale de Morestin.

Dans les cas de perforations simples, la suture longitudinale est le procédé de choix, elle assure une étanchéité parfaite et durable. Ce qui a beaucoup contribué aux insuccès de l'opération, c'est la fréquence des perforations secondaires, soit au même point, soit ailleurs, en de nouvelles poussées de péritonite. Ce n'est donc pas à tel ou tel procédé technique qu'il faut attribuer ces insuccès. Quelques auteurs ont proposé de renforcer la suture à l'aide de bouchons épiploïques, ou de fixer l'anse perforée à la paroi abdominale, de constituer ainsi un anus artificiel. Quant à la résection ou à l'exclusion intestinale proposées par M. Souligoux, M. Michaux n'en est pas partisan. Ce sont là des moyens secondaires, l'important est de bien fermer sa perforation, de bien nettoyer le foyer et de bien drainer.

Appendicite aiguë dans un sac herniaire chez un enfant de vingt-huit jours. Opération. Guérison. — M. VILLEMIN fait un rapport sur une observation de M. Launay. Il s'agit d'un enfant de vingt-huit jours atteint d'une tumeur dans l'aine droite, ayant des vomissements odorants, pas de selles. M. Launay constate une hernie inguinale droite. Les accidents remontent à quarante heures, l'état général est très mauvais. M. Launay intervient, trouve dans le sac un appendice enflammé, le résèque, réduit l'intestin et constate qu'il n'y a pas d'étranglement, l'enfant guérit très bien.

M. Launay fait observer que dans ce cas on se trouvait en présence de tous les signes d'un étranglement véritable. Il n'y avait qu'un appendice sphacelé, sans perforation et sans aucun étranglement. Les cas d'appendicites herniaires chez les jeunes enfants ne sont pas très rares, mais le petit malade de M. Launay est le plus jeune qui ait été opéré. Il fait observer la discordance qui existe dans ces cas entre la symptomatologie et l'état des lésions. Il est difficile de se faire une idée du processus pathogénique. M. le rapporteur signale plusieurs faits analogues et en particulier un fait qui lui est personnel.

M. KIRMISSON proteste contre une opinion que semble lui avoir prêtée dans son rapport M. Villemin. Il a en effet toujours soutenu que dans ces cas les accidents devaient être rapportés à l'appendicite et non à l'étranglement. Ces appendicites chez les nourrissons ne sont pas aussi rares que l'on croit; il en rapporte lui-même plusieurs exemples et ajoute que ces faits prouvent que le régime carné n'est pas la seule cause de l'appendicite. Il y a évidemment d'autres éléments qui interviennent.

Tuberculose inflammatoire de l'estomac. Tumeurs et sténoses pyloriques d'origine tuberculeuse. — M. A. PONCET, en son nom et au nom de M. R. LERICHE, fait une communication que nous publierons dans notre prochain numéro.

Ablation et réparation de la lèvre inférieure. — M. MORESTIN présente deux malades chez lesquels il a dû réséquer complètement la lèvre inférieure pour épithélioma, il a fort heureusement reconstitué ces deux lèvres.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SOUFRE COLLOIDAL EN DERMATOLOGIE (1).

Les indications du soufre colloïdal ou sulfidal sont les mêmes que celles du soufre commun, par conséquent en première ligne toutes les affections séborrhéiques.

Max Joseph recommande dans la séborrhée de la face de laver soigneusement le visage plusieurs fois par jour avec une solution de 2 à 5 p. 100 (on peut aller jusqu'à 10 p. 100) préparée fraîchement autant que possible. On peut employer la formule suivante :

Sulfidal............	2 à 10 grammes.
Eau distillée.........	100 —
Essence de Néroli....	II gouttes.

F. s. a.

L'auteur recommande tout particulièrement le soufre colloïdal dans le traitement de l'alopécie séborrhéique. Ici, où il s'agit d'arrêter les progrès du durcissement déjà avancé de la gaine radiculaire, la grande faculté de pénétration du soufre colloïdal, reposant sur l'extrême division de ses molécules, joue un rôle très important. La facilité avec laquelle le soufre colloïdal se laisse enlever après son application sur le cuir chevelu, par un simple lavage, est un avantage appréciable pour le malade. Le traitement consiste en un lavage (le matin) avec une solution aqueuse à 10 p. 100 et en une application (le soir) d'un onguent à 10 p. 100 en alternant sur l'une des quatre places du cuir chevelu, que l'on s'est fixées pour un traitement alternatif. La pommade convient tout spécialement, en place d'onguent, pour les malades ayant une chevelure grasse. La cure doit être poursuivie durant des mois. Dans tous les cas, il faut remplacer au bout d'un certain temps l'onguent à 10 p. 100 par la pommade.

Voici les formules que recommande Max Joseph :

Onguent :

Sulfidal.................	10 grammes.
Axonge..................	45 —
Lanoline................	45 —

F. s. a.

Pommade molle au savon :

Sulfidal................	10 grammes.
Eau distillée............	70 —
Savon..................	30 —
Essence de Néroli........	II gouttes.

(1) Max JOSEPH, *Dermat. Centralbl.*, 1907, n° 12.

L'auteur a encore obtenu d'excellents résultats du soufre colloïdal dans l'acné indurée de la face, l'acné rosacée, l'acné dorsale, le pityriasis rosacé, l'eczéma squameux, la gale, le prurigo, etc.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 JUIN 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er juin, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Thiéry et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Macaigne.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Branca et Mulon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Reclus, Potocki et Rieffel; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Hôtel-Dieu* : (1re série) : MM. Brissaud, Legry et Sicard; — (2e série) : MM. Roger, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 2 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Ricard et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Morestin; — (2e série) : MM. Prenant, Thiéry et Marion.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Launois et Auvray; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Hartmann et Proust; — (2e série) : MM. Albarran, Cunéo et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gouget et Castaigne; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 3 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Nicolas et Lecène.

3e (2e partie, 1re série), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Roger et Lœper; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Desgrez et Macaigne.

1er (oral) : MM. Brissaud, Thiéry et Branca.

2e : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Monod, Potocki et Mulon; — (2e partie) : MM. Déjerine, Sicard et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Auguste Broca et Gosset; — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Rieffel; — (2e partie) : MM. Letulle, Legry et Marcel Labbé; — M. Ombrédanne, suppléant.

Jeudi 4 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Brumpt et Nicloux.

1er (oral, 1re série) : MM. Pozzi, Rieffel et Morestin; — (2e série) : MM. Prenant, Thiéry et Proust.

2e : MM. Gley, Launoy et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Albarran, Cunéo et Jeannin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Castaigne.

4e : MM. Pouchet, Chantemesse et Carnot; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 5 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Delens et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral) : MM. Brissaud, Segond et Macaigne.

3e (oral, 1re partie) : MM. Monod, Potocki et Mulon.

5e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Pierre Marie et André Jousset; — M. Lœper, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Reclus, Tuffier et Lecène; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 6 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Proust et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Prenant, Thiéry et Marion.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Auvray et Cunéo; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — M. Jeanselme, suppléant.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archiv für Kinderheilkunde. — (Tome XLVII, fasc. IV à VI, 1908.) Wolf : Symptômes orthostatiques chez des enfants atteints de tuberculose héréditaire et de purpura. — Pfaundler : Le passage des anticorps de la mère à l'enfant. — Schabad : Un cas d'anomalie congénitale du cœur. — Reiche : Injections et vaccinations de tuberculine effectuées chez des nourrissons dans un but diagnostique. — Bilik : La sérothérapie dans la scarlatine. — Potneschnigg : Convulsions infantiles et leurs conséquences ultérieures.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (No 15, 9 avril 1908.) His : Médecine et surculture. — Orthner : Sur la genèse et l'explication d'une dépression systolique du choc de la pointe et d'une situation anormalement élevée de la crosse de l'aorte dans l'incisure du sternum. — Von Jacksch : Arthrite urique, mégalosplénie et leucopénie. — Hering : Sur l'hyposystolie intermittente partielle des cavités du cœur des mammifères. — V. Schrötter : Aiguille dans la bronche gauche. — Kahler : Un carcino-sarcome du récessus périforme, dans une ecchondrose du cartilage annulaire. — Orszag : Sur la valeur diagnostique de l'ophtalmo-réaction dans la fièvre typhoïde. — V. Bokay : Contribution à la bradycardie dans l'appendicite du jeune âge. — Balas : L'iléus comme complication de l'épididymite blennorragique. — Eichhorst : Importance diagnostique de l'embolie de l'artère pulmonaire. — (No 16, 16 avril.) Joseph et Schliep : Le courant des tissus et l'hyperémie de stase. — Pochhammer : Le tétanos local. — Rotter : Sur la pathogénie et le traitement opératoire du prolapsus du rectum. — Hinz : Contribution au traitement opératoire des fractures intra et périarticulaires. — Fränkel et Müller : Sur l'importance pratique de la réaction du sperme de Barberio. — Crux : Douze cas de pneumonie chez l'enfant traités par le sérum antipneumococcique de Römer. — Bauer : Sur la méthode de la preuve sérologique de la syphilis.

Medizinische Blatter. — (No 15, 11 avril, et no 16, 18 avril 1908.) Scherk : Les ferments de la cellule hépatique et leur importance en pathologie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

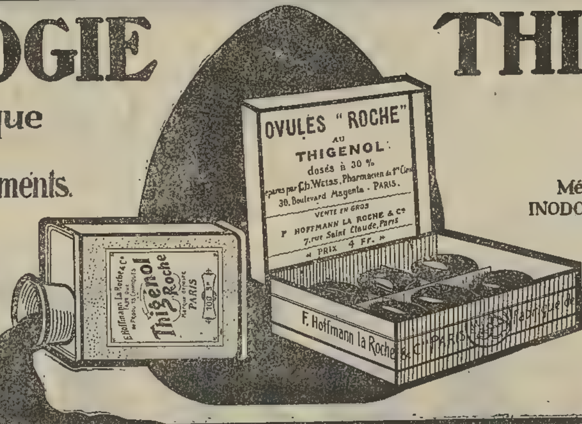
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

GYNÉCOLOGIE

Action calmante énergique
Decongestion puissante
Suppression rapide des Ecoulements.

Mode d'Emploi { Thigénol "Roche" 30 ou 45 gr / Glycerine 70 ou 55 gr
en tampons tous les deux jours ou bien

OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL



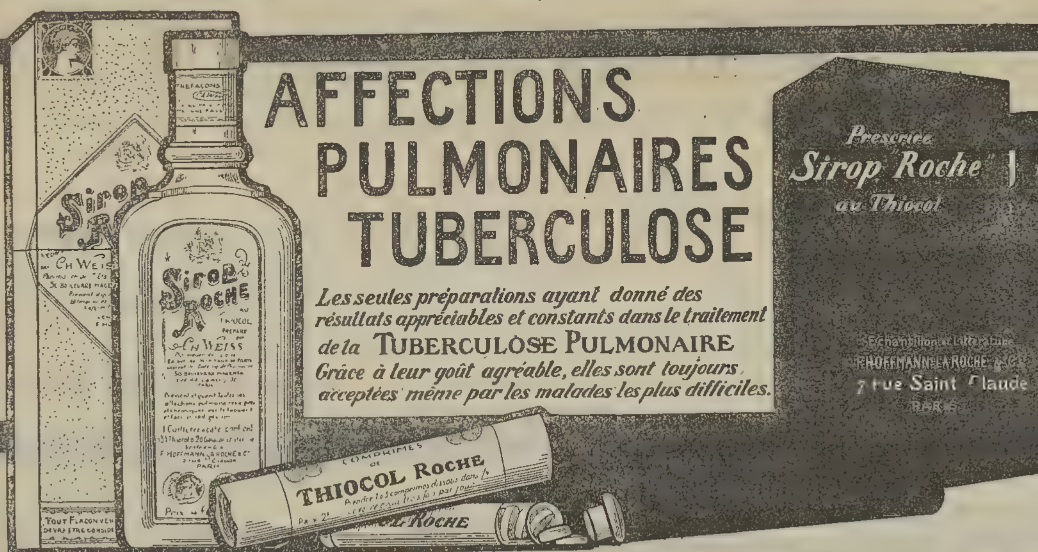
THIGÉNOL "ROCHE"

Médicament synthétique à base de soufre
INODORE ~ NON CAUSTIQUE ~ NON TOXIQUE
Soluble eau, alcool, glycérine

ANALGESIQUE
ANTISEPTIQUE
KÉRATOPLASTIQUE

Echantillons & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 7 rue Saint Claude Paris

---



AFFECTIONS PULMONAIRES TUBERCULOSE

Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable, elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.

Prescrire Sirop Roche au Thiocol

Echantillons et Littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
PARIS

Coaltar saponiné Le Beuf

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTÉRIQUE, CICATRISANT, NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX

Il est spécialement recommandé dans les **Maladies des Femmes** (leucorrhées, vaginites, métrites, etc.). et dans la **Médecine des Enfants** (angine couenneuse, stomatites, dartres, écoulements strumeux, etc.).
Dans les pharmacies, bien spécifier : COALTAR SAPONINÉ LE BEUF.

SE MÉFIER DES IMITATIONS

GYNÉCOLOGIE, DERMATOLOGIE
TUBERCULOSE
AFFECTIONS RHUMATISMALES

ICHTHYOL

MARQUE DÉPOSEE.

PRESCRIRE **ICHTHYOL**
Exiger le Produit authentique.
MONOGRAPHIES ET FORMULAIRE :
Société française de Produits sanitaires,
35, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), **AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE,** etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne.* — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
PHie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

Rapport favorable de l'Académie de Médecine

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique
Purifie l'air chargé de miasmes.
Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.
Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Marque de Fabrique. — TOUTES PHARMACIES

ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

CONVULSINE

du Docteur **WEIL**

ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
MALADIES NERVEUSES

Traitement rationnel. Action rapide

« Cette préparation, introduite dans la thérapeutique depuis 10 ans, y a conquis une place prépondérante comme un excellent remède contre toutes les formes de l'Epilepsie, la danse de Saint-Guy et d'autres affections nerveuses. »
(Dr L. M. BRODSKY. *Revue bienn. d. Méd. d. R.*)
Echantillons gratis sur demande.
POISSON, Pharmacien.
Dépôt gal : A. KRAUS, 37, r. Godot-de-Mauroi, Paris.

DORMIOL

HYPNOTIQUE PUISSANT DOSE : de 0,50 à 3 gr.
SUPÉRIEUR au CHLORAL
NE PRODUIT PAS d'ACCIDENTS TOXIQUES

CAPSULES de DORMIOL. — GROS : PHARMACIE CENTRALE de FRANCE, 7, Rue de Jouy, PARIS.
(Brochures et Échantillons). **M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS.**

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour deux places de chirurgien des hopitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 22 mai : MM. Mercadé, 17; Alglave, 15; Schwartz, 14; Iselin, 18.

— Concours de l'adjuvat des hopitaux. — Le concours vient de se terminer par la nomination de M. Combier.

— Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le vendredi 12 juin, à midi précis, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), de onze heures à trois heures, jusqu'au samedi 30 mai, inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Épreuve écrite.* — Question donnée : « Capsules surrénales, anatomie tet hisologie. — Physiologie des capsules surrénales. — Diagnostic des tumeurs malignes du rein. » — Ont obtenu : MM. Mocquot, 27; Bréchot, 25; Deniker, 23; Heitz-Boyer, 22; Picot, 24; Barbier, 29; Mathieu, 28.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — *Epreuve d'obstétrique.* — Séance du 22 mai. — Ont obtenu : MM. Gaulier, 15; Sabatier, 11; Buizard, 14; Béranger, 13; Lafon, 11; Sérée, 16; Durand et Bettinger, 10; Vernière, 11; Cauhapée et Thévenot, 14; Le Roy, 13; Mlle Bourg, 9; M. Gaujoin, 18.

Question tirée : « Diagnostic de l'insertion vicieuse du placenta. »

Sont déclarés admissibles : MM. Gaujoin, Thévenot, Buizard, Gaulier, Béranger, Sérée, Cauhapée, Lafon, Le Roy.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Lucien Graux (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Archambaud (Paul), Billon, Brissemoret, Butte, Chevalier (J.-M.-A.), Daulnoy, Morin (de Paris), Nolé (de Saint-Alban); M. Le Ray, pharmacien à Paris.

LE XVIIIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE s'ouvrira à Dijon du 3 au 8 août 1908, sous la présidence de M. le docteur Cullerre (secrétaire général : M. le docteur S. Garnier).

Programme des travaux et excursions. — *Lundi 3 août.* — Matin : Séance solennelle d'inauguration (salle des Etats de Bourgogne à l'hôtel de ville de Dijon). — Visite de l'hôtel de ville.

Après-midi : Premier rapport (M. Laignel-Lavastine [de Paris]) : « Les troubles mentaux par perturbations des glandes à sécrétion interne. » — Discussion.

Soir : Réception offerte par la Société des sciences médicales de la Côte-d'Or.

Mardi 4 août. — Matin : Suite de la discussion du premier rapport. — Communications diverses.

Après-midi : Deuxième rapport (M. Verger [de Bordeaux]) : « Diagnostic et formes cliniques des névralgies. » — Discussion. — Réunion du Comité permanent.

Mercredi 5 août. — Matin : Visite de l'asile de Dijon. — Déjeuner offert aux congressistes.

Après-midi : Communications diverses à l'asile.

Jeudi 6 août. — Matin : Troisième rapport (M. Charon [d'Amiens]) : « Assistance des enfants anormaux. » — Discussion.

Après-midi : Communications diverses. — Réunion du Congrès en assemblée générale.

Soir : Réception offerte par le président et les membres du Congrès.

Vendredi 7 août. — Matin : Excursion à Vougeot et à Beaune. — Déjeuner individuel à Beaune.

Après-midi : Visite à l'hôpital de Beaune. — Communications diverses. — Retour à Dijon pour dîner.

Samedi 8 août. — Excursion au château de Bussy-Rabutin. — A Alise-Sainte-Reine : Visite des fouilles d'Alésia. — A Flavigny. — Dislocation du Congrès. — Retour à Dijon, ou départ pour excursionner dans le Morvan.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Bonne (de Braqueville), Godivier (de Blainville-Crevon) et Louis Gubian (de Lyon).

COURS DE COPROLOGIE CLINIQUE. — Prochainement, le docteur René Gaultier, chef de laboratoire à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (service du professeur Dieulafoy), fera une

série de conférences pratiques sur l'examen des fèces à un nombre d'élèves limité. — Présentation de moulage de garde-robes de nourrissons, projections de photographies de préparations microscopiques, bactériologiques et parasitologiques de fèces d'enfants et d'adultes; examen chimique. — Application de ces notions au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique des affections du tube digestif.

S'inscrire au laboratoire de l'Hôtel-Dieu tous les jours de neuf heures à midi et de deux à cinq heures.

ÉCOLE PRATIQUE D'ODONTOLOGIE. — CLINIQUE D'ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE DENTAIRE. — Le docteur Siffre, professeur de chirurgie dentaire infantile, fera une conférence libre à sa clinique, 2, rue Huyghens (XIVe), tous les jeudis à dix heures et demie.

Sujet de ces conférences : « Pathologie et thérapeutique dentaires infantiles. Anomalies. Irrégularités dentaires. Orthodontie. Examen et traitement des malades. »

Ces conférences commenceront le jeudi 4 juin et se continueront toute l'année, sauf en août et septembre.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Paris-Barcelone-Carthagène-Oran-Alger.* — Train de luxe bi-hebdomadaire entre Paris-Barcelone-Valence et Carthagène, avec continuation par bateau entre Carthagène et Oran. Correspondance à Oran avec des express de et sur Alger.

Départs de Paris à 7 h. 20 soir, les mercredis et les samedis. Arrivée à Oran à 6 h. 45 soir, les vendredis et les lundis. — Traversée de Carthagène à Oran en neuf heures.

RENSEIGNEMENTS

ASSISTANCE PAR LE TRAVAIL AUX VEUVES DE MÉDECINS ET AUX ORPHELINS. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'A. G. — La Commission d'assistance aux veuves et aux orphelins de la profession médicale nous prie d'insérer l'avis ci-dessous : « Tout confrère qui connaîtrait un emploi pouvant convenir à la veuve ou à la fille d'un médecin est prié de l'indiquer à la Commission d'assistance de la Société centrale de l'A. G., 5, rue de Surène, Paris, » et de faire connaître les demandes d'emploi suivantes :

N° 1. — Veuve de médecin, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits prix modérés.

N° 2. — Veuve de médecin voudrait travaux d'écriture à faire chez elle.

N° 3. — Veuve de médecin désire direction de maison de santé ou de clinique dans la région Lyon-Grenoble.

N° 4. — Veuve de médecin donne leçons de dessin, peinture, gravure. Parle allemand et anglais.

N° 5. — Veuve de médecin, ayant deux filles (vingt-neuf et vingt et un ans), demande direction de maison de santé, où ses filles pourraient être infirmières.

N° 6. — Deux sœurs, filles de médecin, âgées l'une de trente-six ans, l'autre de vingt-sept, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

N° 7. — Fille de médecin, ayant fait un stage d'un an dans une maternité, demande à faire des gardes. Très recommandée.

N° 8. — Veuve de médecin habitant l'Yonne, serait désireuse de prendre en garde des enfants, de préférence pendant la belle saison.

N° 9. — Fille de médecin, veuve sans enfants, ayant l'habitude du monde et de la tenue d'une maison, musicienne, parlant un peu l'anglais, demande emploi de dame de compagnie, ou de gouvernante d'une grande jeune fille.

N° 10. — Veuve de médecin, vingt-huit ans, désire emploi de dame de compagnie, ou de caissière, ou de vendeuse.

N° 11. — Veuve de médecin, trente-neuf ans, connaissant bien direction de maison, ayant l'habitude du monde, désire trouver emploi, à Paris ou banlieue, comme dame de compagnie, ou pour diriger un intérieur.

S'adresser à la Commission d'assistance de l'A. G., 5, rue de Surène.

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE DE L'ESTOMAC

TUMEURS & STÉNOSES PYLORIQUES D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Par MM. ANTONIN PONCET et RENÉ LERICHE.

Les tuberculoses chirurgicales de l'estomac sont exceptionnelles, et partant, quelque peu oubliées dans les traités classiques. Elles ne sont point, cependant, rarissimes. Après la belle monographie purement médicale de F. Arloing (1), Ricard et Chevrier (2) ont, dernièrement, tenté d'en individualiser les localisations pyloriques. Plus récemment encore, Conrad Brunner (3) s'essayait, dans la *Deutsche Chirurgie*, à un travail d'ensemble sur la question, sans réussir complètement, faute d'un matériel suffisant, à dégager un syndrome anatomo-clinique bien caractérisé.

Il y a lieu, pensons-nous, avec tous les faits disparates que l'on a cités, de faire, aujourd'hui, quelques groupements analytiques qui permettront de s'y reconnaître mieux. Déjà, en 1905, nous avions abordé, avec un tel état d'esprit, les grandes lignes de cette étude (4).

D'après ce que nous avions vu, de par le rapprochement des observations publiées, nous avions cru pouvoir en distinguer trois grandes formes qu'ont légitimé les faits mis au jour depuis : *une forme ulcéreuse*, que seules rendent chirurgicales ses complications et sa cicatrisation vicieuse, *une forme hypertrophique* (5), le *tuberculome gastrique*, qui fait tumeur et en impose pour un cancer, enfin *une forme inflammatoire*, sur laquelle nous voudrions plus spécialement attirer votre attention et dont nous nous occuperons uniquement ici.

On sait ce que nous entendons par *tuberculose inflammatoire*. La tuberculose n'est pas une dans ses manifestations; à côté des cas où elle édifie des productions anatomiques spécifiques, elle est susceptible d'engendrer des lésions banales, sans signature histologique, allant de la congestion fugace à la sclérose définitive. Ces lésions n'ont de spécifique que leur étiologie. Elles font leurs preuves, le plus souvent, par de seuls considérants cliniques; antécédents bacillaires, constatations d'un foyer distant de tuberculose, coexistence d'adénopathies froides dans le territoire lymphatique dont elles sont tributaires; apparition plus ou moins tardive de réactions virulentes, locales ou générales, etc.

Nous ne voulons pas revenir sur la conception doctrinale que nous avons largement exposée ailleurs (1). Nous rappellerons simplement qu'il s'agit là d'une *tuberculose en activité*. On la confond trop volontiers avec les reliquats fibreux, cicatriciels, d'une lésion autrefois virulente pour que nous n'insistions pas sur ce point. Il y a entre elle et eux, toutes les différences qui séparent une tuberculose guérie d'une tuberculose en acte.

Or donc, à l'estomac comme ailleurs, la tuberculose inflammatoire peut sévir. *A priori*, dirions-nous, elle n'y doit même pas être rare. Il est, en effet, une règle de fréquence que nous avons cru pouvoir dégager de nos recherches antérieures et que nous formulerions ainsi : un viscère est d'autant plus frappé par la tuberculose inflammatoire, qu'il l'est moins par la tuberculose spécifique.

Peu importe au fond. La tuberculose inflammatoire gastrique existe, bien réellement, au niveau de l'estomac, et elle y engendre deux types de lésions différents, suivant qu'elle s'attaque plus particulièrement à l'épithélium ou à la sous-muqueuse. Par irritation épithéliale, elle réalise une *prolifération adénomateuse*, plus ou moins étendue, qui reste généralement sans traduction clinique. Par localisation sous-muqueuse, elle crée des infiltrations scléro-inflammatoires diffuses ou circonscrites, dont la connaissance est précieuse pour interpréter certaines de ces tumeurs, sur lesquelles avaient insisté Gérard Marchant et Demoulin.

Il y a, en effet, au niveau de l'estomac, des tumeurs sténosantes purement inflammatoires dont on hésite toujours à parler. A cause de leur évolution enrayée, d'ordinaire, par une opération conservatrice, elles échappent habituellement à un contrôle précis ; leur pathogénie demeure, de ce chef, toujours un peu hypothétique. Nous mettons, évidemment, hors de cause *les tumeurs d'origine ulcéreuse*, dans lesquelles une réaction calleuse anormale infiltre la paroi et trompe sur la nature du processus, aussi bien que les *vieux ulcères à expression péritonéale* qui s'extériorisent par de la périgastrite stratifiée. Les faits que nous visons existent en dehors de l'ulcère et leur cause échappe généralement.

Plus ou moins diffuse, la lésion revêt le masque de la linite plastique ; localisée, elle donne un petit noyau fibreux du pylore, indûment qualifié d'ulcère cicatrisé.

Envisageons séparément ces deux catégories.

1° Depuis les recherches déjà anciennes de Bard, de Bret et de Paviot (2), on s'efforce généralement de faire rentrer toutes les linites dans le cadre des néoplasies épithéliales. Dernièrement encore, Quénu (3) et Monprofit vous apportaient des faits concluants en ce sens. Cependant tous les cas ne sont pas comme les leurs. Aussi dans des travaux d'ensemble récents, reste-t-on encore indécis sur la catégorisation définitive de ces observations rebelles où malgré les recherches les plus minutieuses, malgré la mise en coupe réglée de toute la tumeur, on n'a pu relever aucun élément épithélial anormal dans la paroi gastrique. En pareille occurrence, on ne trouve que cette simple sclérose hypertrophique sous-muqueuse dont parlait Bouveret. Roux (4), il y a quelques mois, faisait connaître un fait de ce genre. Jonnesco et Grossmann

(1) F. ARLOING. *Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac*, Th. de Lyon, 1902.

(2) RICARD et CHEVRIER. De la tuberculose et des sténoses tuberculeuses du pylore, *Revue de chir.*, 1905.

(3) C. BRUNNER. Tuberculose des Magen-Darmkanals, *Deuts. Chir.*, 1907.

(4) A. PONCET et R. LERICHE. Tuberculose inflammatoire de l'estomac, Acad. de méd., 30 mai 1905.

(5) Ce terme d'*hypertrophique* que nous avons utilisé pour rester conformes aux dénominations courantes en pathologie intestinale, doit être expliqué. Le *tuberculome hypertrophique* se caractérise par un énorme épaississement de l'intestin, fait de deux éléments principaux : l'infiltration de la sous-muqueuse et la scléro-adipose sous-séreuse. Sur le gros intestin seul ou à peu près, ce dernier facteur intervient de façon appréciable. Sur l'estomac comme sur l'intestin grêle, la réaction fibro-adipeuse manque. Le tuberculome hypertrophique n'est plus qu'un bourgeonnement fongueux de la sous-muqueuse avec infiltration lardacée, mais sans grande prolifération péritonéale et sous-péritonéale.

(1) A. PONCET et R. LERICHE. Acad. de méd., 1905, 1906, 1907, 1908

(2) BRET et PAVIOT. *Revue de méd.*, 1894.

(3) QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 734.

(4) ROUX. Linite sans néoplasme, *Revue de la Suisse romande*, nov. 1904.

en publiaient un autre dans la *Revue de chirurgie* de janvier dernier. Piollet (1) a pylorectomisé avec succès en 1906 une lésion de ce genre. Bref il faut admettre, bon gré mal gré, qu'il y a des linites cancéreuses et des linites simplement inflammatoires. Or il est curieux de voir, comme l'avaient déjà noté Hanot et Gombault (2), dans un mémoire connu, que dans nombre des observations suffisamment explicites pour être utilisables à ce point de vue, la tuberculose est notée incidemment dans les antécédents du malade. Si l'on veut bien donner aux coïncidences cliniques la valeur qu'elles méritent, on sera conduit à considérer beaucoup de ces faits comme des tuberculoses inflammatoires plus ou moins anciennes et, par suite, on s'expliquera, sans peine, la chronicité d'une pareille infiltration, comme l'ont fait Halipré et Beaurain (3), à propos d'une de leurs observations. « Dans quelques cas rares, écrivent-ils, l'examen histologique ne permet pas de découvrir des éléments carcinomateux. Il s'agit alors d'une hyperplasie conjonctive ayant évolué sous la forme clinique d'une gastrite chronique ou d'un ulcère de l'estomac ; la tuberculose serait en cause dans quelques cas. »

De même, par la tuberculose inflammatoire, on s'expliquera ces guérisons anatomiques et fonctionnelles paradoxales, après des opérations palliatives, comme celles rapportées par Chevassu (4), par Sheldon (5). Le malade de Chevassu avait été gastroentérostomisé par Tuffier, trois ans auparavant, pour sténose pylorique avec énorme hypertrophie pariétale, d'aspect œdémateux. On avait soulevé à ce moment l'hypothèse syphilitique. A l'autopsie, on trouva les parois gastriques parfaitement souples, sans épaississement; la lésion avait complètement rétrocédé, mais par contre une masse énorme de ganglions caséeux englobaient le pylore et la région pancréatico-duodénale. Sheldon, en janvier 1903, fait une anastomose jéjunale sur un estomac très petit, à parois épaisses, indurées, présentant à la coupe l'aspect fibreux. En novembre 1906, son malade était encore en parfait état, engraissé et eupeptique.

Aussi bien, croyons-nous pouvoir conclure à l'origine tuberculeuse de certaines linites, en regrettant de n'avoir point de fait personnel pour étayer notre opinion.

2° A côté des dégénérescences fibroïdes diffuses, il faut comprendre dans le cadre de la tuberculose inflammatoire gastrique certaines scléroses limitées au pylore, qui en rétrécissent le calibre, et que l'on s'efforce de faire remonter à l'hypothétique cicatrisation d'un ulcère inexistant. L'explication est commode, mais on en abuse quelque peu aujourd'hui, toute sténose intrinsèque bénigne est actuellement, sans autre forme de procès, attribuée à un ulcère latent.

Cruveilhier ne se doutait certes pas, quand il décrivit le syndrome qui porte son nom, du grand nombre d'ulcères silencieux que l'on découvrirait dans la suite !

Il existe pourtant, de façon indiscutable, des sténoses d'emblée, survenant sans signes cliniques antérieurs d'ulcération, et sans aspect anatomique de cicatrisation.

Les malades qui les portent, ont vu s'installer progressivement, souvent assez vite, le pénible syndrome pylorique, et cela, sans douleurs vives, sans rejets acides, sans hématémèse. Parfois au début, ils ont eu une légère réaction péritonéale, quelques nausées, du ballonnement ; on a pensé à de la péritonite bacillaire. Déjà la dilatation et les grands vomissements sont là. Souvent jeunes, ces malades ont fréquemment un habitus un peu spécial, un aspect frêle, quelque chose d'infantile des petits tuberculeux *a minima* précoces.

En voici un exemple assez net :

Observation I. — *Sténose fibreuse du pylore, avec micropolyadénopathie du petit épiploon. Histologiquement : lésions d'inflammation chronique. Séro-diagnostic tuberculeux très positif.* — V... (Em.), vingt et un ans, cultivateur, entre le 7 janvier 1907, salle Saint-Philippe, parce qu'il ne digère pas et parce qu'il vomit, bien qu'ayant un excellent appétit.

Il n'a aucun antécédent méritant d'être rappelé. Dans sa famille, ses parents, ses frères et sœurs se portent bien; lui-même, qui n'a jamais présenté de maladie sérieuse, n'est malade que depuis trois ans.

A cette époque, il souffrit de troubles digestifs vagues (pesanteurs et ballonnement) qui furent qualifiés de dilatation, et dont un régime approprié le débarrassa rapidement. Mais l'amélioration ne fut que temporaire.

Au bout de quelques mois, il se remit à éprouver des sensations de malaise, de douleurs diffuses dans le ventre, et, de temps à autre, eut quelques vomissements.

Il fut alors laparotomisé; on lui fit une incision latérale droite, et on lui enleva l'appendice, bien qu'il parût à peu près sain. Ne trouvant pas là un motif suffisant pour expliquer ses douleurs, on agrandit l'incision, et on vérifia la vésicule. Celle-ci était saine, sans calcul ni péricholécystite.

Guéri opératoirement sans incident, il se trouva pour un temps très amélioré. Mais au bout de six mois, les vomissements reparurent et prirent bientôt le type pylorique le plus net. C'est pour cela qu'il entre dans notre service. Actuellement, il vomit tous les jours, deux à trois heures après les repas : ses vomissements, un peu acides, rejettent la presque totalité des aliments ingérés. A différentes reprises, pourtant, il y aurait remarqué des aliments de la veille. Jamais il n'y eut de sang ni de coloration noirâtre.

La constipation est opiniâtre ; l'appétit est conservé, absolument normal. Le malade mangerait de tout et avec un égal plaisir, si on ne lui avait conseillé de réduire son alimentation aux potages et au lait. Il a maigri de 7 kilogrammes et réclame une intervention si possible.

A l'inspection de l'abdomen, on note, en outre d'une très longue incision latérale droite, avec éventration légère, une voussure intermittente très nette de la région sus-ombilicale. Par instant, et quand on se trouve en phase digestive, on voit très facilement l'estomac s'inscrire sur la paroi; la grande courbure, lors de ces phases de contraction, se trouve à hauteur de l'ombilic. Les contractions péristaltiques, fréquentes et fortes, naissent en haut sous les fausses côtes gauches et se propagent vers la droite.

La percussion montre une dilatation marquée et il y a du clapotage à jeun.

A l'exploration, on ne sent nulle tumeur.

En dehors des périodes d'éréthisme gastrique, il n'y a même pas de défense de la paroi ; tout est souple dans la profondeur, et la pression n'éveille aucune souffrance.

Le malade n'a d'ailleurs jamais souffert de façon vive. Il ignore le point xiphoïdo-vertébral.

L'intestin est souple; le toucher rectal négatif. Les reins, les testicules n'ont rien d'anormal.

L'examen du thorax ne montre pas trace de lésion pulmonaire, mais ce jeune homme a un aspect grêle, infantile; il a l'air délicat.

Après lavage d'estomac, le 12 janvier 1907, nous faisons une laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac, très dilaté, porte sur la petite courbure, près du pylore sans réac-

(1) Piollet (de Clermont-Ferrand). Pylorectomie pour sténose pylorique de nature douteuse. Guérison, *Lyon méd.*, 10 août 1906.

(2) Hanot et Gombault. *Arch. de physiol.*, 1822, p. 450.

(3) Halipré et Beaurain. Linite plastique cancéreuse et non cancéreuse (trois observations), *Revue méd. de Normandie*, 1906.

(4) Chevassu. *Bull. de la Soc. anat.*, 1901. — Tuffier. Soc. de chir., 1898.

(5) Sheldon. *Ann. of Surg.*, nov. 1906.

tion péritonéale, une induration grosse comme un haricot, à contours indécis, qui infiltre la partie supérieure du sphincter. Il y a un peu de liquide dans le ventre, très peu, mais il y en a. D'autre part, le petit épiploon est rempli de petits ganglions blanchâtres. Nous en prélevons un pour l'examen histologique, puis, nous faisons une gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay.

Le 23, les fils sont enlevés; le malade guérit sans incident; il commence à se lever.

Le 1er février, il quitte le service n'ayant plus le moindre trouble gastrique, mangeant de tout et ne vomissant plus.

L'examen microscopique du ganglion fait au laboratoire de la clinique par L. Dor n'y montre pas trace de lésions néoplasiques ou tuberculeuses. Il n'y a que de l'inflammation chronique avec de la sclérose.

La *séro-réaction tuberculeuse* faite dans le laboratoire de M. le professeur Arloing a donné une agglutination très positive.

L'inoculation d'un fragment à un cobaye a été négative.

Une observation du même genre nous a été communiquée par M. Bérard, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lyon :

Une jeune femme de vingt-quatre ans, atteinte de *lésions pulmonaires tuberculeuses bilatérales* pour lesquelles elle fit, depuis, un séjour prolongé au sanatorium d'Hauteville, entrait, en février 1907, dans son service de l'hôpital de la Croix-Rousse, demandant la cure d'une dilatation gastrique datant de six ans. Cette dilatation, qui fut précédée de troubles intestinaux graves soignés à Paris par M. Mathieu, a pris lentement et sans épisode aigu, l'allure classique du syndrome pylorique. Il s'y surajoute des coliques intestinales faisant songer à des sténoses multiples de l'intestin grêle. Une laparotomie, après avoir montré l'intégrité de l'intestin qui est pourtant le siège de spasmes violents, révèle un *épaississement fibreux du pylore* que recouvrent quelques tractus péritonéaux blanchâtres. Il ne semble pas y avoir le moindre processus ulcéreux. On fit une gastro-entérostomie qui ne donna pas pleine satisfaction ultérieure.

Nous pourrions encore citer dans le même ordre d'idées une observation de MM. Leclerc et Villard que nous avons rapportée ailleurs (1) :

Il s'agissait d'un adolescent de seize ans, malingre et chétif, souffrant, depuis l'âge de six ans, de troubles digestifs ayant abouti au tableau complet de la sténose pylorique. Deux laparotomies, suivies, la première d'une pyloroplastie, la seconde, d'une gastro-entérostomie, montrèrent une *induration pylorique, sténosante*, dont la nature ne put être élucidée. Des ganglions du petit épiploon se révélèrent simplement inflammatoires à l'examen histologique. Nous savons que, depuis, ce jeune homme est mort de *péritonite tuberculeuse*.

A l'ouverture de l'abdomen chez ces divers malades, on trouve généralement un peu de liquide ascitique ; l'estomac, pâle, moyennement dilaté, porte au niveau du pylore, sur la petite courbure, une infiltration régulière, uniforme, lisse, intra-pariétale, peu étendue. De petits ganglions sont perceptibles dans l'épiploon gastro-hépatique : l'inoculation, l'examen histologique n'y révèlent aucun indice de tuberculose. Et pourtant, chez ces malades, après une anastomose qui parfois donne peu de résultat, on peut voir évoluer des lésions pulmonaires ou péritonéales. En présence de ces constatations, à quoi faut-il se rattacher? D'ulcère, il ne saurait être question. Seule, l'hypothèse d'une tuberculose bénigne sténosante nous paraît défendable.

C'est ce qu'avait fort bien vu Patella, dont les observations, rejetées par Ricard et Chevrier du cadre de la tuberculose pylorique, sont de très beaux exemples à l'appui des idées que nous défendons. Les trois malades de Patella, tous trois âgés d'une vingtaine d'années, tous trois tuberculeux, et sténosés du pylore, avaient des lésions identiques à celles que nous venons de signaler (1).

(1) LECLERC et VILLARD. Acad. de méd., 30 mai 1905.

Au reste, les jeunes gens n'ont point le monopole de ces rétrécissements inflammatoires que l'on peut observer en un âge plus avancé. De telles sténoses semblent alors avoir une évolution plus bénigne, et l'opération paraît plus nettement curatrice. Nous avons, à différentes reprises, vu des cas de ce genre, dont malheureusement nous n'avons pas retrouvé la relation. En voici pourtant trois exemples qui visent des malades opérés dans notre service par le docteur X. Delore, assistant de la Clinique, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

OBS. II. — *Polype fibreux, avec dilatation gastrique et légère ascite, chez une tuberculeuse pulmonaire à type fibreux. Gastro-entérostomie.* — Augustine P..., âgée de quarante-huit ans, n'a pas d'antécédents à retenir. En mars 1895, au moment où, brusquement, sa ménopause s'établit, elle prit les troubles gastriques qui l'amènent actuellement à l'hôpital. Ce furent des aigreurs et des brûlures gastriques, calmées par l'ingestion alimentaire. Au bout de six mois, elle commença à vomir : vomissements espacés, très abondants, prenant progressivement un type pylorique très net. En janvier 1907, le syndrome pylorique est des plus marqués, avec toutes les conséquences habituelles sur l'état général.

L'examen ne révèle rien autre que des signes précis de sténose pylorique, avec grande dilatation et léger péristaltisme. On ne sent pas de tumeur. Aux poumons, *induration des sommets*.

Le 27 mars 1908, M. Delore fait une laparotomie médiane qui donne issue *à une petite quantité d'ascite*. Il n'y a, au reste, nulle trace de péritonite bacillaire. L'estomac ne présente ni cicatrice, ni tumeur. Il porte simplement une *petite tache blanchâtre dans la région de l'antre*. A ce niveau, il n'y a pas d'induration. Mais le pylore *est épaissi et comme fibreux, sans être très augmenté de volume*. Pas de ganglions gastro-hépatiques. Appendice, vésicule biliaire, annexes sains. On fait alors une gastro-entérostomie postérieure au bouton anastomotique.

Guérison opératoire sans incident.

Songeant à la tuberculose de l'estomac, nous prions notre collègue Rome, chef de clinique suppléant du professeur Lépine, d'examiner soigneusement cette malade au point de vue pulmonaire. De son auscultation, *il résulte qu'elle est atteinte de lésions fibreuses en évolution très caractérisées*.

OBS. III. — *Rétrécissement et induration du pylore chez un tuberculeux. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.* — H..., quarante ans, vient à l'Hôtel-Dieu, dans notre service, pour des troubles gastriques datant de quatre à cinq ans. *C'est un ancien tuberculeux qui a présenté, il y a dix ans, une légère hémoptysie, qui tousse les hivers, et chez lequel on constate des signes d'induration du sommet gauche. Mais, en somme, les lésions pulmonaires paraissent sommeiller actuellement.*

Il se plaint de douleurs épigastriques survenant quelques heures après les repas. L'anorexie est complète depuis deux ans. L'alimentation est fort réduite et se compose seulement de purées, de potages, lait et œufs. Il n'y a pas de vomissements, pas de rétention gastrique appréciable au cathétérisme, mais constamment surviennent des régurgitations aqueuses de 100 à 200 centimètres cubes. Le travail a été complètement abandonné depuis deux ans; l'amaigrissement a fait de rapides progrès; enfin le malade est devenu neurasthénique.

L'opération, pratiquée le 25 octobre 1906, par M. Delore, aidé de M. Leriche, montra un estomac très dilaté, abaissé, ainsi que l'avait déjà révélé l'examen clinique. Le pylore est

(1) Pour l'un, ce n'est qu'une hypothèse, car le malade refusa l'intervention. Pour les deux autres, une laparotomie permit la constatation directe des lésions.

induré, cartonné, mais sans trace d'ulcère. Aussi pratique-t-on une gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique, à la suture.

Le malade sortait très amélioré le 15 novembre.

Obs. IV. — *Sténose pylorique chez un tuberculeux. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.* — H..., soixante-trois ans, atteint de bronchites répétées de nature bacillaire, depuis plus de quinze ans, entre à notre Clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 10 avril 1906, pour des troubles gastriques.

Depuis plusieurs années, il accuse de la pesanteur après les repas; un chimisme gastrique, pratiqué il y a quatre ans, a révélé une hyperchlorhydrie manifeste. Dans la dernière année, ont apparu des vomissements et des signes de nature pylorique, pour lesquels le malade faisait des lavages d'estomac. Ces vomissements ont augmenté ce dernier mois, ils sont continus et se répètent plusieurs fois par jour. Aussi la dénutrition a-t-elle fait des progrès inquiétants.

A l'examen clinique, on constate du clapotage, des contractions péristaltiques de l'estomac. L'estomac dilaté est, en même temps, abaissé. Le côlon transverse est aussi manifestement dilaté. Jamais d'hématémèses, ni de mélæna.

Une laparotomie sus-ombilicale, pratiquée d'urgence par M. Delore, montre, en effet, un estomac très distendu; le pylore est *rétréci, épaissi et induré, mais n'est pas atteint d'ulcère appréciable.* Pas de ganglions périgastriques, pas d'ascite, rien à la vésicule.

Il existe quelques brides réunissant pylore et côlon transverse. Ce dernier est coudé, en raison de ces brides et de l'abaissement de la grande courbure de l'estomac. Le diagnostic est : sténose par ulcère guéri, ou cancer du pylore à forme de linite plastique au début.

On fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton anastomotique en quatre ou cinq minutes, sans aucun aide, car l'état général était peu brillant.

Les suites furent très simples. Le bouton sortait le vingt-cinquième jour. Et actuellement, deux ans après l'opération, cet homme a repris ses occupations, son travail; son poids s'est accru de 20 kilos.

Ces différentes observations, sans apporter avec elles la rigueur d'un critérium absolu, empruntent une singulière valeur à la vraisemblance clinique de l'hypothèse que nous proposons, en demeurant conformes aux lois de la pathologie générale et de la doctrine que nous soutenons depuis quelques années.

Nous ferons remarquer que, dans la plupart de ces cas, on fit, faute de mieux, le diagnostic d'ulcère cicatrisé, sans que rien dans l'examen clinique permît de retrouver nettement une histoire d'ulcères, sans que les constatations opératoires fussent rigoureusement en faveur de cette hypothèse. Tous ces malades étaient des tuberculeux, atteints de lésions torpides; tous avaient un passé gastrique à peu près superposable. Pour tous l'intervention a montré un peu d'ascite ou quelques brides de péripylorite sèche, sans tubercules ni granulations (1).

Nous pensons qu'il y a là des éléments suffisants pour admettre l'existence de sténoses pyloriques, fibreuses, d'origine tuberculeuse, identiques aux rétrécissements fibreux de l'intestin grêle décrits par Quénu et Judet (2), par Patel (3), par Bérard, etc., eux aussi fonction de *tuberculose inflammatoire.*

Rapprochant ces faits des tumeurs que nous avons signalées plus haut, nous concluons donc, sans arrière-pensée, à la réalité d'une *tuberculose inflammatoire gastrique*, dont les différentes formes, plus fréquentes qu'on ne pense, doivent être retenues et peuvent être, en pratique, différenciées de toutes autres lésions sténosantes.

(1) Dans un mémoire récent, dont nous venons d'avoir connaissance au dernier moment, Dario Romani rapporte deux observations identiques aux nôtres, qu'il rapproche de celles de Patella et qu'il rattache à la *tuberculose sans lésion.* Pour lui, l'ensemble anatomo-clinique est si caractéristique qu'il propose de l'appeler *Maladie de Patella.* V. *Il Morgagni*, 1907, p. 336.

(2) Quénu et Judet. *Revue de chir.*, 1902.

(3) Patel. Th. de Lyon, 1902.

A PROPOS DE LA RACHISTOVAINE

Par M. AUVRAY,

Chirurgien des hôpitaux.

Au moment où la question de la rachistovaïne est discutée devant nos Sociétés savantes, il me semble que tous ceux qui ont eu recours à ce mode d'anesthésie, doivent en toute sincérité, pour établir la valeur de la méthode, faire connaître les résultats de leur pratique. Voici les miens :

Je ne me suis décidé à recourir à la rachistovaïnisation que depuis le mois d'août 1907 et depuis cette époque je n'en ai usé qu'avec parcimonie, puisqu'il n'a été fait, soit par moi, soit par mes aides, que 51 rachistovaïnisations.

Je me suis servi de la technique courante. Je laissais toujours s'écouler avant de pousser l'injection une quantité de liquide à peu près égale à celle que j'injectais et le liquide d'injection était mélangé deux ou trois fois dans la seringue avant d'être abandonné dans le canal rachidien.

J'ai eu recours aux solutions suivantes :

1° Stovaïne Billon à la dose de 10 centigrammes de stovaïne par centimètre cube. J'injectais une ampoule, soit trois quarts de centimètre cube, c'est-à-dire $7^{cg}5$ de stovaïne. C'est la solution que j'ai le plus souvent employée.

2° Solution de coca-stovaïne :

Stovaïne..................	$0^{g}075$
Chlorhydrate de cocaïne..	$0^{g}025$
Eau......................	Q. s. p. 1^{cc}

Cette solution de coca-stovaïne ayant provoqué des accidents qui rappelaient ceux de la rachicocaïne, à l'époque où on employait la cocaïne pure, je l'ai complètement abandonnée.

3° Solution indiquée par notre collègue Sicard :

Stovaïne..................	$0^{g}01$
Eau alcoolisée à 10 p. 100..	Q. s. p. 1^{cc}

Cette solution était mise en ampoules de 2 centimètres cubes = 2 centigrammes de stovaïne. J'injectais le contenu d'une ampoule dans le canal rachidien. Je n'ai eu recours à cette solution qu'un petit nombre de fois; elle ne m'a pas paru plus anesthésique que les autres solutions.

Voici les affections pour lesquelles je suis intervenu par rachistovaïnisation : 16 hernies, 1 prolapsus utérin, 5 hémorroïdes, 2 réductions de fractures de jambe, 2 varicocèles, 1 hématocèle vaginale, 2 fistules anales, 1 amputation d'orteil, 5 grattages d'ostéites tuberculeuses atteignant les membres inférieurs, 1 ostéomyélite du fémur, 2 abcès urineux, 1 infiltration d'urine, 1 végétation de l'anus, 2 bartholinites, 1 suture de la rotule pour pseudarthrose, 1 polype du rectum, 2 colpotomies, 4 curetages utérins, 1 kyste de l'ovaire.

En somme, je ne suis généralement intervenu avec ce mode d'anesthésie que pour des affections sous-ombilicales, appartenant à la chirurgie courante. J'ai réservé la méthode aux opérations qui me paraissaient pouvoir être exécutées avec rapidité, ou aux cas où je trouvais dans l'état général,

dans l'état cardiaque et pulmonaire des opérés, une contre-indication à l'administration du chloroforme.

Voici les résultats que j'ai observés :

Sur 51 interventions l'anesthésie a échoué sept fois. — Ces échecs ont été observés pour 1 prolapsus utérin, 1 abcès urineux, 1 infiltration d'urine, 1 hémorroïde, 1 fracture compliquée de jambe, 1 ostéomyélite du fémur, 1 grattage pour ostéite tuberculeuse du pied.

Le plus souvent, en cas d'échec, on a dû recourir pour terminer l'opération au chloroforme.

Je n'ai jamais observé d'accident mortel. — J'ai vu chez une malade qui était opérée pour un énorme kyste de l'ovaire une tendance très marquée à la syncope après une injection simple de stovaïne. Je fus pendant quelques instants très inquiet de l'état de cette malade qui me paraissait en danger de mort; elle était d'une extrême pâleur, le visage couvert de sueur, elle se plaignait d'étouffer et répétait sans cesse qu'elle allait mourir. Je la fis asseoir et maintenir par des aides dans cette situation; au bout de quelques instants les phénomènes s'amendèrent, la malade put être étendue à nouveau et l'opération terminée d'une façon très heureuse. Il s'agissait d'une femme de soixante-sept ans, gravement atteinte du côté du poumon.

Lorsque j'ai eu recours, rarement il est vrai, à la solution de coca-stovaïne, j'ai observé de la tendance à la syncope, de la pâleur de la face, de la petitesse du pouls, des vomissements.

J'ai observé quelquefois avec de la stovaïne pure de la céphalée peu violente mais persistante pendant plusieurs jours.

J'ai observé plusieurs fois de la *rétention d'urine* durant deux jours, trois jours dans deux cas, cinq jours dans deux cas, *dix* jours dans un cas où elle a cédé à l'administration de bromure de potassium, enfin *trente* jours chez une femme opérée d'une fistule à l'anus et qu'on était obligée de sonder plusieurs fois par jour. Je sais que chez cette malade la guérison s'est maintenue parfaite.

J'ai vu enfin; chez une malade à laquelle on avait fait un simple curetage de l'utérus, survenir après l'anesthésie rachidienne par coca-stovaïne (formule de M. Chaput) dès le lendemain de l'opération, de l'*incontinence des urines et des matières fécales*, avec un certain degré de gêne dans les mouvements des deux membres inférieurs et une anesthésie à la douleur, anesthésie périnéale en selle. Un mois après l'opération la malade se plaignait toujours de la même incontinence, mais elle était guérie de son léger degré de parésie des membres inférieurs. Je la fis entrer à ce moment-là dans le service de M. le professeur Brissaud à l'Hôtel-Dieu. Voici la note que me remettait à la date du 11 mars 1908, M. Descomps, interne du service, c'est-à-dire quarante jours après l'opération. « Examinée dans le service du professeur Brissaud, on constate une *anesthésie localisée à la vulve et au pourtour de l'orifice anal.* Il n'y a aucun trouble des réactions électriques. Les réflexes sont intacts aussi bien les rotuliens que les achilléens. Il s'agit donc de phénomènes tout à fait bénins dus à la réaction des *seules racines coccygiennes* en présence d'une dose considérable de stova-cocaïne (7 centigrammes et demi), racines coccygiennes très ténues et tout particulièrement sensibles. On a donné à la malade deux lavements électriques et depuis huit jours on a vu progressivement et très nettement les troubles sphinctériens s'amender. Aujourd'hui elle retient très bien ses matières fécales et urine normalement. L'anesthésie diminue d'intensité et son territoire se réduit peu à peu de plus en plus. Sans aucun doute, d'ici quelques jours la malade *sera complètement guérie.* Une ponction lombaire a été faite il y a deux jours, soit près d'un mois après la rachistovaïnisation. On a constaté un degré très net de réaction méningée : lymphocytose abondante avec quelques polynucléaires. Cette réaction méningée n'est pas du tout fonction d'infection; *elle est constante*, même un mois et demi après, à la suite de l'introduction d'une dose aussi forte de stovaïne dans la cavité rachidienne. »

J'ai voulu savoir ce qu'était devenue la malade depuis le 11 mars, époque où la note précédente m'avait été remise. M. Descomps a bien voulu me donner à nouveau les renseignements suivants : « J'ai perdu complètement de vue la malade depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu. A ce moment-là, la guérison était presque complète : il n'y avait plus d'incontinence des matières fécales et seule persistait encore une très légère hypoesthésie périnéale très limitée et qu'il fallait rechercher avec soin. La malade était enchantée et je suis à peu près certain que la guérison est complète et définitive aujourd'hui. »

Voilà le bilan de mes observations personnelles. On m'objectera peut-être que le défaut d'anesthésie tient à des différences dans la préparation des solutions de stovaïne; la chose est possible, mais je tiens à faire remarquer qu'en ce qui me concerne, les préparations de stovaïne ont été faites sur ma demande chez M. Billon auquel nous devons d'intéressants travaux sur ce médicament.

On objectera peut-être aussi qu'il y a eu des fautes dans la technique de l'injection; je répondrai que si cette technique nécessite tant d'expérience personnelle, elle perd par là même ce caractère de simplicité qui aux yeux de beaucoup constituait un sérieux avantage de la méthode. Je crois que dans certains cas il faut mettre le défaut d'anesthésie sur le compte des faibles doses de stovaïne injectées, et d'autre part quand on injecte des doses trop élevées, comme je l'ai fait avec la stova-cocaïne chez ma malade incontinente, on s'expose à des accidents.

En tout cas, si le défaut d'anesthésie est un inconvénient de la méthode dans certains cas, ce n'est pas le plus grave.

Il en est tout autrement des cas de rétention d'urine prolongée ou d'incontinence des matières fécales et des urines. Je suis resté très inquiet sur la situation de mes malades, jusqu'au jour où les accidents ont enfin disparu. Il ne faut pas méconnaître qu'une rétention d'urine qui nécessite l'introduction d'une sonde plusieurs fois par jour dans la vessie pendant un mois, n'est pas sans offrir des dangers au point de vue de l'infection des voies urinaires. Et l'incontinence des matières et des urines, dût-elle guérir définitivement au bout d'un temps plus ou moins long, n'en constitue pas moins une infirmité épouvantable pour les malades atteints, même lorsqu'elle ne serait que passagère. Ces deux cas graves de rétention d'urine et d'incontinence n'ont été observés par moi que dans mes dernières anesthésies rachidiennes. Aussi à partir de ce moment j'ai renoncé à la rachistovaïne; je ne suis donc pas, comme l'a dit M. Chaput, un partisan de la méthode. Je crois cependant qu'elle est appelée à rendre service, comme l'ont admis MM. Segond et Hartmann, dans certains cas, et certainement que la

rachistovaïne m'a été très utile chez la malade au volumineux kyste de l'ovaire dont j'ai rapporté l'histoire et chez laquelle l'anesthésie générale était tout à fait contre-indiquée; mais c'est, à mon sens, *une méthode d'exception* et non une méthode de choix.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 MAI 1908)

La tuberculose septicémique du cobaye. — M. André Jousset. L'inoculation sous-cutanée au cobaye du virus tuberculeux humain provoque le plus souvent chez cet animal une maladie nodulaire chronique connue sous le nom de tuberculose du type Villemin dont les lésions parfois très discrètes constituent une forme occulte de la maladie. L'auteur décrit une forme encore plus dissimulée de l'infection bacillaire expérimentale, c'est une septicémie pure, à évolution aiguë ou suraiguë, sans lésion macroscopique ou microscopique.

Elle est généralement méconnue ou prise pour une intoxication. Ce type morbide, qui rappelle à certains égards l'infection par le bacille aviaire (type Yersin), doit être signalé à l'attention des médecins qui demandent à l'inoculation expérimentale la solution des problèmes cliniques quotidiens.

Epithélioma claveleux et nature parasitaire du cancer. — M. F.-S. Bosc. La clavelée ou variole ovine est le prototype des *maladies à protozoaire* ou *maladies bryocytique* dans lesquelles M. Bosc range variole, vaccine, fièvre aphteuse, rage, syphilis, maladie du jeune chien, molluscum contagiosum, cancer de l'homme. Elle en synthétise les symptômes et les lésions, mettant en évidence les liens profonds qui unissent des maladies aussi dissemblables en apparence.

Etudiée plus particulièrement dans ses rapports avec le cancer, la clavelée a montré à M. Bosc qu'il existe des virus qui provoquent des réactions inflammatoires de type épithélial pur susceptibles de revêtir la forme néoplasique. Le virus claveleux peut, en effet, donner naissance à un épithélioma infectieux aigu : à ce titre, la clavelée fait entrer le cancer dans le cadre des maladies parasitaires et doit faire penser à l'identité de nature des virus claveleux et cancéreux.

De l'action des rayons X sur l'évolution de la glande mammaire pendant la grossesse chez la lapine. — MM. Cluzet et Bassal.

De l'arrêt et du séjour prolongé du sulfate de radium dans les tissus vivants. — MM. Dominici et Faure-Beaulieu.

Sur la théorie de l'excitation électrique. — M. L. Lapicque.

Essai de séparation des substances hypertensives de l'urine normale. — MM. Abelous et Bardier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 MAI 1908)

Rhumatisme articulaire tuberculeux. — M. Antonin Poncet, le 3 mai 1907, a présenté une jeune malade de vingt et un ans, qu'il considérait comme un très bel exemple de rhumatisme articulaire tuberculeux, à forme moyenne, déformante pour certaines articulations, à forme ankylosante, etc., pour d'autres. Le genou gauche ankylosé offrait, en outre, cette particularité importante, que, de chaque côté du ligament péri-rotulien, il existait un empâtement fongueux qui témoignait, à ce niveau, de lésions tuberculeuses classiques. Il s'appuyait, entre autres particularités, sur ces dernières lésions pour établir la pathogénie tuberculeuse des autres manifestations articulaires.

Aujourd'hui, il lui est permis d'être encore plus affirmatif sur la nature de toutes ces arthropathies.

Cette jeune fille qui venait de la clinique du professeur Terrier, a été, en effet, très habilement réséquée de son genou gauche le 2 octobre 1907.

Or, au cours de l'opération, il a trouvé, comme la clinique l'indiquait, des fongosités, un peu de liquide séro-purulent au voisinage du ligament rotulien, en un mot, des lésions tuberculeuses classiques.

C'est bien là la démonstration de la nature bacillaire de toutes les arthropathies dont la malade était porteur.

Le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'intestin. — M. Mathieu, dans deux cas qu'il a observés, a constaté un bruit de vaste clapotage immédiatement au-dessous de l'ombilic, alors que la sténose de l'intestin siégeait vers le tiers supérieur du jéjunum et que le liquide de stase s'était accumulé dans une anse fortement distendue immédiatement sous-jacente à l'estomac. Dans ces deux cas le passage de la sonde permit de s'assurer que l'estomac était vide. Il ne pouvait guère concevoir qu'une aussi grande quantité de liquide pût se trouver dans la poche inférieure d'un estomac biloculaire. L'auteur fut ainsi amené à considérer le syndrome clapotage intestinal pouvant simuler le clapotage de la vaste dilatation gastrique et la matité déclive simulant l'ascite, comme un signe presque pathognomonique de l'occlusion lente par sténose incomplète de l'intestin. Certaines particularités topographiques de ce syndrome lui parurent de nature à permettre, dans certains cas, de préjuger assez exactement de la localisation de la lésion sténosante.

Dans l'occlusion complète à marche rapide, le syndrome ne se produit pas sans doute parce que la distension intestinale est trop considérable et que la proportion des gaz l'emporte trop sur celle du liquide. Pour qu'il se produise, il faut que l'occlusion soit incomplète et que la distension soit modérée. Il n'est pas indispensable que la tunique musculaire des anses intestinales soit hypertrophiée, ni que l'occlusion se soit produite très lentement.

Le clapotage intestinal peut se rencontrer en dehors de l'occlusion intestinale, on le trouve dans l'entérite avec diarrhée. Le bruit de flot ne présente pas dans ce cas la même intensité que dans les cas douloureux, par sténose incomplète et jamais alors il n'y a de matité déclive.

Intoxication saturnine. — MM. Léon Bernard et Jean Troisier communiquent un cas d'intoxication saturnine caractérisé par des accidents cérébro-méningés, comparables à ceux qui ont été désignés par M. Mosny sous le nom de méningite saturnine. Le liquide céphalo-rachidien, examiné à plusieurs reprises, a toujours présenté une lymphocytose marquée et de l'albumine. Il existait en outre chez ce malade une anémie intense. D'autre part, il fut atteint d'un ictère passager que les auteurs rattachent à l'anémie et rapprochent, au point de vue pathogénique, des faits d'ictère « hémolytique » décrits par MM. Chauffard et Widal.

Sporotrichose expérimentale. — MM. de Beurmann, Gougerot et Vaucher présentent leur étude sur la sporotrichose expérimentale du rat. Le rat est l'animal de choix pour l'inoculation des produits suspects de sporotrichose. L'orchite sporotrichosique du rat mâle est assez précoce (quinzième jour) pour servir d'épreuve diagnostique. La sporotrichose revêt chez le rat des formes multiples : granulies généralisées, hépatisation rouge pneumonique, cirrhose du foie, ostéo-arthrite, etc.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE D'AVRIL 1908)

M. L. GUINARD avait été chargé d'un rapport sur le **mode d'action des procédés employés dans le traitement des hémoptysies des tuberculeux**; après avoir analysé minutieusement le mode d'action des principaux procédés employés, M. L. Guinard propose d'éliminer définitivement comme sans valeur ou d'une valeur douteuse, tous les agents ou médicaments considérés comme modificateurs du sang : astringents divers minéraux ou organiques (tannin, acide gallique, ratanhia, sels de plomb, alun); eaux acidulées ou médicamenteuses; coagulants spéciaux, *y compris le chlorure de calcium, les sels de chaux, la gélatine et le sérum gélatiné.*

Dans le traitement de l'hémorragie pulmonaire, l'intervention thérapeutique doit être aussi rapide que possible, sous peine d'être inutile, et seuls les modificateurs du cours du sang paraissent susceptibles de remplir cette indication.

Il ne semble pas que l'on puisse compter sur les vaso-constricteurs. L'ergot de seigle et l'ergotine que l'on trouve encore dans toutes les formules et que l'on persiste à ordonner en potions, pilules ou injections sont dans les hémoptysies d'une efficacité nulle. Il n'existe pas une seule bonne observation apportant la preuve que l'ergotine ait pu arrêter une hémoptysie, tandis que l'on connaît de très nombreux cas où son impuissance a été très évidente.

L'adrénaline, vaso-constricteur local, ne paraît pas capable, après absorption, de développer le moindre effet justifiant son emploi comme hémostatique général ou pulmonaire.

Par contre, tout médicament ou tout procédé pouvant développer une action vaso-dilatatrice rapide et puissante avec baisse générale de la tension sanguine, sera précieux pour suspendre promptement une hémorragie pulmonaire.

C'est parce qu'ils réalisent cette indication que les vaso-dilatateurs et particulièrement le *nitrite d'amyle*, paraissent être les agents de choix dans le traitement de l'hémoptysie.

Un adjuvant très utile à employer simultanément, ou après les vaso-dilatateurs, se trouve dans la morphine qui, en plus de la tranquillité qu'elle procure au malade, modifie favorablement le cours du sang, modère la respiration et la toux.

L'ipéca à doses fractionnées, ou à peine nauséeuses, est un excellent médicament à employer surtout dans les suites de l'hémoptysie.

Enfin suivant le cas et d'après les indications que comporte le type d'hémorragie pulmonaire qu'il s'agit de combattre, on trouvera des hémostatiques ou des adjuvants précieux dans la ventouse de Junod, la ligature des membres, les procédés de révulsion, l'hydrastis, l'hamamélis, la quinine, la digitale et peut-être l'extrait de gui, plus récemment introduit en thérapeutique, comme vaso-dilatateur, mais dont l'étude reste à poursuivre.

M. RÉNON, comme M. Guinard, donne depuis plusieurs années la préférence aux hypotenseurs dans le traitement des hémoptysies : la trinitrine, le nitrite de soude et le nitrite d'amyle lui ont donné d'excellents effets. L'extrait aqueux du gui, préconisé par M. René Gaultier, lui a donné également de bons résultats.

M. F. BEZANÇON pense que les médications actives agissent par *vaso-dilatation générale* ou bien en créant des *réflexes puissants* capables de retentir sur la circulation pulmonaire, ou bien, enfin, en *calmant la toux*. La trinitrine, dont l'action sur le cœur est souvent remarquable, l'application de vessie de glace sur la région précordiale, et enfin la morphine, largement employée, répondent à cette triple indication.

M. G. KUSS reproche à la *médication opiacée* recommandée par MM. Guinard et Bezançon de favoriser la rétention bronchique des sécrétions muco-purulentes et du sang; il insiste particulièrement sur les bons effets que l'on obtient par le procédé classique de la ligature des membres, et montre enfin les avantages que l'on peut retirer de l'emploi de la *médication vomitive*, si bien indiquée par Trousseau, dans les hémoptysies répétées ou prolongées.

En somme, comme le fait justement observer M. FAISANS, nous ne connaissons actuellement aucun moyen thérapeutique qui soit réellement efficace dans les hémoptysies; les bons résultats que tant d'auteurs ont prétendu observer dans le traitement de l'hémoptysie sont explicables par la variabilité très grande des hémoptysies, qui s'arrêtent bien souvent sans que l'on sache pourquoi, et sans qu'on puisse saisir de rapport entre cet arrêt et les médications utilisées. Il n'en faut pas moins traiter les hémoptysies dont l'effet moral est désastreux sur les tuberculeux, mais en ayant soin de choisir des médicaments aussi anodins que possible.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 MAI 1908)

Recherches expérimentales sur les relations entre l'élimination des pigments biliaires, de l'urobiline et de l'urobilinogène chez le lapin. — MM. BRISSAUD et BAUER. La ligature incomplète et définitive du cholédoque chez le lapin et la ligature complète et temporaire sont suivies, à plus ou moins bref délai et dans des conditions variables, d'élimination d'urobiline ou d'urobilinogène. Pendant les périodes d'élimination d'urobiline ou d'urobilinogène, la présence dans le sérum sanguin de pigments biliaires, souvent en quantité minime, paraît constante; par contre le sérum ne paraît jamais contenir ni urobiline, ni urobilinogène. Ces faits sont donc favorables à la théorie de l'origine rénale de l'urobiline.

Pour expliquer l'absence d'urobilinurie dans les cas de ligature complète et définitive du cholédoque, dont il était question dans une précédente communication, on peut admettre avec Gilbert et Herscher que le rein, envahi par une trop grande quantité de pigments, se trouve dans l'impossibilité de transformer ces pigments en urobiline. Mais en présence de certains faits de cholurie avec urobilinurie et grosses lésions hépatiques, que la théorie de l'origine rénale de l'urobiline n'explique pas d'une manière satisfaisante, on peut se demander si une partie des pigments biliaires ne subit pas dans certains foies malades une modification telle que le rein, même envahi par une grande quantité de pigments, n'est pas dès lors capable de transformer en urobilinogène les pigments déjà modifiés. Il n'en reste pas moins vrai que le plus souvent l'urobiline dérive des pigments biliaires contenus dans le sang et est formée à leurs dépens dans le rein.

Toxicité du contenu duodénal. — MM. ROGER et GARNIER. Sur le chien que les auteurs présentent à la Société, ils ont pratiqué une fistule duodénale par laquelle il est facile de recueillir le contenu de l'estomac, tel qu'il s'écoule dans l'intestin, et d'en déterminer la toxicité. Comme ils l'ont constaté antérieurement en opérant par d'autres méthodes, le contenu de l'estomac n'est pas toxique. Le liquide obtenu après injection de 500 grammes de viande peut être injecté au lapin par la voie intraveineuse à la dose de 20 à 30 centimètres cubes par kilo sans amener de troubles notables.

L'estomac possède même la propriété de détruire les poisons putrides; MM. Roger et Garnier font avaler à leur chien 200 grammes de viande putréfiée et de plus 300 grammes de viande fraîche. La viande pourrie provoque une abondante sécrétion gastrique. Le liquide qu'on recueille par la fistule exhale une odeur putride fort désagréable. Mais il n'est pas bien nocif; ils ont pu en injecter 44 centimètres cubes par kilo à des lapins; la mort n'est survenue qu'au bout de plusieurs heures. Or, il suffit de 4 centimètres cubes de l'extrait

de cette même viande putréfiée pour tuer les lapins en injection intraveineuse. Ainsi l'estomac atténue les poisons putrides et protège ainsi la partie sous-jacente du tube digestif.

Contrairement au contenu gastrique, le contenu du duodénum est fort toxique. Si par la fistule on recueille le chysme après son mélange avec les sécrétions qui se déversent dans la première partie de l'intestin, on constate que pour amener la mort il suffit d'injecter par kilo la dose minimum de 1cc17. C'est la confirmation d'un fait que MM. Roger et Garnier ont déjà observé et qui a été vérifié par plusieurs observateurs et notamment par M. Falloix.

Contribution à l'étude de l'immunisation antituberculeuse. Réinoculations négatives. — MM. Jules Courmont et Lesieur. Une première inoculation tuberculeuse en évolution rend impossibles des réinoculations. La réinoculation, après quinze jours, dans un autre point du corps, reste négative. Sous-cutanée elle ne donne qu'un abcès local, transcutanée elle ne donne rien; en aucun cas les ganglions ne sont pris; jamais la généralisation ne se produit. Il y a donc une immunisation; cependant la première inoculation continue son œuvre et la mort arrive par généralisation due à cette première inoculation. Il suffirait, pour obtenir la vaccination tuberculeuse, de rendre inoffensive la première inoculation. En outre, cela tendrait à faire penser qu'un tuberculeux ne peut pas se réinoculer et qu'il supporte toute sa vie le poids de sa première infection, qui, seule, peut se généraliser. Autant de points très importants soulevés par ces résultats expérimentaux.

Propriété de l'entigène cholérique. — Pour MM. Levaditi et Muttermilch, l'entigène cholérique, capable de provoquer le phénomène de Bordet et Gengou, est insoluble dans l'alcool absolu, l'alcool-éther et l'acétone et soluble dans l'alcool légèrement aqueux. Il n'a aucun rapport avec les lipoïdes du corps microbien, ni avec les substances albuminoïdes précipitables par l'alcool à 85 degrés et par la chaleur. Sa constitution chimique paraît de beaucoup plus simple que celle des matières protéiques.

Action hypertensive de l'urine humaine normale. — Pour MM. Abelous et Bardier, l'extrait éthéré de l'urine renferme, à côté d'une substance hypertensive qu'on peut précipiter par l'acide oxalique, une substance hypotensive que cet acide ne précipite pas.

Action du chocolat et du café sur l'excrétion urique. — M. Fauvel. Le chocolat et le café augmentent fortement les purines urinaires, mais diminuent notablement l'acide urique, tout en favorisant sa solubilité. Cette diminution n'est pas due à une rétention dans l'organisme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 23 mai 1908)

M. R. de Langenhagen (de Luxeuil) fait une communication sur quelques **particularités symptomatiques** qui sont pour ainsi dire de règle **dans la famille des pelviennes et des utérines.** Il insiste sur le retentissement des inflammations utéro-annexielles sur l'intestin et montre qu'il s'agit là d'un syndrome où tous les organes du petit bassin (utérus, annexes, intestin, vessie) sont simultanément et successivement intéressés.

C'est dans tous ces cas, dit-il, qu'il faut savoir être très sobre d'interventions chirurgicales, cette variété de malades étant bien plus justiciable d'un traitement général que d'un traitement local.

M. Minet fait une intéressante communication sur le traitement des **urétrites chroniques.**

Nécessité de l'emploi du ballon cacheté dans l'hémoculture au cours du rhumatisme articulaire aigu. — MM. G. Rosenthal et A.-P. Marcorelles rapportent une série d'observations de cas simples de rhumatisme articulaire aigu. L'hémoculture en ballon cacheté donne souvent, seule, des cultures du bacille rhumatismal d'Achalme, tandis que les tubes restent stériles. Il faut donc diluer le sang dans une grande quantité de liquide anaérobie, ce qui se fait aisément avec le ballon cacheté.

Rhumatisme tuberculeux (suite de la discussion). — M. le professeur Antonin Poncet rappelle ses recherches sur le rhumatisme tuberculeux et sur la tuberculose inflammatoire. La tuberculose est, dit-il, très fréquente, il en est de même de ses manifestations articulaires sous la forme et avec l'allure du rhumatisme ordinaire, aigu, chronique. Il entre dans les considérations les plus intéressantes sur le rhumatisme tuberculeux et d'autres accidents de la tuberculose atténuée qu'il a découverts.

M. Dupuy de Frenelle dit qu'en traitant la tuberculose par le traitement général, le membre par l'hyperémie, l'effleurage, le massage, l'articulation par une mobilisation extrêmement prudente et méthodique et par le simple repos, on évitera bien des infirmités. Le rhumatisme tuberculeux ankylosant n'est peut-être pas aussi invincible que l'a dit M. Poncet. A l'appui de cette opinion, l'auteur apporte l'observation d'un rhumatisme tuberculeux ankylosant, jadis abandonné à l'infirmité, et qui a recouvré la totalité de la fonction du membre par une mobilisation méthodique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 JUIN 1908

THÈSES

Mercredi 3 juin 1908, à une heure. — M. Crémieu. De l'opération de Porro à la clinique Baudelocque. (MM. Pinard, président; Blanchard, Reclus et Couvelaire.) — M. Demoreau. Contribution à l'étude des piqûres de poissons au cours des accidents du travail. (MM. Blanchard, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. Geay. Origine saprophytique des pasteurelloses des maladies infectieuses en général. (MM. Blanchard, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. Caron. Contribution à l'étude des tumeurs du testicule. (MM. Reclus, président; Pinard, Blanchard et Couvelaire.)

Jeudi 4 juin, à une heure. — M. Romaux. Du traumatisme dans la kératite interstitielle, et ses rapports avec les accidents du travail. (MM. de Lapersonne, président; Bar, Balthazard et Brindeau.) — M. Robesco. La mortalité infantile. Essai critique des moyens employés pour la combattre. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Balthazard et Brindeau.) — M. Billaudet. L'encombrement hospitalier à Paris. Ses causes, ses conséquences. Des moyens d'y remédier. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Fernand Bezançon et Claude.) — M. Poisot. Les érythèmes graves (syndrome érythémateux) principalement au cours de la fièvre typhoïde. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Fernand Bezançon et Claude.) — M. Da Costa Guimaraes. Contribution à la pathologie des mystiques; anamnèse de quatre cas. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Fernand Bezançon et Claude.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Séance du 26 mai : MM. Nathan-Larrier, 19; Nobécourt, 20.

Prochaine séance, samedi 30 mai, à l'hôpital de la Charité.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 25 mai : MM. Marcille, 18; Hallopeau, 16; Grégoire, 19; Mouchet, 20.

Séance du 26 mai : MM. Chevassu, 13; Okinczye, 10; Piquand, 12.

Sont déclarés admissibles : MM. Alglave, Chevassu, Chevrier, Gernez, Grégoire, Hallopeau, Iselin et Mouchet.

Médecine opératoire. — Séance du 29 mai : « Ligature de la tibiale postérieure à la partie moyenne de la jambe. — Résection de l'extrémité supérieure de l'humérus. »

MM. Chevrier, 28; Alglave, 29; Mouchet et Grégoire, 24; Hallopeau, 25; Iselin, 20; Gernez, 19; Chevassu, 18.

Le total des points est actuellement le suivant : MM. Chevrier, 93; Alglave et Mouchet, 90; Grégoire, 85; Gernez, 82; Hallopeau, 80; Iselin, 76; Chevassu, 74.

La prochaine épreuve (oral) aura lieu lundi, à cinq heures, à la Charité.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve de thérapeutique infantile et sénile.* — Note de 0 à 10.

Questions tirées : « Indiquer la conduite à tenir en présence d'une rétention d'urine chez un vieillard. — Formuler pour des enfants de deux ans trois purgatifs différents, un par enfant. »

Ont obtenu : MM. Buizard, 6-8; Cauhapée, 7-5; Lafon, 6-7; Gaujoin, 8-5; Le Roy, 7-3; Thévenot, 6-4; Sérée, 6-3; Gaulier, 4-9; Béranger, 4-6.

LES FAUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES CERTIFICATS DE COMPLAISANCE. — Un médecin, le docteur B..., et un ouvrier, Louis M... étaient poursuivis devant la 8e chambre correctionnelle, l'ouvrier pour avoir touché des indemnités à la suite d'un accident qu'il disait être survenu dans son travail et dont l'existence semble des plus douteuses, et le docteur pour avoir délivré à cet ouvrier des certificats de complaisance sur cet accident et les suites qu'il entraîna.

M... a été condamné à six mois de prison et 25 francs d'amende; le docteur B..., à six mois de prison, 500 francs d'amende, cinq ans d'interdiction de la profession de médecin, et tous deux à 500 francs de dommages-intérêts.

ASSOCIATION DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HOPITAUX DE BORDEAUX. — L'Association vient d'élire son nouveau bureau. M. Demons est élu président, MM. Rabère (de Pauillac) et Baudrimont, vice-présidents.

UNE EXCURSION MÉDICALE A LONDRES aura lieu du 12 au 19 juillet 1908, sous le patronage des médecins de l'hôpital français et à l'occasion de l'Exposition franco-anglaise.

Les médecins de l'Hôpital français de Londres ayant manifesté le désir de faire visiter à leurs confrères français leur ville et l'Exposition franco-britannique, une excursion a été décidée dont voici quelques détails :

La semaine du 14 juillet, d'ordinaire moins remplie professionnellement que les autres, a été choisie. Le départ aura lieu de Paris le dimanche 12, et l'on sera rentré le dimanche suivant 19, dans la soirée. Le voyage s'effectuera par la voie la plus rapide, Calais, Douvres, ligne du Nord (trois quarts d'heure de mer).

Organisée par M. le docteur Williams, médecin de l'Hôpital français de Londres, assisté de M. Heuzé, que connaissent bien les habitués du V. E. M. (voyages aux eaux minérales), cette excursion a pour but de faire connaître Londres dans les meilleures conditions possibles de temps et de confort. Il s'agit moins là d'une expédition scientifique avec banquets, toasts, séances de Congrès, etc., que d'une promenade de médecins curieux de tous les arts, en outre du leur.

Les confrères iront, s'ils le veulent, le matin dans les hôpitaux, où ils seront reçus par les médecins anglais qui y sont attachés. Les après-midi seront consacrés aux monuments et aux musées (*British Museum, National Gallery*, etc., etc.), les plus admirables de l'Europe, comme on sait. Toutes les sorties à travers Londres s'effectueront en voiture, naturellement. Un guide parlant français donnera les explications nécessaires sur chaque monument, dans chaque musée.

L'excursion sera des moins fatigantes; les confrères, par conséquent, pourront y prendre part en famille, avec femme et enfants. Le coût, de Paris à Paris, chemin de fer, bateau, hôtels, *tout compris en un mot*, sera au maximum de 250 francs. Une réduction sera demandée et certainement obtenue pour les médecins de province qui auront à se rendre à Paris, d'où s'effectuera le départ.

Pour le programme détaillé, et tous renseignements, s'adresser à M. Heuzé, 10, rue Saint-Pétersbourg, Paris.

REVUE GÉNÉRALE (1)

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DES

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES (2)

Par M. M. LANCE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

V

Diagnostic. — Diagnostic positif. — Le diagnostic des abcès sous-phréniques est, dans quelques cas typiques, très facile; dans la grande majorité, il est extrêmement difficile. Il suffit pour s'en rendre compte de voir combien il passe souvent inaperçu ou à combien d'erreurs de diagnostic il donne lieu. En effet, les cas typiques dans lesquels sont réunis les antécédents nets, les signes fonctionnels, physiques et généraux caractéristiques sont très rares. Nous avons vu que le début peut être très brusque, en pleine santé apparente, la cause étant passée inaperçue (ulcère latent, appendicite très légère, dysenterie ancienne), les signes fonctionnels peuvent être réduits à très peu de chose. Dans les abcès à type thoracique sans tuméfaction dans un hypocondre ou l'autre, les signes physiques sont peu apparents. Ce sont les signes généraux les plus constants, avec la fièvre qui manque exceptionnellement, et surtout un amaigrissement et une perte des forces extrêmement rapides.

C'est pourquoi il ne faudra pas s'en tenir à la recherche des symptômes, et, dans tous les cas, on devra avoir recours à deux modes de diagnostic qui peuvent fournir des données fort utiles : la ponction exploratrice et la radioscopie.

Ponction exploratrice. — Indications et technique. — La ponction doit être précoce, et pour la pratiquer on ne doit pas attendre les signes cliniques de la suppuration. C'est le seul moyen d'opérer avec un succès certain. Elle doit être, dit M. Lejars, « une intervention réglée et méthodique. Lavez donc et savonnez doucement toute la zone mate, lavez-la à l'alcool et préparez-la tout entière; servez-vous d'une aiguille dûment stérilisée. Ce sera toujours une ponction aspiratrice, que vous utilisiez l'aiguille n° 2 de Dieulafoy, ou encore une longue aiguille, montée sur la seringue de Pravaz. Avez-vous trouvé quelque indice local, un point saillant, une zone de douleur maxima, c'est là que vous ponctionnerez d'abord; autrement, s'il faut aller à la découverte, les ponctions successives seront pratiquées dans la ligne axillaire postérieure, de bas en haut, en commençant par le dixième ou le neuvième espace intercostal. Il est inutile de plonger d'emblée l'aiguille très loin; faites-la pénétrer progressivement par étapes, en aspirant « à chaque pas », et poursuivez dans la profondeur; si vous n'obtenez rien, recommencez dans l'espace voisin, en remontant, puis à côté, puis en arrière; ne craignez pas de multiplier ces percées de l'aiguille inoffensives, en réalité, si celle-ci est fine et stérilisée. » Beck, Loison insistent aussi sur la nécessité de multiplier la ponction qu'il ne faut pas craindre de répéter « une douzaine de fois » (Beck).

« En cas d'insuccès dans la découverte du pus, dit Loison, nous nous arrêtons, couvrons la petite piqûre cutanée d'une compresse aseptique, comprimons légèrement la base du thorax au moyen d'un bandage de corps garni d'ouate et prescrivons le repos absolu au lit pendant vingt-quatre heures. En cas où les symptômes de probabilité d'un abcès persistent, nous revenons à la ponction quelques jours plus tard, en recherchant un nouveau point douloureux, de façon à prendre une autre voie d'accès, autant que possible... » « La ponction peut avoir des inconvénients lorsqu'on la pratique par la voie épigastrique; on peut blesser la vésicule biliaire, un gros vaisseau, perforer l'épiploon, l'intestin ou l'estomac. Nous le reconnaissons; c'est pourquoi, bien que partisan hardi et convaincu des ponctions à travers les espaces intercostaux, nous ne pratiquons jamais qu'avec une certaine timidité des ponctions à travers la paroi abdominale, préférant, si les signes de probabilité sont suffisants, procéder immédiatement à l'incision. »

Ajoutons qu'il est de même contre-indiqué de pratiquer la ponction si on suppose que la collection siège dans l'arrière-cavité des épiploons, qu'elle dépend par exemple du pancréas. On devra de même s'en abstenir si on hésite entre un abcès sous-phrénique et un kyste hydatique suppuré du foie, cas dans lequel la ponction est dangereuse.

« Quant à dire que le trocart peut ensemencer le péritoine en ressortant, c'est, dit Loison, un argument sans valeur, puisque tout abcès découvert par la ponction doit être incisé immédiatement, sans retirer la canule. » Faute d'avoir suivi ce précepte, Gruneisen a eu un phlegmon de la paroi à la suite d'une ponction. Il convient donc de *pratiquer la ponction dans la salle d'opération*, et d'avoir préparé, sous la main, tout ce qu'il faut pour opérer séance tenante : *la ponction exploratrice doit être le premier temps de l'incision opératoire.*

Données fournies par la ponction. — Lorsque le pus a été trouvé dans un espace très bas et très profondément, il y a de grandes chances, remarque M. Lejars, pour que la collection soit sous-diaphragmatique; pratiquée à un niveau élevé et peu profonde, pour qu'elle soit pleurale.

Signe de Fürbringer. — Quand, pour découvrir le pus, on a été obligé de traverser le diaphragme, l'aiguille suit les mouvements du muscle pendant la respiration, et la partie extra-thoracique oscille autour de l'orifice d'entrée, mais en sens inverse de la partie intra-thoracique. L'aiguille s'abaissera donc pendant l'expiration et se relèvera pendant l'inspiration. Ce signe manque naturellement si on n'a pas traversé le diaphragme. Malheureusement ce signe fait souvent défaut car, la radioscopie le montre, le diaphragme est immobilisé dans les abcès sous-phréniques. Son absence a induit Blake en erreur

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 60, p. 711.

dans un cas. Il n'a donc de valeur qu'en cas de constatation positive.

Signe de Pfühl. — Nous ne l'avons trouvé signalé que dans un seul cas (Fischer Harry). Voici en quoi il consiste : si on ponctionne avec une aiguille de fort calibre, et qu'on laisse librement couler le pus, si la collection est dans la plèvre, l'écoulement se ralentit à l'inspiration, s'accélère à l'expiration. C'est le contraire si le liquide est sous le diaphragme. Ici encore, l'immobilité du diaphragme empêche la production du symptôme. De plus on doit employer un trocart fin, marcher le vide à la main, et au lieu de laisser le liquide s'écouler librement, on le recueillera souvent aseptiquement pour en pratiquer l'examen bactériologique.

Signe de Scheuerlein. — Lorsque, la ponction ayant donné issue à un liquide séreux abondant, on vient à ponctionner plus profondément, il sort cette fois du liquide purulent, nul doute qu'on n'ait d'abord évacué une collection séreuse de la plèvre, et ensuite l'abcès sous-diaphragmatique. Le fait n'aurait aucune valeur si on pratiquait deux ponctions à des niveaux différents, car il arrive dans certaines pleurésies purulentes, que le liquide soit séreux à la partie supérieure de la cavité, purulent dans ses parties déclives.

Une autre donnée très importante fournie par la ponction est celle-ci : si, après l'évacuation d'une collection séreuse ou purulente, on constate la persistance des signes physiques, si on trouve encore de la matité, une nouvelle ponction pratiquée sur-le-champ en ce point et plus profonde ramène-t-elle du pus, il s'agit alors d'une deuxième collection et, à moins d'un cloisonnement pleural, d'une collection sous-phrénique.

Examen du pus retiré par ponction. — Cet examen peut donner des notions importantes sur le siège, la nature de la suppuration. La présence de débris alimentaires sera en faveur de l'origine gastrique ou duodénale, une odeur âcre spéciale, l'acidité, en faveur de l'origine gastrique. Une bouillie rouge, épaisse, sans odeur le plus souvent, retirée du flanc droit, iudiquera un abcès du foie. Un liquide rouge; évacué dans le flanc gauche, indiquera au contraire un infarctus de la rate.

Radioscopie. — L'examen du malade aux rayons X constitue le moyen de diagnostic le plus sûr des abcès sous-phréniques. C'est ce qui ressort des observations de Loison, Clairmont et Ranzi, Volhard, Determann, et surtout Béclère.

Il est nécessaire d'examiner le malade assis parce que, lorsqu'il est couché, le liquide peut s'étaler en couche mince et ne donner qu'une ombre très légère; assis, il se collecte, et traversé par les rayons X sur une grande épaisseur, il donnera une ombre plus marquée.

L'examen selon plusieurs plans est nécessaire pour fixer le siège de l'ombre anormale (Béclère). Dans ces conditions, il convient d'étudier la forme, la position et les mouvements du diaphragme.

Normalement, sur un sujet vu de face, en avant ou en arrière, l'image du thorax présente de haut en bas : une zone triangulaire, claire, correspondant au poumon et sur laquelle se dessinent les arcs costaux; puis une ombre en forme de bandelette courbe à concavité inférieure, correspondant au diaphragme; enfin une zone claire correspondant à l'estomac. A droite, au-dessous de la clarté du poumon, on voit l'ombre diaphragmatique qui se continue avec celle du foie. Au centre, l'ombre de la colonne vertébrale, des gros vaisseaux et du cœur forme un triangle noir, dont le côté droit tombe presque verticalement sur le diaphragme, tandis que le côté gauche s'y termine obliquement et en angle arrondi. Les deux côtés de la coupole diaphragmatique ne sont pas exactement au même niveau. « Une ligne tangente au sommet de la coupole droite, dit Loison, se trouve à un niveau moyen de 3 à 4 centimètres plus élevé que la ligne du côté gauche. » Ce chiffre de Loison est un peu fort. Pfahler donne 25 millimètres. La différence est « très petite », dit M. Béclère. Le sommet du dôme est, en position moyenne, au niveau de la dixième côte dans la ligne scapulaire moyenne. De là, il s'incurve en bas des deux côtés; en dedans, il s'abaisse de près de 2 centimètres jusqu'à la ligne médiane, en dehors, il se dirige de plus en plus obliquement, s'abaissant de près de 6 centimètres.

Normalement, le diaphragme se déplace pendant la respiration, s'abaissant pendant l'inspiration, s'élevant à l'expiration. De cet abaissement résulte une diminution de la courbe et un élargissement des culs-de-sac costo-diaphragmatiques qui deviennent béants. Cet aspect est modifié diversement par les conditions pathologiques.

1° *Collection liquide sous-phrénique.* — On voit apparaître une saillie anormale d'un des côtés de la coupole diaphragmatique. Il résulte de cette saillie une différence de niveau par rapport à l'autre côté et par rapport au squelette, la différence est de la hauteur de 1 ou 2 espaces intercostaux (Pfahler). Cette saillie opaque se confond avec l'ombre du foie à droite, aussi l'aspect est le même, que l'on ait affaire à un abcès sus-hépatique, ou à un kyste, abcès, à une tumeur de la face convexe du foie.

Lorsque le diaphragme est enflammé par le voisinage d'une lésion septique siégeant au-dessus ou au-dessous de lui (tuberculose de la base, pneumonie de la base, pleurésie, abcès du foie, kyste hydatique suppuré, abcès sous-phrénique, etc.), il devient immobile du côté malade. Dans ce cas, si l'hémithorax du côté immobilisé est très clair, c'est que l'affection siège au-dessous du diaphragme. On peut constater facilement cette immobilité en prenant une photographie avec trente secondes de pose par exemple : pendant ce temps le malade a respiré plusieurs fois et, normalement, la région serait très confuse; au contraire, dans un cas d'abcès sous-phrénique, la ligne diaphragmatique reste nette (Pfahler). De plus, on constate que pendant l'inspiration l'espace costo-diaphragmatique est effacé, tandis que, du côté sain, il devient à ce moment net et s'élargit.

Lorsque, au contraire il existe une collection au-dessus du diaphragme, dans la plèvre, le contour du dôme diaphragmatique a disparu. Sur la clarté du thorax, on voit, plus ou moins haut, une ligne

horizontale à légère concavité supérieure, qui indique le niveau de l'épanchement. Quand on fait coucher le malade, le niveau reste toujours horizontal. Si cet épanchement est à droite, l'ombre qu'il forme monte le long du côté droit du cœur qui est en place, tandis que, si la collection est à gauche, le cœur peut être refoulé. Dans le cas de collection sous le diaphragme, le cœur peut aussi être refoulé, mais il se trouve toujours au-dessus de l'ombre anormale et non à côté d'elle.

L'examen radioscopique pratiqué selon les conditions ci-dessus permet donc de différencier une collection sous-phrénique d'une collection sus-diaphragmatique. Mais elle ne permet pas de discerner si la tuméfaction qui soulève et immobilise le diaphragme est dans le foie ou en dehors de lui.

2° *Abcès sous-phréniques gazeux.* — L'aspect radioscopique est différent. Supposons le cas le plus fréquent, un abcès sus-hépatique droit. Entre l'ombre du foie et celle du diaphragme qui devient une bandelette analogue à celle du côté gauche, on verra une zone très claire, transversalement étendue sur le foie entre la colonne vertébrale et la paroi latérale. « Il semble, dit M. Béclère, que le malade ait deux estomacs, un dans l'hypocondre droit, séparant le foie du diaphragme. » Il faut éviter ici deux causes d'erreur : une pareille image peut être donnée par l'interposition, entre le foie et le diaphragme, de l'estomac très dilaté ou du côlon transverse dilaté et à méso allongé. On pourra éviter cette erreur en étudiant les modifications apportées à l'image par l'insufflation du côlon et de l'estomac. De plus, dans l'abcès sous-phrénique gazeux, la zone opaque inférieure n'est pas formée par le foie, mais par du liquide présentant un niveau horizontal et se déplaçant avec les changements de position du malade. Enfin, dans le cas d'abcès sous-phrénique gazeux, la collection est en général énorme et la voussure peut remonter dans le thorax jusqu'à la troisième côte (Clairmont et Ranzi).

Une image analogue peut être obtenue dans les kystes hydatiques gazeux du foie. D'après Dévé on trouverait alors à l'examen radioscopique une tumeur claire intra-hépatique, c'est-à-dire que l'ombre du foie, très augmentée vers le haut, contenait dans son étendue une zone claire. Celle-ci représentant les gaz du kyste formait un demi-cercle, limité en bas par une ligne horizontale : le niveau du liquide dans le kyste. Cette ligne horizontale, mobile quand on secouait le malade, se déplaçait avec ses changements de position. On voyait ainsi que la cavité était une sphère creusée dans le foie et non une cavité allongée entre le foie et le diaphragme. Mais Dévé convient que ces constatations perdraient toute leur netteté si le kyste était énorme, occupant tout l'hypocondre, ou si le kyste était tout à fait superficiel.

3° *Abcès sous-phrénique avec collection pleurale.* — Si l'abcès sous-phrénique est entièrement liquide, de même que la collection pleurale, les deux opacités se confondent ; même en faisant changer le malade de position, la radioscopie ne pourra déceler l'abcès sous-phrénique.

Si, avec un abcès sous-phrénique liquide, on a une pleurésie putride gazeuse, par la présence de germes anaérobies dans les deux collections, ne produisant de gaz que dans l'une d'elles, en couchant le malade sur le côté, le liquide pleural se collectera vers le hile pulmonaire, et on verra que du côté correspondant le diaphragme est surélevé, immobile, et que le sinus est comblé. Le diagnostic d'abcès sous-phrénique est possible dans ce cas.

Lorsque l'abcès sous-phrénique est gazeux, que la collection pleurale soit gazeuse ou non, le diagnostic est facile. Entre l'ombre du liquide sous-phrénique et celle du liquide pleural on verra le croissant clair formé par les gaz.

4° *Détermination du siège des abcès sous-phréniques.* — En pratiquant la radioscopie successivement dans plusieurs plans, selon la technique indiquée par M. Béclère, on arrivera à se rendre compte de la situation exacte de la collection, aussi bien dans le plan antéro-postérieur que dans les diamètres obliques, et le plan transversal.

Diagnostic différentiel. — On a confondu les abcès sous-phréniques avec les affections les plus diverses.

Tout d'abord dans les cas latents, où les symptômes se bornaient à une tuméfaction vague, avec cachexie rapide, on a pensé à un *cancer de l'estomac.* Dans d'autres cas où la fièvre et la cachexie étaient les signes principaux, sans phénomènes locaux, on a porté le diagnostic de *fièvre typhoïde* ou de *tuberculose aiguë.* Chez d'autres malades, le premier symptôme est une complication : broncho-pneumonie, vomique, on constate les signes d'une caverne intra-pulmonaire, et, bien qu'on ne trouve pas de bacilles dans les crachats, on pose le diagnostic de *tuberculose pulmonaire.* Si les crachats sont très fétides, si l'état général s'aggrave, on pense à de la *dilatation bronchique* et à de la *gangrène pulmonaire.* Dans ces cas on prend la complication pour l'affection primitive.

Dans certains cas à début brusque avec fièvre, frissons, douleur thoracique, dyspnée, matité en arrière à la base, on a pris l'affection pour une *pneumonie.* Le fait est arrivé à Perutz, Schlesinger, Kocher, Gérulanos, et les malades sont morts sans avoir été opérés. Fenwick, Broadbent qui ont observé des cas analogues ont remarqué que l'état général est bien plus grave que dans la pleuro-pneumonie, et que cette dénutrition et cachexie rapide doit attirer l'attention vers la possibilité d'une pleurésie diaphragmatique ou d'un abcès sous-phrénique. Mais où le cas devient très difficile, sinon insoluble, c'est quand l'abcès sous-phrénique succède réellement à une pneumonie (cas de Lampe, Schindler, Claudius, Goodhart, Winckelmann, Beck) ou lorsqu'un abcès sous-phrénique vient à se compliquer de broncho-pneumonie ou de congestion pulmonaire.

Mais les deux affections thoraciques dont on a le plus souvent à faire le diagnostic avec les abcès sous-phréniques sont la *pleurésie purulente* et le *pyopneumothorax.*

La question à résoudre est celle-ci : la collection purulente ou gazeuse et purulente siège-t-elle au-

dessus ou au-dessous du diaphragme? En faveur du siège sous-diaphragmatique on peut invoquer : *a.* la présence d'antécédents abdominaux; *b.* le début par des accidents péritonéaux; *c.* l'abaissement du rebord du foie très inconstant. Il manque très souvent dans les abcès sous-phréniques, car le foie peut être réuni au diaphragme par des adhérences très solides. Par contre, il peut exister dans le cas de collection pleurale droite abondante; *d.* la saillie et l'élargissement des espaces intercostaux. Bien que moins fréquent, ce signe peut aussi exister dans les pleurésies purulentes; *e.* la forme différente de la matité. Dans la pleurésie, la limite supérieure de la matité serait une ligne horizontale, légèrement recourbée en haut vers la colonne vertébrale, c'est-à-dire concave vers le haut. Dans l'abcès sous-phrénique, au contraire, la matité serait convexe en haut. Herrlich et Neusser se sont élevés contre cette dernière affirmation; après un examen minutieux de leurs malades, ils affirment que la forme de la matité ne diffère pas de celle de la pleurésie. D'autre part, G. Krœnig, de l'examen de mille cas de pleurésie, conclut que la limite supérieure de la matité est une ligne courbe convexe en haut, le point le plus élevé de la courbe est vers la ligne axillaire postérieure; en se rapprochant de la colonne vertébrale, la ligne s'incurve vers le bas. Il semble bien que ce signe n'ait pratiquement pas de valeur; *f.* la présence d'un poumon d'aspect normal immédiatement au-dessus de la limite supérieure de la matité ou du tympanisme, l'absence de passé pulmonaire immédiat. L'absence complète de signes pulmonaires est donc en faveur de l'abcès sous-phrénique, mais l'inverse n'est pas exact, car les abcès sous-phréniques sont accompagnés de lésions pleurales et pulmonaires dans plus d'un tiers des cas; *g.* la présence de frottements pleuraux au niveau de la région tympanique est, si elle existe, pathognomonique d'un abcès gazeux sous le diaphragme; *h.* le déplacement du cœur en haut. Maydl, Queirolo ont insisté sur la différence du déplacement du cœur dans les collections sus et sous-diaphragmatiques. Dans le cas de pleurésie à grand épanchement ou de pyopneumothorax, surtout à gauche, on observe un déplacement latéral considérable du cœur, avec une très faible élévation. Au contraire, dans le cas d'abcès sous-phrénique, le cœur subit un très faible déplacement latéral avec déplacement en hauteur qui atteint son maximum dans le cas d'abcès sous-phrénique gazeux médian; *i.* présence d'une voussure à l'épigastre ou dans les hypocondres; *j.* signes amphoriques au delà des limites de la plèvre, surtout dans l'espace angulaire chondro-xiphoïdien; la collection est bien intra-abdominale; *k.* caractères tirés de la ponction, signes de Fürbringer, Pfühl, Scheuerlein, nous n'y reviendrons pas; *l.* examen radioscopique. Il donne un diagnostic précis tant que les lésions pleurales et sous-phréniques ne coexistent pas. Dans ce cas, on pourrait ponctionner et évacuer la plèvre, puis pratiquer un nouvel examen radioscopique. Seulement, s'il y a une large communication par une perforation du diaphragme, l'abcès sous-phrénique s'évacuera en même temps que l'empyème; de plus, on a affaire à des sujets cachectiques, supportant difficilement les manipulations et réclamant une intervention immédiate. Il vaudra mieux opérer largement l'empyème et pratiquer des ponctions exploratrices à travers le diaphragme, si on n'y a pas trouvé de perforation.

Telles sont les affections thoraciques avec lesquelles on peut confondre les abcès sous-phréniques. Si on a établi l'origine intra-abdominale de la collection, il reste à déterminer son siège dans le péritoine ou dans les viscères : foie, vésicule biliaire, rate, pancréas. En réalité, ce diagnostic importe peu, la ponction exploratrice a montré la présence de pus, on n'a plus qu'à aller l'évacuer là où il se trouve. Néanmoins, certains signes ont pu auparavant permettre d'établir des probabilités sur ce point.

Abcès du foie. — D'après Beredska, le diagnostic entre les abcès sous-phréniques et les grands abcès du foie se base sur deux symptômes « qui ne trompent jamais » : l'ictère « qui s'observe fréquemment dans les abcès du foie et presque jamais dans les abcès sous-diaphragmatiques », la température très élevée « apanage des abcès du foie »! D'autre part Julliard déclare que « de toutes les collections purulentes de l'économie, ce sont les abcès du foie qui s'accompagnent de la plus forte leucocytose; celle-ci peut s'élever à 45000, à 90000 globules blancs par millimètre cube de sang... La courbe leucocytaire sera d'une utilité incontestable lorsqu'il s'agira de déterminer si une collection purulente dans l'hypocondre droit siège dans le foie ou hors de celui-ci ». Boinet, Kühn, Zappert ont fait les mêmes constatations. Le premier symptôme, remarque Dévé, constitue une présomption en faveur de l'*origine* hépatique de l'affection, mais ne présume en rien de son *siège* intra ou extra-hépatique. Il existe des angiocholites avec ictère qui, avec ou sans abcès du foie, peut présenter les mêmes caractères dans les abcès sous-phréniques que dans ceux du foie : fièvre à grandes oscillations, accès avec les trois stades : frisson, chaleur, sueur, de la fièvre hépatique. Quant au signe indiqué par M. Julliard, isolé il est insuffisant. Nous avons noté un seul cas (Blake) d'abcès sous-phrénique avec abcès du foie dans lequel l'examen du sang ait été fait, et la leucocytose a été trouvée peu élevée (19000) comparativement à celle trouvée (40000) dans des abcès sous-phréniques d'autre origine.

Kystes hydatiques suppurés du foie. — Le diagnostic reposera surtout sur la constatation antérieure du kyste et ses petits signes : dégoût des matières grasses, diarrhée, épistaxis, douleur de l'épaule droite, urticaire, et la présence depuis longtemps d'une voussure ou d'une tumeur du creux épigastrique. Ce diagnostic restera toujours incertain puisque le kyste suppuré peut se compliquer de périhépatite suppurée. Dans le cas de kyste hydatique gazeux nous avons vu que la radioscopie pouvait permettre ce diagnostic.

Le diagnostic sera également fort difficile pour les *abcès et kystes du pancréas et de la rate*, exception faite pour les hématomes ayant suppuré secondairement et les pseudo-kystes traumatiques, où la notion

du traumatisme pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Diagnostic du siège. — Facile à faire quand l'abcès présente une voussure et des signes de localisation nette (douleur limitée, élargissement d'un espace intercostal, œdème, etc.), il devient très difficile quand l'abcès est profond. La notion causale donne déjà une probabilité, mais la certitude revient seulement aux ponctions exploratrices et à la radioscopie sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Diagnostic de la cause. — Celle-ci sera souvent évidente : le malade a présenté des antécédents que nous avons indiqués. Sinon, il faudra la rechercher avec soin en se rappelant que les causes habituelles de ces abcès sont : l'ulcère de l'estomac, l'appendicite et les infections des voies biliaires; que, plus rarement, ce sont des lésions du pancréas, des traumatismes, des lésions de la rate, du rein, des organes thoraciques, des infections à distance. Si on ne trouve pas d'origine plausible, il faudra penser à une lésion latente ou passée inaperçue, ou à une infection mal déterminée partie du tube digestif qui explique ces « cas de cause inconnue », diminuant de jour en jour, qui remplacent l'ancienne catégorie des abcès dits idiopathiques.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES (auteurs cités dans le texte). — ANDRÉ. *Revue de méd.*, 1901, p. 909. — D'ARCY POWER. *Brit. med. Journ.*, 1906. — BARJON, LESIEUR et GENET. *Lyon méd.*, 1er mai 1904, p. 899. — BARACKE. *Deuts. med. Wochens.*, 2 mai 1907, p. 712. — BARLING. *Brit. med. Journ.*, 1892, p. 63, et 1893, p. 1258. — BEACH. *The Boston med. and surg. Journ.*, 1907, p. 176. — BEALL. *The A. J. of the Amer. med. Assoc.*, 28 déc. 1907. — BECK. *New-York med. Rec.*, 15 fév. 1895, p. 219. — BÉCLÈRE. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 mai 1899, p. 485, et 1er juin, p. 506. — BEREDSKA. Th. de Paris, 1896-1897. — BLAKE. *Annals of surg.*, 1901, p. 703. — BOINET. *Gaz. des hôpit.*, 29 déc. 1900. — BRAÜMULLER. Th. de Berlin, 1902. — BROADBENT. *Brit. med. Journ.*, 30 oct. 1897, p. 1255. — BUSCHHAUSEN. Th. de Kiel, 1895. — BUCQUOY. *Arch. gén. de méd.*, 1887, p. 398. — BRÜGEL. Th. d'Erlangen, 1902. — BUTTERSACK. *Munch. med. Wochens.*, 1895, n° 6. — CARNOT. *Semaine méd.*, 21 fév. 1906, p. 85. — CAUDERAY. Th. de Paris, 1902. — CHAUFFARD. *Bull. méd.*, 9 mai 1906, p. 411. — CLAIRMONT et RANZI. *Wien. klin. Wochens.*, 22 juin 1905, p. 653. — CLAUDIUS. *Jahrb. von Virchow Hirsch.*, 1898, p. 381. — COSH. *Med. and surg. Reports, Presbyter Hospital*, New-York 1897. — DELBET. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1902, p. 587; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1904, p. 286; — Soc. de chir., 13 mars 1907. — DETERMAN. *Deuts. med. Wochens.*, 1907, p. 709. — DÉVÉ. *Revue de chir.*, 1907. — ELSBERG. *Annals of surg.*, 1901, p. 729. — FENWICK. *Lancet*, 1901, p. 463; — *Edinb. med. Journ.*, avril 1899. — J.-L. FAURE. *XVe Congrès de chir.*, p. 432; — Soc. de chir., 1907. — FINK. *Prager med. Wochens.*, 1896, n° 14. — FÜRBRINGER. *Deutsch. med. Wochens.*, 1886, p. 139. — GÉRULANOS. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1898, Bd. XLIX, 2 et 3. — GUINARD. Congrès de chir., 1898; — Soc. de chir., 1907. — GUYOT. Congrès de chir., 7 oct. 1907. — GRUNBAUM. *Centralbl. f. Chir.*, 1897, p. 1228. — GRUNEISEN. *Arch. f. klin. Chir.*, 1903, p. 175. — HOLM. *Berl. Deuts. med. Wochens.*, 1902, p. 115. — HOOD. *Lancet*, 1893, p. 1256. — JALAGUIER. Soc. de chir., 1892; 1897, p. 710. — JOLASSE. *Munch. med. Wochens.*, 1897, p. 97. — JULLIARD. *Revue de chir.*, 1904, p. 245. — DE KLECKI. *Arch. gén. de méd.*, 1897, p. 743. — KÖRTE. *Berl. klin. Wochens.*, 1892, p. 794; — *Deuts. med. Wochens.*, 17 fév. 1898; — *Beit. z. klin. Chir.*, 1899; — *Semaine méd.*, 1902, p. 120. — KRŒNIG. *Berl. klin. Wochens.*, 1906, n° 13. — KUHN. *Munch. med. Wochens.*, 1902. — LAMPE. *Deuts. med. Wochens.*, 1895, p. 839. — LANG. Th. de Moscou, 1895. — LAUENSTEIN. *Brit. med. Journ.*, 10 oct. 1895. — LEJARS. *Bull. de la Soc. de chir.*, 14 mai 1902, p. 580; — *Semaine méd.*, 28 mars 1902; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 1122. — LEJARS et COURTOIS-SUFFIT. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, p. 643-785. — LENNANDER. *Mittel. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1899, p. 91. — VAN LEYDEN. *Sur le pyopneumothorax sous-phrénique*, 1879. — LOISON. *Revue de chir.*, 1900, p. 522; 1906. — MACAIGNE et SOULIGOUX. *Médecine mod.*, 1903, n° 6. — MARTINET. Th. de Paris, 1898. — A. MILES. *The Edinb. med. Journ.*, 1906, p. 106 et 223. — MAYDL. *Ueber Subph. Abs.*, Wiener 1894; — *Wien. klin. Rundschau*, 1896, n° 3. — MONOD. Soc. de chir., 1895, 1897, 1907. — MÜLHENS. Th. de Bonn, 1902. — NEUSSER. *Wien. med. Wochens.*, 1884, n° 44. — OLLSON. *Centr. f. Grenzgeb.*, 1900, p. 925. — PERUTZ. *Centr. f. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1905, nos 4 à 10. — PFAHLER. *Med. Chir. Journ. Philad.*, 20 août 1905, p. 28. — PFÜHL. *Berl. klin. Wochens.*, 1877, p. 57. — PRICHARD. *Brit. med. Journ.*, déc. 1900. — QUEIROLO. *Giorn. internaz. delle sc. med.*, 1903, n° 15. — QUÉNU. Soc. de chir., 1907. — RABÉ. *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1897. — RANSOM. *Lancet*, nov. 1899. — REZEINSTEIN. *Munch. med. Wochens.*, 1902, p. 944. — SACHS. *Arch. f. klin. Chir.*, 1895, p. 16. — SCHLESINGER. *Wien. med. Presse.*, 1896, nos 4 et 5. — SCHUERLEIN. *Annales de la Charité*, Berlin 1889. — SCHULTEN. *Centralbl. f. Chir.*, 1898, p. 1130. — SPILLMANN. *Presse méd.*, sept. 1898. — SONNENBURG. *Path. u. Therapie d. Perityphlitis*, Leipzig 1897. — STEIN. *Munch. med. Wochens.*, 1903, n° 38. — STOHMEYER. *Deuts. med. Wochens.*, 1900, p. 435. — TROJANOW. *Centralbl. f. Chir.*, 1897, p. 215. — UMBER, *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med.*, 1900, Bd. VI, 4 et 5. — VANLAIR. Acad. de méd. de Belgique, 25 fév. 1893. — VANVERTS. *Nord méd.*, 1904, p. 181. — VOLHARD. *Deuts. med. Wochens.*, 6 avril 1905, p. 565. — WEBER. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1899, Bd. IV, 5 et 6. — WINCKELMANN. *Deuts. med. Wochens.*, 1899, n° 7. — WINIWARTER. *Wien. klin. Wochens.*, 1899, n° 42. — WITTHAUER. *Centralbl. f. Chir.*, 1896, p. 233.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 MAI 1908)

Sérothérapie antitétanique. — L'an dernier, la Société de chirurgie a discuté cette question. Il nous est resté, de cette discussion, cette impression que la sérothérapie antitétanique n'avait pas tenu ses promesses et un certain nombre de chirurgiens semblaient enclins à l'abandonner, même à titre de traitement préventif. M. VAILLARD, dans une magistrale argumentation, vient de saisir l'Académie de cette question, et, se basant sur des statistiques vétérinaires importantes, s'applique à réhabiliter aux yeux des chirurgiens la sérothérapie antitétanique. Puisqu'elle donne des résultats si merveilleux chez les grands animaux, pourquoi serait-elle inefficace chez l'homme? D'où vient donc le découragement des chirurgiens? Dans la discussion à la Société de chirurgie, M. Reynier a conclu qu'au point de vue scientifique et d'après les résultats obtenus, nous n'étions pas en droit d'avoir confiance dans la sérothérapie préventive. C'est cette abstention systématique que veut combattre M. Vaillard.

Voyons les faits : M. Kummer (de Genève) pratique la sérothérapie préventive dans son service pendant deux ans. Il n'a pas un seul cas de tétanos. Sous l'influence de la discussion à la Société de chirurgie, il l'abandonne; peu de temps après, il a un cas de tétanos mortel.

Des nombreuses expériences qu'a faites M. Vaillard, avec M. Roux, il résulte que, chez les animaux, le sérum confère une immunité véritable qui disparaît dans un délai de deux à quatre semaines. Chez l'animal si on injecte le sérum antitétanique avant la toxine tétanique, on a un tétanos atténué toujours curable. Le sérum injecté après la toxine peut encore être efficace.

Arrivant à la sérothérapie chez les grands animaux, M. Vaillard rappelle les beaux travaux de Nocard. C'est à Nocard, en effet, qu'on doit cette notion aujourd'hui certaine, que de faibles doses de sérum suffisent pour préserver le cheval du tétanos. Plus l'intervention est tardive, plus la dose de sérum doit être élevée.

Les chiffres fournis par M. Vaillard sont des plus éloquents : sur 3088 animaux, un seul cas de tétanos bénin sur ceux qui ont été inoculés, 364 cas de tétanos chez les non-inoculés ; 13120 animaux pris dans la pratique de 10 vétérinaires ont été inoculés. Il n'y a pas eu un seul cas de tétanos. Ces mêmes vétérinaires ont relevé, dans leur pratique, 139 cas de tétanos chez des animaux non inoculés.

M. Vaillard multiplie des exemples de ce genre. Citons encore ces chiffres : en 1896, il y a eu 1300 demandes de sérum à l'Institut Pasteur. En 1900, il y en a eu 87964.

Comment une méthode si efficace chez les grands animaux serait-elle inefficace chez l'homme ? C'est ce que M. Vaillard étudiera dans une seconde communication mardi prochain.

Traitement des pleurésies récidivantes par les injections d'azote stérilisé. — M. le docteur Vaquez communique à l'Académie le résultat des recherches qu'il a faites depuis 1902 sur ce sujet. L'injection gazeuse stérilisée qu'il a préconisée à cette époque a été pratiquée sur 17 malades dont 10 atteints de pleurésie séro-fibrineuse de nature tuberculeuse, 2 de pleurésie hémorragique par cancer pleuro-pulmonaire, 1 de pleurésie chyliforme par lymphadénie du médiastin et 4 de pleurésie purulente.

Il résulte de ces observations que le traitement est à peu près sûrement curatif dans les pleurésies séro-fibrineuses dont il enraye la reproduction, même après 12 ponctions simples, comme il en est rapporté un cas par l'auteur.

Les pleurésies hémorragiques furent également arrêtées dans leur développement tandis que l'affection causale continuait son cours.

Les pleurésies purulentes à pneumocoques restent tributaires de la chirurgie, mais les pleurésies purulentes tuberculeuses peuvent être très avantageusement traitées par les injections d'azote. Si elles ne font pas disparaître l'épanchement elles l'empêchent du moins de progresser et en permettant une très longue survie, peuvent soustraire le malade aux risques des grandes interventions chirurgicales qu'ils sont souvent incapables de supporter.

L'adjonction d'adrénaline aux injections gazeuses, préconisée par le professeur James Barr (de Liverpool), n'a pas présenté d'avantages notables sur la méthode de l'auteur.

Méthodes actuelles de phonation et d'audition à l'Institution des sourds-muets de Paris. — M. André Castex, après avoir étudié déjà dans des lectures à l'Académie (1905 et 1906) les causes et l'anatomie pathologique de la surdi-mutité, expose les méthodes actuelles de démutisation.

Ses observations sont basées sur un grand nombre d'enfants qu'il a pu examiner et suivre depuis dix ans et qui s'élève à plus de mille aujourd'hui.

La méthode employée actuellement à l'Institution de Paris est la métoode orale. Elle est basée sur l'imitation du professeur par l'élève, la vue et le toucher s'aidant mutuellement. Le maître procède successivement à la provocation de la voix, au développement des voyelles et des consonnes, puis à l'enseignement de la lecture sur les lèvres, de l'écriture, de la langue maternelle.

Le développement de l'audition et de la phonation marchent de pair. Comme 25 p. 100 de sourds-muets environ ont conservé quelques restes auditifs, le professeur s'applique à cultiver ce reste d'audition au moyen de sa voix naturelle, car la voix nue est considérée à l'Institution de Paris comme un moyen supérieur aux divers appareils, parce qu'il s'agit d'enseigner les sons de la voix humaine avec leur timbre naturel.

La voix donnée au sourd-muet reste encore imparfaite, monotone. On s'applique aujourd'hui à la musicaler. A la suite de cette lecture M. Marichelle, professeur à l'Institution de Paris, montre les résultats obtenus sur les élèves.

Traitement par le radium de certaines cicatrices vicieuses (chéloïdes, acnés chéloïdiennes, écrouelles, brides saillantes). — MM. Wickham, médecin de Saint-Lazare, et Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, apportent à l'Académie de médecine une contribution nouvelle à l'étude des effets curatifs du radium.

Déjà leurs recherches précédentes les avaient conduits à établir l'action favorable du radium sur les épithéliomas de la peau (cancers superficiels) et les nævi vasculaires (taches de vin).

Aujourd'hui leur travail porte sur le traitement des cicatrices vicieuses.

Il est accompagné de nombreuses photographies montrant des cicatrices suites d'écrouelles, de brûlures et de divers traumatismes, nivelées et très heureusement modifiées dans leur aspect. D'autres témoignent de l'action particulièrement élective du radium sur les chéloïdes de formes variées, qu'il s'agisse soit de chéloïdes dites spontanées présternales, soit de chéloïdes consécutives à des acnés (acnés chéloïdiennes), à des anthrax, à des cicatrices, etc.

Les auteurs insistent sur le caractère indolore et la commodité du traitement qui permettent les applications des appareils à radium même aux enfants en bas âge. Ils ajoutent que nombre de chéloïdes traitées régressent en quelque sorte par fonte simple sans qu'il soit nécessaire de déterminer de réaction visible thérapeutique.

Aussi bien, ce dernier fait amène-t-il MM. Wickham et Degrais à conclure que :

Certaines tumeurs de la peau, notamment les cancers superficiels, les nævi vasculaires en tumeurs et les chéloïdes, forment un groupe spécial de lésions qu'on peut considérer comme terrain de particulière élection vis-à-vis du radium.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 MAI 1908)

Ectopie testiculaire avec torsion du testicule. — M. Routier fait un rapport sur une observation d'un jeune homme atteint de hernie inguinale gauche, avec douleur très vive au niveau de l'aine et tous les caractères d'une tumeur oblongue, semi-dure et isolée dans un sac. L'opération montra qu'il s'agissait du testicule ectopié tordu sur son axe. Le chirurgien fit la détorsion, ne trouva rien de particulier, fit la castration en réséquant le cordon au-dessus de la vaginale. On ne trouva pas la cause de cette torsion.

M. Routier a rassemblé quelques faits analogues, entre autres un cas de Lenormant relatif à un enfant de dix-huit mois dont le testicule étranglé à l'anneau, mais sans torsion, avait été atteint de gangrène spontanée.

M. Kirmisson fait observer que les cas de torsion du testicule chez les très jeunes enfants sont exceptionnels. Ce n'est guère qu'à partir de l'âge de douze à quinze ans qu'on les observe, c'est-à-dire au moment où commence l'activité physiologique de la glande.

M. Mauclaire a relevé plusieurs cas de sphacèle de testi-

cules ectopiés sans torsion qui pouvaient être attribués à des phénomènes d'endartérite et de phlébite.

M. Broca n'a observé qu'un seul cas de torsion du testicule chez un jeune enfant. C'est donc très rare. Il émet quelques doutes sur l'activité physiologique de la glande invoquée par M. Kirmisson.

M. Legueu estime que dans ces cas de torsion du testicule, la castration n'est pas toujours nécessaire. Il suffit, comme il l'a fait chez un garçon de douze ans, de détordre et de fixer le testicule au fond des bourses.

Chirurgie et psychiatrie. — M. Picqué fait une intéressante communication sur ce sujet. Il aborde surtout la question des opérations simulées chez les hystériques, les hypocondriaques ou les névropathes atteints de la manie opératoire.

La conclusion de M. Picqué est qu'il faut se défendre des opérations simulées, leur efficacité, au point de vue psychique, n'étant jamais que de courte durée. On a beaucoup parlé du trauma psychique chez les hystériques. On est bien revenu aujourd'hui de l'ablation des annexes chez ces malades. On a reconnu, peut-être un peu tard, que le résultat psychique en était bien aléatoire et transitoire. Il en est de même pour M. Picqué des opérations simulées. Les unes et les autres doivent être abandonnées.

M. Guinard est tout disposé à adopter les conclusions de M. Picqué, d'autant plus que, s'étant laissé aller à pratiquer une opération simulée chez une hystérique, il n'en a pas obtenu beaucoup de satisfaction.

Il s'agissait d'une femme qui se prétendait rongée par une bête et qui était convaincue qu'une opération seule pouvait l'en délivrer. M. Guinard fit une incision cutanée sur le ventre, mit des agrafes de Michel et un pansement ouaté énorme. Puis il montra à la malade un tænia qui avait été rendu par l'infirmière. Tout alla bien et la malade sortit de l'hôpital guérie et contente. Mais elle ne tarda pas à être reprise de son idée fixe et courut de service en service dont les chefs demandèrent tour à tour à M. Guinard quelle opération il avait pratiquée chez cette malade. Depuis, M. Guinard s'est bien juré de ne plus faire d'opérations simulées. Ce sont, à ses yeux, des opérations parfaitement inutiles.

M. Quénu dans un de ces cas de petite lésion (rétroversion utérine) avec de grands symptômes (névralgies pelviennes) a simulé, chez cette malade, une opération en mettant deux pinces de Museux sur le col; il en a obtenu un bon résultat. Mais dans les cas où il s'agit de troubles purement mentaux, M. Quénu estime, avec M. Picqué, qu'il faut rejeter toute opération simulée.

M. Schwartz, dans un cas de paraplégie complète chez une hystérique, a obtenu un très bon résultat d'une opération simulée.

M. Sebileau a fait une cure radicale de hernie inguinale avec ectopie testiculaire chez un hypocondriaque d'Angoulême. Mal lui en prit. Il a reçu une série de lettres de plus en plus menaçantes de cet homme, si bien que M. Sébileau alla trouver M. Brouardel qui lui dit : « C'est un persécuté persécuteur qui un beau jour viendra, armé d'un revolver, vous tirer dessus. » Peu soucieux de se laisser tuer ainsi, M. Sebileau, après mille et mille difficultés, obtint qu'on fît une enquête. Une première enquête fut faite par deux gendarmes qui répondirent qu'il n'y avait rien. Une seconde enquête, appuyée d'une commission médicale, aboutit à la reconnaissance de l'aliénation mentale et à l'internement du malade qui est mort dernièrement. Dans ce cas, il ne s'agissait nullement d'une opération simulée, mais bien d'une opération parfaitement justifiée.

Résection de l'omoplate. — M. Pauchet (d'Amiens) présente un malade qui était atteint d'un sarcome de l'omoplate et qui avait subi une opération partielle, sans succès. Voilà quatre ans que M. Pauchet lui a fait la résection totale de l'épaule, y compris les muscles, depuis, le malade va aussi bien que possible.

M. Routier a fait la même opération, pour un sarcome, il y a treize ans, et le malade va aussi bien que possible.

Opération de Brophy. — M. Sébileau rappelle ce qu'est l'opération de Brophy qui consiste à rapprocher de force les deux mâchoires écartées dans les cas de division de la voûte palatine. Il considère cette opération comme très mauvaise, autant par les dangers de mort qu'elle fait courir que par ses résultats éloignés. Il montre, à l'appui, une petite fille chez laquelle il a pratiqué cette opération.

M. Le Dentu appuie les conclusions de M. Sebileau. Il cite deux statistiques étrangères, l'une avec 5 morts sur 16 cas, l'autre avec 4 morts sur 10 cas.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le bromure de potassium qui donne des résultats si merveilleux dans toutes les affections nerveuses de l'enfance trouve également dans la coqueluche et ses complications une de ses indications les plus précieuses.

Contre les quintes de toux il sera administré à des doses variant de 1 à 4 grammes par jour. Les complications du côté du système nerveux, l'agitation, l'*insomnie*, les convulsions seront efficacement combattues par son emploi.

M. J. Comby cite dans le *Traité des maladies de l'enfance* un cas dans lequel il a obtenu la sédation de convulsions chez un petit coquelucheux en donnant 4 grammes de bromure de potassium par jour.

Dans des cas semblables, on se trouvera bien de prescrire le sirop de Henry Mure au bromure de potassium qui est si facile à doser d'une façon précise et dans lequel le sirop d'écorces d'oranges masque la saveur salée du bromure. Ce sirop est parfaitement accepté par les enfants. Chaque cuillerée à bouche est titrée à 2 grammes de sel et la cuillerée à café à 50 centigrammes.

LIVRES NOUVEAUX

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles [15e édition 1908] (1), par C. Crinon, pharmacien de première classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Dans la quinzième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler; parmi ces médicaments, les plus importants sont l'*argyrol*, la *borovertine*, le *bromural*, le *dymal*, la *cystopurine*, le *digalène*, l'*estone*, le *fluoroforme*, la *lygosine-sodium*, le *monotal*, la *novaspirine*, les *sapènes*, le *tannisol*, la *théolactine*, la *théophorine*, la *thiodine* et le *viscolan*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

L. Gayard.

(1) In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

FORMULAIRE

SÉBORRHÉIDES ECZÉMATIFORMES

Employer la pâte suivante :

Thigénol « Roche »	4 à 8 grammes.
Oxyde de zinc	}
Amidon	} *àâ* 10 —
Vaseline	}
Lanoline	}

F. s. a. une pâte.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 JUIN 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 9 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Ricard et Marion ; — (2e série) : MM. Albarran, Quénu et Lenormant; — (2e partie) : MM. Alb. Robin, Jeanselme et Castaigne; — M. Carnot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. de Lapersonne, Hartmann et Morestin ; — (2e partie) : MM. Raymond, Fernand Bezançon et Balthazard ; — M. Launois, suppléant.

Mercredi 10 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Lecène et Ombrédanne ; — (2e partie) : MM. Gaucher, Marcel Labbé et André Jousset ; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Vendredi 12 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Lecène et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Segond, Auguste Broca et Gosset; — M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Cilnique Baudelocque* : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 13 juin, à une heure. — 5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série): MM. Raymond, Alb. Robin et Claude ; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 10 juin 1908, à une heure. — M. Geay. Origine saprophytique des pasteurelloses et des maladies infectieuses en général. (MM. Blanchard, président; Nicolas, Macaigne et Mulon.) — M. Bourgerette. Les os mentonniers. (MM. Blanchard, président; Nicolas, Macaigne et Mulon.)

Jeudi 11 juin, à une heure. — M. Even. Etude médicale sur Edmond et Jules de Goncourt et leurs premiers romans. (MM. Debove, président; Raymond, Jeanselme et Claude.) — M. Marais. De l'arthrite érysipélateuse. (MM. Debove, président; Raymond, Jeanselme et Claude.) — M. Latreille. Contribution à l'étude des modifications de la surrénale au cours des maladies toxi-infectieuses chroniques dans leurs rapports avec les lésions du foie, des reins, du corps thyroïde et de l'hypophyse. (MM. Raymond, président; Debove, Jeanselme et Claude.) — M. Senlecq. Contribution à l'étude du phagédénisme. (MM. Hutinel, président ; Quénu, Nobécourt et Lenormant.) — M. Renaudet. De la cure radicale de la hernie crurale par le procédé de Guibé et Proust modifié. (MM. Quénu, président; Hutinel, Nobécourt et Lenormant.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Blatter für Klinische Hydrotherapie. — (N° 3, mars 1908.) Strasser et Berliner : Résultats de la douche-massage dans les névroses et névrites professionnelles. — Schœneich : La néphrite dans la scarlatine.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Fév. 1908.) Johannesco : Système des médecins scolaires. — Schick : Ligne unguéale physiologique des nourrissons. — Escherhoff : Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale. — Schultz : Ecole et maladies infectieuses.

Medical Record. — (Vol. LXXIII, n° 10, 7 mars 1908.) Thomas E. Satterthwaite : Opportunité d'une grande société médicale. — Leonard W. Ely et Brainer H. Whitbeck : Trois années d'expériences à l'Hôpital de l'Air-Marin pour le traitement de la tuberculose chirurgicale des enfants. — Wachenfeld : Quelques faits relatifs à la pathologie cardiaque. — W. B. Konkle : « Les fleurs qui fleurissent au printemps ; » avec quelques variations et digressions. — Frank H. Hancock : La correction des déviations utérines. — (N° 11, 14 mars.) L. Bolton Bangs : Quelques observations sur les effets du tabac dans la pratique chirurgicale. — George L. Peabody : Note préliminaire sur un cas de méningite cérébro-spinale d'origine streptococcique apparemment guéri par des injections rachidiennes de sérum antistreptococcique. — James E. Newcomb : Hématome de la cloison nasale et abcès. — John F. Erdman : Calculs rénaux ou urétéraux compliquant l'appendicite. — Kivlin : Rétrodéviation de l'utérus; son traitement par le raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés. — Watkins : Rupture traumatique de la rate avec relation d'un cas. — (N° 12, 21 mars.) Duncan Bulkley : Etude de 400 cas d'épithélioma observés dans la pratique privée; remarques sur le traitement et résultats. — Hanna Thomson : Invasion soudaine des reins par le bacterium coli. — G. E. Bushnell : La méthode d'Arneth dans l'étude clinique de la tuberculose pulmonaire. — Abram Brothers : Diagnostic et traitement de la grossesse ectopique. — L. Pierce Clark : Méthode psychothérapique de Freund. — (N° 13, 28 mars.) B. Sadis : Chorée grave ; ses rapports avec la septicémie. — Villard J. Stone : Considérations théoriques relatives à l'immunisation par le bacille tuberculeux et ses produits dérivés. — Newman Dorland : Que doivent savoir les médecins praticiens en gynécologie et en chirurgie abdominale? — Edmond Lindley : Diagnostic et traitement des affections cutanées les plus communes. — Joseph M. Rector : Une méthode rationnelle de traitement dans la métrite chronique. — Rolfe Fleyde : Exemples d'inflammation chronique dans les premiers temps de la vie. — (N° 14, 4 avril.) Charles Stedman Bull : Les lésions intra-oculaires profondes de la syphilis infantile héréditaire et de la syphilis héréditaire tardive au point de vue de la pathologie générale; pronostic et traitement. — Hiram N. Vineberg : Traitement de l'hémorragie intra-péritonéale consécutive à une rupture ou à un avortement tubaires. — Dickinson : La pneumonie lobaire aiguë. — J. Dardel : Notes sur le rhumatisme chronique et son traitement. — G. A. Friedman : Obstruction du duodénum par un calcul biliaire; diagnostic préopératoire de la localisation; opération, guérison. — Witherbee : Traitement de l'épithélioma et du carcinome de la membrane muqueuse. — (N° 15, 11 avril.) Henry S. Stark : Le diabète et le rôle de l'alimentation. — Isaac Levin : Gangrène spontanée du pied due à une endartérite oblitérante. — Samuel Wyllis Bandler : Relation de l'appendicite avec les affections gynécologiques pelviennes. — Forest Dutton : La tension sanguine dans la pratique médicale. — Elizabeth Jarrett : La santé des enfants des écoles. — Charles I. Page : Un cas de section du larynx.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0 060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	Sesqui-oxyde de fer	0.88
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurese rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

Exiger la Signature CATILLON, Prix de l'Académie.
MÉDAILLE D'OR, 1900, Paris, 3, Bould St-Martin.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

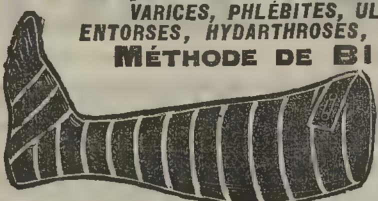
Sérum Antituberculeux

du Dr VIGUIER de MAILLANE

9, rue Massillon, Nîmes et Phies.

BANDE VERNEUIL

Compression Douce et Graduée.
VARICES, PHLÉBITES, ULCÈRES
ENTORSES, HYDARTHROSES, ARTHRITES
MÉTHODE DE BIER



Adresser lettres et commandes:
BANDE VERNEUIL
104, Faubs Poissonnière
Téléph. 256-27



ALIMENT MELLIN

pour ENFANTS et CONVALESCENTS

DIGESTION FACILE, ASSIMILATION PARFAITE
SOLUBLE, ALCALIN, Sans AMIDON ni SUCRE de CANNE

Préparé avec du froment et de l'orge diastasés, tout l'amidon s'y trouve transformé en un sucre soluble et directement assimilable, « le maltose », qui ne fermente pas et ne cause pas d'**acidité** dans l'estomac. Son alcalinité diminue les tendances dyspeptiques.

L'**Aliment Mellin** facilite la digestion du lait de vache par les enfants et les malades en rendant les albumines du lait légères, claires et très digestibles, comme dans le lait maternel. — Il est le plus riche en *phosphates naturels*, et possède des propriétés rafraîchissantes pour l'intestin. — Recommandé pour l'alimentation des **enfants**, des **convalescents** et des **dyspeptiques.**

ANALYSE DU LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE DE LA VILLE DE PARIS

Humidité... 3 gr.48 0/0	Graisse.......... 0 gr.44 0/0	Acide phosphorique 0 gr.56 0/0
Cendres.... 3 » 27 0/0	Hydrates de carbone .. 93 » 20 0/0	Examen microscopique :
Matières azot. 9 » 10 0/0	Matières solubles eau fr. 83 » 76 0/0	**ABSENCE d'AMIDON.**

Dépôt pour la France : **SCOTT & Cie**, *4, rue Chauveau-Lagarde, PARIS.*

Echantillons gratuits envoyés sur demande à MM. les Docteurs

SANTAL MIDY

Ces Capsules renferment l'essence de Santal pur obtenu par la distillation du Santal de Mysore. Elles sont bien supportées et suppriment l'usage du copahu et des cubèbes.— Le Santal Midy est très efficace dans le **catarrhe de la vessie, les rétrécissements de l'urèthre, l'engorgement de la prostate, la cystite du col, l'hématurie, la néphrite suppurée et dans les écoulements récents ou anciens.**

Dose: 6 à 12 capsules par jour.

PARIS, pharmacie MIDY, 113, Faubg St-Honoré.



SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Bière de Santé Diastasée, Phosphatée *(Céréalophosphates)* (Seule admise dans les Hôpitaux de Paris). PRIX: le fl. 1f25.

Même produit **GLYCÉROPHOSPHATÉ** { *2 compositions distinctes :* { 1° G. C. au Glycérophosphate de Chaux chimiquement pur. 2° P. G. (*Ferrugineux*) au Polyglycérophosphate de l'Organisme (chaux, soude, potasse, magnésie, fer et manganèse). PRIX: le flac. 2 fr.

NOUVEAU BOUCHAGE HERMÉTIQUE SPÉCIAL et RIGOUREUSEMENT ASEPTIQUE

PARIS 1900 MÉDAILLE D'OR

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie. — La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un voyage circulaire au départ de Paris :

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon, Lyon, Tarascon (ou Clermont-Fer-rand), Cette, Nîmes, Tarascon (ou Cette, Le Cailar, Saint-Gilles), Marseille, Vintimille, San Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

(Ce voyage peut être effectué dans le sens inverse).

Prix : Première classe, 191 fr. 50; deuxième classe : 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

N° 63. — MARDI 2 JUIN 1908. 81e ANNÉE. MARDI 2 JUIN 1908. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Séance du 30 mai : MM. Lortat-Jacob et Michel, 20.

Prochaine séance, mardi 2 juin, à neuf heures du matin, à Lariboisière.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève en pharmacie des dispensaires de l'Assistance publique sera ouvert le lundi 30 novembre 1908, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les élèves en pharmacie qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de midi à trois heures, du jeudi 15 octobre au samedi 14 novembre 1908 inclusivement.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve d'anatomie pathologique.* — Séance du 27 mai. — Ont obtenu : MM. Béranger, 13; Buizard, 15; Cauhapée, 14; Gaujoin, 15; Gaulier, 14; Lafon, 13; Le Roy, 15; Sérée, 13; Thévenot, 15.

Epreuve de médecine opératoire. — Question tirée : « Désarticulation du pouce avec son métacarpien. »

Ont obtenu : MM. Béranger, 12; Buizard, 19; Cauhapée, 13; Gaujoin, 17; Gaulier, 18; Lafon et Le Roy, 14; Sérée et Thévenot, 16.

Le concours se termine par les nominations de :

Internes titulaires : MM. Gaujoin, 101; Buizard, 96; Thévenot et Gaulier, 92; Cauhapée, 83; Sérée, 82.

Internes provisoires : MM. Lafon, 78; Le Roy, 77; Béranger, 76.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le docteur Puyhaubert est nommé chef de clinique infantile et d'orthopédie.

M. le docteur Canaguier est nommé chef de clinique adjoint.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — Un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1908, devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Le ministre a adressé des lettres de félicitations pour dévouement à M. le médecin-major de deuxième classe Battez, M. le médecin-major de première classe des troupes coloniales Le Ray, M. le médecin aide-major des troupes coloniales Vadon.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il est décerné, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique les récompenses ci-après :

Médaille de bronze. — M. le docteur Mazade (de Marseille).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Delplanque et Bué (de Lille), Barthès (de Perpignan), Lautré (de Toulouse) et Tourlet (de Paris).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Le prix Aubanel (1 200 francs) est décerné à M. R. Benon, interne des Asiles de la Seine, pour son travail sur « les amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau ».

Le prix Esquirol (200 francs) est décerné à MM. Rodier, P. Pansier et F. Caus, pour leur travail sur « l'œil dans les états épileptiques et l'hystérie ».

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt et unième semaine, 918 décès, au lieu de 956 pendant la semaine précédente et de 950, moyenne ordinaire de la saison. Le nombre des décès est donc inférieur à la moyenne.

La rougeole et la scarlatine continuent à être très répandues, mais ne causent que très peu de décès.

LA SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE met au concours, la question suivante pour 1908 : « L'internat scolaire, ses avantages, ses inconvénients. »

Les manuscrits seront reçus jusqu'au 31 décembre 1908. Passé cette date, aucun mémoire ne sera admis.

Ils devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils ne seront pas signés, mais porteront en tête une devise ou épigraphe reproduite sur enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Tout auteur qui se fera connaître sera exclus du concours.

Les mémoires ne sont pas rendus ; même non primés, ils deviennent la propriété de la Société et ne peuvent être publiés par leurs auteurs. La Société se réserve de tirer des meilleurs travaux la matière d'une brochure de propagande et d'enseignement.

Les prix seront décernés en 1909, dans la séance publique annuelle. Ils consistent en médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze et en mentions honorables.

Adresser les mémoires avant le 31 décembre 1908, au président de la Société d'hygiène de l'enfance, 5, boulevard Beaumarchais, Paris IVe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beyne (de Vigeois), Pombourg (d'Acheux), Cathelin (de Saint-Étienne).

LES FRONTIÈRES
DE LA
MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE (1)

Par M. le docteur SOUBEYRAN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier,
Chargé du cours de médecine opératoire.

Messieurs,

Au moment où, après tant de magnifiques découvertes, la chirurgie semble arrivée en un point qu'il paraît difficile de dépasser, il convient peut-être de jeter, en ces temps surtout de spécialisation souvent hâtive, prématurée et poussée à l'extrême, un regard d'ensemble à la fois sur les étapes parcourues et sur la situation actuelle de cette science qui a accompli un si prodigieux effort.

Aussi allons-nous, dans cette étude, essayer de montrer, en nous aidant de l'histoire, comment naquit et se développa la chirurgie, et quels furent ses premiers rapports avec la médecine; puis nous tracerons à grands traits son évolution et ses conquêtes successives; enfin nous envisagerons quelles sont les frontières qui à l'heure actuelle les séparent et nous verrons si ces régions limitrophes offrent une barrière absolue, ou bien si elles ne constituent pas au contraire un large moyen d'union qui leur permet de marcher côte à côte et d'avancer en se prêtant un mutuel appui.

*
* *

Celse, après Hippocrate, avait distingué trois groupes de maladies : le premier guérissait par la diète, le deuxième par la médecine, le troisième par l'opération manuelle. Il rangeait dans les sciences chirurgicales les cas dans lesquels le médecin créait une plaie dans un endroit où il n'en existait pas, il y rangeait encore les blessures, les ulcères qui exigent des manœuvres spéciales et enfin les maladies des os.

Les auteurs qui suivirent, tels que Galien, Paul d'Egyne, contribuèrent à consolider cette barrière entre la médecine et la chirurgie; leur effort se porta à essayer d'harmoniser les faits avec les théories et à établir un système qui donnait une réponse à chaque question et une solution à chaque problème. Cette apparente omniscience entraînait l'esprit et elle enraya tout progrès dans les siècles qui suivirent. La grande majorité des écrivains étaient des compilateurs et des commentateurs qui n'ajoutèrent que fort peu aux connaissances de leurs devanciers.

Les doctrines des auteurs grecs et romains furent copiées dans les ouvrages d'écrivains, tels que Rase et Albucasis, et ce furent les Arabes en particulier qui eurent le mérite de conserver le trésor de la science grecque et de l'apporter en Europe par la voie de l'Espagne, trésor qui aurait infailliblement péri au milieu des querelles et des obscurités du moyen âge.

Déjà, en effet, dans les premiers siècles de l'ère chrétienne, les médecins grecs tout entiers comme les esprits de ce temps aux disputes théologiques, s'étaient laissé envahir par le mysticisme et la superstition. Ne voit-on pas au VIe siècle Actius d'Amide formuler ainsi son traitement pour l'extraction des corps étrangers du pharynx : « Le chirurgien doit saisir le patient à la gorge et dire : Os, sors si tu es un os, ou un fétu de paille, ou quoi que tu sois, de même que Jésus a fait sortir Lazare du sépulcre, et Jonas de la baleine; Blaise, martyre et serviteur du Christ, te l'ordonne, monte ou descends. »

Au moyen âge, les monastères conservèrent avec les manuscrits, les traditions médicales; les Bénédictins en particulier, étudièrent Hippocrate et Galien. Mais l'Église et les Conciles ayant horreur du sang, autorisèrent les moines à pratiquer seulement la médecine; il leur fut formellement interdit d'exécuter des opérations sanglantes; le cautère et le feu étaient seuls permis.

La chirurgie délaissée, méprisée, à côté de la médecine dont le triomphe mystique n'éteignait pas les bûchers où montaient ces infortunés nerveux que l'on prétendait être possédés du démon, ne put, faute d'exercice et surtout de notions anatomiques, prendre son essor et elle fut reléguée entre les mains des femmes, des barbiers, des baigneurs et des écorcheurs d'animaux.

Cependant des écoles furent créées, celles de Salerne et de Montpellier prirent une importance primordiale. A Salerne, il fut établi une distinction considérable entre l'éducation du médecin et celle du chirurgien. L'étudiant médecin (c'était au XIIIe siècle) était appelé à accomplir une période préparatoire de trois ans de logique, puis il devait pendant cinq ans étudier la médecine et la chirurgie; il passait alors un examen et il pouvait exercer après s'être mis pendant la première année sous le patronage d'un médecin plus âgé.

L'étudiant en chirurgie, au contraire, était autorisé à exercer après avoir passé une année seulement à étudier la pratique chirurgicale; il devait dans cette année étudier spécialement l'anatomie du corps humain; or, cette anatomie était enseignée sur le cochon, à défaut du singe, une seule fois tous les cinq ans, un corps humain était disséqué en présence des médecins et des chirurgiens.

A la même époque, à Montpellier, alors que l'étudiant en médecine devait subir des examens, le futur chirurgien, chose fort goûtée assurément, n'en subissait aucun.

Vous comprenez facilement, Messieurs, que cette distinction entre les médecins et les chirurgiens était toute à l'avantage des premiers; le médecin, qui d'ailleurs pouvait aussi pratiquer la chirurgie, recevait une longue éducation universitaire et il pouvait dans la suite obtenir le titre honorifique et envié de docteur qui le faisait devenir membre de la Faculté de médecine, avec le pouvoir d'enseigner et de participer aux pérogatives de la Faculté; il jouissait donc d'une grande autorité. Au contraire le futur chirurgien, dépourvu de toute instruction générale, après une année d'études, prenait le grade de maître chirurgien, et il ne pouvait acquérir de la pratique qu'en dehors de l'Université auprès de ceux qui exerçaient déjà. Beaucoup de ces élèves en chirurgie disposaient de fort peu de ressources, ils connaissaient mal le latin et le grec si nécessaires à cette époque, et ils débutaient dans leur carrière comme barbiers. Ces derniers devinrent les auxiliaires des médecins, et ils furent employés par les moines pour les raser et pour les saigner périodiquement, puisque ces moines n'étaient pas autorisés à répandre le sang, à cette époque où l'on pratiquait si facilement la saignée; le barbier du monastère devint l'opérateur

(1) Leçon d'ouverture du cours de médecine opératoire.

accrédité et l'opération de la saignée fut considérée comme indigne d'un médecin.

Ne croyez pas d'ailleurs, Messieurs, que ces pratiques modestes fussent inoffensives pour l'opérateur; des lois leur laissaient l'entière responsabilité de leurs interventions, sous peine de sévères sanctions en cas d'insuccès; dans certains pays, avant même de panser une plaie l'homme de l'art devait fournir une caution; il payait une amende si le malade était rendu infirme par l'opération; enfin, pratique heureusement disparue, si le patient venait à mourir, les parents pouvaient disposer à leur gré de l'opérateur.

Bientôt les barbiers ajoutèrent à l'opération de la saignée l'application des sangsues, l'emploi du cautère et la petite chirurgie. Puis parmi ces praticiens, certains devinrent experts dans l'art de traiter les fractures, dans l'opération de la hernie et dans celle de la pierre; des traditions de famille, comme chez nos modernes rebouteurs, entretenaient leur adresse de génération en génération.

Enfin à cette classe de nos modestes ancêtres, il faut encore ajouter les bourreaux et les exécuteurs publics qui étaient appelés à réduire les luxations, à traiter les entorses, les contusions, les plaies et les hémorragies résultant des divers moyens de torture en usage dans ces temps sombres et reculés.

Cependant il existait quelques chirurgiens instruits et éclairés, dont quelques-uns étaient aussi docteurs, qui souhaitèrent fort d'être distingués de la nombreuse et vulgaire foule de ces petits pratiquants, et auxquels la position honorée des médecins faisait envie. Dès le XIIIe siècle ils formèrent à Paris une association qui fonda bientôt un collège de chirurgie, subordonné à la Faculté de médecine; ce collège avait ses règlements, ses assemblées, il instruisait des élèves et il leur faisait passer des examens; il fut interdit à Paris de pratiquer la chirurgie sans avoir passé l'examen correspondant.

Mais les médecins de la Faculté ne tardèrent pas à être offusqués par les progrès et par l'importance croissante des chirurgiens, dont ils regardaient avec mépris l'art comme un métier manuel exercé par des illettrés, et ils voulurent conserver leur contrôle supérieur, s'efforçant ainsi d'établir une barrière entre la médecine et la chirurgie. Le règlement défendait en effet, en 1350, aux bacheliers en médecine de traiter les plaies, les ulcères, les fractures, les tumeurs, etc.

A leur tour les barbiers se révoltèrent aussi contre les chirurgiens et ils obtinrent un édit qui leur permit d'appliquer des cataplasmes, des onguents et d'autres remèdes sur les plaies, les contusions, les abcès, etc.; la Faculté les mit sous sa protection à la condition qu'ils n'ordonneraient point de remèdes internes sans consulter un de ses membres; ils avaient donc une place officielle. Les chirurgiens protestèrent et la Cour décida qu'un membre de la Faculté devait donner l'ordonnance, le chirurgien serait l'opérateur, le barbier servirait d'aide. Cette querelle entre la Faculté, les chirurgiens et les barbiers devait d'ailleurs durer jusqu'au milieu du XVIIe siècle, ralentissant forcément les progrès scientifiques.

Cependant le champ de la chirurgie fut singulièrement élargi par Ambroise Paré, qui ayant débuté comme simple barbier, devint ensuite le conseiller des rois; par son originalité propre et par sa claire et vaste conception, il fit briller la chirurgie d'un vif éclat. Mais ce qui contribua le plus au progrès de la chirurgie et à combler le fossé qui la séparait de sa sœur la médecine, ce furent les études anatomiques.

L'ignorance en effet des plus simples notions anatomiques arrêtait l'essor du progrès chirurgical; les préjugés vulgaires ou religieux interdisaient chez les anciens la dissection des cadavres. Pendant de nombreux siècles toutes les recherches anatomiques avaient été pratiquées sur des animaux. En 1250, en Sicile, une loi de l'empereur Frédéric III autorisait les cours publics d'anatomie sur le corps humain. Mais en 1300, un édit du pape Boniface VIII, qui défendait de faire bouillir les cadavres, vint entraver le cours de ces recherches.

Mondino (de Bologne) disséquait en 1306 les cadavres humains dans le but unique de vérifier Galien; il déclare qu'il n'avait pas la conscience très rassurée et qu'il croyait commettre un péché mortel. A Montpellier, en 1315, pour la première fois en France, on fit des démonstrations anatomiques sur les cadavres, et cinquante ans plus tard, Louis d'Anjou accordait un corps de criminel à cette école chaque année.

Les dissections devinrent ensuite de plus en plus fréquentes, elles furent rendues publiques et les dignitaires de la cité, ainsi que les principaux citoyens vinrent y assister. Elles étaient fort rapides, se contentant le plus souvent de montrer les cavités thoracique et abdominale avec leur contenu, et elles étaient complètes en trois leçons. Ce fut Vésale, à la fois médecin et chirurgien, qui par ses recherches anatomiques montra les erreurs jusque-là accréditées et qui se dégageant de l'influence funeste d'Aristote et de Galien, plaça, grâce à l'anatomie, la chirurgie sur un terrain moins hésitant et vraiment scientifique.

Puis vint avec Sydenham, Morgagni, Bœrhave, Haller et Hunter une période où l'observation prit une place nouvelle et importante; la tradition fut laissée et l'on observa les phénomènes cliniques; les symptômes furent analysés et contrôlés, l'étude des lésions sur le cadavre compléta les remarques cliniques. Ce fut surtout Hunter qui montra que les méthodes employées à l'étude de la maladie étaient la propriété commune des médecins et des chirurgiens et que la pathologie expérimentale s'appliquait à l'une et à l'autre science; il montra les relations de la chirurgie avec le reste des sciences médicales et il établit cette science sur un terrain solide. Il n'y eut plus dès lors d'un côté des médecins, hommes instruits et hautement cultivés, et d'autre part des praticiens de la chirurgie ignorants et exerçant un vulgaire métier manuel.

La chirurgie fut ensuite représentée par d'habiles, ingénieux et brillants opérateurs, pleins de judicieux conseils, observateurs exacts et maîtres admirables qui remplirent de leur nom la première moitié du XIXe siècle.

***

La seconde moitié de ce siècle est occupée par les retentissants progrès accomplis par la chirurgie moderne, et ces progrès, communs en partie à la médecine ont créé une nouvelle distribution des frontières entre les deux parties.

La chirurgie actuelle s'est établie sur quatre bases solides : l'anesthésie, l'hémostase, l'antisepsie et l'asepsie.

L'anesthésie qui permet de poursuivre des opérations longues et délicates dans le calme et la tranquil-

lité, en dehors de toute brutalité et en prenant tout le temps nécessaire.

L'hémostase, assurée par la ligature que Paré appliquait déjà et par des pinces à forcipressure, facilite singulièrement les opérations et leur donne la sécurité.

L'antisepsie, née il y a plus de trente ans, fit son apparition à une époque où nombre de chirurgiens de marque, déçus et désolés par leur mortalité opératoire, n'osaient plus opérer et où, comme le dit Reclus, « la mortalité était si effrayante que si le « bon tyran » eût supprimé tous les chirurgiens grands, petits, bons, mauvais, la moyenne de la vie humaine se serait certainement accrue. » C'était l'époque où Broca déposait son bistouri après avoir vu mourir tous ses opérés du siège et de la Commune.

L'asepsie enfin, par une méthode rigoureusement scientifique, nous donne la preuve que dans la plaie, et dans tous les objets qui en approchent, entrant ainsi en contact avec nos tissus, il ne doit exister aucun agent d'infection.

Grâce à ces magnifiques découvertes, la chirurgie put enfin sortir de son cadre étroit et timide, et s'affranchir de l'érysipèle et de l'infection purulente.

Cette chirurgie, cotoyant toujours un danger de mort, attristait la conscience des opérateurs qui luttaient obstinément, à l'exemple de Maisonneuve, contre la pyohémie au moyen du serre-nœud, de l'aspiration continue exercée sur les plaies, des flèches au chlorure de zinc créées par Canquoin; c'était aussi l'époque timide et irrationnelle où tout utérus, ainsi que l'écrivait Clifford, reposait sur un perchoir ou était traversé par un pal.

Et cependant, les opérations n'étaient ni nombreuses, ni téméraires; on s'occupait surtout de traiter les fractures et les entorses; les ouvertures d'abcès, les phlegmons, les dilatations de l'anus, les ponctions d'hydrocèle, les fistules, les ablations de kystes sébacés, d'hémorroïdes, les kélotomies, les amputations des membres occupaient presque toute la chirurgie; dès qu'il s'agissait des articulations et des grandes séreuses l'abstention était la règle.

Les grands progrès que nous avons réalisés, ne doivent cependant pas, Messieurs, vous rendre injustes à l'égard de l'ancienne chirurgie, qui était déjà fort approfondie et élevée à un degré avancé de science fort précise.

Un chirurgien américain, Dowel avait fait en 1809 l'ovariotomie, Dupuytren réséquait des maxillaires, Récamier osa la première hystérectomie vaginale, et Maisonneuve l'entéro-anastomose. Demarquay imagina le pansement au permanganate de potasse — c'était déjà de l'antisepsie — et Nélaton le pansement à l'alcool, auquel on ajouta la teinture d'eucalyptus; mais ce furent surtout la méthode de Lister et les travaux de Pasteur qui bouleversèrent la chirurgie et agrandirent formidablement le champ de son action, en diminuant le danger des grandes interventions et en permettant de s'attaquer aux séreuses.

Ces données nouvelles enlevèrent à la médecine une partie de son domaine, et le traitement de certaines maladies subit un changement radical. L'antique distinction entre les thérapeutiques médicales et chirurgicales, basée sur l'usage des remèdes et sur celui des méthodes manuelles, ou encore sur la notion de maladies externes et de maladies internes, tendit à disparaître, et le nombre des opérations augmenta considérablement.

Ce fut surtout l'immense groupe des maladies de l'abdomen, qui, grâce aux nouvelles méthodes, fut enlevé à ce champ limitrophe situé entre la médecine et la chirurgie, pour appartenir franchement à cette dernière. Dès les temps les plus reculés, cette cavité avait été réservée au médecin à cause des dangers considérables que son ouverture faisait courir. La chirurgie de l'ovaire, puis celle de l'utérus firent d'abord d'énormes et rapides progrès. Les traumatismes de l'abdomen, les contusions, les plaies ne firent plus hésiter le chirurgien à entreprendre les opérations les plus étendues; des viscères jusque-là respectés furent hardiment attaqués; la chirurgie de l'estomac s'occupa de l'ulcère, du cancer et de la création d'un nouvel orifice de communication avec l'intestin; ce dernier fut réséqué sur une longueur parfois très grande; le rein, la rate, le foie, le pancréas, et surtout ces derniers temps les voies biliaires furent l'objet de tentatives souvent suivies de succès. Enfin vous connaissez tous les immenses services rendus par les chirurgiens en débarrassant l'abdomen de cet appendice qui crée si souvent des lésions d'une gravité que nul ne peut contester.

La certitude de la technique, fondée sur des notions anatomiques précises, l'adresse et l'ingéniosité de l'opérateur, la sécurité fournie par la méthode aseptique, abaissèrent à un tel point les risques opératoires, que dans nombre d'affections où il ne restait plus qu'un traitement médical insuffisant et inefficace, les chirurgiens furent amenés à dépasser les limites les plus reculées et les plus inattendues. C'est ainsi que fut abordée la chirurgie du poumon et l'on opère les tumeurs, les kystes, la gangrène de cet organe; le contenu de la boîte cranienne ne fut pas épargné, et l'on trépane pour des tumeurs, des abcès, et pour rechercher la cause de l'épilepsie jacksonienne. Les névralgies du trijumeau conduisent à des interventions souvent très étendues; l'occlusion intestinale a bénéficié largement de la laparotomie; l'ictère est souvent une source féconde d'indications opératoires, certaines néphrites chroniques se trouvant bien de la décapsulation rénale; les plaies du cœur, les perforations intestinales de la fièvre typhoïde sont quelquefois cousues avec succès et les prostatiques sont grandement soulagés par l'ablation de cette glande qui les empêche de vider librement leur vessie.

Bien plus, l'innocuité opératoire est telle, que souvent, dans les cas douteux, les chirurgiens sont parfaitement autorisés à ouvrir l'abdomen, faisant ainsi une laparotomie exploratrice qui doit les renseigner sur l'opportunité d'une intervention que l'on précisait avec difficulté par les moyens d'investigation habituels; ils réalisent ainsi la pensée de notre bon La Fontaine qui nous dit quelque part :

> Au temps jadis le genre humain avait
> Fenêtre au corps; de sorte qu'on pouvait
> Dans le dedans tout à son aise lire;
> Chose commode aux médecins d'alors.

*
* *

Mais toute médaille a son revers; le couteau du chirurgien est une arme à double tranchant qui peut guérir d'un côté, et de l'autre créer des complications nouvelles.

Les progrès de la chirurgie contemporaine, l'envahissement des frontières de la médecine, doivent comme tout processus vraiment scientifique, être prudents et sagement conduits, car le succès opéra-

toire et la sécurité de la technique ne sont pas une raison suffisante pour nous faire intervenir à la légère; il faut se souvenir en effet que l'ablation d'un organe malade peut ne pas amener la guérison; l'ablation de la rate hypertrophiée ne guérit pas la leucémie et à certaines opérations il peut succéder des troubles fort graves; le myxœdème opératoire n'est-il pas pire que le goitre?

Ce qu'il faut éviter, en effet, c'est que les chirurgiens grisés par leurs succès inespérés parfois, ne franchissent les bornes qui les écartent du domaine permis et ne deviennent des opérateurs intempestifs. C'est ce qui se produisit après les triomphes des premières années de la chirurgie antiseptique et aseptique, et l'on vit intervenir à tout coup pour des fibromes utérins peu volumineux voisins de la ménopause, pour des métrites, pour des annexites peu accentuées, pour des abcès par congestion, pour des adénites tuberculeuses.

Lequel d'entre vous, Messieurs, ignore les méfaits du curetage de l'utérus, cette petite opération que beaucoup encore croient inoffensive, et qui consiste à promener une curette sur la muqueuse enflammée de l'utérus? Combien de désordres et de mécomptes dus à l'exaspération de la métrite et combien de complications du côté des annexes ne lui doit-on pas?

Proposerez-vous délibérément l'hystérectomie immédiate à une femme, déjà d'un certain âge, qui porte un petit corps fibreux utérin n'augmentant pas, ne saignant pas beaucoup et ne gênant pas la malade; et penserez-vous que la crainte d'une dégénérescence maligne de cette tumeur suffise à imposer une opération?

N'est-il pas juste aussi que l'opération de Battey, l'ablation des ovaires sains ou peu malades, faite dans le but d'amener la ménopause artificielle pour guérir des troubles nerveux soit tombée dans un discrédit d'où elle ne se relèvera jamais? Tandis qu'au contraire vous savez tous que le rôle de l'ovaire est si important du fait de sa sécrétion interne, qu'il faut s'efforcer de le conserver précieusement en totalité ou en partie par des résections partielles.

Il ne faut donc pas nous laisser surprendre par une chirurgie hardie et qui tous les jours nous montre des tentatives souvent ingénieuses et toutes à l'honneur de l'esprit qui les a conçues, mais dont la preuve n'est pas faite et dont le résultat profitable pour le malade n'apparaît pas encore nettement.

Les dissociations et les élongations nerveuses contre les troubles trophiques ont donné souvent des mécomptes et des troubles plus graves que les premiers. Il n'est pas jusqu'à certaines maladies du poumon restées jusque-là du domaine médical, qui n'aient été l'objet d'opérations chirurgicales. Dans l'emphysème pulmonaire, Freund a proposé il y a peu de temps une nouvelle opération et l'on croirait à lire certains travaux allemands, que cette méthode pourrait donner quelques résultats : beaucoup d'emphysèmes en effet sont d'origine pariétale; le thorax déformé, rigide, dont les cartilages costaux sont grossis et calcifiés, est immobilisé en inspiration et ne peut s'abaisser pour le jeu respiratoire; que l'on vienne à couper sur le cadavre plusieurs de ces cartilages, les côtes reprennent leur position normale, le thorax s'affaisse, tombe en attitude d'inspiration et devient de nouveau mobilisable; telle est l'origine de l'opération de Freund qui résèque plusieurs cartilages costaux sur une longueur de 2 centimètres. Il est prudent de ne pas conclure trop vite, de laisser les théories les plus rationnelles en les subordonnant aux faits cliniques et de s'en tenir aux résultats pratiques qui sont encore trop peu nombreux puisque Lejars n'en a réuni que trois.

Vous aurez certainement la même opinion au sujet de la résection du premier cartilage costal qui a été proposée par Kausch pour guérir la tuberculose commençante du sommet du poumon; nous ne possédons qu'une seule observation qui, bien que favorable, ne suffit pas à nous convaincre.

C'est en effet, Messieurs, l'évolution naturelle des choses que le tassement des idées après les périodes de progrès intense et rapide; et l'on peut dire que plus la chirurgie devient hardie, plus en même temps elle devient conservatrice.

Vous l'avez vu tout à l'heure, elles sont finies ces débauches de castration ovarienne pour de simples douleurs, et l'on respecte nombre d'inoffensifs fibromes ou bien on les énuclée en conservant l'organe; les blessés atteints de grands écrasements des membres ne meurent plus de choc pour avoir été trop hâtivement opérés; les grands lavages chauds et l'embaumement ont fort amélioré les statistiques; les ablations des ganglions tuberculeux sont devenues plus rares et ne se font que dans des conditions déterminées; les abcès froids se trouvent bien des injections d'éther iodoformé qu'on n'aurait jamais dû laisser; les vastes craniectomies qui découvraient tout un lobe d'encéphale sont considérées comme trop pleines de risques pour un résultat souvent maigre, et les résections intestinales primitives dans les occlusions intestinales et dans les gangrènes herniaires sont pratiquées avec beaucoup de réserve.

De plus, la médecine s'attache à reprendre peu à peu une partie du terrain qu'elle a perdu : les chirurgiens interviennent de moins en moins quand il s'agit de tuberculose osseuse ou articulaire et le traitement général occupe une place primordiale; l'éther iodoformé, les injections sclérogènes de Lannelongue sont d'un emploi courant dans cette lutte contre le bacille de la tuberculose, en attendant qu'un sérum antituberculeux vienne le vaincre à coup sûr.

La trachéotomie est devenue plus rare depuis que l'on emploie le sérum de Roux et que l'on connaît le tubage.

Dans les cas même qui paraissent les plus sûrs, dans nombre de tumeurs, ne peut-on pas accuser la science du chirurgien d'avoir fait fausse route et de l'avoir conduit à opérer des tumeurs qui donnaient l'illusion d'un cancer et qui n'étaient que de simples affections inflammatoires? Je n'en veux pour preuve que les faits signalés il y a quelques mois par Mayo Robson; cet auteur rapporte plusieurs cas de tumeurs bien authentiques siégeant en particulier dans l'abdomen, tumeurs vues et touchées souvent au cours d'une laparotomie exploratrice et qui simulaient à s'y méprendre des tumeurs malignes avec leurs adhérences et leurs ganglions; l'évolution de ces tumeurs appartenant au côlon, au foie, à l'estomac, au duodénum, à la vésicule biliaire et au pancréas, montra qu'elles étaient des produits inflammatoires et l'auteur dit : « Je pense que lorsqu'on est appelé à donner une opinion sur une tumeur abdominale ayant toutes les allures du cancer, il faut savoir réserver de toutes façons le pronostic. » Ces faits me firent penser à certaines tumeurs para-osseuses qu'il m'avait été donné d'observer à plusieurs reprises, notamment dans le creux poplité, qui ressemblaient fort à des

sarcomes et qui disparurent par le traitement mercuriel. Voilà donc des cas situés à coup sûr dans ce terrain limité qui nous occupe et dont l'évolution médicale ne fait aucun doute.

Enfin serons-nous toujours déçus dans nos illusions les plus chères, lorsque quelque retentissante communication nous annoncera la découverte d'un sérum anticancéreux? Car c'est là que le chirurgien se heurte avec une constance désespérante, et il reste désarmé devant les récidives presque inévitables de ce mal terrible. C'est dans ce sens que doit porter l'effort de nos recherches, et au jour glorieux de cette découverte dont les effets seront incalculables, la médecine aura franchi d'un bond prodigieux la zone frontière qui la sépare de la chirurgie, en pénétrant bien avant dans son cœur même.

*
* *

Cela vous prouve, Messieurs, que l'éducation du chirurgien, inséparable de celle du médecin, doit être poussée fort loin. Les succès habituels des interventions ont beaucoup augmenté le nombre des opérateurs; mais l'habileté, la sûreté de la technique, la rapidité qui est loin d'être négligeable, demandent une préparation longue et soignée qui fait souvent défaut aux chirurgiens. De plus, gardez-vous avec soin de la tendance si fréquente à la spécialisation prématurée, et ne négligez aucunement les notions générales, les branches que vous croyez élémentaires; l'art médical est un tout que ces divers éléments contribuent à former. C'est vous dire que le chirurgien doit tendre à ne jamais cesser d'être un médecin.

Si cette vérité était bien établie, les indications opératoires seraient souvent plus précocement saisies et l'opérateur aurait moins à se débattre contre les difficultés de l'intervention; cela est surtout vrai pour la chirurgie gastrique, où l'on voit les malades arriver souvent avec des lésions trop étendues; il y aurait ainsi bien des opérations pleines de risques qui seraient évitées. Donc, médecins et chirurgiens, unis fraternellement, doivent rechercher avec la certitude du diagnostic, des indications thérapeutiques précises et bien établies en se rappelant la phrase de Billroth : « Avant de décider la nécessité d'une opération, je me pose toujours la question suivante : Autoriserais-tu une semblable opération à celle que tu veux pratiquer sur ton malade, sur toi-même? »

Le chirurgien ne doit pas se laisser entraîner, par la facilité de parfaire et de contrôler son diagnostic après l'opération, à l'étudier insuffisamment auparavant, alors que c'est précisément ce contrôle presque constant qui devrait le rendre prudent et le faire réfléchir. Or, pour arriver à ce diagnostic, les méthodes d'examen du malade, l'exploration clinique, les données fournies par le laboratoire sont les mêmes pour le médecin et pour le chirurgien, en particulier pour les affections thoraciques et abdominales; l'union de leurs efforts doit tendre à rechercher les moyens de rendre les opérations futures plus rares et moins graves, en posant les indications d'une façon plus certaine et plus précoce.

Le médecin doit, en effet, savoir de bonne heure recourir au traitement chirurgical; il doit être constamment informé des progrès de cet art pour en saisir les nouvelles ressources et pour en tirer des indications qu'il ignorait, et il lui faut consentir, confiant qu'il sera dans le jugement clinique du chirurgien, à l'abandon de ces cas de la zone limite où le traitement médical est resté sans effet et où l'intervention donne des résultats appréciables; il doit le faire sans perdre un temps précieux, se rappelant que l'ictère qui se prolonge relève souvent de la chirurgie, que la constipation opiniâtre ne demande pas toujours un laxatif, ni les vomissements tenaces, un calmant.

De tout cela il résulte qu'il est donc un terrain sur lequel médecins et chirurgiens restent parfaitement unis, c'est celui des données positives, des faits, c'est celui du culte de l'observation et nous devons nous élever avec énergie contre Verduc qui édifia sa conception de la chirurgie sur le malheureux principe de Lecat : « Le raisonnement d'abord, les faits ensuite. » Or, c'est l'observation qui doit être le guide sûr du chercheur et du praticien, c'est elle qui doit avoir le pas sur le rationalisme; c'est elle que vous devez établir d'abord avec vos sens, puis vous la complétez à l'aide des méthodes modernes : analyse des liquides de l'organisme, radiographie, cryoscopie, vision directe des cavités naturelles, etc., de telle sorte qu'on peut dire que les progrès réalisés dans les diverses parties de la médecine n'ont fait que consolider son unité, et que toutes les diverses branches solidaires entre elles en ont largement profité. Si donc, à certaines époques, des controverses ont agité les médecins et les chirurgiens, à l'heure actuelle il n'existe plus qu'une rivalité généreuse, tendue vers un but commun, la vie humaine, et le champ de bataille, la zone frontière, n'est plus devenu qu'une zone cordiale où parfois les médecins se montrent plus zélés interventionnistes que les chirurgiens.

*
* *

J'ai terminé, Messieurs, cette revue rapide des conquêtes de la chirurgie contemporaine et l'histoire de ses conflits qui ne sont qu'apparents avec sa sœur la médecine. Je vous disais tout à l'heure que votre éducation devait être forte et solidement assise, non seulement au point de vue théorique, mais encore et surtout au point de vue pratique — préoccupés que vous devez être de réussir dans votre art; aussi devez-vous essayer de vous rendre maîtres de cet art par une forte application, vous rappelant le précepte que notre grand Ambroise Paré inscrit dans ses *Canons et reigles chirurgiques* :

> Celuy qui brave veut faire la chirurgie,
> Il faut qu'il soit habile, accord, industrieux,
> Et non pas seulement qu'aux livres il se fie
> Soyent françois ou latins, ou grecs ou hébrieux.

Dans cette intention, permettez-moi de vous indiquer brièvement la pratique que je compte tirer pour l'enseignement qui m'est confié des ressources dont nous disposons.

Tout médecin dans sa pratique journalière doit savoir exécuter certaines interventions de médecine opératoire classique et certaines opérations d'urgence destinées à parer immédiatement à des accidents menaçants. Pour répondre à ce double but pratique, j'ai l'intention de vous enseigner dans chaque leçon les indications et la technique, exécutée sous vos yeux : 1° d'une opération de ce qu'on est convenu d'appeler la médecine opératoire classique (amputations, désarticulations usuelles et courantes) en éliminant celles que l'on ne fait jamais; 2° dans la seconde partie il s'agira d'une intervention de petite chirurgie ou de chirurgie d'urgence (trachéotomie, hernies, etc.).

Immédiatement après, s'il est possible, vous passerez à l'exercice pratique et vous exécuterez en vous groupant l'opération que vous aurez ainsi apprise.

Telle est, Messieurs, la division du travail que je me propose d'appliquer; cet enseignement de la Faculté doit se rapprocher de celui de l'hôpital où maîtres et élèves sont rassemblés et s'instruisent autour du lit du malade; réunis ensemble en véritables compagnons d'étude, les plus expérimentés guidant les plus jeunes, nous allons collaborer à la même œuvre.

Votre accueil chaleureux a redoublé l'émotion que j'ai ressentie en prenant possession de cet enseignement; il me fait comprendre avec plus de force l'honneur que m'ont fait la Faculté et M. le ministre de l'Instruction publique, en me confiant jusqu'en octobre 1913 l'enseignement de la médecine opératoire, il m'en fait aussi comprendre les devoirs.

J'y consacrerai mes efforts sans compter et je serai largement récompensé si je puis vous faire connaître et aimer cette science qui peut être si féconde pour vous en résultats. Je vous demande de m'aider et de répondre par votre bonne volonté au vif désir que j'ai de vous être utile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 MAI 1908)

Sur l'impossibilité de diagnostiquer la mort réelle par la radiographie des organes abdominaux. — M. Maxime MÉNARD. Dans une récente communication (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 56, p. 666), M. Vaillant avait montré que le diagnostic de « la mort réelle peut être fait, quant à présent, par l'examen radiographique des organes abdominaux ».

M. Ménard conteste la possibilité de ce diagnostic, et se basant sur des expériences, il arrive à cette conclusion qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de faire par la radiographie des organes abdominaux le diagnostic de la mort réelle.

Sur les propriétés activantes des sérums d'animaux sains et d'animaux tuberculeux ou tuberculinés à l'égard du venin de cobra. — MM. A. CALMETTE, MASSOL et GUÉRIN.

Etude de l'action bactéricide du sérum antivirulent sur les germes adventices du vaccin. — M. L. CAMUS.

La transmission de la syphilis au chat. — MM. C. LEVADITI et T. YAMANOUCHI.

Action comparée de l'eau simple et des sérums artificiels à minéralisation complexe sur le sang et la circulation. — M. C. FLEIG.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 MAI 1908)

Guérison apparente d'une cirrhose atrophique du foie. — M. L. GALLIARD présente une malade qui est comparable à deux sujets dont il a communiqué les observations en 1903. Elle a offert pendant plus d'une année des signes de cirrhose hépatique du foie, et ces signes ont disparu. Agée de quarante-six ans, veuve d'un phtisique, jamais enceinte, elle a eu la variole et la fièvre typhoïde il y a six ans. Elle nie la syphilis bien que l'on constate du vitiligo cervical; elle nie l'alcoolisme mais avoue l'abus du café, son hygiène alimentaire était d'ailleurs défectueuse. Employée dans une manufacture de caoutchouc, elle a été exposée à des vapeurs et à des poussières toxiques.

En 1907, étourdissements prolongés, puis augmentation de volume du ventre, œdème des membres inférieurs, oligurie, subictère, épistaxis fréquentes. En avril 1907, admission dans le service de M. Vaquez, à Saint-Antoine, où elle subit en juin et juillet quatre ponctions d'ascite : 11 litres, 10 litres et demi, 9 litres, enfin 8 litres de liquide jaunâtre, mousseux.

Après un séjour à l'asile du Vésinet, en novembre 1907, elle reprit ses occupations mais bientôt dut s'aliter chez elle et enfin se faire admettre dans le service de M. Galliard à Lariboisière le 24 février 1908. A ce moment, elle avait des épistaxis qui nécessitaient parfois le tamponnement des fosses nasales : ascite et œdème des membres inférieurs, oligurie sans albuminurie, développement modéré du réseau veineux sous-cutané abdominal, pas de splénomégalie. Foie petit; subictère; pas de désordre notable des voies digestives, mais inappétence. Hydrothorax du côté gauche; pas de signes de tuberculose pulmonaire. Pas d'affection cardiaque. Pas de lésion des organes génitaux pouvant causer l'ascite. Maigreur, aspect cachectique.

M. L. Galliard différa la ponction et se contenta de prescrire le calomel à la dose de 10 centigrammes par jour, le régime lacté et le foie de porc à la dose de 125 grammes par jour.

Pendant un mois environ, peu de changement, si ce n'est pour l'urination qui augmente progressivement. Au bout d'un mois, disparition de l'œdème des jambes et de l'ascite ainsi que de l'hydrothorax du côté gauche. Les épistaxis cessaient. L'appétit était meilleur, la digestion parfaite. L'état général s'améliorait à tel point que la malade demandait à être envoyée au Vésinet, en convalescence.

Actuellement la malade a repris sa physionomie habituelle. Le ventre est souple. L'ascite fait défaut. La rate n'est pas grosse. Le foie est petit : la hauteur de sa matité verticale ne dépasse pas 10 centimètres. Il n'y a pas d'hypoazoturie : 23 grammes d'urée en vingt-quatre heures pour 2l250 d'urine. Pas de sucre. Pas d'albumine. Un peu d'urobiline. L'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat positif : le sucre se montre dans l'urine au bout de deux heures et demie et la glycosurie persiste pendant quatre heures. Le fonctionnement de la cellule hépatique est donc encore défectueux. On n'est pas autorisé à dire : guérison *réelle*, mais guérison *apparente* de cette cirrhose atrophique, sous l'influence de l'opothérapie hépatique.

Sporotrichose expérimentale. — MM. DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER apportent aujourd'hui l'étude histologique de cas de sporotrichose expérimentale du rat qu'ils avaient exposés à la dernière séance, ils insistent sur les cirrhoses du foie, les néphrites, les myocardites, pneumonies, etc., dus au sporotrichum Beurmanni. Ils schématisent l'histologie générale des sporotrichoses viscérales ou expérimentales.

Pleurésie purulente interlobaire consécutive à un pneumothorax chez une emphysémateuse. — MM. MOSNY et PINARD rapportent l'observation d'une pleurésie purulente interlobaire intéressante à plus d'un titre.

La malade présentait des lésions de tuberculose pulmonaire peu avancée, se révélant par de l'emphysème pulmonaire et des crises d'asthme. Il s'agissait donc de tuberculose pseudo-asthmatique si fréquente et pourtant si méconnue.

Brusquement se produisit un pneumothorax avec dyspnée menaçante pour lequel fut pratiquée la pleurotomie qui donna issue à du gaz et à une faible quantité de pus. La guérison s'établit assez rapidement mais dans la suite, des points de côté persistants et très douloureux sous l'omoplate gauche, de la dyspnée, de la fièvre attirèrent de nouveau l'attention. De la submatité suspendue fit soupçonner une pleurésie interlobaire dont l'existence fut confirmée par les examens radioscopiques et par des radiographies véritablement schématiques.

Cette poche fut ponctionnée; on retira 100 centimètres cubes de pus épais ne contenant ni bacilles de la tuberculose, ni microbes aérobies (examens directs, culture sur bouillon et gélose, inoculation négative au cobaye).

Après cette simple ponction, la poche ne se reproduisit plus ainsi qu'en fait foi l'état de la malade et la radiographie.

Un cas d'anémie aplastique. — MM. Caussade et Schæffer présentent un cas d'anémie aplastique dont l'évolution a été rapide (environ deux mois) et dont les symptômes, outre la décoloration des téguments et des muqueuses, ont consisté exclusivement en une dyspnée très marquée, une faiblesse extrême, quelques taches purpuriques et dans les derniers jours dans de l'œdème. Les auteurs insistent sur la formule sanguine qui est restée la même pendant toute l'évolution de la maladie et sur la dégénérescence complète et totale de la moelle osseuse qui ne contenait que quelques hématies sans noyau et quelques rares lymphocytes. Les auteurs, appuyant l'opinion de MM. Vaquez, Aubertin et Laubry, voient dans la persistance de la formule hémoleucocytaire pendant la vie, dans la dégénérescence médullaire, et dans cette formule même les critériums nécessaires pour caractériser l'anémie aplastique qu'ils présentent.

Ils confirment donc l'opinion des auteurs précédents, à savoir que l'anémie aplastique forme un groupe à part sans aucune variété ; la moelle osseuse est frappée de stérilité dès le début de l'affection et il n'existe aucune trace de réaction myéloïde. Cette réaction plus ou moins marquée se trouve seulement dans les anémies plastiques que le terme d'orthoplastique suffit largement à distinguer en tant que variété.

Double épidémie de rougeole et de varicelle. — MM. Oddo et E. Weil (de Marseille). — Cette petite épidémie a sévi dans un service de l'hospice de Sainte-Marguerite de Marseille. Elle a intéressé sept sujets; l'incubation de l'une de ces affections n'ayant nullement empêché la contagion de l'autre. Dans deux de ces faits il y a eu succession des deux fièvres éruptives sans modification de l'évolution de l'une ou de l'autre. Dans les cinq autres il y a eu superposition et fusion des deux éruptions, la varicelle ayant précédé de deux à cinq jours la rougeole. Dans deux de ces faits la varicelle a été suivie d'un rash scarlatiniforme qui a précédé une éruption de rougeole. Celle-ci après s'être affaissée a repris avec une nouvelle intensité affectant un caractère hémorragique des deux éruptions rubéolique et morbilleuse. Dans les autres cas les deux éruptions ont évolué d'une manière normale.

Traumatisme et folie. — M. le docteur A. Marie a présenté deux malades : le premier avait eu un accident d'automobile sans fracture du crâne avec aggravation consécutive de son état mental. Cet état se traduisant par des crises spasmodiques, des phobies et des impulsions homicides (rêves stéréotypés et amnésie des actes).

Le deuxième est un épileptique jacksonien guéri par trépanation : incorporé dans l'armée malgré sa trépanation il y a fait des excès de boisson et fut réformé; trépané à nouveau pour ses troubles mentaux (stupeur) il a été finalement interné catatonique et reste en état de démence précoce et stupureuse depuis de longs mois (on peut par la brèche pariétale explorer le pouls cérébral, dont les variations ont pu être enregistrées).

Insuffisance mitrale traumatique. — MM. Claisse et Socquet. Une importante question médico-légale a été posée à propos de diverses observations de lésions traumatiques valvulaires, qui ont été présentées à la Société dans ces derniers mois. Le patron d'un ouvrier peut-il être rendu responsable d'une lésion traumatique, qui n'est ordinairement que l'aboutissant de lésions anciennes, athéromateuses? L'un des auteurs, dans un cas de rupture des valvules aortiques, concluait pour la négative.

Le cas qu'on nous présente est tout différent. Il s'agit d'un sujet parfaitement sain qui, brusquement, fut atteint d'insuffisance mitrale à l'occasion d'un effort anormal et d'une pression thoracique violente. Il agonisa cinq mois et, à l'autopsie, on trouve une rupture du pilier droit de la mitrale sans lésion aucune des valvules.

Ce cas est un bel exemple de lésion valvulaire du cœur due exclusivement au traumatisme. Il concorde avec le résultat des expériences relatées par Barié dans son mémoire classique.

Mal perforant buccal. — MM. A. Danlos et A. Lévy-Franckel présentent un tabétique atteint de mal perforant buccal avec résorption partielle du maxillaire supérieur, coïncidant avec des gommes syphilitiques en activité au niveau du menton et sur la face interne des joues. Ce malade, tuberculeux pulmonaire avancé, présente en outre une adénopathie sous-maxillaire médiane et latérale, probablement de nature mixte.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 30 mai 1908)

Nouvelles recherches sur le rôle des hématoblastes, ou plaquette sanguine, dans la coagulation. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont déjà montré que les plaquettes extraites du sang incoagulable oxalaté et débarrassées de plasma font coaguler certaines solutions de fibrinogène (liquide d'hydrocèle). Il ne s'agit pas là d'une propriété spéciale aux plaquettes du sang oxalaté et l'expérience permet de constater que les plaquettes extraites du sang citraté sont également coagulantes pour le liquide d'hydrocèle. Les plaquettes extraites du sang fluoré font aussi coaguler ce milieu, mais le caillot obtenu dans ces conditions reste irrétractile. Quant aux plaquettes extraites du sang formolé elles paraissent absolument inactives.

L'oxalate de potasse semble donc constituer un des meilleurs agents anticoagulants à employer pour laisser aux plaquettes leur activité.

MM. L. Le Sourd et Pagniez ont aussi étudié l'action sur quelques plasmas de plaquettes isolées par ces différents procédés. Les plaquettes oxalatées ou citratées sont sans action sur le plasma citraté; les plaquettes florées provoquent tardivement la coagulation de ce même plasma citraté.

Les plaquettes peuvent donc, suivant les conditions expérimentales, montrer des propriétés identiques ou différentes de celles du sérum sanguin dont le fibrin-ferment fait indifféremment coaguler le liquide d'hydrocèle et les divers plasmas (citraté, fluoré, etc.).

Importance de la zone sous-capsulaire et de la « sclérose marginale » dans la tuberculose rénale hématique. — M. André Jousset. Lorsqu'on produit chez le lapin l'infection bacillaire du rein par injection intra-veineuse de bacilles de Koch d'origine humaine, les lésions sont généralement irrégulières, rares et atypiques. Parfois lésions typiques et atypiques semblent faire complètement défaut. Elles sont en ces cas limitées à une petite zone linéaire de néphrite scléreuse, sous-capsulaire, établie en bordure du cortex. Cette *sclérose marginale* est imputable au bacille de Koch qui élit domicile en cette région avec une prédilection remarquable.

La zone sous-scapulaire est importante à connaître. C'est à son niveau qu'on doit chercher dans les cas cliniques ou expérimentaux les preuves histologiques ou bactériologiques de l'infection tuberculeuse à ses débuts.

Quant à la sclérose marginale, elle peut être l'unique expression d'un processus de tuberculisation rapidement éteint, d'où l'importance de l'épreuve de la « décortication » dans le diagnostic anatomique de la néphrite tuberculeuse.

Dessiccation du virus rabique en présence de l'acide sulfurique. — MM. Remlinger et Nouri. M. Vansteenberghe a vu que, si on dessèche rapidement dans le vide sulfurique une bouillie de cerveau rabique, la poudre obtenue demeure virulente pendant plusieurs mois et ne s'atténue plus à l'aide des agents d'affaiblissement habituels. L'acide sulfurique n'a sur le virus rabique aucune action élective. Il est incapable de paralyser l'action atténuante de la dessiccation. On obtient des résultats identiques en desséchant rapidement le virus sur de la potasse ou au seul contact de l'air. La conservation de la virulence paraît être, avant tout, fonction de la rapidité des opérations. La dessiccation agissant très rapidement sur les cellules nerveuses à l'intérieur desquelles se trouve le microbe rabique les ratatine et les transforme en une gangue protectrice au milieu de laquelle les germes sont à l'abri des agents d'atténuation.

Résistance à l'infection chez les animaux chauffés. — MM. E. Lesné et L. Dreyfus. Pour compléter leurs recher-

-ches antérieures sur la tension toxique de certaines substances chez les animaux rendus hypertermiques par la mise à l'étuve, les auteurs ont étudié l'influence du chauffage sur l'infection par le pneumocoque chez la souris, par le microbe du choléra des poules et par le bacille d'Eberth chez le cobaye. Sauf pour le pneumocoque, pour lequel la résistance des animaux placés à l'étuve à 31 degrés paraît augmentée, on ne constate pas d'influence nette ou chauffage, soit dans le sens de l'aggravation de l'infection, soit en sens inverse. Le sérum des animaux chauffés acquiert la propriété agglutinante vis-à-vis du bacille d'Eberth, et le taux d'agglutination ne paraît pas notablement influencé.

Traitement thyroïdien « pierre de touche ». — MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild insistent sur la rapidité, l'instanéité d'action du traitement thyroïdien dans certains cas de : anorexie, constipation, calvitie, hypothermie, troubles menstruels, céphalée, affolement bulbaire, neurasthénie, rhumatisme chronique, etc.

Le traitement acquiert alors une valeur spécifique au point de vue pathogénique, et une valeur diagnostique, en clinique. Il est « pierre de touche. »

Néanmoins, parfois un même symptôme, chez des sujets qui bénéficient d'ailleurs du traitement, ne se trouvera pas influencé chez tous avec la même rapidité. Et, d'autre part, chez un même sujet, le même symptôme sera influencé différemment à diverses périodes.

L'amélioration rapide, au cours d'un état d'instabilité thyroïdienne, d'un symptôme, qu'il soit visé ou non, indique que la médication mord. L'excitation excessive, susceptible de se produire pour telle ou telle fonction, conduit à commencer le traitement par des doses minimes.

L'atoxyl dans la syphilis expérimentale du lapin. — MM. Levaditi et Yamamouchi. L'atoxyl prévient et guérit la kératite syphilitique du lapin. Il détruit complètement le tréponème, non pas directement, mais par l'intermédiaire de l'organisme, sans qu'interviennent les phagocytes.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 16, 19 avril 1908.) Lambret : Le professeur Folet (leçon inaugurale faite à l'hôpital Saint-Sauveur). — (N° 17, 26 avril.) G. Gérard : Discussion d'un projet de création d'infirmeries scolaires. — V. Bué et G. Petit : Sur la présence du spirochète dans les tissus des hérédo-syphilitiques. — (N° 18, 3 mai.) Lambret : Comment examiner un malade chirurgical, comment exposer oralement son cas et prendre son observation. — H. Damaye et M. Desruelles : Méningite purulente à streptocoque chez une paralytique générale. — (N° 19, 10 mai.) Paucot : Influence du repos de la femme enceinte sur le poids du fœtus et la durée de la grossesse. — (N° 20, 17 mai.) Moty : Procédés de cure radicale des hernies. — Bertin et Georges Petit : Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 16, 19 avril.) Léon Collin : Ulcération phagédénique du scrotum consécutive à un eczéma nummulaire croûteux. — (N° 17, 26 avril.) J. Duvergey : A propos d'une intervention chirurgicale pour perforations intestinales dans un cas de fièvre typhoïde à forme ambulatoire. — (N° 18, 3 mai.) Sabrazès et Muratet : Trypanosome (torpedo marmorasa Risso). — Montéli et Cornillot : De la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. — Ch. Faguet : De l'état antérieur dans les accidents du travail. — (N° 19, 10 mai.) Sabrazès et Muratet : Observations sur le sang de la torpille. — Petit de la Villéon : La chirurgie des enfants en Allemagne et en Autriche.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 16, 19 avril 1908.) Chavannaz : Trois cas de fibrome utérin sphacelé. Intervention. Guérison. — Rocher : La thermothérapie localisée (méthode de Bier) dans les douleurs de la croissance rebelles. — Cruchet : La discussion sur l'hystérie. — (N° 17, 26 avril.) Verdelet : Note sur deux cas de kystes hydatiques. — (N° 18, 3 mai.) P. Lemaire et Dubourdieu : Sur la posologie de la marétine et la durée de son élimination. — Crouzet : Nouvelle méthode anthropographométrique. — (N° 19, 10 mai.) R. Saint-Philippe : De la suppression et de la reprise du lait dans les diarrhées de l'enfance. — (N° 20, 17 mai.) B. Auché : Contribution à l'étude bactériologique de la perlèche.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 avril 1908.) Lucas-Championnière : La loi sur les accidents du travail. — E. Pillet : L'hématurie, ses causes et son traitement. — (10 mai.) Lucas-Championnière : La désinfection des livres fermés et l'avenir des stérilisations.

Journal des praticiens. — (N° 17, 25 avril 1908.) Hutinel : Appendicites et pseudo-appendicites dans certaines maladies infectieuses. — (N° 18, 2 mai.) Reclus : Nouvelle guérison de fistule vésico-vaginale guérie par la méthode de Braquehaye. — Armand Delille : Traitement de l'anémie à type chlorotique des nourrissons. — Huchard et Bergouignan : La sphygmomanométrie clinique (*suite*). — (N° 19, 9 mai.) Calot : Le traitement du genu-valgum. — Huchard et Bergouignan : La sphygmomanométrie clinique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 16, 18 avril 1908.) Bouchaud : Sclérose latérale amyotrophique, à début hémiplégique, chez un sujet âgé de seize ans. — J. Labbé : Les douleurs dans la polynévrite grippale. — (N° 18, 25 avril.) Delobel : Corps étranger de l'œsophage. Extraction par l'œsophagoscopie. — Ch. Bailleux : Goitre parenchymateux et vasculaire. Thyroïdectomie totale. Guérison. — (N° 18, 2 mai.) Lavrand : Tumeur ulcérée du pharynx. — Fievez et Naveau : Recherches anatomo-cliniques sur la hanche à ressort. — (N° 19, 9 mai.) Delobel : Chirurgie de l'amygdale.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 4, 25 avril 1908.) Rémond et Voivenel : L'hérédité mentale en psychiatrie. — Poux : Six observations de dilatation artificielle du col utérin ou accouchement méthodiquement rapide.

Semaine médicale. — (N° 11, 11 mars 1908.) Lejars : Les points douloureux appendiculaires. — (N° 12, 18 mars.) Moty : Le drainage systématique comme moyen prophylactique des phlébites post-opératoires. — (N° 13, 25 mars.) Roch et Burnand : L'artérite rhumatismale périphérique. — (N° 14, 1er avril.) Lépine : Diagnostic de l'insuffisance pancréatique.

Tribune médicale. — (N° 11, 14 mars 1908.) Marcel Labbé : Les syndromes douloureux chez les diabétiques. — (N° 12, 21 mars.) A. Broca : Fracture sus-condylienne de l'humérus chez l'enfant et ses complications. — (N° 13, 28 mars.) Mosny et Pinard : Méningite saturnine aiguë. — (N° 14, 4 avril.) Debove : Obstruction calculeuse du cholédoque. — Ménétrier et A. Touraine : Un cas de mort subite au cours du diabète sucré par thrombose de la coronaire antérieure et infarctus du myocarde. — (N° 15, 11 avril.) Lesage et Cléret : Croup et morphine. — Antonio-Mendicini Bono : Contribution à l'étude des troubles trophiques dits hystériques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 64. — JEUDI 4 JUIN 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 4 JUIN 1908. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Séance du 2 juin : MM. Ducloux et Guillemot, 19.

Prochaine séance, samedi 6 juin, à neuf heures du matin, à la Charité.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Oral* : « Spina bifida .» — Séance du 1er juin : MM. Chevrier, 17; Alglave, 19; Mouchet, 20; Grégoire, 18.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'UROLOGIE. — L'Association internationale d'urologie, fondée au mois d'octobre dernier sur des bases analogues à celles de la Société internationale de chirurgie, a constitué son bureau : président, M. le professeur Guyon; vice-président, M. le professeur Israël (de Berlin); secrétaire général, M. le docteur Desnos; trésorier, M. le docteur Pasteau.

Elle tiendra son premier Congrès à Paris, du 30 septembre au 3 octobre 1908, sous la présidence de M. le professeur Albarran.

Les discussions porteront exclusivement sur les questions mises à l'ordre du jour qui sont les suivantes :

A. « Pathogénie et traitement des anuries. » Rapporteurs : MM. Kummel (de Hambourg), Watson (de Boston) et Achard (de Paris).

B. « Rétentions vésicales sans obstacle mécanique. » Rapporteurs : MM. Von Frankl-Hochwart (de Vienne), Albarran (de Paris) et d'Hœnens (de Bruxelles).

C. « Physiologie normale et pathologique de la prostate. » Rapporteurs : MM. Posner (de Berlin), Pardoe (de Londres) et Haberern (de Budapest).

D. « Indications opératoires dans la tuberculose rénale. » Rapporteurs : MM. Ceccherelli (de Parme), Brongersma (d'Amsterdam), Guisy (d'Athènes), Heresco (de Bucarest).

CONFÉRENCES PRATIQUES SUR L'ÉLECTROTHÉRAPIE. — M. le docteur Petit, directeur de la *Gazette électrique*, fera, à partir du 15 juin, une série de douze conférences pratiques sur l'électrothérapie. Le nombre des élèves est limité. Prière de s'inscrire les mardis, jeudis ou samedis, d'une heure à quatre heures, 11, rue du Caire (2e).

Le droit d'inscription sera de 50 francs.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Pentecôte.* — A l'occasion de la fête de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 4 juin, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 11 juin 1908, si leur validité normale expire avant cette date.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de diagnostic médical et de séméiologie, par J.-M. PAVIOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, chef des travaux d'anatomie pathologique. In-18 colombier cartonné toile, de 1250 pages avec 57 figures dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Etudes sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse, par MM. les docteurs LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD. Préface du docteur Ch. ACHARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. In-8 raisin de 450 pages avec 4 figures et 9 planches hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Poésie et folie (essai de psychologie et de critique), par MM. A. ANTHEAUME, médecin honoraire de Charenton, expert près les tribunaux, et G. DROMARD, médecin des asiles d'aliénés, lauréat de l'Académie de médecine. In-18 de 650 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel pratique de droit médical, droits et obligations professionnels des médecins, dentistes et sages-femmes, par M. E. SIMON-AUTEROCHE, docteur en droit, juge au tribunal civil de Châlons-sur-Marne, préface du docteur L. LEREBOULLET, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins de France. In-18 raisin, cartonné, de 300 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DEUX NOUVELLES OBSERVATIONS

D'ÉPITHÉLIOMAS EN SURFACE

DÉVELOPPÉS SUR UNE MUQUEUSE LEUCOPLASIQUE

Par le professeur RECLUS.

Nous avons dégagé, Il y a deux ans, sous le nom d'*épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques*, une forme de cancroïde que n'avaient pas encore décrite les auteurs. Elle ne semble pas avoir attiré l'attention qu'elle mérite. A ma connaissance aucun travail n'a paru sur elle pour en combattre ou pour en confirmer l'existence et, dans le dernier concours d'agrégation en chirurgie, le candidat fort distingué qui avait à traiter des cancers de la langue n'a point fait allusion à cette variété. Aussi nous semble-t-il utile de vous entretenir à nouveau de cette question, à propos de deux nouvelles observations que j'ai recueillies.

Ceux qui ont assisté à ma première leçon ou qui l'ont parcourue dans la *Presse médicale* de décembre 1905 se rappellent les caractères qui distinguent notre épithélioma des muqueuses leucoplasiques. D'abord, et par définition même, il ne se développe que sur des plaques de leucokératose. Or, comme ces plaques sont fréquentes sur la langue, c'est sur elles que notre tumeur se rencontrera le plus souvent. Ensuite elle a un aspect bien particulier; elle est petite, de forme elliptique ou lenticulaire, ne mesurant guère qu'un centimètre dans tous les sens, à peine surélevée d'un à trois millimètres au-dessus de la tache blanche; sa base est indurée et sa surface, presque toujours sèche et recouverte de cellules épithéliales, est quelquefois un peu exulcérée.

Le troisième caractère est la tendance à la récidive : la tumeur enlevée, il en paraît une autre, puis une autre, puis une autre encore : j'ai cité des observations véritablement extraordinaires, et dans l'une, remarquable entre toutes, le cancroïde, enlevé onze fois, reparut dix fois en vingt-quatre ans. Mais chose singulière et unique dans l'histoire du cancer, ce n'est pas sur place que repullule le mal, mais plus loin, sur une autre plaque leucoplasique. Le quatrième caractère est la bénignité relative de cette tumeur, maligne par destination, et l'épithélioma lobulé qui ailleurs ronge, végète, envahit les tissus voisins, et se substitue à eux, ici reste souvent presque stationnaire, et tel néoplasme lenticulaire de la surface de la langue, apparu en 1871, ne fut opéré que dix ans plus tard en 1882 : d'autres fois, il est vrai, l'apparition d'une seconde tumeur suit de très près l'extirpation d'une première et il n'est pas exceptionnel d'enlever, sur la même langue, deux de ces tumeurs en un an. Mais la nouvelle tumeur n'est pas d'ordinaire plus envahissante que la première. Cette bénignité se traduit encore, et ceci est le cinquième caractère de notre épithélioma, par la rareté de la propagation du mal aux ganglions lymphathiques.

J'ai établi la réalité de cette forme clinique sur huit observations personnelles. Dans trois d'entre elles, l'épithélioma s'est développé, le premier sur la muqueuse balanique, le second sur la muqueuse vaginale, le troisième sur la muqueuse jugale, au niveau de la commissure des lèvres; les cinq autres ont eu pour siège la muqueuse de la langue. Aujourd'hui je suis en mesure d'ajouter à cette série un sixième et un septième cas recueillis l'un et l'autre en Béarn. Je commence par le second : il s'agit d'un propriétaire de soixante-quatre ans qui était venu soigner une leucoplasie buccale aux eaux de Saint-Christau, réputées depuis Bazin pour guérir ou améliorer cette affection rebelle. Le distingué médecin de la station, le docteur Bénard, me sachant dans le pays, me l'avait envoyé, un peu effrayé d'une petite élevure longue de 12 millimètres, large de 8, à base indurée, et qui s'était développée sur une plaque leucoplasique du segment antérieur de la langue; elle était rouge, exulcérée, dépapillée, mais rarement saignante; elle n'était le siège d'aucune douleur et ne s'accompagnait d'aucune dégénérescence ganglionnaire.

Il n'y avait pas à s'y méprendre : cette petite tumeur avait tous les caractères de notre épithélioma en surface et l'évolution du mal confirmait ce que son aspect clinique nous révélait au premier abord : de tous temps notre malade avait eu la muqueuse linguale « fragile »; il fumait beaucoup dans sa jeunesse et avait facilement des petites fissures, des rougeurs, des érosions, des aphtes. Puis une leucokératose se développa que le patient soigna par la suppression du tabac et plus tard par les applications des eaux de Saint-Christau. Mais déjà, depuis six mois, vers le commencement de l'année 1907, il avait vu se développer la petite tumeur dépapillée dont je proposai l'extirpation immédiate. Elle fut faite à l'hôpital d'Orthez avec le concours de mes collègues Darget, Casassus et Lartigau. Sous l'analgésie stovaïnique, il me fut facile d'enlever, sans douleur, la petite élevure en la circonscrivant avec la pointe du bistouri, dépassant la base indurée d'un demi-centimètre environ. Quatre points de suture au catgut rapprochèrent les lèvres de la plaie et, au bout de huit à dix jours, notre opéré, guéri, pouvait regagner sa province.

Nous avions recueilli soigneusement la pièce; elle fut confiée à mon chef de laboratoire de la Charité, le docteur Lesné. Et voici la note intégrale que je reçus de lui : « Dans les points extrêmes de la coupe, la muqueuse est normale, mais la sous-muqueuse est très épaissie et le tissu conjonctif, très dense, pénètre la couche musculaire et en dissocie les fibres. Au niveau de l'ulcération, l'épithélium a complètement disparu; il n'y a plus de papilles et nous trouvons, au milieu du tissu conjonctif très serré, des globes épidermiques, rares, mais incontestables, des cellules du corps muqueux déformées et irrégulièrement disposées, enfin des cellules rondes surtout abondantes à la superficie. L'ulcé-

ration est très vasculaire à la surface. Profondément, au contact des fibres musculaires et sous les parties latérales, l'épithélioma est limité par un épaississement considérable du tissu conjonctif. L'examen histologique nous permet de conclure à un épithéliome à marche lente. »

Notre diagnostic était confirmé et nous avions eu raison d'extirper cette tumeur, qui présentait d'ailleurs quatre des caractères de notre épithélioma en surface : le développement sur une plaque leucoplasique, l'aspect de la tumeur, de forme lenticulaire ou elliptique, à base indurée, à surface pas ou peu ulcérée, ne dépassant guère un centimètre dans tous les sens; il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire; l'évolution était celle des tumeurs bénignes, et si un cinquième caractère manquait, la tendance à la récidive, c'est que nous assistions au début du mal et notre intervention était donc nécessairement la première. Et nous espérons bien d'ailleurs que, dans cette nouvelle observation, la récidive manquera, parce que, d'abord, les plaques leucoplasiques sont peu abondantes et surtout parce que l'examen histologique nous a révélé le peu de tendance à la propagation de la tumeur et le tout petit nombre de globes épidermiques, comme étouffés dans le tissu conjonctif dense.

L'autre cas a moins de valeur, car notre malade, artério-scléreux et déjà frappé de troubles hémiplégiques lors de notre opération, fut emporté par une hémorragie cérébrale quelques mois après; nous ne pouvons donc pas tabler sur ce cas pour établir la bénignité de la lésion et pour fixer son évolution et sa marche. Notre homme avait soixante-douze ans et, depuis quelques mois, il s'était développée sur une plaque leucoplasique une petite tumeur indolore, de forme elliptique, à grand diamètre antéro-postérieur, aplatie et soulevée de 3 à 4 millimètres. Sa base est indurée, sa surface grisâtre, légèrement granuleuse, mais non exulcérée; il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire. Le diagnostic n'était pas douteux; j'enlevai la néoformation en la circonscrivant par une incision faite en tissus sains, de quelques millimètres au delà des limites du mal. Des points de catgut réunirent les bords de la perte de substance et la guérison fut obtenue en moins de huit jours. Le docteur Lesné voulut bien en pratiquer l'examen histologique : il s'agissait bien d'un épithélioma à globes épidermiques.

Je veux profiter de ces deux nouveaux cas pour revenir sur nos huit observations précédentes et pour étudier de plus près le pronostic de notre épithélioma en surface. Tout d'abord, il me semble nécessaire d'établir une démarcation plus tranchée entre l'épithélioma en surface de la langue et du vagin d'une part, et celui du plancher de la bouche et de la muqueuse buccale d'autre part. Certes, je crois ces derniers plus bénins que les épithéliomas vulgaires, mais ils le sont certainement moins que les premiers. Déjà, dans ma clinique originelle, je citai le cas d'un officier de marine opéré pour la première fois en août 1895 d'un cancroïde en surface de la commissure labiale gauche; il fut réopéré en 1896, en 1897, deux fois en 1898, deux fois en 1901 et deux fois en 1903, et mourut à la suite de cette neuvième intervention. Le maxillaire inférieur envahi avait dû être réséqué, et notre cancéreux, déjà affaibli par une alimentation insuffisante, fut emporté par une pneumonie vers le dixième jour. Il avait subi neuf opérations en sept ans.

J'ai à vous signaler une deuxième mort survenue chez l'un des sujets de mes huit observations, et ici encore la tumeur siégeait non pas sur la langue, mais sur le plancher de la bouche. Rappelez-vous l'histoire de ce sexagénaire qui, à la fin de 1897, nous montrait un cancroïde développé sur une plaque leucoplasique siégeant à droite du frein de la langue. Elle fut extirpée; mais, deux ans après une nouvelle tumeur apparaît à gauche du frein. L'opéré reste six ans guéri. En 1905, épithélioma nouveau sous une tache de leucokératose, en dedans de la commissure labiale à droite. Nous l'extirpons en octobre, et là s'arrête l'histoire de notre malade dans notre première clinique. Malheureusement elle a une suite : quelques mois après, un ganglion sous-maxillaire se tuméfie; et lorsque, au bout d'un an, presque jour pour jour, en octobre 1906, notre opéré revient nous consulter, nous trouvons une masse du volume d'une noix, adhérente au maxillaire, aux muscles voisins et à la peau épaissie et rouge; on aurait dit une adénite subaiguë. On sait combien sont graves ces formes d'épithéliomas ganglionnaires enflammés par inoculation de microbes venus par les lymphatiques de la bouche voisine. En tous cas, notre nouvelle et dernière intervention ne fit que retarder la mort : moins d'un an après notre opéré n'était plus.

Ces deux morts, bien que n'étant survenues que sept ans et dix ans après la première intervention, nous donnent beaucoup à réfléchir, et j'aurais quelque tendance à modifier, sur ce point, ma première clinique : il me semble plus vrai de ne décrire comme véritable épithélioma en surface que ceux qui ont pour siège les muqueuses leucoplasiques du vagin et surtout de la langue; ceux-là seuls à notre connaissance se sont toujours montrés bénins. Et notre nouvelle observation, plus peut-être que les précédentes, vient nous donner la clef de cette bénignité singulière et qui nous frappe d'autant plus qu'on sait l'allure envahissante, la marche rapide des épithéliomas ordinaires de la langue : ils tuent en un an ou deux ans, tandis que nos épithéliomas en surface, comme d'ailleurs ceux de la peau, ne s'étendent qu'avec une certaine lenteur. Cette comparaison des cancroïdes cutané et muqueux va nous expliquer ce paradoxe de deux pronostics si différents pour deux néoplasmes d'égale origine et développés sur le même organe.

C'est que justement, dans nos épithéliomas en surface de la langue, le microscope nous a montré que sous l'influence des irritations incessantes de la couche leucoplasique, le chorion de la muqueuse subissait des transformations profondes et prenait la texture serrée du derme. Vous rappelez-vous la description de M. Lesné : dans notre dernier cas l'épithélium a disparu; il n'y a plus de papille,

mais un tissu conjonctif adulte très serré dont les couches superposées forment une sorte de carapace protégeant les tissus mous sous-jacents, et l'on comprend que le néoplasme évolue plus lentement dans cette trame dense où les lymphatiques étouffés ne permettent que difficilement le transport et la greffe des cellules morbides détachées du cancer. Au vagin et sur la langue, cette « cutisation » de la muqueuse est plus fréquente et plus complète que sur la joue; aussi les épithéliomas en surface y seront-ils plus nombreux et plus bénins.

Messieurs, j'en ai fini, et vous ne vous êtes pas mépris sur le but que je veux atteindre aujourd'hui; j'ai voulu, à propos d'une observation nouvelle, attirer l'attention sur cette variété d'épithélioma qui, me semble-t-il, n'a pas encore été décrite. J'ai voulu vous rappeler les signes qui la caractérisent et vous donner les raisons qui expliquent sa bénignité paradoxale. J'ai voulu enfin restreindre un peu le domaine de ces épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques, et atténuant sensiblement les tendances de ma première clinique, vous montrer que les formes vraiment bénignes se rencontrent au vagin et surtout à la langue.

MÉDECINE PRATIQUE

INDICATIONS & TECHNIQUE DE L'OCCLUSION CHIRURGICALE DANS LES PLAIES DE L'ŒIL

Par le docteur A. Terson (de Paris).

Pratiquée par un pansement, fût-il adhérent (collodion, colles gélatinées, bandelettes adhésives), l'occlusion est intermittente, d'un effet coupé par chaque levée de pansement, par chaque déplacement ou desserrement si habituel chez les obèses et chez les malades remuants qui veulent frotter leur œil ou vérifier l'état de la vision, sans parler d'un pansement mal fait. Une coaptation plus directe et une protection contre l'infection secondaire, voire sympathique, et les cicatrices vicieuses, ont été réalisées par deux méthodes.

La première est immédiate : c'est la *suture directe* des lèvres de la plaie;

La deuxième est médiate, elle vise à protéger la plaie, sans toucher à ses bords, en l'enfermant dans un *sac conjonctival* ou *palpébral*.

I. La suture directe. — Les plaies de l'œil ne devraient pas échapper à cette condition générale qui veut qu'une plaie guérisse plus vite et plus correctement quand ses bords ont été coaptés par des fils. Cependant la « suture de l'œil », malgré sa fréquence croissante, n'est pas d'une application constante, quoique presque tous les ophtalmologistes contemporains l'aient pratiquée.

Sans parler des obstacles à l'intervention nés de la délicatesse et de l'irritabilité du terrain, l'expérience démontre tous les jours que les plaies de l'œil, même assez étendues, guérissent souvent sans aucune espèce de suture. Bien des chirurgiens ne l'ont pas conseillée ou l'ont déconseillée, même à notre époque. « Les plaies pénétrantes de l'œil nécessitent souvent l'énucléation. Les antiphlogistiques locaux, les applications froides, le collyre à l'atropine, constituent à peu près nos *seules* ressources thérapeutiques, » nous dit Tillaux dans sa *Chirurgie clinique* (t. I). Les paupières, exactement immobilisées ou même soudées chirurgicalement, réalisent en effet une excellente coaptation auxiliaire et un mode naturel de protection.

La suture sera dangereuse dans son exécution pour de très vastes plaies intéressant le corps vitré, si le matériel et la main du chirurgien ne sont pas sûrs. *Primo non nocere*.

Mise en place, un écueil attend la suture. Les fils coupent quelquefois avant la cicatrisation, quoiqu'ils tombent souvent en la laissant faite. Le catgut stérile, « conservé dans un bouillon de culture » (Fage, Lefrançois), utile puisqu'on n'a pas à le couper, trop gros est mauvais, trop fin se résorbe parfois trop vite; quelquefois le nœud se desserre. Il prend de plus un aspect puriforme qui masque la plaie sous un magma peu engageant. Le catgut chromé est à peine plus solide. Les fils rigides (métal, crins de Florence) sont blessants.

Nous utilisons de fins filaments de *tendon de renne* n°s 00 et 000, si possible, dont la conservation persiste pendant plusieurs semaines, chose utile pour les plaies sclérales étendues.

Cette suture que nous introduisons (1) en chirurgie oculaire est beaucoup plus solide que le catgut. Le tendon mis en place prend une couleur blanche qui tranche nettement les jours suivants sur les tissus. On n'a pas à couper le fil, chose capitale pour éviter l'ébranlement de la cicatrice fragile et aussi pour l'enfant et les sujets craintifs.

L'œil étant composé des tissus les plus divers, il n'y a pas à comparer le mode d'action et les résultats d'une suture cornéenne, sclérale, conjonctivale. Une cornée régulièrement coupée se cicatrise en quelques jours, sans suture : la conjonctive a la plus grande tendance à la reprise spontanée; la sclérotique largement rompue, même sans effraction conjonctivale, reste plusieurs semaines mal coaptée, mais, en dix à douze jours, on obtient souvent avec la suture ce qu'on met trois semaines à obtenir sans elle (Lefrançois).

La suture aurait pour principal avantage, hormis les cas où elle est indispensable pour réunir des plaies absolument déchiquetées, de transformer une plaie ouverte en plaie fermée, et de s'opposer à l'*infection secondaire*. Mais, outre qu'un certain nombre de plaies infectées d'emblée la décommandent, les manœuvres qu'elle nécessite pourraient, ainsi que l'irritation du fil à demeure, engendrer des accidents sympathiques (Leber).

Si l'idée a évidemment hanté l'esprit de presque tous les ophtalmologistes, l'exécution ne paraît guère remonter très haut (1833) et, comme pour d'autres opérations oculaires plus importantes, elle n'a attendu ni l'anesthésie locale ou générale, ni l'antisepsie, pour se produire. Mais il est hors de doute que ces dernières conditions l'ont vulgarisée.

Suture sclérale. — Baretti (1833), Pommeroy et Bowman (1856), Critchett (1860) ont obtenu des succès par la suture directe des lèvres de la plaie sclérale : ils démontraient en plus la vérité de ce que de Graefe avait soutenu en 1854 : les plaies pénétrantes de la sclérotique n'entraînent pas forcément la perte de l'œil, contrairement aux assertions de Mackensie et d'autres auteurs. Les travaux qui ont le plus avancé la question sont ceux de Lawson (1869), qui pratique la suture de dedans en dehors avec un fil à double aiguille, de Windsor (1871) qui réunit des plaies béantes même depuis des mois entiers, de Pooley (1873) qui préfère la suture *épisclérale*. Galezowski pratiquait systématiquement la suture sclérale totale de la manière la plus simple, tantôt avec des fils d'or, tantôt avec des fils de soie cirés, tantôt avec du catgut. La thèse de Fribourg (2), le traité d'Yvert et une communication récente à notre Société (1891) résument sa pratique.

(1) A. Terson. *Traitement des plaies de l'œil*, Rapport à la Soc. franç. d'opht., 112 p., Steinheil, édit., 1908.

(2) Fribourg. *De l'emploi de la suture dans le traitement des plaies pénétrantes de la sclérotique*, Th. de Paris, 1879.

Nombre de chirurgiens de tous pays ont publié des observations de suture sclérale comme Galezowski, Kerzendorfer, Badal (1), Puech et d'autres et beaucoup en ont fait sans les publier. Fage préfère ordinairement la suture sclérale totale (2). Son élève Lefrançois, se basant sur les études de Franke montrant que la *choroïde* fournit les plus importants éléments de cicatrisation, dit même qu'il est préférable de la comprendre dans la suture (3).

Suture cornéenne. — Ses débuts ont suivi des plaies opératoires. Déjà Dieffembach, après avoir enlevé un leucome par kératectomie, Wilde, après la staphylectomie (1847), Critchett plus tard pour la même opération, plaçaient des sutures cornéennes, limbaires ou scléro-cornéennes. Williams (1867) les a appliquées aux plaies cornéennes pour l'extraction de la cataracte et a eu quelques imitateurs. Pour les *traumatismes*, la suture *cornéenne*, ordinairement inutile, a été faite par Galezowski, Gillet de Grandmont, Adamük, A. Trousseau, Bourgeois, Everbusch (4) qui se sont attachés à réunir les plaies cornéennes à la soie ou au catgut, le plus souvent dans les cas où la cornée, absolument dilacérée, n'avait pas de tendance à la cicatrisation rapide, A. Trousseau et J. Terson l'ont faite dans un but *hémostatique*, après une hémorragie expulsive prolongée. D'autres chirurgiens ont d'ailleurs pratiqué la suture *épisclérale* sans la publier, et l'ont recommandée dans les divers traités de chirurgie oculaire et les thèses sur le traitement conservateurs des yeux blessés.

Cependant beaucoup préfèrent, à moins de plaies extrêmement étendues, la suture *conjonctivale*.

Suture conjonctivale. — La réunion de la conjonctive est généralement faite en même temps que celle de la sclérotique blessée qu'elle recouvre (suture scléro, épiscléro-conjonctivale); d'autres préfèrent, par des incisions libératrices plus ou moins éloignées, dégager la conjonctive, si elle est trop adhérente et fragile pour ne pas être suturée « sans se faire prier » et la fixer au-devant de la plaie sclérale pour éviter les pressions aléatoires de la suture sclérale ou même pour faire un plastron conjonctival précicatriciel.

Parmi les chirurgiens qui ont conseillé la suture conjonctivale à peu près exclusivement, citons Schweigger (5), Snell (6), Landesberg, Norman Hansen, etc.

Certains instillent du sublimé ou interposent un disque au collariol sous la suture (Matland Ramsay).

Nous employons de petites aiguilles, courbes, à chas fermé (le chas ouvert se désenfilant parfois au moment décisif), du tendon de renne 00 ou des soies noires 00 et 000 (stérilisées en tubes dans la vapeur d'alcool, procédé Robert) au catgut. Si ce dernier a permis parfois quelques bons résultats, nous avons dit plus haut les raisons qui nous font préférer les autres fils. Les fils sont passés, sans nœud, dans l'aiguille; le porte-aiguille de Galezowski est préférable ici au porte-aiguille de Sands, à ressort un peu violent, qui nous sert pour les opérations musculaires et palpébrales. Enfin la pince en U utilisée par Desmarres pour des sutures kératoplastiques, reprise par Lucas-Championnière et Panas (se servir d'un modèle à griffes très réduit), est souvent indispensable. Elle fait « tremplin » en saisissant à plat et en étendant les lambeaux, l'aiguille passe entre ses branches, sans que la pression évacuante du passage du fil se communique aux parties profondes. La pince érigne *un crochet* [Kerzendorfer (1)], de fines pinces à griffes serviront le cas échéant, à sa place.

Nous préférons parfois aux doigts d'un aide, notre blépharostat souple et léger, à enlèvement instantané, ou de petits releveurs.

L'anesthésie générale sera employée chez un adulte pusillanime ou un enfant intraitable. Les vomissements et la lutte qu'elle entraîne, n'ont aucune bonne influence, avant ou après la suture.

L'anesthésie locale, où l'*adrénaline* doit absolument être jointe à la cocaïne (on se méfiera de l'hyperémie stovaïnique et de l'insuffisance relative que donne l'anesthésie avec cette dernière substance), se fera par instillation à 1/20, puis par une injection à 1/100 en piquant et en *décollant* la conjonctive *loin de la plaie*.

Pour les plaies sclérales peu étendues, nous nous bornons à une *petite bourse* conjonctivale à la soie fine que nous préférons à la suture entrecoupée simple qui sectionne trop vite la conjonctive et laisse sourdre le corps vitré. Soit avec un fil à double aiguille, soit avec une simple aiguille enfilée, nous exécutons une course circulaire à travers les tissus conjonctivaux. On serre l'anse et la conjonctive s'adosse à elle-même, se coapte sur une large surface, forme un vrai plastron bouchon protecteur, au lieu d'un fragile revêtement souvent éraillé.

Pour les plaies plus vastes, nous traversons la sclérotique dans ses couches superficielles et moyennes (fils interlamellaires) sans pratiquer la suture sclérale absolument totale et nous prenons la conjonctive, préalablement dégagée par des incisions libératrices avec les mêmes fils.

Nous avons plusieurs fois employé un procédé consistant à dégager un large pont de conjonctive qui vient couvrir la plaie scléroticale. Il est essentiel que la grande incision libératrice qui restera souvent non suturée soit éloignée le plus possible de la plaie. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1908)

Sérothérapie antitétanique. — M. VAILLARD a terminé la lecture de son remarquable travail sur ce sujet. Les merveilleux effets obtenus par la sérothérapie préventive chez les grands animaux doivent engager les chirurgiens à y recourir chez l'homme. C'est donc de l'action du sérum antitétanique chez l'homme que s'occupe aujourd'hui M. Vaillard.

Un premier point à fixer au point de vue de l'emploi du sérum après l'introduction de la toxine tétanique : la présence de l'antitoxine dans l'organisme ne dure que sept à huit jours. Il est donc indiqué formellement après une infection tétanique de renouveler après huit jours l'injection de l'antitoxine. A ce moment, en effet, l'antitoxine ne se trouve plus en quantité suffisante dans le sang.

Enfin lorsque l'injection de sérum est faite le plus vite possible après l'infection, on a plus de chances de n'avoir qu'un tétanos atténué toujours curable. On ne saurait attribuer au sérum plus qu'il ne peut donner.

M. Vaillard discute ici les diverses opinions qui ont été émises à la Société de chirurgie, en particulier par M. Reynier, et il s'applique à bien démontrer aux chirurgiens la nécessité d'appliquer la méthode de la sérothérapie, préventive ou curative, avec la plus extrême rigueur, comme le font au-

(1) CIEUTAT. *La suture scléroticale*, Th. de Bordeaux, 1884.

(2) FAGE. Résultats immédiats et tardifs de la suture scléroticale, *Ann. d'ocul.*, 1894.

(3) LEFRANÇOIS. *Pronostic et traitement des plaies perforantes de l'œil*, Th. de Paris, 1897.

(4) EVERBUSCH. Beitrag zur Behandlung der penetrierenden Quetsch und Schnittwunden der Hornhaut und Lederhaut, *Münch. med. Wochens.*, 1891.

(5) SILEX. Uber perf. Wunden der Cornea u. Sclera, *Berl. klin. Wochens.*, 1888.

(6) SNELL. On the closure of the sclerotical wounds by suturing the conjonctiva only, *Ophtalm. Review*, 1887.

(1) KERZENDORFER. Zwei Fälle von penetr. Wunden des Sklera, *Arch. f. Aug.*, 1878.

jourd'hui les vétérinaires chez les grands animaux. En effet, les vétérinaires pratiquent eux-mêmes l'injection, tandis que les chirurgiens se contentent de la prescrire.

M. Vaillard n'admet pas cette objection que le sérum antitétanique serait moins efficace chez l'homme que chez le cheval. Or, depuis Nocard, M. Vaillard a pu rassembler 13 124 cas, chez les grands animaux soumis à des opérations diverses favorisant l'éclosion du tétanos et chez lesquels, grâce à l'injection préventive de sérum, il n'a pas été observé un seul cas de tétanos.

Enfin M. Vaillard insiste également sur la nécessité, pour les chirurgiens, de supprimer autant que possible les conditions favorables aux cultures tétanigènes en empêchant de leur mieux et même en supprimant au besoin la plaie d'origine. Le sérum est un des moyens, et non l'unique moyen, de combattre le tétanos. Il réclame des auxiliaires.

Au point de vue des doses, 10 centimètres cubes peuvent suffire dans les cas moyens. Dans les cas graves, il ne faut pas hésiter à porter d'emblée ces doses à 20 et 30 centimètres cubes. Il faut renouveler ces doses à des périodes convenables et ces doses successives peuvent se borner à 10 ou 15 centimètres cubes.

L'artério-sclérose, sa pathogénie et son traitement. — M. Lancereaux fait une communication sur ce sujet. Il rappelle son travail antérieur remontant à 1875.

On a dit que l'artério-sclérose était une maladie de la vieillesse. C'est là, pour M. Lancereaux, une erreur. De son expérience basée sur plus d'un millier de faits, il résulte que c'est une maladie de l'âge moyen. On ne l'observe pas dans l'âge de la croissance. Il en a relevé un cas chez une personne de vingt-quatre ans qu'il a pu suivre pendant une dizaine d'années et qui a succombé après plusieurs crises d'urémie, avec élévation de la température. L'autopsie a démontré une altération généralisée du système artériel, une atrophie considérable des reins et une hypertrophie cardiaque.

Chez un jeune homme de vingt-sept ans atteint d'hémiplégie et d'albuminurie avec hypertrophie cardiaque, M. Lancereaux diagnostiqua une artério-sclérose généralisée. Ce diagnostic fut confirmé à l'autopsie. L'artério-sclérose peut donc exister entre vingt et trente ans. Elle existe aussi entre trente et quarante ans, mais c'est, en général, entre quarante et cinquante ans qu'elle survient le plus fréquemment. Elle entraîne alors la mort entre quarante et soixante ans. L'évolution est d'autant plus rapide que le sujet atteint est plus jeune et l'on peut poser cet axiome qu'elle est d'autant moins redoutable qu'elle survient chez des sujets plus âgés.

On a dit aussi que l'artério-sclérose provenait de l'abus des boissons alcooliques. C'est aussi là une erreur pour M. Lancereaux. Il en est de même de l'abus du tabac. Pour M. Lancereaux, si l'on veut bien examiner les antécédents des artério-scléreux, on reconnaîtra qu'ils appartiennent à la grande famille des arthritiques. M. Lancereaux ne croit pas non plus à l'influence de la toxémie alimentaire sur l'artério-sclérose. Cette influence ne s'exerce, suivant lui, que chez les goutteux.

Enfin l'origine infectieuse résultant d'une maladie éruptive ou autre qui a été si souvent invoquée ne serait pas plus vraie que les autres causes que nous venons de passer en revue.

De même pour la syphilis; l'artérite syphilitique n'a pas les mêmes caractères que l'artério sclérose généralisée.

En résumé, pour M. Lancereaux, l'artério-sclérose relève de deux grandes maladies, le saturnisme et la goutte.

Il insiste particulièrement sur le rôle du système nerveux et l'origine trophique de l'artério-sclérose. Il semble donc indiqué de modifier l'état du système nerveux des descendants d'arthritiques par là même prédisposés à l'artério-sclérose.

Au point de vue thérapeutique, M. Lancereaux préfère le régime mixte au régime lacto-végétarien et il est d'avis qu'il faut donner, dès le début des accidents, l'iodure de potassium ou l'iodothyrine. L'usage de l'iodure à la dose de 2 et 3 grammes doit être continué pendant des mois et des années, avec des interruptions de huit jours par mois pendant lesquels on prescrit un purgatif énergique. Les bains salés, les frictions sont de bons adjuvants.

Jean-Jacques Rousseau. — M. Despine (de Genève) lit une note historique intéressante sur Jean-Jacques Rousseau.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la pathogénie de l'ictère catarrhal. (Hans Eppinger. *Wien. klin. Wochens.*, 2 avril 1908, n° 14, p. 480.) — La pathogénie de l'ictère catarrhal est fort discutée. Il est vraisemblable que l'on embrasse sous cette dénomination clinique un grand nombre d'ictères d'étiologie et de mécanisme différents. Eppinger a eu l'occasion d'en observer un cas dont il croit avoir pu saisir la pathogénie.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, sans passé pathologique, qui fut atteinte, après un écart de régime, de symptômes de catarrhe gastro-intestinal et d'ictère. Admise huit jours après le début de ces phénomènes morbides à la clinique de von Noorden, elle présentait le tableau de l'ictère catarrhal le plus typique. Le lendemain, au cours d'une crise de démence, elle se jeta d'un troisième étage et se tua sur le coup.

A l'autopsie, l'intestin grêle se montra rempli de masses acholiques; la muqueuse duodénale était tuméfiée et ramollie. Le foie, de volume normal, était notablement ictérique et à la coupe, des canaux biliaires intrahépatiques bien visibles, s'écoulait une bile colorée et visqueuse. La vésicule biliaire était modérément distendue; les voies biliaires extra-hépatiques, canaux hépatiques et cholédoques, assez dilatés, étaient remplies par une bile colorée, assez adhérente aux parois : néanmoins, malgré une pression assez énergique sur le cholédoque, il était impossible de faire sourdre la goutte de bile à la surface de la muqueuse duodénale par l'orifice de l'ampoule de Vater. La partie papillaire du canal cholédoque fut conservée intacte pour l'examen histologique; elle fut incluse en totalité et on put ainsi faire des coupes en série sur l'extrémité terminale du cholédoque.

Il fut difficile de suivre sur les coupes l'extrémité du canal qui traverse obliquement la paroi du duodénum. A ce niveau l'épithélium de revêtement n'existait plus qu'en quelques points, et les cellules restantes se montraient nécrosées. La lumière du canal était à peu près complètement effacée et remplie de détritus épithéliaux. Mais surtout le pourtour de la lumière du canal était considérablement épaissi et se montrait infiltré d'un nombre considérable d'éléments cellulaires; en certains points ce tissu était lui-même atteint de nécrose. Le tissu étudié à un fort grossissement se montrait constitué d'éléments lymphatiques mais aussi d'un assez grand nombre de polynucléaires. Ces éléments cellulaires étaient contenus dans les mailles d'un fin réticulum conjonctif, si bien qu'en réalité il s'agissait là d'un véritable tissu adénoïde.

Il semble donc que ce soit la tuméfaction et l'inflammation de ce tissu adénoïde existant à l'extrémité terminale du cholédoque qui ait amené une véritable obstruction du canal, et empêché l'arrivée de la bile dans l'intestin.

L'examen histologique du foie confirme cette manière de voir, en montrant les lésions d'un ictère mécanique : tous les capillaires hépatiques étaient dilatés et l'on ne notait aucune des altérations observées dans les ictères hémolytiques.

Eppinger insiste sur l'importance de cette observation au point de vue de la pathologie des voies biliaires. Il a pu constater l'existence du tissu adénoïde en d'autres points des

parois des grosses voies biliaires, entourant les glandes qui se jetteut dans ces conduits. Il compare ce tissu adénoïde aux amygdales et le considère comme un organe de défense pour le foie. Ces noyaux adénoïdes peuvent soit primitivement, soit secondairement, tout comme les amygdales, subir une tuméfaction inflammatoire et réduire le calibre des voies biliaires.

C'est ainsi que pourraient s'expliquer sans doute certains cas d'ictère catarrhal. A. LEMIERRE.

ORTHOPÉDIE

Ecoles de scoliotiques. (Georg. MÜLLER. *Therapie der Gegenwart*, déc. 1907.) — La création des médecins scolaires a eu pour résultat en Allemagne d'attirer l'attention sur les scolioses du début et a permis de les trier au milieu des autres enfants. Des médecins spécialistes orthopédistes choisis comme médecins scolaires furent alors institués, les enfants scoliotiques reçurent ainsi un enseignement de gymnastique orthopédique deux ou trois fois par semaine pendant une heure, c'était là un progrès déjà fort appréciable.

Mais le traitement de la scoliose exige des années; de nombreux orthopédistes demandent que l'enfant ne suive pas la classe pendant la cure; mais que deviendra donc l'élève du collège qui sera obligé d'abandonner ses classes pendant deux ou trois ans?

L'auteur constate qu'avec un maître particulier, si on veille à tous les soins qu'exigent les scoliotiques, cette combinaison est encore acceptable. Mais elle ne lui paraît pas praticable pour la classe pauvre.

Aussi conseille-t-il d'élever une école pour scoliotiques; il préconise un pavillon d'école situé dans un parc bien ventilé et une salle de classe bien éclairée percée de fenêtres sur une de ses faces, pouvant ouvrir largement sur le parc. Les pupitres peuvent être déplacés en hauteur. Le dossier des chaises est renversé et spécialement construit pour le redressement du dos et des épaules; les élèves sont peu nombreux.

Suivent des détails sur l'emploi du temps consacré aux exercices orthopédiques, à la classe, au régime alimentaire, etc. P. VIOLLET.

PEPSINES ANIMALE ET VÉGÉTALE

En lisant dernièrement le travail du docteur allemand Caroll Chase sur « la renaissance de la papaïne », je me suis senti d'un coup rajeuni de trente ans. J'ai été reporté immédiatement à cette année 1878 pendant laquelle furent faites les expériences qui provoquèrent une énorme sensation dans le monde médical. Ces expériences suivaient de près les communications faites à l'Académie des sciences par le professeur Wurtz sur le merveilleux pouvoir digestif de la papaïne. Wurtz venait de montrer que cette substance pouvait digérer jusqu'à 1000 fois son poids de fibrine. Aussi quand on se proposa d'appliquer la papaïne au traitement des dyspepsies, les timides pensèrent qu'avec un produit d'une telle activité on allait non seulement faire digérer les aliments, mais encore l'estomac des patients. Une fois de plus les timides eurent tort. Depuis trente ans, la papaïne s'est non seulement montrée absolument inoffensive, mais a rendu beaucoup de services : d'innombrables dyspeptiques lui ont dû la vie ou tout au moins la disparition de leur maladie; aucun n'a à lui demander compte de la disparition de son estomac.

Quand M. Caroll Chase parle de la « renaissance » de la papaïne, nous pensons qu'il ne s'agit que de la renaissance « allemande », car, en France, le produit n'a pas cessé d'être constamment en faveur et, depuis Wurtz, c'est-à-dire depuis trente ans, nous savons de lui tout ce qu'il faut savoir.

Tous ceux qui ont habité certaines de nos colonies connaissent la carica papaya, cet arbre curieux sur la tige duquel on peut voir à la fois des fruits mûrs, des fruits verts et des fleurs. Tous connaissent les propriétés que lui attribuent les indigènes et entre autres celle d'attendrir la viande. Tous savent que des incisions pratiquées sur les fruits du papayer coule un suc laiteux, qui, convenablement dissous, puis précipité par l'alcool, donne la papaïne.

Malgré l'intérêt qui s'attache à l'étude botanique du carica papaya, nous ne voulons pas plus nous y arrêter qu'au détail des manipulations employées pour l'obtention de la papaïne. Disons simplement que celle-ci se présente sous la forme d'une poudre légère, inodore, d'une saveur un peu amère, et examinons tout de suite les propriétés de cette pepsine végétale en les comparant aux propriétés de la pepsine animale.

La papaïne exerce sur la muqueuse une action *tonique*, elle est un *sédatif* local, elle est *antiseptique* et *antifermentescible*, qu'elle soit ssociée ou non à d'autres antiseptiques qui ne l'influencent pas. Elle transforme les matières albuminoïdes en *peptones* après les avoir hydratées; elle transforme l'amidon en *maltose*; elle *émulsionne* les graisses. Elle peptonise le lait de vache en un coagulum floconneux, analogue à celui du lait de femme digéré par l'estomac de l'enfant. Nous avons vu que son pouvoir peptonisant est énorme. Enfin, elle est active dans tous les milieux, qu'ils soient acides, alcalins ou neutres.

Si nous passons à la pepsine animale, nous trouvons que son pouvoir peptonisant est relativement faible. Elle n'agit bien qu'en présence d'un excès d'acide, et, bien qu'on emploie des pepsines acides, nous pensons que dans les dyspepsies à forme putride, où elle est particulièrement indiquée, sa puissance de peptonisation est encore singulièrement amoindrie.

Ainsi donc, d'un côté (pepsine animale) pouvoir peptonisant plus faible, action limitée aux milieux acides, de l'autre (papaïne) pouvoir peptonisant énorme, action s'étendant à tous les milieux, voilà schématiquement les caractères des deux produits. Il est facile de conclure à la supériorité de la pepsine végétale sur la pepsine animale.

Les applications thérapeutiques de la papaïne sont nombreuses. Nous avons parlé incidemment des dyspepsies à forme putride, c'est-à-dire des dyspepsies caractérisées par de l'hypoacidité. On prescrit aussi la papaïne chez les hyperchlorhydriques, où on peut l'associer au bicarbonate de soude puisque nous savons qu'elle agit quelle que soit la réaction du milieu. On la donne aux tuberculeux, aux cachectiques, à tous ceux qui, assimilant mal, ont besoin de digérer vite et bien. Elle rend des services en dermatologie, dans nombre d'affections qui reconnaissent pour cause primitive des troubles de la digestion.

Elle triomphe véritablement dans la *médecine infantile*. On l'administre aussi bien pendant les premières semaines de la vie que pendant la seconde enfance et les succès sont constants, non seulement dans les dyspepsies de moyenne intensité (vomissements, lientéries, diarrhées) mais dans les cas graves, chez les athrepsiques qui, grâce à elle, arrivent à digérer, à assimiler, à renaître à la vie. Nous avons assisté bien des fois à de véritables résurrections. Nombreuses seraient les observations que nous pourrions rapporter.

Toutes les papaïnes sont-elles également bonnes?

Ici je pourrais invoquer le témoignage de M. Caroll Chase qui insiste beaucoup sur la nécessité où l'on est de s'adresser à une marque connue. Beaucoup de papaïnes du commerce sont inactives parce qu'elles proviennent soit d'un suc recueilli dans des conditions peu favorables, par des mains inexpérimentées, soit d'un suc qui n'a pas été traité avec toute la rigueur scientifique désirable. On peut dire que Trouette-Perret a en quelque sorte monopolisé la bonne papaïne. La papaïne de Trouette-Perret, qui contient toujours une quantité égale de ferment, est véritablement la seule avec laquelle on obtienne des résultats constants.

Quelles sont les formes pharmaceutiques sous lesquelles on l'administre? Il en est trois principales : 1° les cachets (0gr05 de papaïne) qui s'emploient à la dose de 2 cachets à chaque repas; 2° l'élixir, liqueur exquise, ne renfermant que 20 p. 100 d'alcool, qui s'administre à la dose d'un petit verre (0gr10 de papaïne après le repas); 3° le sirop que l'adulte prend à la dose d'une cuillerée à soupe (0gr10 de papaïne) et l'enfant par cuillerées à dessert ou par cuillerées à café suivant l'âge.

Chez les hypoacides il y a avantage à donner la papaïne avant le repas; chez les hyperacides on la donne après le repas en l'associant, comme nous l'avons dit, au bicarbonate de soude.

FORMULAIRE

CONTRE LES COLIQUES HÉPATIQUES

M. Chauffard prescrit cette émulsion :

Huile d'olives..........	150 à 400 grammes.
Cognac................	15 —
Jaune d'œuf..........	N° 2.
Menthol...............	0g50

A prendre le matin en deux fois à un quart d'heure d'intervalle.

Comme lithontriptique : « Pipérazine granulée effervescente » (3 à 6 mesures par jour dans un peu d'eau).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 16, 16 avril 1908.) De Graeuwe : Contribution à l'étude de la chirurgie du cholédoque. — Chokier : Le lait. — (N° 17, 23 avril.) Mayer et Danis : Note sur un nouvel appareil destiné à éviter les accidents du thorax dans les interventions intra-thoraciques. — (N° 19, 7 mai.) Paul de Ridder : A propos de la vision des conducteurs d'automobiles. — Henrotin : La lutte contre la mortalité infantile. — (N° 20, 14 mai.) Mazeran : L'entéro-lymphatisme. — Vandervelde et Dumont : Méningite cérébro-spinale aiguë. Guérison. — Cantineau : Cancer primitif du poumon.

Lyon médical. — (N° 16, 19 avril 1908.) Carle : Essai sur le traitement interne et précoce de la syphilis (traitement dit abortif). — (N° 17, 26 avril.) R. Lépine : Intoxication par le gaz d'éclairage. — Adenot : Rhumatisme puerpéral. — (N° 17, 3 mai.) J. Mouriquand et Policard : L'alternance fonctionnelle des tubes urinaires. — Horand : Hydrocèle vaginale. — (N° 19, 10 mai.) Lannois et Gauthier : Neuromyélite optique. — Aubert : Epidémie familiale de rubéole. — (N° 20, 17 mai.) Jacqueau : Kératites parenchymateuses. — Horand : Chancre syphilitique des lèvres.

Pédiâtrie pratique. — (N° 9, 1er mai 1908.) Decreton : Epithélioma du rein chez un enfant de quatre ans. — Ancelet : Des causes d'intolérance du lait de femme chez le nourrisson. — (N° 10, 15 mai.) E. Ausset : La morphine chez les enfants au cours des laryngites spasmodiques, diphtériques ou d'autre nature. — Bouchaud : Sclérose latérale amyotrophique à début hémiplégique, chez un sujet âgé de seize ans. — Wickham et Degrais : Traitement par le radium des angiomes, des nævi pigmentaires, des épithéliomes, des cicatrices vicieuses. — Paquet : Conseils aux mères qui ne peuvent nourrir leurs enfants uniquement au sein (allaitement mixte ou artificiel).

Presse médicale. — (N° 33, 22 avril 1908.) Marcel Lermoyez : Le cinquantenaire de la laryngologie. — Apostolos G. Apostolides jun. : Contribution à l'étude des amyotrophies du type Aran-Duchenne. — (N° 34, 25 avril.) Hallion : Physiologie appliquée. Les anticorps dans la pratique expérimentale. La déviation du complément. — Férid Ibrahim : Le choléra à Constantinople. La recherche du vibrion cholérique dans les mollusques et l'eau de mer. — (N° 35, 29 avril.) P. Londe : Essai de prophylaxie des maladies nerveuses fondée sur la diététique. — Collin et Fortineau : Epidémie de fièvre paratyphoïde. — (N° 36, 2 mai.) H. Claude et M. Renaud : Réactions organiques dans l'infection par le trypanosome de la dourine. — A. Zimmern : Le principe des courants de haute fréquence. — (N° 37, 6 mai.) J.-A. Sicard : Traitement de la névralgie faciale par l'alcoolisation locale. — (N° 38, 9 mai.) Desfosses et Ducroquet : Physiologie musculaire. Diagnostic des boiteries non douloureuses de la hanche chez l'enfant. — (N° 39, 13 mai.) L. Hallion : Les fonctions du foie et de la rate dans leurs rapports avec les ictères hémolytiques. — René de Gaulejac : Accidents consécutifs aux injections de quinine.

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM (1)

Symptomes. — Pendant une première période, le malade a des symptômes de *rectite* chronique. Ce sont des douleurs, consistant d'abord en sensation de brûlure au moment des selles, puis devenant continues avec irradiations aux lombes, dans le bas-ventre, dans les cuisses. Les envies d'aller à la garde-robe sont fréquentes, et cependant le malade est constipé ; ces envies sont plutôt suivies d'expulsion douloureuse de muco-pus ; quelquefois même le malade se plaint d'un écoulement purulent par l'anus. On pratique rarement le toucher rectal à cette période ; on pourrait alors constater la perte d'élasticité des tuniques du rectum et les signes physiques de la rectite chronique : raideur et sécheresse de la muqueuse, quelquefois des saillies végétantes de la rectite proliférante.

A la *période d'état*, les symptômes fonctionnels sont les *troubles de la défécation*. La constipation devient opiniâtre; les selles ne se produisent qu'à intervalles assez éloignés, quatre jours, dix jours, un mois. L'évacuation commence par une sorte de fusée purulente, ichoreuse, à odeur fétide ; puis viennent des matières dures qui tantôt se présentent avec l'aspect de longues bandelettes aplaties, comme passées à la filière et tantôt constituent de petites boulettes arrondies, des matières ovillées. D'après Nélaton, la forme des matières rendues est en rapport avec le siège du rétrécissement; les matières rubanées se rencontreraient dans les rétrécissements voisins de l'anus; les matières ovillées dans les rétrécissements plus haut situés, elles reprendraient une forme arrondie en séjournant quelque temps dans la partie d'intestin située au-dessous du point rétréci.

Les évacuations s'accompagnent de *douleurs* qui durent plus ou moins longtemps après l'expulsion des matières fécales ; elles siègent dans le périnée, irradient dans les lombes, les fesses, les cuisses, parfois jusqu'à la région épigastrique.

A mesure que la maladie fait des progrès, les selles deviennent de plus en plus difficiles et douloureuses, les efforts du malade sont si considérables qu'ils amènent la formation de hernies, d'hémorragies diverses ; on a quelquefois observé des syncopes. Certains malades prennent les positions les plus bizarres, s'introduisent des tiges de bois dans le rectum, de manière à morceler les matières fécales.

La constipation alterne parfois avec la diarrhée; celle-ci se produit spontanément ou est provoquée par l'usage journalier des purgatifs. Quelquefois, quand le processus scléreux a envahi la région sphinctérienne, il y a incontinence des matières fécales, les matières peuvent alors sourdre d'une façon continue ou s'échapper sous forme de fusée.

Le sang est quelquefois mélangé aux matières ou à l'écoulement purulent; les véritables *hémorragies* sont exceptionnelles.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 59, p. 706.

A cette période d'état, les *signes physiques* sont assez caractéristiques. A l'inspection de la région anale, on constate souvent un érythème péri-anal, un bourrelet hémorroïdaire ou des condylomes et des saillies papillomateuses.

Le *toucher rectal* est le mode d'exploration le plus simple et le plus utile ; il faut le pratiquer avec douceur et prudence.

A 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus, le doigt s'engage dans le rétrécissement en entonnoir ; toute la périphérie du rectum est également atteinte ; la coarctation devient plus étroite à mesure qu'on s'élève. Parfois, au début, on peut dépasser la limite supérieure du rétrécissement et le doigt se recourbant au-dessus de la virole rétrécie perçoit les ulcérations sus-jacentes. En général, quand le malade vient consulter, le rétrécissement est déjà infranchissable au doigt ; parfois même l'extrémité de l'index peut à peine s'engager dans le rétrécissement. Au niveau de la sténose, la muqueuse est immobile, complètement adhérente, un peu râpeuse, lisse dans les formes sténosantes pures, plus ou moins irrégulière dans les formes à la fois sténosantes et proliférantes. En général, le doigt qui vient de faire l'examen sort sec et propre, hormis les cas où il y a des fistules et des ulcérations au-dessous du rétrécissement (Delbet).

Dans quelques cas, la sténose est située à une telle distance de l'anus que le doigt ne peut l'atteindre ; ces cas sont exceptionnels (3 fois sur 70). On peut alors pratiquer le toucher rectal sous chloroforme ou se servir de divers instruments pour explorer le rectum : sonde à boule, sonde à sac de baudruche, ballon dilatateur, bougie à empreinte ou plus simplement explorateur à bout olivaire.

L'endoscopie recto-colique permet mieux encore d'examiner tous les détails du rétrécissement et de compléter les notions données par le toucher rectal.

L'*état général* du malade s'altère après un temps plus ou moins long ; perte de l'appétit, état saburral de la langue, digestions lentes et difficiles déterminent l'amaigrissement, la perte des forces, une coloration terreuse de la peau. Il existe souvent un véritable état hypocondriaque et, pour éviter les efforts douloureux que provoquent les selles, les malades se privent parfois d'aliments. Cependant la durée d'un rétrécissement du rectum est longue ; elle se compte par années, à moins que des complications ne surviennent.

COMPLICATIONS. — La rétention des matières fécales donne lieu aux signes d'une *obstruction intestinale* avec état nauséeux et vomissements ; l'occlusion aiguë est rare. Habituellement c'est une crise d'obstruction incomplète, terminée par une débâcle de matières.

Les *suppurations péri-rectales* sont fréquentes : abcès, fistules qui viennent du rectum au-dessus ou au-dessous du rétrécissement.

La *péritonite* limitée adhésive est presque constante ; la péritonite aiguë, généralisée est rare ; elle survient spontanément par rupture de l'intestin pendant un violent effort de défécation ou consécutivement à une intervention chirurgicale (toucher, passage de bougie).

La *tuberculose pulmonaire* est commune à la phase terminale des rétrécissements du rectum. Une *maladie intercurrente* (érysipèle, pneumonie, grippe) peut encore hâter la terminaison fatale.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic présente peu de difficultés lorsqu'on a fait un examen complet du malade. Les hémorroïdes, les polypes seront facilement reconnus quand le toucher rectal aura été pratiqué avec soin.

Pour le *cancer du rectum*, dans les cas types, la distinction est facile. Tandis que le rétrécissement du rectum est constitué par un canal rigide régulièrement conique, le cancer présente des saillies végétantes, inégales, friables, dont les bourgeons saignent facilement et obstruent le rectum plutôt qu'ils ne le rétrécissent. Mais on se rappellera que certains cancers annulaires, en virole, prennent les caractères du rétrécissement, et que d'autre part la sténose rectale avec rectite proliférante peut simuler les bourgeons de l'épithéliome. Toutefois la marche du cancer est plus rapide, la cachexie spéciale.

Le diagnostic est surtout à faire entre les diverses variétés de rétrécissement du rectum. Les *rétrécissements péri-rectaux* succèdent à des abcès, à des affections inflammatoires du petit bassin ; au toucher on reconnaît aisément la situation extra-rectale de la virole qui enserre le rectum ; les signes de rectite font défaut.

Les *rétrécissements spasmodiques* sont très contestés. A la suite d'une lésion rectale, il se produirait une contracture des releveurs, puis une rétraction fibreuse du muscle. Mais il n'est pas prouvé qu'au spasme puisse succéder une rétraction du muscle.

Par leurs symptômes, les *rétrécissements cicatriciels* se rapprochent beaucoup des rétrécissements inflammatoires ; mais au toucher on sent des brides saillantes, irrégulières, parfois multiples. On trouve dans l'étiologie la notion d'un traumatisme, d'une brûlure.

Les *rétrécissements congénitaux* sont habituellement des valvules, des diaphragmes ; le type cylindrique est exceptionnel.

Dans ce dernier cas, on fera le diagnostic par l'apparition plus précoce, l'absence de rectite.

Quant à reconnaître la nature syphilitique, tuberculeuse ou inflammatoire d'une sténose rectale, c'est le plus souvent presque impossible. Cependant, d'après Sourdille, deux signes sont assez spéciaux au rétrécissement tuberculeux : les rectorragies du début et l'extension progressive en hauteur ; à une période avancée, on trouvera aussi quelquefois que la tuberculose s'est propagée vers la vessie ou la prostate.

TRAITEMENT. — Le pronostic du rétrécissement du rectum est très sombre ; sans doute la maladie peut se prolonger plusieurs années, mais le traitement curatif reste à trouver (Faure et Rieffel).

Le *traitement médical* consiste à soutenir l'étal général et éviter la constipation ; le traitement spécifique a déterminé exceptionnellement des améliorations.

Les méthodes de *traitement chirurgical* sont nombreuses : électrolyse, dilatation, rectotomie interne ou externe, extirpation, établissement d'un anus artificiel. Dans les cas légers avec rétrécissement peu serré, la dilatation donne d'excellents résultats ; on pourra également pratiquer l'extirpation. Dans les cas graves, avec lésions très étendues, le traitement de choix est la colotomie ; on pratiquera en même temps la dilatation, et ultérieurement on pourra quelquefois fermer l'anus artificiel.

BIBLIOGRAPHIE. — FAURE et RIEFFEL. *Traité de chir.*, t. VI. — DELBET. *Traité de chir. clin. et opér.*, t. VIII. — QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum.* — TRÉLAT et DELENS. *Dict. encyclop. des sciences médicales.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour deux places de chirurgien des hopitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 juin : MM. Chevrier, Alglave et Mouchet, 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Mouchet et Chevrier.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — *Tableau de concours.* — Pour officier de la Légion d'honneur : MM. Vaysse et Collomb, médecins principaux de première classe.

Pour chevalier de la Légion d'honneur : MM. Rigaud et Rul, médecins-majors de deuxième classe; Cardeillac, Patriarche, Doucet et Nogué, médecins-majors de première classe; Marotte, Jouvenceau et G. Martin, medecins-majors de deuxième classe.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-deuxième semaine, 857 décès au lieu de 918 pendant la semaine précédente et de 950, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire dans son ensemble est donc satisfaisant.

Cependant la rougeole et la scarlatine sont toujours signalées en grand nombre par les médecins; elle ne causent d'ailleurs que peu de décès.

PRÉVOYANCE MÉDICALE. — Dimanche dernier a eu lieu au buffet de la gare de Lyon le banquet annuel de la Prévoyance médicale, 29, rue de Londres, société mutuelle vieille déjà de vingt-sept ans et qui distribue à tous ses adhérents réunissant les conditions statutaires, une retraite de droit et donne aux veuves et aux orphelins une pension également de droit. On a fêté l'adhésion du quatre millième adhérent, l'élévation du chiffre de la retraite à 1000 francs et la création récente de la caisse des veuves et des orphelins.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros mardi et du jeudi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 JUIN 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Nicolas, Thiéry et Ombrédanne.

3e (oral, 1re partie) : MM. Delens, Potocki et Mulon; — (2e partie) : MM. Blanchard, Letulle et Marcel Labbé; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Tuffier et Gosset; — (2e partie) : MM. Gaucher, Legry et André Jousset; — M. Macaigne, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Reclus, Monod et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Auguste Broca et Lecène; — (2e partie) : MM. Déjerine, Sicard et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 16 juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Retterer, Rieffel et Brumpt.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Gilbert Ballet et Jeanselme; — (2e série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Rénon et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Morestin; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Ricard et Thiéry; — M. Launois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Albarran, Hartmann et Cunéo; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gouget et Castaigne; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Desgrez, suppléant.

Mercredi 17 juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Nicolas, Aug. Broca et Thiéry.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Marcel Labbé.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Macaigne et Lœper; — (2e série) : MM. Déjerine, Carnot et Zimmern; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Delens, Gosset et Lecène; — (2e série) : MM. Monod, Tuffier et Ombrédanne; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Letulle et Sicard; — (2e série) : MM. Gaucher, Legry et André Jousset; — M. Mulon, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Lepage, Potocki et Couvelaire; — M. Desgrez, suppléant.


Affections pulmonaires
Tuberculose
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Éviter les contrefaçons
Échantillon et Littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
PARIS
Sirop Roche au Thiocol
Préparé par Ch. Weiss
Pharmacien de 1re Classe
30 Boulevard Magenta
Prévient et guérit toutes les affections pulmonaires aiguës et chroniques, excite l'appétit et facilite la digestion
1 Cuillerée à café contient 0.33 Thiocol 0.20 Gaïacol cristallisé
Vente en Gros F. HOFFMANN.LA ROCHE & Cie 7 Rue St Claude PARIS
Prix 4 fr
Comprimés de Thiocol Roche
Prendre 1 à 3 comprimés dissous dans 1/4 de verre d'eau trois fois par jour
Prix 3 f

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ACCIDENTS POST-ANESTHÉSIQUES

Par M. SALVÀ MERCADÉ,

Ancien interne, médaille d'or des hôpitaux de Paris.

L'anesthésie a de nos jours pris une telle place dans le domaine de la chirurgie qu'il est bon de résumer dans une étude d'ensemble les méfaits post-opératoires des divers anesthésiques. Nous ne voulons pas analyser ici les dangers de chaque narcotique au cours de l'anesthésie, mais seulement envisager les troubles qui se produisent ultérieurement du fait de la narcose. Nous ne ferons pas non plus une revue générale de tous les anesthésiques connus, voulant nous borner à ceux qui sont actuellement employés en France tant pour l'anesthésie générale que pour l'anesthésie locale. Nous terminerons par les accidents consécutifs à l'anesthésie médullaire qui semble chaque jour gagner plus de terrain dans le champ de l'anesthésie générale.

I

Anesthésie générale. — *A.* CHLOROFORME. — Nous savons aujourd'hui mieux manier le chloroforme ; aussi ne voyons-nous qu'à de rares intervalles des complications qui survenaient jadis, alors qu'on tenait moins de compte, dans l'administration du chloroforme, de l'âge, du tempérament et des antécédents de l'opéré.

De nos jours les partisans des appareils et ceux de la compresse reconnaissent à l'une ou à l'autre méthode des avantages dans le cours normal de l'anesthésie, mais quel que soit le procédé employé les accidents post-chloroformiques restent les mêmes.

1° *Vomissements.* — Bien peu de sujets échappent à cette complication de l'anesthésie chloroformique, mais alors que chez les uns elle se manifeste à peine par quelques fusées dès le réveil, chez d'autres elle n'apparaît qu'au bout de vingt-quatre heures et prend des caractères de gravité tels qu'ils peuvent en imposer pour des vomissements péritonitiques.

C'est un diagnostic qu'il faudra porter tout d'abord. Les vomissements péritonitiques ne se manifestent que quelque temps après l'opération ; ils coïncident avec des phénomènes locaux, mais comme ils font souvent suite aux vomissements post-chloroformiques, ils peuvent ne pas attirer l'attention et être mis sur le compte de l'anesthésique. Aussi faudra-t-il se méfier des vomissements d'une trop longue durée, et en tous cas surveiller toujours l'abdomen.

En général les femmes sont plus sujettes que les hommes aux vomissements post-anesthésiques, sans que toutefois le tempérament joue un rôle quelconque. La quantité de chloroforme administré et la manière de le donner entrent encore en ligne de compte.

Certains praticiens ont également remarqué que le lait était contre-indiqué dans les vingt-quatre heures qui précèdent l'opération ; il se produirait en effet du fait du chloroforme ou de l'éther une certaine hyperacidité stomacale, qui déterminerait la coagulation et contribuerait à augmenter les vomissements.

En général on admet que le chloroforme imprègne petit à petit toutes les cellules de l'économie, inhibe les processus métaboliques et n'est éliminé que lentement après l'anesthésie. Cependant certains auteurs pensent que les vomissements sont dus à l'action du chloroforme sur la muqueuse gastrique. Le meilleur moyen de les combattre serait alors de défendre celle-ci contre le contact irritant en faisant ingérer au patient avant l'anesthésie une grande quantité (800 grammes environ) d'eau (Denucé, Dorsett, Lucarelli). Cette méthode n'a pas donné les résultats qu'en attendaient les promoteurs.

Dans l'incertitude où nous sommes de l'efficacité des moyens thérapeutiques employés contre ces vomissements, il faudra après l'opérations ecouer le malade le moins possible, le transporter dans son lit à plat, aérer souvent la chambre pour ne pas laisser s'y accumuler les vapeurs de l'anesthésique. Dès que les vomissements sont déclarés, il faut autant que possible faire coucher le patient sur le côté droit, afin de faciliter l'écoulement des liquides vers le duodénum. On pourra faire asseoir le malade ; on lui lavera la bouche plusieurs fois par jour avec une solution antiseptique.

Malheureusement nous ne possédons à l'heure actuelle aucun remède efficace. Nous nous contenterons donc de signaler les procédés qui ont été préconisés par les différents auteurs. Du café chaud, du champagne font assez souvent bon effet. L'acide cyanhydrique à faibles doses répétées réussit parfois. L'eau albumineuse a été aussi recommandée. La morphine a des succès à son actif. Souvent on peut obtenir de bons effets par l'application sur la région épigastrique de vésicatoires ou de flanelles trempées dans de l'eau bouillante. Il est juste d'ajouter que les applications de glace sur l'estomac ou la nuque ont été également préconisées. On a aussi conseillé v à x gouttes d'essence de menthe sur un morceau de sucre ou dans un peu d'eau. Dans certains cas les inhalations d'oxygène ou de vinaigre ont réussi. Enfin dans les cas de vomissements incoercibles on devra avoir recours au lavage de l'estomac. Quoi qu'il en soit, l'alimentation ne devra jamais être reprise avant la cessation complète des vomissements. Le premier jour on pourra donner, les six premières heures écoulées, quelques boissons légères glacées, du thé, du champagne. Le lendemain, si les vomissements ont cessé, on pourra alimenter le malade, à moins de contre-indication particulière du fait de son opération.

Burkhardt (1) a remarqué que les vomissements et la céphalée post-opératoires étaient moindres et pouvaient même faire défaut, si on avait soin de faire peu de temps avant l'anesthésie une injection intraveineuse de 1500 à 2000 centimètres cubes de NaCl.

Paterson (de Glasgow) aurait obtenu de très bons résultats avec la picrotoxine (2). Dès la fin de l'anesthésie il injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané xx gouttes, ce qui représente 1 centimètre cube d'une solution à 0,2 p. 100 de picrotoxine. Si les vomissements sont déjà survenus l'injection a pour effet de les faire disparaître. Si une injection de xx gouttes ne suffit pas, il faudrait en faire une seconde de x gouttes seulement dix minutes après. Enfin chez l'enfant, dit-il, il ne faut injecter que v gouttes sous la peau.

2° *Hoquet.* — A côté des vomissements, nous de-

(1) Reproduction interdite.

(1) BURKHARDT. *Arch. f. klin. Chir.*, 1907, 82-4.
(2) PATERSON. *The Lancet*, 14 sept. 1907, p. 794.

vons signaler le hoquet, parfois rebelle à toute médication et qui fatigue beaucoup le malade. On a conseillé dans ce cas de faire des tractions de la langue.

3° *Troubles pulmonaires.* — Ils s'observent rarement après la chloroformisation. C'est tantôt une bronchite, tantôt une pneumonie qu'on voit survenir. Et sans chercher à les expliquer toujours par une infection, on peut admettre que dans certains cas elles sont dues soit à une mauvaise administration du chloroforme, soit à un refroidissement au cours de l'anesthésie ou pendant le transport de l'opéré. Nous savons en effet que pendant l'anesthésie générale la température s'abaisse comme pendant le sommeil; il faudra donc avoir bien soin de recouvrir le sujet dans des linges chauds et d'éviter qu'il se refroidisse quand on le transportera dans son lit.

Il va sans dire que l'âge avancé, les affections cardiaques, les intoxications (alcoolisme, saturnisme, etc.) y prédisposent comme les maladies pulmonaires antérieures.

La position du malade après l'opération joue également un certain rôle dans l'apparition des accidents. Il faut à tout prix éviter la stase sanguine déjà facilitée par la dépression cardiaque dans certaines grandes interventions. En outre dans certaines opérations sur la région cervicale les lésions nerveuses (pneumogastrique, récurrent, sympathique) contribuent très certainement à la production de phénomènes de broncho-pneumonie, comme l'ont démontré Legallois, Billroth, Friedlander, Vulpian, Schiff.

L'infection joue néanmoins le grand rôle. Le poumon s'infecte soit par continuité, soit par voie sanguine et suivant le degré ou la nature de l'infection on assiste à l'apparition d'une bronchite simple, d'une broncho-pneumonie, d'une pneumonie.

Le traitement de ces complications pulmonaires ne présente aucune particularité et n'exige aucune indication spéciale.

4° *Ictère.* — L'ictère qu'on observe à la suite d'une anesthésie chloroformique est en général bénin et disparaît assez rapidement.

Voici une malade, âgée de quarante-trois ans, que nous avons opérée en mars 1902 d'un cancer du sein, dans le service de notre maître, M. Richelot. L'anesthésie fut faite au chloroforme. Le lendemain cette femme présente une coloration jaune des conjonctives; sa face prend un aspect ictérique; ses téguments jaunissent progressivement au niveau des plis de flexion. La malade vomit; ses vomissements sont muqueux puis bilieux. Les selles sont normales. Pas de xanthopsie. Aucun trouble viscéral. Pas de fièvre.

L'analyse des urines a permis de constater l'absence d'albumine, mais a révélé la présence d'une certaine quantité d'indican, d'urobiline et de pigments biliaires. La coloration des urines était jaune foncé. Pendant deux jours la coloration des téguments et des muqueuses augmente, puis l'ictère diminue sensiblement pour disparaître complètement en huit jours.

A la même époque nous eûmes l'occasion de recueillir une observation analogue. Il s'agissait d'une femme de trente-huit ans opérée d'un abcès pelvien par notre maître M. Richelot. L'anesthésie au chloroforme précédé de quelques grammes de bromure d'éthyle n'avait duré que quelques minutes. Mais dès le lendemain s'installait un ictère qui en deux jours atteignait une teinte jaune olivâtre. Cet état dura quarante-huit heures et comme dans le cas précédent tout disparut en huit jours.

Les urines avaient été examinées. Elles étaient de couleur acajou. On trouva un peu d'albumine, de l'indican, de l'urobiline et des pigments biliaires.

G. Campora (1) dans une étude où il rapporte trois cas d'ictère après deux cures radicales de hernie et une néphropexie étudie la pathogénie possible de cet accident. Avec lui nous pensons qu'il y a lieu d'éliminer l'absorption du sang épanché, la coïncidence d'un ictère catarrhal ou émotif, la rétention biliaire par un spasme réflexe d'origine péritonéale; de Bovis (2) admet qu'il s'agit toujours d'une atteinte légère de la cellule hépatique. Les éléments de la bile passeraient dans le sang et il se produirait un ictère par diffusion.

Il est certain que pour que l'ictère se produise dans ces conditions il faut des sujets prédisposés. Mais cette prédisposition peut être de nature diverse; chez les uns elle est congénitale, chez les autres elle est acquise et sous la dépendance de la syphilis, de l'alcool ou du saturnisme. Chiarleoni (3) étudiant l'ictère post-chloroformique le rapporte à l'action directe du chloroforme sur la cellule hépatique. C'est l'opinion actuellement admise par la majorité des auteurs. L'ictère bénin traduit l'altération légère de la cellule hépatique par l'intoxication chloroformique qui, à un plus haut degré, déterminera l'apparition de l'ictère grave.

5° *Ictère grave.* — L'ictère grave s'observe très rarement à la suite de la chloroformisation. Foa (4), Reggianini (5), Gulcke (6) en ont publié dernièrement des observations, mais ce sont là des faits exceptionnels. En règle générale, lorsque l'intoxication chloroformique est profonde, elle ne se localise pas seulement au foie, elle agit sur tout l'organisme pour produire les phénomènes d'empoisonnement tardif que nous envisagerons tout à l'heure. Du reste, il semble bien que la pathogénie de ces accidents soit encore très obscure, que ce n'est pas tant à la quantité du chloroforme donné, qu'à d'autres facteurs encore inconnus, qu'on doive les rapporter. Gulcke fait observer qu'ils n'ont été observés jusqu'à ce jour qu'à la suite d'opérations abdominales et presque toujours chez des sujets gras. Pour Foa une lésion antérieure de la cellule hépatique serait nécessaire et l'ictère grave n'apparaîtrait que chez des cirrhotiques.

6° *Troubles urinaires.* — Depuis longtemps les auteurs ont signalé la mauvaise influence des anesthésiques sur les reins. Nous passerons donc successivement en revue les divers éléments de l'urine pour en étudier les variations.

a. Les *chlorures* augmentent souvent après la chloroformisation, mais cette augmentation n'est que la résultante de l'élimination du chloroforme qui se fait par la peau, les poumons et les reins, et par ceux-ci sous forme de chlorures surtout.

b. L'élimination du *soufre* et du *phosphore* après l'anesthésie est parallèle à celle de l'azote; il y a donc augmentation du taux du soufre et du phosphore, ce qui ne nous étonne pas puisque, comme

(1) G. Campora. *Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, an XXVII, 29 avril 1906, n° 51, p. 535.

(2) De Bovis. Ictères bénins post-opératoires, *Semaine méd.*, 1903, p. 293.

(3) Chiarleoni. *Jahrb. f. Chir.*, 1899.

(4) Foa. Sur deux cas d'ictère grave par action du chloroforme chez les cirrhotiques latents, *Gaz. med. Ital.*, 31 janv. 1907.

(5) Aldo Reggianini. A propos de deux cas d'ictère grave consécutifs à la chloroformisation, *Riforma med.*, 6 juillet 1907, n° 27.

(6) N. Gulcke. *Arch. f. klin. Chir.*, 1907.

l'azote, ils proviennent de la molécule albuminoïde.

c. L'*albuminurie* qui s'observe après la chloroformisation n'est jamais d'une longue durée. Son importance n'est nullement en relation avec la durée de l'anesthésie, comme l'ont démontré Patin et Terrier (1), puis Vidal (2).

d. Le chloroforme peut-il déterminer la *glycosurie*? De fait, après l'anesthésie chloroformique, il arrive souvent que l'urine réduise la liqueur de Fehling, mais nous savons que le chloroforme est lui-même un corps réducteur. Aussi Hegar et Kaltenbach admettent que c'est à la présence du chloroforme dans l'urine qu'il faut rapporter la réaction.

Pour Pavy et Drappier, il existe réellement du sucre dans les urines des opérés.

Pour Zeller enfin, pour Vidal, c'est un dérivé du chloroforme qu'il faut incriminer.

Quoi qu'il en soit, il semble bien démontré aujourd'hui qu'il n'y a en aucune façon de glycosurie vraie.

e. La *bilirubine* a été signalée dans les urines. Elle peut exister exceptionnellement en dehors de tout ictère, mais généralement elle accompagne la coloration ictérique des téguments. Sa présence est due à la destruction de l'hémoglobine dans le sang.

f. Gianasso (3) a recherché l'*urobiline* dans les urines de 25 enfants anesthésiés pendant dix à quarante-cinq minutes pour des opérations diverses. Les résultats ont toujours été positifs et l'urobiline a été constatée pendant un temps variable sans toutefois dépasser dix-huit heures.

Nous l'avons trouvée nous-même dans les deux observations d'ictère que nous rapportons plus haut.

C'est sans aucun doute à la destruction des globules rouges par le chloroforme qu'il faut l'attribuer. Nous savons en effet que la destruction de l'hémoglobine dans le sang par l'eau distillée ou le chloroforme donne lieu à la formation de la bilirubine et que l'urobiline n'est qu'un produit de réduction de la bilirubine.

g. L'*acétone* n'apparaît dans l'urine que dans les cas graves comme une manifestation de l'action toxique du chloroforme.

Elle est relativement rare et en tous cas presque toujours passagère.

Luigi Longo (4) dans une récente étude sur l'acétonurie post-opératoire rappelle que Luzzatti, Becher, Aiello, Brackett, Stone et Low (5) ont signalé la présence de l'acétone dans l'urine après l'anesthésie générale.

Luzzatto (6) a trouvé l'acétone dans l'urine 20 fois sur 60 sujets chloroformisés, mais il est incapable d'établir un rapport entre l'acétonurie et la quantité de chloroforme ou la durée de la narcose.

L'apparition de l'acétone dans l'urine serait, pour Becher, causée par l'absorption des vapeurs de chloroforme. Luzzatto admet qu'il s'agit d'une altération des reins. Pour Mauban (7), c'est à l'inanition relative produite par le jeûne auquel on soumet les malades avant l'anesthésie chirurgicale qu'est due l'acétonurie.

(1) Patein et Terrier. *Manuel d'anesthésie chirurgicale*, Paris 1894.
(2) Vidal. Th. de Paris, 1897.
(3) Gianasso. *Riforma med.*, mai 1906, p. 538-541.
(4) Luigi Longo. Recherches cliniques sur l'acétonurie post-opératoire, *Riforma med.*, n° 37, 15 sept. 1907.
(5) Brackett, Stone et Low. *Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLI, n° 1, 1904.
(6) Luzzatto. *Rivista veneta di scienze med.*, 1895.
(7) Mauban. Th. de Paris, 1905.

Taylor (1) pense que l'acétone se forme aux dépens des graisses de l'organisme sous l'influence de l'anesthésique.

Brackett, Stone et Low ont signalé des cas mortels d'acétonurie après l'anesthésie se manifestant par des phénomènes de collapsus, vomissements, dyspnée, accélération du pouls, cyanose et coma avec absence totale de fièvre.

L'acétone était très manifeste dans l'air expiré et dans l'urine.

Quoi qu'il en soit, la présence de l'acétone dans l'urine est toujours le fait d'une intoxication de l'organisme se produisant probablement plus facilement chez des sujets gras. Pour Luigi Longo, elle est en rapport avec des altérations fonctionnelles (ou anatomiques ?) du système nerveux central.

h. Dès 1893, M. Lucas-Championnière (2) avait remarqué qu'après les grandes opérations on observait une *ascension du taux de l'urée.*

Vidal en 1897 dans sa thèse (3), Soulié, Claret (4), Gross et Sencert (5) reprennent la question et tous retrouvent une augmentation très notable de l'azote dans l'urine.

Vidal qui a fait une étude très approfondie de la question insiste sur ce fait qu'on ne peut affirmer l'hyperazoturie qu'après avoir établi le rapport de l'azote ingéré à l'azote éliminé.

Tous les composés azotés sont augmentés mais dans des proportions variables. C'est ainsi que c'est surtout sur l'acide urique et la créatinine que porte l'augmentation, l'urée pouvant parfois être diminuée.

L'explication de cette hyperazoturie est différente suivant les auteurs :

Pour les uns (Lucas-Championnière), elle serait due à la résorption des liquides épanchés et des éléments morts.

Pour les autres (Claret, Gross et Sencert), aux altérations du sang. Chez nombre d'opérés ils signalent une hyperleucocytose intense, et la destruction des leucocytes donnerait lieu à une élimination d'azote.

Pour d'autres [Vidal (6)], il faut la rapporter à l'intoxication causée par les anesthésiques. Vidal se base, pour l'affirmer sur les trois faits suivants :

1. Elle existe toujours chez les animaux chloroformisés et non opérés;

2. Elle existe toujours chez les sujets anesthésiés pour un examen clinique ;

3. Elle n'existe jamais chez les opérés non anesthésiés et non fébricitants.

Cette hyperazoturie est selon lui « une démolition profonde que subit l'organisme sous l'action des anesthésiques, une heure de chloroforme produit plus de désordres que douze jours d'inanition complète chez un sujet en bon état. »

Il faudra donc « combler la brèche par une alimentation aussi précoce que possible » et balayer « les déchets toxiques ».

(1) Taylor. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1906.
(2) M. L.-Championnière. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1893, t. LXIV, p. 534.
(3) E. Vidal. *Influence de l'anesthésie chloroformique sur les phénomènes chimiques de l'organisme*, Th. de Paris, 1897.
(4) Claret. La décharge azoturique post-opératoire dans les grandes interventions abdominales. Son importance pronostique, *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 513.
(5) Gross et Sencert. Congrès de Bruxelles, 1905, in *Presse méd.*, n° 76, 1905, p. 606.
(6) Vidal. Quelques points de la séméiologie urinaire des opérés, *Presse méd.*, 20 janv. 1906, n° 6, p. 43.

Aussi ne saurions-nous trop conseiller, même en dehors des cas de débilité extrême du sujet, des injections de sérum artificiel. C'est là le meilleur moyen que nous ayons de laver rapidement le sang et de préparer le sujet à recevoir sans danger une alimentation précoce.

7° *Troubles nerveux*. — Ces troubles se manifestent par des paralysies ou des psychoses.

a. Les *paralysies*, d'après Blumfeld (1), sont de trois ordres.

Les unes sont d'origine périphérique et doivent être rapportées à la compression ou au tiraillement de quelque racine nerveuse pendant l'anesthésie. Elles disparaissent en général au bout de quelques jours. Parfois elles persistent plus longtemps.

Les autres sont d'origine centrale et sont de véritables attaques d'apoplexie sous la dépendance de la congestion cérébrale.

Les troisièmes enfin, sont indéterminées.

b. Les *psychoses* post-opératoires se manifestent dès le réveil, dans les vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, ou bien quelques jours plus tard, mais toujours chez des prédisposés. Elles ont été rapportées à diverses causes que nous ne ferons que signaler, mais comme elles ont été mises par certains sur le compte des anesthésiques, nous devons en faire une étude sommaire.

Signalés par Dupuytren, puis par Verneuil et Ball, les troubles psychiques post-opératoires font l'objet de travaux d'ensemble à partir de 1888. Werth, Gaillard Thomas (2), Vène (3), Wilson (4), Truelle (5), Briand et Picqué (6), Duplay (7), le professeur Berger (8) et la Société de chirurgie de Paris en 1898, étudient et discutent la question. Plus près de nous, Carlo Lorenzi (9) insiste sur la variété des formes qu'elles peuvent revêtir et s'élève contre l'idée de créer une entité spéciale de psychose post-opératoire.

Il est une distinction qu'il faut tout d'abord établir dans le groupe de ces psychoses, suivant qu'elles sont passagères ou permanentes. Les premières, disent Briand et Picqué, sont essentiellement transitoires; ce sont des délires d'hôpital, dus surtout à la septicémie, rarement au chloroforme ou à d'autres agents médicamenteux et qui se terminent rapidement par la guérison ou par la mort (Briand et Picqué). Les secondes sont plus ou moins longues, parfois permanentes. Ce sont les délires d'asile de Briand et Picqué, les vraies psychoses post-opératoires.

Les psychoses post-opératoires sont relativement rares. Elles apparaissent presque toujours chez des femmes nerveuses, ou chez des individus prédisposés par une tare héréditaire ou organique (intoxication chronique, saturnisme, alcoolisme, etc.). L'importance de l'opération ne semble en revanche jouer aucun rôle dans leur éclosion.

C'est à l'anesthésique que certains auteurs ont rapporté l'apparition de ces manifestations psychiques. On avait constaté que la substance anesthésique déprimait le cœur, qu'elle hyperémiait le foie, qu'elle déterminait de l'anémie cérébrale, de la stase veineuse, de l'albuminurie.

(1) Blumfeld. *Clin. Journ.*, août 1901.

(2) Gaillard Thomas. *New-York Ac. of med.*, avril 1889, et *Med. News*, mai 1889.

(3) Vène. Th. de Paris, 1881.

(4) Wilson. *The med. News*, 1897, t. I, p. 47.

(5) Truelle. Th. de Paris, 1898.

(6) Briand et Picqué. *Ann. méd.-psychol.*, 1898, et *Arch. de neurol.*, mars 1903, p. 209.

(7) Duplay. Folie post-opératoire, *Presse méd.*, 28 juin 1899, p. 305.

(8) Berger. *Méd. mod.*, 17 juin 1899.

(9) Carlo Lorenzi. Sur les psychoses dites post-opératoires, *Riforma med.*, n° 19, 11 mai 1907.

On avait remarqué que les personnes nerveuses étaient plus longues à s'endormir, qu'il leur fallait une dose plus forte et qu'enfin leur système nerveux était plus ébranlé par la crainte de l'opération. Il semble bien aujourd'hui que ce n'est pas à une cause unique, mais à un ensemble de circonstances qu'il faut attribuer ces psychoses (prédisposition héréditaire ou acquise, shock opératoire ou ébranlement moral).

Les troubles psychiques qui peuvent se manifester après une intervention chirurgicale ne présentent aucun caractère particulier, et il est difficile de les classer, car ils prennent chez chaque individu une allure spéciale, folie, manie, mélancolie, délire, etc. Tantôt ce sont des phénomènes d'excitation violente avec élévation de température, tantôt de l'insomnie tranquille.

On doit donc prévoir l'apparition de ces troubles avant l'opération, dès qu'on a affaire à un sujet pusillanime ayant des stigmates psychiques, en gagnant sa confiance et en abrégeant le plus possible la période pré-opératoire.

8° *Empoisonnement tardif*. — Le chloroforme tue après l'opération, comme il tue avant, comme il tue pendant.

Depuis que Casper en 1850 (1) rapporta le premier cas de mort quelques jours après une anesthésie générale par le chloroforme diverses observations ont été publiées. Nous les trouvons toutes rassemblées par M. J. Aubertin (2) dans une excellente thèse sur les effets tardifs du chloroforme. Nous y ajouterons les cas publiés dernièrement par Thorp, Telford, Bride, Wilson (3). Dans une série d'expériences très intéressantes, Nothnagel, Ungar et Jaukers, Paul Bert avaient déjà montré les effets des inhalations chloroformiques sur les viscères. Et il semble bien prouvé aujourd'hui qu'en dehors de toute infection opératoire le chloroforme à lui seul suffit pour déterminer l'apparition de symptômes d'intoxication grave, et parfois même mortelle.

A l'autopsie, on trouve des lésions de dégénérescence viscérale, localisées surtout au foie, aux reins, au cœur, et presque toujours il s'agit de dégénérescence graisseuse.

Les symptômes qui traduisent l'intoxication se manifestent en général après la première journée.

Les vomissements chloroformiques sont plus fréquents; ils deviennent plus foncés, parfois même marc de café. La respiration est plus rapide et le malade est gêné par une odeur persistante de chloroforme. Parfois on voit apparaître le rythme de Cheyne-Stokes. Le pouls est rapide, petit. Le facies est légèrement subictérique. Le malade est plus ou moins agité, mais sans fièvre; parfois on voit apparaître un délire calme; dans d'autres cas ce sont des convulsions.

Les urines sont rares, foncées. On y décèle la présence de l'albumine, de pigments biliaires et d'une abondante quantité de composés azotés.

Tous ces phénomènes dans les cas mortels s'aggravent rapidement en quelques jours.

(1) Casper's *Wochens.*, 1850.

(2) J. Auburtin. Th. de Paris, 1906.

(3) Thorp, Telfort, Bride, Wilson. *The Lancet*, 29 fév. 1908.

Dans les cas les plus heureux, tout rentre dans l'ordre assez rapidement, surtout si on agit dès l'apparition des symptômes.

On relèvera le malade par des injections de ca féine, d'huile camphrée.

On lavera son sang par de grandes injections intraveineuses de sérum.

B. ETHER. — Les troubles gastriques, respiratoires, urinaires, toxiques, sont aussi fréquents avec l'éther qu'avec le chloroforme.

1° *Vomissements.* — Avec l'éther les vomissements apparaissent immédiatement après la cessation de l'anesthésie ; ils sont en général plus violents qu'après le chloroforme, mais durent moins, cessant parfois dès que le malade a repris connaissance.

Les enfants y sont moins sujets que les vieillards. On a cherché à expliquer ces vomissements de diverses façons : les uns admettent que le mucus et la salive s'imprègnent constamment d'éther et déglutis s'accumulent dans l'estomac pendant tout le temps de l'anesthésie, mais dès le réveil l'estomac retrouve son fonctionnement normal et se débarrasse de son contenu. La fréquence des vomissements serait donc en rapport avec la quantité du contenu stomacal ou avec sa viscosité.

Aussi a-t-on conseillé de faire boire au malade, immédiatement avant l'anesthésie, une quantité d'eau en rapport avec la durée présumée de l'anesthésie, afin de diluer ce contenu. Dès que les vomissements se produisent on donne également des boissons chaudes et froides dans le même but.

Pour d'autres l'éther excrété par la muqueuse gastrique s'accumulerait dans l'estomac et déterminerait une véritable gastrite [Hess (de New-York)]. D'autres enfin pensent qu'ils sont d'origine nerveuse centrale.

2° *Troubles pulmonaires.* — Ils s'observent beaucoup plus fréquemment qu'après la chloroformisation. La bronchite est rare ; la broncho-pneumonie l'est moins ; la pneumonie est la forme la plus fréquente.

Parfois on voit survenir des hémoptysies, chez des sujets qui ne présentent aucune manifestation de tuberculose. Il semble alors que l'éther agisse en congestionnant l'organe.

Ces troubles pulmonaires sont sous la dépendance, non pas d'une irritation directe de la muqueuse par l'éther, mais de l'aspiration de la salive buccale infectée.

L'éthérisation n'est pas plus dangereuse pour les poumons chez les vieillards pourvu qu'on n'éthérise pas les emphysémateux et les affaiblis.

Ces complications doivent être traitées dès leur début par les ventouses sèches et scarifiées.

Quant à l'abaissement de la température qui, comme nous l'avons vu à propos du chloroforme, facilite l'atteinte des poumons, il est un peu moindre qu'avec le chloroforme.

3° *Ictère.* — L'ictère bénin, léger, a été observé après l'anesthésie par l'éther comme après le chloroforme. Les cas en sont excessivement rares ; si certains chirurgiens l'ont parfois observé, Lindh (1) ne l'a jamais constaté dans une série de 1279 anesthésies.

4° *Troubles urinaires.* — Ces troubles ont été surtout étudiés par Babaci et Bebi (2) qui montrèrent que, si le chloroforme produit des lésions de néphrite

(1) LINDH. *Nord med. Arkiv.*, 1895, XXVIII, 4-5.
(2) BABACI et BEBI. *Jahrb. f. Chir.*, 1896.

parenchymateuse, l'éther donne plutôt lieu à de la néphrite hémorragique.

Mais les effets les plus importants de l'éther sur le rein sont des modifications de la sécrétion qui est très sensiblement diminuée le premier jour.

Dans la recherche des éléments de l'urine après l'anesthésie par l'éther on peut y trouver des éléments anormaux tout comme après l'anesthésie par le chloroforme. On y a signalé la présence de l'albumine, de l'urobiline, de la bilirubine, de l'acétone, de cylindres, etc.

D'après Eisendraht (1), l'*albuminurie* se présente cependant moins fréquemment qu'après la chloroformisation : le rapport serait de 32 à 25.

Roux (2), sur 115 anesthésies par l'éther, n'a trouvé que 4 fois de l'albumine dans les urines.

L'*acétonurie* s'observe dans les cas d'empoisonnement grave. Brackett, Stone et Low (3) en rapportent des observations. Ici encore il est probable que l'acétonurie a pour origine la graisse de l'organisme.

Quant à l'hyperazoturie possible après l'éthérisation, tout ce que nous avons dit sur l'hyperazoturie post-chloroformique peut lui être rapporté (Vidal).

5° *Troubles nerveux.* — Ils sont peu signalés en France où l'emploi de l'éther s'est moins vulgarisé que celui du chloroforme. Néanmoins on en rencontre de-ci de-là quelques observations. Truelle dans sa thèse (4) a observé quelques paralysies passagères après une anesthésie de peu de durée (quinze à vingt minutes).

C. CHLORURE D'ÉTHYLE. — L'anesthésie par le chlorure d'éthyle est une anesthésie courte. Le réveil est très rapide et les suites en sont véritablement très simples.

Au point de vue général pas de vomissements, pas de nausées, pas de céphalée. On note cependant de rares cas où des vomissements ont pu se manifester et durer quelques heures. Au point de vue pulmonaire on n'a jamais signalé de complications, même chez des sujets présentant auparavant des lésions des poumons. Du côté des reins enfin le chlorure d'éthyle est également inoffensif. On ne constate jamais d'albuminurie.

Dernièrement cependant Cunningham (5) a signalé un cas d'intoxication grave à la suite d'une anesthésie d'une minute pour ablation de végétations adénoïdes. L'état de la malade fut très inquiétant pendant cinq jours ; on fut obligé de recourir à l'alimentation rectale.

D. BROMURE D'ÉTHYLE. — Le bromure d'éthyle comme le chlorure est un anesthésique bénin au point de vue des suites anesthésiques, comme nous avons pu nous en rendre compte pendant l'année que nous avons passée à l'hôpital des Enfants-Malades où nous l'avons longuement expérimenté. Cependant Seitz, d'après Dumont (6), a vu les vomissements durer des jours entiers. Nous n'avons jamais observé de cas analogue. Quand l'anesthésie a été de très courte durée, on n'observe aucun retentisse-

(1) EISENDRAHT. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1899.
(2) ROUX. *Korrespond. f. Schw. Ærzte*, 1888.
(3) BRACKETT, STONE et LOW. *Boston med. and surg. Journ.*, 7 juillet 1904.
(4) TRUELLE. *Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires*, Th. de Paris, 1898.
(5) CUNNINGHAM. *The Lancet*, 1er fév. 1908, p. 284.
(6) DUMONT. *Traité de l'anesthésie générale et locale*, édit. franç. par F. CATHELIN, Baillière et fils édit., p. 149.

ment sur l'organisme. Le bromure s'élimine rapidement par les poumons surtout, par les reins accessoirement.

Quand au contraire on a administré des doses plus élevées on observe [Regli, Haslebacher (1)] de l'albuminurie, de la cylindrurie, parfois même des dégénérescences viscérales (foie, rein, cœur).

E. Protoxyde d'azote. — Nous n'avons en France aucune expérience du protoxyde d'azote. C'est un anesthésique assez délaissé auquel seuls quelques chirurgiens dentistes recourent parfois.

Et cependant à en croire les Anglo-Saxons il est d'une bénignité parfaite.

Nous l'avons expérimenté à trois reprises sur nous-même sans jamais en avoir ressenti le moindre malaise consécutif.

F. Scopolamine. — La scopolamine, surtout associée à la morphine, a pris dans ces derniers temps une place éphémère dans la catégorie des anesthésiques généraux. Elle a malheureusement l'inconvénient de ne pouvoir à elle seule produire une anesthésie complète et durable. Aussi n'est-elle plus employée aujourd'hui que comme introduction au chloroforme ou à la stovaïne lombaire, et c'est à ce seul titre qu'elle méritera de retenir un instant notre attention.

MM. Walther, Terrier qui ont introduit en France cet anesthésique, ont bien montré le grand intérêt qu'il y a, pour certains malades pusillanimes ou nerveux, à supprimer en quelque sorte les émotions de la veillée opératoire ; la scopolamine à cet effet a une action remarquable. Elle permet en outre de ne donner au malade qu'une quantité très minime de chloroforme, ce qui est très important pour les malades déjà très affaiblis et qui sont ainsi moins exposés aux effets toxiques d'une trop grande quantité de chloroforme.

Après l'opération, la scopolamine agit encore en laissant le malade plongé dans une somnolence qui le soustrait aux douleurs occasionnées par toute opération.

Lors de sa première communication, M. Walther (2) n'avait encore observé ni vaso-dilatation consécutive, ni contracture de la paroi après l'opération.

Dans sa deuxième communication (3) il ne rapporte encore aucun accident, mais contrairement à ses conclusions de 1905, il a constaté que les vomissements post-anesthésiques étaient fort rares. Il n'a jamais observé non plus la tendance aux hémorragies, signalée par certains auteurs.

Néanmoins l'emploi de cet anesthésique ne s'est pas encore beaucoup vulgarisé en France, aussi n'insisterons-nous pas davantage.

II

Anesthésie locale. — L'anesthésie locale peut être produite de trois façons : mélanges réfrigérants, pulvérisation de liquides, injections sous-cutanées.

A. Mélanges réfrigérants. — Les mélanges réfrigérants, composés de glace et de sel marin produisent une anesthésie locale très satisfaisante pour certaines petites opérations.

Les complications qu'on a signalées à la suite de leur application sont rares et en tous cas de peu de gravité. Dans quelques cas on a vu se former des escares superficielles dues à une congélation trop intense. Ailleurs on a signalé une réaction inflammatoire assez vive et même des angioleucites.

B. Pulvérisation de liquides. — C'est une méthode d'anesthésie locale pour laquelle le chlorure d'éthyle est le plus souvent employé. L'anesthésie est toute superficielle et de courte durée. Nous n'avons trouvé signalé aucun accident digne d'être rapporté.

C. Cocaïne. — Les accidents observés à la suite des injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne apparaissaient autrefois, au début de la méthode, alors qu'on employait des solutions cocaïniques un peu fortes. On observait des phénomènes d'empoisonnement grave et on signala même des cas de mort.

Aujourd'hui les accidents observés sont relativement bénins.

Cependant chez des sujets affaiblis, nerveux, la cocaïne peut encore déterminer des symptômes graves d'empoisonnement se traduisant par de l'angoisse, de la pâleur de la face au début, par des convulsions plus tard.

Il faudra réagir contre ces phénomènes de vaso-constriction.

Malheureusement nous ne connaissons pas de substance antagoniste de la cocaïne.

Le nitrite d'amyle, le chloral, la morphine qu'on a successivement conseillés ne réagissent pas contre le poison. Force nous est donc d'agir sur l'état général.

Dès les premiers symptômes d'intoxication, on étendra le sujet la tête en bas, et on lui aspergera le visage avec de l'eau froide. On fera sous la peau une injection d'éther doublée d'une injection de caféine. On donnera au malade des excitants, du café, un grog. On sera parfois obligé de faire la respiration artificielle et quelquefois même pendant fort longtemps.

Dumont rapporte le cas d'un médecin morphinomane, chez lequel on dut la faire pendant cinq heures après une injection de 1 gramme de cocaïne.

Schleich, cité par Dumont dans son *Traité de l'anesthésie*, recommande de donner v à x gouttes de menthol camphré sur du sucre.

Actuellement on n'observe d'accidents que si on néglige les principes de l'anesthésie cocaïnique.

L'opération terminée, il est de règle en effet que le malade reste deux heures étendu.

Pour une opération de petite importance (panaris, abcès, etc.), une demi-heure suffit.

Quoi qu'il en soit, il sera bon de toujours faire boire au malade un peu de café, et de le faire manger avant de l'autoriser à se lever.

En se départissant de ces règles on s'expose à voir survenir des phénomènes de faiblesse cardiaque et des syncopes plus ou moins graves.

D. Succédanés de la cocaïne. — Depuis la tropacocaïne jusqu'à l'orthoforme, ils ont tous eu leur moment de vogue et ont reçu quelques applications en oculistique, laryngologie, dans l'art dentaire. Leur emploi ne s'est pas suffisamment vulgarisé pour que nous ayons à entreprendre ici l'étude de leurs effets post-opératoires. Disons seulement que parfois à la suite d'injections d'orthoforme ou de nirvanine, on peut obtenir des œdèmes, des érythèmes, de l'eczéma, voire même de la gangrène.

E. Stovaïne. — Quelques chirurgiens la préfèrent à la cocaïne. Depuis trois ans qu'il l'emploie, M. Reclus (1) n'a jamais eu le moindre incident.

(1) Regli, Haslebacher. Cités par Dumont, loc. cit., p. 171.
(2) Walther. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 21 juin 1905.
(3) Walther, *Ibid.*, 28 fév. 1906.

(1) M. Reclus. *Bull. de la Soc. de chir.*, 8 avril 1908.

III

Anesthésie généralisée (anesthésie médullaire). — C'est à la cocaïne que les partisans de l'anesthésie médullaire eurent d'abord recours, mais malgré la petite quantité de substance injectée on observa quelques troubles consécutifs, aussi chercha-t-on à la remplacer par une substance moins offensive. Bier conseilla la tropacocaïne, mais ayant observé de violentes céphalalgies, il l'abandonna bientôt. C'est alors que notre maître M. Chaput eut l'idée d'injecter par voie rachidienne la stovaïne.

Ce sont les effets consécutifs à l'injection de ces deux substances, cocaïne et stovaïne que nous allons passer en revue. Laissant de côté les accidents immédiats de la méthode pendant l'anesthésie, nous n'étudierons dans cet article que les séquelles de l'anesthésie.

A. Cocaïne. — C'est M. Tuffier qui le premier à Paris en 1899, obtint une anesthésie étendue par des injections de cocaïne dans le sac médullaire. Son procédé fut suivi par quelques-uns de ses élèves. Cadol (1), Kendirdjy (2) en firent le sujet de leur thèse. Sans chercher à faire ici le procès de la méthode, nous voulons nous borner suivant notre programme à rapporter les faits consécutifs à ces injections.

Il faut bien ajouter dès le début que ces effets (affaiblissement, céphalalgie, vomissements, etc.) ne s'observent pas chez tous les malades, surtout si on a soin de les tenir au lit comme après toute anesthésie. M. Severeanu (3) leur oppose la caféine et même les injections de sérum artificiel. Pitesci (4) conseille aussi de recourir à la caféine et à l'éther.

De nos jours la rachicocaïnisation semble de plus en plus abandonnée. M. Tuffier lui-même lui préfère la stovaïne. Aussi ne ferons-nous que signaler rapidement les accidents consécutifs signalés par les auteurs.

1° *Vomissements.* — Les vomissements sont plus rares que dans l'anesthésie générale, cependant ils ne font pas complètement défaut; ils durent peu. D'après MM. Legueu et Kendirdjy (5), ils s'observent surtout chez les sujets opérés à jeun; ils ne sont nullement en rapport avec la quantité de cocaïne injectée.

2° *Céphalalgie.* — Se manifeste dans la moitié des cas dès la fin de l'anesthésie; elle est en général peu intense et disparaît dès le lendemain. Elle est parfois assez violente pour empêcher le sommeil pendant la première nuit.

M. Tuffier (6) la signale dans 95 p. 100 des cas.

3° La *raideur de la nuque*, le *ralentissement du pouls* sont signalés par quelques auteurs (Severeanu, Pitesci). Mais ces symptômes disparaissent très rapidement et cèdent à la caféine et à l'éther.

4° *Elévation de température.* — MM. Legueu et et Kendirdjy l'ont observée 12 fois sur 55 cas. M. Tuffier l'a également signalée.

5° *Dilatation pupillaire.* — Elle est passagère et coïncide avec les vomissements.

6° *Incontinence d'urine. Rétention d'urine. Relâchement du sphincter anal.* — Signalés surtout par MM. Legueu et Kendirdjy.

7° *Troubles nerveux.* — Peuvent se présenter parfois sous forme de paraplégies, d'aliénation mentale passagères.

Tous ces accidents quoique passagers, étaient cependant de nature à jeter quelque discrédit sur la méthode.

MM. Guinard, Ravaut et Aubourg, à la suite de recherches très intéressantes, montrèrent que ces accidents étaient dus à l'irritation méningée, qu'à la suite d'une injection sous-arachnoïdienne, il se produisait une *pluie leucocytaire*, qu'il y eût ou non d'accidents post-anesthésiques; cependant la proportion de lymphocytoses et de polynucléaires était plus accusée, lorsqu'il survenait des accidents (vomissements, céphalée, etc.). Ils proposèrent donc de diluer la solution dans le liquide céphalo-rachidien du malade. Cette modification n'apportant qu'une atténuation légère des accidents, la cocaïne fut abandonnée, surtout, il faut bien le dire, à cause des accidents graves et parfois mortels qu'elle avait occasionnés.

B. Stovaïne. — C'est à notre maître M. Chaput que revient le mérite d'avoir le premier fait des injections arachnoïdiennes de stovaïne et d'avoir porté la méthode à un tel degré de perfectionnement que nous ne craignons pas d'affirmer qu'à l'heure actuelle la rachistovaïnisation peut rivaliser avec le chloroforme ou l'éther.

Les suites immédiates sont très simples; les malades sont reportés dans leur lit sans manifester aucune fatigue. Leur visage est coloré; ils ne vomissent pas et peuvent, sauf les laparotomisés, boire et s'alimenter aussitôt. Dès le lendemain les malades vont spontanément à la selle.

Krönig les laisse se lever le sixième jour. M. Chaput est plus sévère et ne les y autorise que le dixième jour.

Dans sa statistique de 1905 (1) portant sur 309 cas M. Chaput ne signalait comme accidents consécutifs que les vomissements et la céphalée.

Aujourd'hui, avec le perfectionnement de la technique et l'emploi de la stova-cocaïne précédée d'une injection d'un quart de milligramme de scopolamine une heure avant l'opération, la céphalée est très rare. Si elle se manifeste c'est que l'on n'a pas évacué assez de liquide céphalo-rachidien avant l'injection et on pourra en extraire 10 centimètres cubes.

Dans cette même statistique, M. Chaput signalait deux cas de paralysie intestinale et vésicale ayant persisté trois à quatre jours.

Dans sa statistique de 1906, basée sur 859 anesthésies, M. Chaput (2) note la disparition complète de la céphalée depuis qu'il fait une évacuation systématique de liquide céphalo-rachidien avant l'injection.

Il signale un cas d'anesthésie consécutive du fémoro-cutané après une opération d'appendicite. Les vomissements sont devenus très rares. Il constate l'intégrité du foie et des reins et n'observe pas d'albuminurie post-opératoire.

Cependant Schwarz (3) dans quelques cas a signalé, après une injection de 0g04 de stovaïne, la présence de l'albumine dans les urines. Elle apparut de quatre

(1) A. Cadol. *L'anesthésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire*, Th. de Paris, 1900.
(2) L. Kendirdjy. *L'anesthésie chirurgicale par la cocaïne*, Th. de Paris, 1902.
(3) Severeanu. Congrès intern. de méd., 2-9 août 1900.
(4) Pitesci. *Idem.*
(5) Legueu et Kendirdjy. *Presse méd.*, 27 oct. 1907, n° 89, p. 300.
(6) Tuffier. Congrès intern. de méd., 2-9 août 1900.

(1) Chaput. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 31 janv. 1906.
(2) Chaput. *Presse méd.*, 23 fév. 1907, p. 121.
(3) Schwarz. *Centralbl. f. Chir.*, 1907, n° 13.

à cinq heures après l'opération, quelquefois le lendemain ou le surlendemain. En général la néphrite ne dura que deux à huit jours et disparut sans laisser de traces.

Krönig (1) n'a observé que 6 fois sur 160 cas des vomissements post-opératoires. Il signale 12 cas de céphalalgie, 4 d'entre eux survenus six jours après l'opération et ayant duré deux à trois jours. Enfin il rapporte un cas de mort chez une femme de soixante-cinq ans opérée pour un cancer de l'utérus. L'autopsie fit reconnaître une myocardite grave.

Dans les derniers articles de M. Chaput (2) nous trouvons encore quelques cas de céphalée, mais calmée par une ponction lombaire évacuatrice.

En ajoutant aux accidents signalés antérieurement les cas rapportés à la Société de chirurgie le 4 mars 1908, nous pouvons résumer les méfaits consécutifs à la rachistovaïnisation en :

1° *Céphalées.* — Se manifestent quand le malade se lève trop tôt. Tel l'exemple de cet interne des hôpitaux, dont M. Chaput rapporte l'histoire, et qui s'étant levé trente-six heures après l'opération pour reprendre son service fut pris immédiatement d'une violente céphalée occipitale.

Contre ces céphalées M. Chaput conseille le repos au lit et l'évacuation par la ponction de 20 à 30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Ce traitement est toujours efficace.

2° *Vomissements.* — Signalés encore par quelques auteurs après l'injection de stovaïne, les vomissements ont complètement disparu depuis que l'on fait précéder la stovaïne lombaire d'une injection de scopolamine-morphine.

Krönig (de Fribourg) insistait encore sur ce point au XXXV[e] Congrès allemand de chirurgie tenu à Berlin en 1906 (3). Dans une statistique portant sur 160 malades, il n'a observé ni nausées ni vomissements chez 154 d'entre eux.

M. Chaput a observé encore des vomissements, mais seulement après des laparotomies; du reste si on a soin de priver les malades de boissons pendant les sept à huit heures qui suivent l'opération ils font complètement défaut.

3° *Hyperthermie.* — Dans trois cas de la dernière statistique de M. Chaput, observés par M. Chochon-Latouche, il se manifesta une élévation de température appréciable pendant trois à quatre jours.

4° *Troubles urinaires.* — L'albuminurie, nous l'avons dit, a été signalée par Schwarz. En revanche M. Chaput ne l'a jamais observée.

La rétention d'urine observée par quelques auteurs avec l'emploi de la stovaïne pure [Sabadini (4): 44 fois sur 146 cas] n'a plus été rencontrée par M. Chaput avec la stova-cocaïne. Cependant MM. Schwarz, Le Dentu l'ont de nouveau signalée.

L'incontinence passagère est constatée par M. Rochard, par M. Auvray. Les lavements électriques sont tout indiqués dans ces cas.

5° *Troubles cutanés.* — Pautrier et Simon (5) ont observé un cas de zona après une injection de stovaïne.

6° *Troubles nerveux.* — Les troubles nerveux se sont manifestés jusqu'ici par des paralysies passagères ayant guéri facilement en quelques semaines.

(1) Krönig, Congrès allemand de chir., Berlin, avril 1906.
(2) Chaput. *Presse méd.*, 20 nov. 1907, p. 753, et 1[er] fév. 1908, p. 73.
(3) Krönig. *Revue de chir.*, oct. 1906, p. 579.
(4) Sabadini. Congrès franç. de chir., Paris, 7-12 oct. 1907.
(5) Pautrier et Simon. Soc. méd. des hôpit., 22 nov. 1907.

Ces paralysies ont fait l'objet d'une étude récente pour Mingazzini (1).

Pour M. Chaput ces troubles peuvent s'expliquer par l'hystéro-traumatisme, l'infection opératoire ou la syphilis actionnée par la stovaïne, et ne doivent pas être mis sur le compte de la stovaïne. Cependant d'après Finkenlburg certains éléments nerveux posséderaient une sensibilité spéciale vis-à-vis de la stovaïne.

α. *Paralysie des membres inférieurs.* — Constatées par différents chirurgiens (Trautenroth, Hildebrandt, Lang, Kœnig); M. Chaput n'a observé que deux cas d'anesthésie du fémoro-cutané.

M. Guinard (2) signale cet accident trois mois après l'opération. La parésie devint progressive et le malade mourut très rapidement.

β. *Paralysie des muscles de l'épaule.* — M. Le Dentu (3) a observé une paralysie complète des muscles de l'épaule qui a duré quinze jours à trois semaines.

γ. *Paralysie complète des quatre membres.* — M. Reynier (4) en a rapporté un cas qui se produisit un mois après la rachistovaïnisation mais qui guérit en quinze jours.

δ. *Paralysie du nerf moteur oculaire externe.* — M. Chaput en signale 6 cas rapportés par Lœser, Scholer, Feilchenfeld, Vossius, Blanluet et Caron, auxquels il ajoute un cas qu'il a observé lui-même chez un sujet syphilitique, après une injection de 6 centigrammes. Il fait remarquer que ces accidents sont plus fréquents en Allemagne où on se sert de la novocaïne et de l'adrénaline.

M. Rochard (5) vient d'en signaler un nouveau cas à la Société de chirurgie.

Mingazzini rapporte encore les cas de Rœder (6), Sandmann (7).

ε. *Crises épileptiformes.* — M. Chaput en rapporte un cas observé par M. Chochon-Latouche. Les crises apparurent le jour même de l'opération et disparurent sans laisser de traces.

ζ. *Syndrome d'Erb-Goldflam.* — C'est une myasthénie grave pseudo-paralytique dont Mingazzini rapporte un cas.

7° *Cas de mort.* — Analysés avec tout le soin qu'ils méritent par M. Chaput, ces cas signalés par Hildebrandt, Sonnenburg, Deetz, Freund et Chaput, sont expliqués par M. Chaput de la façon suivante :

Les cas de Deetz (8) et de Freund (9) avaient trait à des gens trop âgés (soixante-douze et soixante-treize ans).

Le malade de Chaput (10) était un infecté cachectique et pleurétique.

Celui de Sonnenburg (11) avait été opéré en pleine septicémie.

Seul le cas d'Hildebrandt (12) reste sans explication et peut être mis sur le compte de la stovaïne.

A ces cas malheureux il nous faut encore ajouter les deux morts signalées par M. Guinard (13) trois

(1) Mingazzini. *Revue neurol.*, 15 mars 1908.
(2) Guinard. *Bull et mém. de la Soc. de chir.*, 4 mars 1908.
(3) Le Dentu. *Ibid.*
(4) Reynier. *Ibid.*
(5) Rochard. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 4 mars 1908.
(6) Rœder. *Munch. med. Wochens.*, 1906, n° 23.
(7) Sandmann. *Ibid.*, 1906, n° 34.
(8) Deetz. *Munch. med. Wochens.*, 1906.
(9) Freund. *Deuts. med. Wochens.*, 1906.
(10) Chaput. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1906.
(11) Sonnenburg. *Centralbl. f. Chir.*, 1906.
(12) Hildebrandt. Bosse, *Deuts. med. Wochens.*, 1905.
(13) Guinard. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 4 mars 1908.

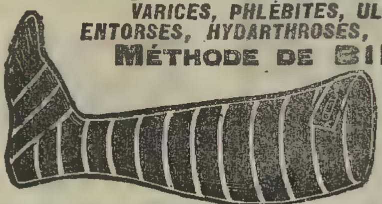
mois après l'anesthésie lombaire et le cas de mort subite au bout de trois semaines.

D'après M. Chaput tous ces accidents sont dus à des défauts de technique et peuvent être évités si on veut bien se conformer aux principes qu'il a déjà plusieurs fois énoncés. Dernièrement Donitz (1) a voulu voir la cause de ces accidents dans l'irritation thermique, chimique ou mécanique de la moelle par la stovaïne; il est difficile d'admettre cette explication tout hypothétique, émise sans aucun fait à l'appui.

(1) Donitz. Communication au XXXVe Congrès de la Soc. all., de chirurgie tenu à Berlin du 21 au 24 avril 1908.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Leçon clinique.* — Séance du 6 juin : MM. Hallé, 19; Coyon, 18.

Société d'hypnologie et de psychologie. — La dix-septième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 16 juin 1908, à quatre heures précises, au palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Ordre du jour : 1° compte rendu de la situation morale et financière de la Société; 2° allocution de M. le docteur Jules Voisin, président de la Société; 3° rapport sur le prix Liébeault; 4° éloge du docteur Hamilton Osgood (de Boston).

Question générale mise à l'ordre du jour : « L'homosexualité (étiologie, psychologie, thérapeutique individuelle et sociale). »

Banquet de la société. — Le bureau de la Société adresse à tous ses collègues et en particulier à ceux de l'étranger et de province, l'invitation de contribuer à la solennité de la séance annuelle. — Après la séance, le banquet aura lieu à sept heures et demie, au restaurant du palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton. Prix : 8 francs; tenue de ville.

Avis très important. — Les membres de la Société sont invités à prendre bonne note que la date de la séance annuelle est fixée au mardi 16 juin, à quatre heures très précises.

Nos collègues sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications et leur adhésion au banquet au docteur Bérillon, secrétaire général, 4, rue Castellane.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 JUIN 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 18 juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Albarran, Retterer et Rieffel.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Launois et Demelin; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Cunéo et Brindeau; — (3e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Hartmann et Thiéry; — (4e série) : MM. Maygrier, Ricard et Morestin; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Rénon et Brumpt; — (2e série) : MM. Joffroy, Claude et Fernand Bezançon; — (3e série) : MM. Troisier, Gouget et Castaigne.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Carnot; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — (3e série) : MM. Albert Robin, Gilbert Ballet et Richaud; — M. Desgrez, suppléant.

Vendredi 19 juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Brissaud, Nicolas et Ombrédanne.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (oral, 2e partie) : MM. Joffroy, Blanchard et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Auguste Broca et Lecène; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 20 juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Quénu, Marion et Morestin.

3e (oral, 2e partie) : MM. Gilbert Ballet, Gouget et Brumpt; — M. Langlois, suppléant.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Jeanselme et Castaigne; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 17 juin 1908, à une heure. — M. Lagarrique. Amygdalite phlegmoneuse chez le nourrisson. (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Proust.) — M. Jossu. Sur la mortification de la pulpe dentaire d'apparence spontanée et ses complications. Infection par voie intra-dentaire sans carie. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Proust.) — M. Moulu. De quelques points spéciaux du traitement médical des métrites. (MM. Segond, président; Pinard, Reclus et Proust.)

Jeudi 18 juin, à une heure. — M. van der Elst. Contribution apportée à la notion d'hystérie par l'étude de l'hypnose spécialement considérée dans son histoire, dans son essence, dans ses effets. (MM. Raymond, président; Hutinel, Bar et Nobécourt.) — M. Guiard. De la néphrite dans l'impétigo chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Raymond, Bar et Nobécourt.) — M. Letailleur. Contribution à l'étude des formes rhumatismales de la grippe. (MM. Hutinel, président; Raymond, Bar et Nobécourt.) — M. Desjardin. De l'œdème aigu du poumon. (MM. Bar, président; Raymond, Hutinel et Nobécourt.)

QUAND ET COMMENT FAUT-IL OPÉRER

L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC?

Par le docteur Octave DAUWE,

Assistant à la clinique chirurgicale de l'Université de Gand.

La question de l'intervention chirurgicale dans l'ulcère de l'estomac, de ses indications et de ses résultats, est l'un des problèmes thérapeutiques les plus discutés dans ces dernières années. Il semble cependant qu'après plusieurs années de congrès et de controverse, le problème tende aujourd'hui à se résoudre. Nous voudrions en quelques lignes examiner à quelle solution en sont arrivées les discussions et y ajouter en même temps les conclusions de quelques observations personnelles faites précisément dans le but de contribuer à notre tour à cette solution.

Au cours d'un séjour à Vienne, nous avons eu l'occasion de recueillir, dans les services des professeurs Mosetig, von Eiselsberg et Büdinger, une série de 61 opérations pour ulcère de l'estomac avec ou sans complications.

Ces interventions, faites de 1903 à 1906 inclusivement, ont été observées au double point de vue des indications et des résultats éloignés (1) [temps d'observation : un à cinq ans].

Pour définir les indications opératoires de l'ulcère de l'estomac, il semble rationnel de se baser sur les résultats que fournissent les opérations dans des circonstances et pour des symptômes déterminés, et, en second lieu, sur les résultats que fournirait le traitement médical dans de semblables circonstances et pour de semblables symptômes.

Répondre à la question : « Quand et comment faut-il opérer un ulcère de l'estomac? » c'est donc examiner la nature et le nombre de guérisons produites par des interventions pratiquées jusqu'à présent, et comparer à ces guérisons, pour autant qu'une comparaison soit possible, celles qu'opère la thérapeutique médicale. Nous essaierons en quelques lignes de satisfaire à cette double réponse.

I. Résultats des interventions opératoires pour ulcère de l'estomac. — 1. Il y a lieu de considérer l'ulcère aigu, brusque et l'ulcère chronique. Ce dernier seul est du domaine de la chirurgie. L'ulcère aigu, au contraire, relève, de l'avis de la majorité des cliniciens, de la thérapeutique interne. On a fait une exception à ce principe, pour les gastrorragies occasionnées par un ulcère aigu, ou par une crise aiguë greffée sur une affection ulcéreuse chronique. Quelques chirurgiens ont opéré, en essayant de remédier à l'hémorragie quasi foudroyante par l'excision de l'ulcère ou par la ligature du vaisseau blessé. Ils ont rencontré de grandes désillusions; et souvent même, on n'a découvert ni l'ulcère, ni le vaisseau blessé, malgré l'exploration attentive de toute la muqueuse gastrique. On peut, en effet, dans ces cas, avoir affaire à une ulcération très minime, l'ulcération en coup d'ongle de Dieulafoy (2) dont l'existence est très difficile à découvrir même à l'autopsie.

De plus, la mortalité opératoire de pareilles interventions est extrêmement élevée et atteint environ 75 p. 100.

De sorte que la plupart des chirurgiens sont nettement abstentionnistes en cas de gastrorragies et suivent les prescriptions médicales [Tuffier, Ricard, Hartmann (1), Rotgans (2), Robson (3), etc.]. Nous avons observé quatre malades opérés pour gastrorragie : un est mort dans les premières heures après avoir été opéré de jéjunostomie; deux sont décédés par récidive de l'hémorragie, respectivement deux mois et cinq mois après avoir subi la gastro-entérostomie; un seul, opéré de jéjunostomie, est resté guéri. Ces quatre interventions représentent donc 25 p. 100 de résultats favorables contre 75 p. 100 de décès.

Enfin, disons que sous l'influence de l'expectation, du repos et des moyens médicaux, le chiffre des décès par hémorragie gastrique ne dépasse pas 10 p. 100 des cas environ.

Ainsi donc, l'*ulcère aigu non plus que les gastrorragies brusques et abondantes greffées sur l'ulcère chronique ne doivent en général être opérées.*

2. En ce qui concerne l'*ulcère chronique*, il y a lieu de distinguer l'ulcère floride autrement dit « ulcère ouvert, offnen ulcus » et les complications de sténose cicatricielle, de perforation et de biloculation de l'estomac. Pratiquement surtout, quand l'ulcère siège au pylore, il se complique presque toujours de sténose partielle de cet orifice; réciproquement la sténose cicatricielle, complication de guérison de l'ulcère, existe souvent déjà alors qu'une partie de l'ulcère est encore ouvert. La distinction n'est donc pas toujours aisée à établir. Nous avons réuni cependant 39 cas où après laparotomie, on a constaté l'ulcère chronique ouvert, non compliqué de cicatrice sténosante, et ensuite 22 cas de sténose cicatricielle pure.

Les 39 malades opérés pour ulcère ouvert ont tous été soumis pendant un nombre variable d'années à un traitement médical. Chez tous ces malades, l'ulcère pouvait donc être appelé « rebelle », mais ce n'est pas là une indication suffisante pour l'intervention.

Il faut que celle-ci soit commandée par l'un ou par l'autre des symptômes suivants : augmentation ou persistance des douleurs malgré le traitement, fréquence des hématémèses avec anémie chronique, fréquence des vomissements et des crises douloureuses après les repas, gastrectasie avec douleur à l'exploration du pylore, tuméfaction suspecte de celui-ci, inanition progressive, gastrosuccorrhée rebelle. Tels sont les signes indicateurs qui, outre les hémorragies abondantes (4 cas cités) ont décidé l'intervention pour nos malades.

Pratiquées suivant de pareilles indications, les opérations ont eu les résultats suivants :

Trois malades sont décédés pendant les premiers jours après l'opération : deux opérés de gastro-entérostomie rétrocolique postérieure (G. E. R. P.) sont décédés l'un par péritonite, l'autre d'embolie de l'artère sylvienne; le troisième, opéré de jéjunostomie pour gastrorragie, succombe par continuation de l'hémorragie. Ce dernier cas n'étant pas une mort « opératoire », la mortalité des 39 interventions s'exprime donc par 5,1 p. 100 de décès.

(1) Ce travail est le résumé d'un mémoire qui doit paraître ultérieurement.

(2) Dieulafoy. Communication à l'Académie de médecine, Paris, 27 janv. 1898.

(1) Tuffier, Ricard et Hartmann. Soc. de chir., 4 mai 1904.

(2) Rotgans. Congrès de chir., Bruxelles 1905.

(3) M. Robson. *Brit. med. Journ.*, 10 nov. 1906.

Des 36 malades guéris de l'opération, 33 ont pu être suivis d'un à cinq ans après celle-ci : 27 sont restés guéris ou améliorés d'une manière durable soit donc 68,9 p. 100 ; 4 ont eu une récidive mortelle, *quelle que soit l'opération subie* : un cas opéré de pylorectomie (Billroth, deuxième manière) par le professeur Büdinger, succombe deux mois et dix jours après l'intervention, par récidive d'un ulcère qui se complique de perforation ; deux opérés du professeur Mosetig, l'un de pylorectomie, l'autre de pyloroplastie d'après Loreta, récidivent et meurent respectivement par perforation après un mois dix-sept jours, et par hématémèse après un mois et dix jours ; un quatrième enfin subit la gastro-entérostomie combinée à la jéjunostomie (professeur von Eiselsberg), et récidive cinq mois plus tard.

Outre ces quatre malades décédés par récidive, un sujet subit la gastro-entérostomie rétrocolique postérieure sans résultat et fut guéri par une jéjunostomie pratiquée un an plus tard. Enfin un dernier malade subit en 1901 l'excision de l'ulcère, puis en 1902 la gastrolyse, ensuite en 1904, la gastro-entérostomie rétrocolique postérieure, enfin la jéjunostomie en 1906. Sauf celle-ci, chaque opération n'amena qu'une amélioration passagère, et le résultat éloigné de la dernière ne nous est pas connu. Les deux derniers cas appartiennent au service du professeur von Eiselsberg.

Si maintenant, nous considérons à côté des résultats opératoires la variété d'ulcères opérés, c'est-à-dire si nous nous reportons aux indications particulières à chaque cas, nous constatons que ceux qui se caractérisent surtout soit par des hématémèses petites et répétées, soit par l'inanition, due aux vomissements et aux crises douloureuses après les repas (syndrome pylorique) fournissent le plus de guérisons opératoires. L'opération indiquée en pareil cas est la « gastro-entérostomie ».

Moins favorables sont les ulcères, le plus souvent très anciens, caractérisés par l'intensité et la persistance des douleurs. La plupart répondent à la forme dite « calleuse » qui s'accompagne de périgastrite adhésive, abondante, et cherche à perforer, à creuser les organes adhérents. C'est encore la gastro-entérostomie ou peut-être la jéjunostomie qu'il faut opposer à cette maladie. L'observation que nous venons de citer, où il fallut intervenir quatre fois en cinq ans, est un cas d'ulcère calleux rebelle à toute thérapeutique.

En troisième lieu, les sujets soupçonnés de carcinomatose, à cause de l'aspect tuméfié du pylore, doivent être soumis de préférence à la pylorectomie (von Eiselsberg). Si des adhérences étendues et solides rendent cette opération impossible, il est à conseiller de pratiquer l'exclusion du pylore combinée à la gastro-entérostomie, procédé en un temps de von Eiselsberg. Deux des malades observés par nous ont été opérés ainsi, tous deux avec un succès durable.

Enfin, en cas de gastrorragie, si l'insuccès des ressources médicales force à l'opération, on peut recourir soit à la jéjunostomie, soit à celle-ci combinée à la gastro-entérostomie, en un ou deux temps (von Eiselsberg). Nous avons une observation de chaque opération, en pareille circonstance : la première n'a pas réussi à arrêter l'hémorragie ; dans le second cas, il y eut un bon résultat immédiat, mais après cinq mois il se produisit une récidive mortelle de l'ulcère.

Nous voyons donc que, tant que l'ulcère opéré est encore ouvert, il y a possibilité de *récidive, et cela quelle que soit l'opération pratiquée*. Ce fait clinique est d'ailleurs parfaitement admissible à priori, en effet, la cause de l'ulcère est encore inconnue et les cures opératoires n'ont d'autre effet que de changer les conditions anatomiques et physiologiques de l'estomac et en vue de faciliter à la nature la cicatrisation de l'ulcère.

La récidive est pourtant une grande exception et les guérisons durables s'élèvent d'après nos observations à 68,9 p. 100 des cas.

II. Plus élevées encore sont les guérisons opératoires des STÉNOSES pyloriques soit cicatricielles pures, soit accompagnées de spasme pylorique. Nous avons recueilli 22 observations de cette complication, pour laquelle fut pratiquée la gastro-entérostomie. Il y eut un décès opératoire (malade cachectique), soit 4,7 p. 100 de mortalité. Sur les 21 malades guéris, 16 ont été suivis de huit mois à quatre ans et demi, 13 sont restés guéris, 3 ont été fortement améliorés, soit donc un minimum de 72 p. 100 de résultats favorables. Ce chiffre de succès est donc supérieur à celui des opérations d'ulcère floride ; les récidives sont beaucoup plus rares, et dans nos observations nous n'en avons pas observé. D'autres auteurs comme Krönlein (1), Czerny, Kocher (2), von Eiselsberg (3) ont également des statistiques plus favorables pour les sténoses.

Quoi qu'il en soit et comme nous disions plus haut, il faut réunir les résultats des interventions pour ulcère et sténoses consécutives, et ne mettre dans une catégorie spéciale que les perforations d'ulcère et l'estomac cicatrisé en sablier.

Nous avons ainsi 61 cas d'ulcère opéré, avec le résultat global suivant :

Mortalité opératoire	3 cas, soit	4,9 p. 100.
Guérisons durables	43 —	70,5 —
Récidives	4 —	6,6 —
Non suivis	9 —	

Si nous juxtaposons ces chiffres à ceux de quelques chirurgiens, on verra que ceux-ci ne sont pas moins encourageants et même plus favorables encore. Le tableau suivant donnera une idée de l'état actuel de la chirurgie de l'ulcère gastrique.

Résultat du traitement chirurgical de l'ulcère chronique de l'estomac chez divers chirurgiens. — HARTMANN (1903-1905). — Cas opérés, 48 ; nature de l'opération, gastro-entérostomie antérieure ; décès opératoires, 6 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 90 p. 100.

CZERNY (1882-1905). — Cas opérés, 113 ; nature de l'opération, gastro-entérostomie post-rétrocolique ; décès opératoires, 16,8 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 47,7 p. 100 ; temps d'observation, cinq à quinze ans.

ROTGANS (1905). — Cas opérés, 76 ; nature de l'opération, gastro-entérostomie post-rétrocolique ; décès opératoires, 5,3 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 71 p. 100 ; récidives, 7 p. 100.

VON EISELSBERG (1896-1904). — Cas opérés, 91 ; nature de l'opération, gastro-entérostomie post-rétrocolique ; décès opératoires, 10,9 p. 100 ; résultats

(1) KRÖNLEIN. Ueber die Chirurgische Behandlung des Magensgeschwürs, *Arch. f. klin. Chir.*, 1905 ; — *Beitr. zur klin. Chir.*, Bd. XLIX.

(2) KOCHER-CZERNY. Cong. intern. de Bruxelles, 1905.

(3) VON EISELSBERG, cf. CLAIRMONT. *Langenbeck's Arch.*, Bd. LXXVI, nos 1 et 2.

éloignés : guéris ou améliorés, 65 p. 100 ; récidives, 8 p. 100.

KRÖNLEIN-KREUZER (1887-1904). — Cas opérés, 112 ; nature de l'opération, gastro-entérostomie post-rétrocolique ; décès opératoires, 10 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 85 p. 100 ; dégénérescence cancéreuse, 3 p. 100 ; temps d'observation, six mois à vingt ans.

KOCHER (1906). — Cas opérés, 92 ; nature de l'opération, gastro-entérostomie post-rétrocolique ; décès opératoires, 2,9 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 90,2 p. 100 ; dégénérescence cancéreuse, 1 p. 100 ; récidives, 5 p. 100 ; temps d'observation, plusieurs années.

KELLING (1906). — Cas opérés, 74 ; nature de l'opération : résections 3, gastro-entérostomies 67, pyloroplasties, 4 ; décès opératoires, 5,4 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 77 p. 100 ; dégénérescence cancéreuse, 3 p. 100.

HOCHENEGG (1906). — Cas opérés, 94 ; nature de l'opération, gastro-entérostomie postérieure ; décès opératoires, 6,3 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 88 p. 100 ; temps d'observation, plusieurs années.

MOYNIHAN (1905). — Cas opérés, 198 ; nature de l'opération, gastro-entérostomie postérieure ; décès opératoires, 3 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 82 p. 100 ; récidives, 14 p. 100.

MAYO ROBSON (1906). — Cas opérés, 112 ; nature de l'opération, gastro-entérostomie postérieure ; décès opératoires, 1,7 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 92,8 p. 100 ; dégénérescence cancéreuse, 3,5 p. 100 ; récidives, 2 p. 100 ; temps d'observation, cinq ans.

Chez la plupart des chirurgiens c'est la gastro-entérostomie qui constitue l'opération de choix. La mortalité opératoire de cette intervention est aujourd'hui très réduite : Moynihan (1) même déclare avoir réussi ses cent dernières gastro-entérostomies sans un seul cas de décès. La moyenne des guérisons ou améliorations durables s'élève environ à 78,4 p. 100 des cas.

Reste à établir ce que pourrait, en de semblables affections, réaliser la thérapeutique médicale. Il serait désirable de pouvoir à cet effet comparer chirurgie et médecine. Mais les affections traitées ne sont pas les mêmes. Bien au contraire, en général, la clinique médicale garde les cas d'ulcère aigu, c'est-à-dire récent, cas que le chirurgien ne peut songer à opérer, et n'abandonne au service de chirurgie que les malades *rebelles* à toutes les ressources de la médecine. Ces malades « rebelles » sont précisément — à part les gastrorragies — le grand nombre de ceux qui fournissent au chirurgien les beaux résultats que nous venons de citer. La comparaison est donc toute faite : l'ulcère chronique se montre rebelle au médecin ; celui-ci enregistre un chiffre nul de guérisons ; le chirurgien constate, au contraire, que l'« ulcère rebelle » lui fournit des guérisons allant jusqu'à 68,9 p. 100 (d'après nous) et à 88 et 90 p. 100 d'après d'autres auteurs (Hochenegg, Kocher).

Néanmoins, en déclarant toutes choses « inégales » d'ailleurs, comparons quelques résultats médicaux les plus favorables aux statistiques opératoires, d'après les cas échus à chacun.

Le tableau suivant donnera une idée des cures médicales les plus favorables, suivies pendant cinq à vingt-quatre ans :

Traitement médical de l'ulcère de l'estomac. Résultats (suivis de cinq à vingt-quatre ans). — WARREN (1899). — Cas traités, 125 ; résultats immédiats : guéris ou améliorés, 77,6 p. 100 ; décès, 4,8 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 34,4 p. 100 ; récidives, 43,2 p. 100 ; décès, 9 p. 100 ; temps d'observation : cinq ans.

JOSLIN et GREENOUGH (1899). — Cas traités, 114 ; résultats immédiats : guéris ou améliorés, 80 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 40 p. 100 ; récidives, 20 p. 100 ; décès, 8 p. 100 ; temps d'observation, suivis pendant cinq ans.

VON LEUBE. — Cas traités, 424 ; résultats immédiats : guéris ou améliorés, 96,9 p. 100 ; décès, 2,4 p. 100 ; temps d'observation, quatre semaines.

EWALD. — Cas traités, 233 ; résultats immédiats : guéris ou améliorés, 76 p. 100.

SCHULZ (1903). — Cas traités, 157 ; résultats immédiats : guéris ou améliorés, 89 p. 100 ; décès, 5,5 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 77 p. 100 ; récidives, 15,2 p. 100 ; décès, 7,6 p. 100 ; temps d'observation, six mois à vingt-quatre ans.

PATERSON (1906). — Cas traités, 72 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 26 p. 100.

MAYO ROBSON (1906). — Cas traités, 500 ; résultats immédiats : guéris ou améliorés, 82 p. 100 ; décès, 18 p. 100 ; résultats éloignés : guéris ou améliorés, 45,4 p. 100 ; récidives, 41 p. 100 ; décès, 13,6 p. 100 ; temps d'observation, suivis pendant cinq ans.

Si l'on fait la comparaison des deux tableaux précédents, on constate les différences suivantes :

TRAITEMENT MÉDICAL. — *Cas récents.*

Décès au début. — Varient de 2 à 18 p. 100 (7,6 p. 100 en moyenne).

Récidives. — *Non mortelles* varient de 15 à 43 p. 100 (29 p. 100 en moyenne) ; *mortelles* varient de 7 à 13 p. 100 (9,1 p. 100 en moyenne).

Guérisons et améliorations durables. — Varient de 26 à 77 p. 100 (44,5 p. 100 en moyenne).

Nombre de cas observés. — 1625.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — *Cas anciens.*

Décès au début. — De 68,9 à 80 p. 100 (8,5 p. 100 en moyenne).

Récidives. — De 4 à 14 p. 100.

Guérisons et améliorations durables. — De 65 à 90 p. 100 (78,4 p. 100 en moyenne).

Nombre de cas observés. — 1436.

Il n'est pas besoin de commentaires pour observer qu'ici encore l'avantage reste à la chirurgie, qui laisse loin derrière elle les résultats médicaux.

Pour résumer les lignes qui précèdent, nous pouvons faire les remarques suivantes.

Une intervention chirurgicale n'est indiquée qu'en cas d'ulcère chronique de l'estomac. On opérera :

1° Lorsque des hématémèses répétées conduisent le malade à l'anémie chronique ;

2° Quand on remarque les signes du syndrome pylorique ;

3° En cas de douleurs intenses et rebelles aux calmants, douleurs qui rendent l'alimentation presque impossible ;

4° Parfois quand existent les signes de l'atonie gastrique liée à de la gastrosuccorrhée chlorhy-

(1) MOYNIHAN. *Brit. med. Journ.*, 17 fév. 1906.

drique (König, Boas) ou encore quand celle-ci existe seule (Hartmann).

Toutes ces indications sont relatives, c'est-à-dire qu'elles n'entrent en vigueur que lorsqu'un essai de thérapeutique médicale a échoué.

Tout autres sont les indications suivantes, qui commandent une opération immédiate :

1° Les complications cicatricielles : sténose pylorique et estomac biloculaire ;

2° La perforation de l'ulcère, qu'on opérera de préférence par la suture combinée à la gastro-entérostomie ;

3° Quand on soupçonne la dégénérescence cancéreuse. En ce cas on fera la résection partielle de l'estomac.

Ne doivent pas être opérées, ou que comme pis-aller :

1° Les gastrorragies abondantes ;

2° Les affections similaires à l'ulcère, qui sont d'origine ou de connexion nerveuse ou hystérique.

On ne prendra pas pour indication unique, l'insuccès d'un long traitement médical (Hartmann, Moynihan).

L'opération de choix pour la plupart des cas cités est la gastro-entérostomie. Dans l'ulcère calleux très douloureux, de même que dans les gastrorragies (au cas où on est réduit à opérer) on peut recourir à la jéjunostomie, pour mettre l'estomac au repos complet (v. Eiselsberg). En cas de gastrorragies on peut combiner cette opération à la gastro-entérostomie, en un ou deux temps. Lorsqu'on soupçonne le cancer du pylore, et que les adhérences empêchent la pylorectomie, il faut recourir à l'opération de von Eiselsberg : exclusion du pylore combinée à la gastro-entérostomie.

Les résultats opératoires des interventions après de semblables indications (hormis les perforations d'ulcère) conduisent à une mortalité moyenne de 8,5 p. 100 et à un chiffre de 78,5 p. 100 environ de guérisons durables.

BIBLIOGRAPHIE

CLAIRMONT. 1. Bericht uber 258 Operations, etc., *Langenb. Archiv.*, Bd. LXXVI, Helf. 1 und 2 ; — 2. Congress d. Deuts. Geselschafft für Chirurgie, Berlin 1906. — CZERNY. Rapport au Congrès de Bruxelles, 1905.

VON EISELSBERG. *Langenb. Archiv.*, Bd. XXXIX, et Congrès de Bruxelles, 1905, et de Berlin, 1906. — EWALD. Cité d'après Boas, *Anzeigen u. Grenzen d. chirurgischen Eingriffe am Magen*, Berlin 1906.

HARTMANN. 1. *Travaux de chirurgie, anatomo-clinique*, t. I ; — 2. Soc. de chir., fév. 1902, mai 1904, juin 1907 ; Congrès de Bruxelles, 1905. — HOCHENEGG. Rapport, Soc. impér. des médecins de Vienne, 10 oct. 1906.

KOCHER. Congrès de Paris, 1904, de Bruxelles, 1905, de Berlin, avril 1906, *Centralbl. f. Chir.*, 1905, n° 22. — KREUZER-KRÖNLEIN. 1. Congrès de Berlin, avril 1906 ; — 2. Uber die chirurgische Behandlung der Magengeschwurs, *Arch. f. klin. Chir.*, 1905, Bd. LXXVIII.

LEUBE. Cité d'après Krönlein.

MAYO-ROBSON. *Brit. med. Journ.*, 10 nov. 1906. — MOYNIHAN. *Brit. med. Assoc.*, 1905 ; — *Presse méd.*, n° 65, p. 514 ; — *Brit. med. Assoc.*, 17 fév. 1906. — MONPROFIT. Etude sur la gastro-entérostomie, *Arch. provinc. de chir.*, 1905, n° 11.

RICARD. 1. Rapport au Congrès de Bruxelles, 1905 ; — 2. Soc. de chir. de Paris, mai 1904. — ROTGANS. Congrès de Bruxelles, 1905.

SCHULZ. Über Dauerfolgen der interner Therapie, etc., *Mitteil a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1903, Bd. XI, S. 20.

TUFFIER. 1. Soc. de chir., fév. 1902, mai 1904, juin 1907 ; — 2. *Chirurgie de l'estomac*, Paris 1907, p. 241 et 385.

WARNECKE. *Uber die Indicationen*, etc., Göttingen Dissertation, cité d'après Krönlein.

MÉDECINE PRATIQUE

INDICATIONS & TECHNIQUE DE L'OCCLUSION CHIRURGICALE DANS LES PLAIES DE L'ŒIL (1)

Par le docteur A. TERSON (de Paris).

II. OCCLUSION PAR AUTOPLASTIE CONJONCTIVALE. — De Wecker a réalisé, il y a plus de trente ans, dans l'opération du staphylome cornéen, la coaptation et la protection de la plaie par la suture en bourse de la conjonctive bulbaire disséquée. On sait de plus qu'il employait la suture en bourse après l'énucléation. Toutefois ce n'est qu'en 1894 qu'il a insisté (2) sur l'occlusion conjonctivale *totale* pour des *blessures* cornéennes où l'occlusion *partielle* lui semblait impossible à pratiquer. Il la laissait en place six à huit jours, tant que les fils ne coupaient pas, et a fait tantôt la suture en bourse, tantôt la suture entrecoupée.

Schöler paraît avoir le premier (3) délibérément utilisé l'autoplastie conjonctivale, de forme et d'étendue variées, sur diverses lésions cornéennes et iriennes (ulcères, staphylomes débutants, prolapsus, etc.) et aussi pour des *traumatismes* (plaies cornéennes et sclérales).

Kuhnt a consacré, dès 1883, une série de recherches et d'observations, à cette méthode opératoire dont il a multiplié les indications, les procédés et les observations. On les trouvera exposés dans sa remarquable monographie (4) et dans une série de travaux et de thèses (5).

Da Gama Pinto, Ed. Meyer, Snellen père, Weiss, Norman Hansch (hernie du corps ciliaire recouverte de conjonctive et guérie avec excellent résultat visuel] (6) entre autres, ont publié des faits de cet ordre. La discussion de la Société ophtalmologique d'Heidelberg (7) est à rappeler.

Pour une très vaste blessure irrégulière de la *cornée*, Gorecki, après résection de l'iris, « eut l'idée de profiter d'un lambeau conjonctival détaché par la blessure elle-même pour recouvrir partiellement la plaie cornéenne *au moyen de la muqueuse suturée à celle du point* opposé de la cornée (8). » L'œil fut conservé ainsi que la vision.

A. Trousseau, au cours d'une opération de *staphylome* cornéen où, comme d'autres auteurs, il a cherché par la formation de lambeaux cornéens, à assurer une forme plus régulière au moignon, a recouvert la plaie (9) par la suture en bourse et a conseillé ce procédé *pour les plaies accidentelles scléro-cornéennes*. Rohmer, Maitland Ramsay ont utilisé aussi le procédé de de Wecker.

Pour les *blessures* superficielles, *non pénétrantes*, Kuhnt a parfois évidé la partie cornéenne blessée ou infectée et l'a recouverte d'un lambeau conjonctival. Certains opérateurs font la toilette, l'aplanissement, « le lit » du lambeau au thermo ou galvanocautère.

Pour les blessures *pénétrantes*, si la blessure est sclérale, très récente ou même datant de quelques jours, Kuhnt explore avec grand soin le canal de la plaie, après large dégagement conjonctival, avec une sonde boutonnée, pour vérifier si l'urée n'a pas été atteinte, désinfecte antiseptiquement et suture la sclérotique au catgut et, sur elle, la conjonctive à la soie.

Si la cornée est blessée, après excision ou réduction éventuelle de l'iris, Kuhnt pratique des englobements conjonctivaux de forme et de siège variés, parfois complets ; il déclare

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 64, p. 761.

(2) DE WECKER. Traitement des blessures de la cornée par l'occlusion conjonctivale, Soc. d'opht. de Paris, nov. 1894, et *Ann. d'ocul.*, 1894.

(3) SCHÖLER. *Jahr. der Jahren*, 1876 et 1877.

(4) KUHNT. *Uber die Verwertbarkeit der Bindehaut in praktische und operative Augenheilkunde*, Wiesbaden, 1898. Bergmann.

(5) Dissertations inaugurales de R. COHN (Königsberg 1900), de HAARLAND (Tübingen 1901), de HARTMANN (Tübingen 1904) et de P. KALWEISS (Königsberg 1905).

(6) NORMAN HANSEN. *Centralbl. f. prak. Aug.*, 1896.

(7) *Ophtalm Gesells.*, Heidelberg 1898.

(8) GORECKI. Soc. d'opht. de Paris, 3 juillet 1888.

(9) A. TROUSSEAU. Opération contre le staphylome de la cornée permettant la conservation de la membrane, Soc. d'opht. de Paris, 8 mars 1892.

les avoir pratiqués dès 1885 et avoir décrit ces procédés « mit Wort und Bild » au cours de la discussion du travail de Ed. Meyer (Soc. opht. d'Heidelberg, 1892).

Nuel a conseillé (*Ann. d'ocul.*, 1888), mais surtout pour les cicatrices cystoïdes, de recouvrir leur emplacement par un tablier de conjonctive attiré par une ligature spéciale qui chemine de chaque côté du limbe pour venir se nouer du *côté opposé* à la rupture scléro-cornéenne.

III. Occlusion palpébrale. — C'est la paupière-pansement. Ce pansement est inamovible si on a procédé à la soudure tarsorraphique méthodique. Il ne saurait être que temporaire si on n'a fait qu'une *ligature* sans avivement, une *infibulation* des bords palpébraux, simplement « ficelés ». Les anciens ont souvent réalisé ce dernier procédé, soit avec des ligatures saisissant horizontalement des plis cutanés (mais ces fils coupent vite, de plus ce genre d'occlusion favorise l'entropion et l'irritation cornéenne), soit en pénétrant en pleine paupière ce qui ajoute le frottement des fils sur la cornée, inconvénient atténué si on passe les fils sur le milieu de la margelle ciliaire, sur l'espace intermarginal.

Jacqueau (1) et d'autres ont employé ce procédé pour les opérations de cataracte chez les indociles et les aliénés.

Ces procédés rudimentaires et momentanés ne constituent que des moyens de fortune.

La tarsorraphie totale, née des canthorraphies de Walther, a été, comme nous l'avons établi (2), pratiquée par Lisfranc pour masquer et comprimer un staphylome (3). Il est, jusqu'à plus ample informé, le premier qui ait fait, non seulement une tarsorraphie complète, mais une tarsorraphie contre une affection *cornéenne*.

Puis vint la période du traitement tarsorraphique de l'ectropion avec Mirault et surtout Huguier et Maisonneuve qui exécutèrent la tarsorraphie moderne en respectant les cils au lieu de procéder à des avivements conjonctivaux ou à des résections brutales et complètes du bord palpébral.

Les tarsorraphies partielles, monnaie de la tarsorraphie totale, ont été systématisées par Bowmann (1871), puis par Panas, comme tarsorraphies médianes; Terson père et nous-même avons, dans bien des cas, en particulier dans la paralysie faciale, préféré la tarsorraphie interne, suffisamment protectrice et donnant à l'œil un aspect presque normal.

Verneuil (4) a conseillé la tarsorraphie contre certaines irritations sympathiques. Kalt (5) la reprend pour divers ulcères cornéens et communique un cas où elle a d'emblée été pratiquée pour une plaie oculaire chez un enfant.

Rochon-Duvigneaud, sur d'assez nombreux blessés, et, à sa suite, Monthus (6), l'ont systématiquement appliquée au traitement des grands traumatismes de l'œil, surtout chez les enfants.

Nous exécutons la tarsorraphie en saisissant à la pince érigne le rebord palpébral postérieur à l'extrémité choisie et en découpant, souvent d'un seul trait, avec des ciseaux courbes, très pointus et très tranchants, la languette à enlever. Nous enlevons les fils de soie le cinquième jour. Les autres procédés sont plus laborieux et moins précis.

Indications générales. — Pour la *cornée*, nous ne sommes partisans de la suture qu'en cas de plaies étendues, difformes, à sections multiples, *en vitre cassée* et avec tendance au *renversement* du lambeau. Les plaies régulières guériront aussi vite et aussi bien sans suture, qui pourrait parfois servir de fil conducteur à une infection ectogène conjonctivale.

L'englobement, l'encellulement par des lambeaux conjonctivaux de forme diverse, est logique sur la partie de la blessure accompagnée de *prolapsus irien*, lorsque ce prolapsus ne peut pas être sectionné.

(1) Jacqueau. Suture palpébrale après l'opération de la cataracte, Cong. int. d'opht., Paris 1900; — Tornatola. Soc. ital. d'opht., 1902.
(2) A. Terson. *Chir. ocul.*, 1900.
(3) Lisfranc. *Gaz. des hôpit.*, 1836.
(4) Verneuil. De la blépharorraphie dans certains cas d'ophtalmie sympathique, *Gaz. hebd.*, 1874.
(5) Kalt. La tarsorraphie comme traitement des affections septiques de la cornée, Soc. d'opht. de Paris, 3 mars 1896.
(6) A. Monthus. De l'heureux effet de la tarsorraphie sur certains traumatismes du globe, *Arch. d'opht.*, 1906.

A l'enfouissement de la cornée sous une calotte conjonctivale complète, toile d'araignée éphémère, on préférera ordinairement la tarsorraphie, quand elle sera acceptée.

Pour les plaies *scléro-cornéennes*, la suture au niveau de la région sclérale suffira souvent sans lui joindre la suture cornéenne. Cette suture, parfois omise, sera conjonctivale ou épisclérale et parfois aussi remplacée par l'autoplastie.

Pour les vastes plaies *sclérales*, lorsque la conservation de l'œil, trop souvent illusoire, a été décidée, la suture conjonctivale en bourse, en *adossant* bien à elle-même la conjonctive largement dégagée conviendra aux *petites* plaies. Pour les plaies plus étendues, la suture épiscléro-conjonctivale sera parfois indiquée s'il y a entrebaillement considérable et surtout si les plaies ont une *direction oblique* ou *verticale* qui favorise leur écartement.

Pour nous, la formule générale est la suivante : *suture* si la plaie *bâille*, protection avec *déplacement conjonctival autoplastique*, si la plaie *ne bâille pas*.

Quand il n'y a pas un grand entrebâillement, une résection conjonctivale sur un des bords de la plaie permettra de venir fixer à sa place un pont conjonctival formé par des incisions libératrices et qui, comme un bandage ou une ceinture, viendra reposer au-devant de la plaie sclérale et la cacher tout entière.

S'il y a de vastes hernies du corps ciliaire, mais si l'œil a une vision remarquable résultant de ceque la plaie n'a pas dépassé le corps ciliaire, on pourra tenter la conservation en recouvrant la hernie et la plaie d'un vaste lambeau conjonctival.

La tarsorraphie pourra, le cas échéant, remplacer ou compléter toutes les interventions précédentes. Permettant, sans froissement de la plaie, les soins réguliers et peu à peu une inspection très suffisante, elle protège l'œil, l'« assure » contre toute pression intempestive du malade ou de l'entourage, contre les examens visuels imprudents, contre le desserrement ou la pression inégale du pansement. Pour les sujets brutaux, inintelligents, irresponsables, séniles, ayant perdu le « selfcontrol », pour les enfants, cette méthode sera parfois *indispensable*. Dans bien d'autres cas, elle sera égale ou supérieure aux méthodes jusqu'ici préconisées. Elle est *superposable* aux autres, dans les cas où ce double plan de protection est jugé nécessaire et elle a un effet compressif utile sur les cicatrices à tendance *ectatique*. Elle n'aggrave rien et s'ajoute à tout, s'adaptant dans son étendue et son siège à ceux de la région blessée et n'interdisant aucun moyen d'action. C'est l'échafaudage qu'on fera sauter à la moindre menace d'ophtalmie sympathique, mais qui restera à sa place tant que l'on voudra, sans se dérober.

Il est à peine besoin de dire que, mis à part les cas où il vaut mieux énucléer, la présence de corps étrangers intra-oculaires, une infection déjà avancée, une iridocyclite en évolution que ces manœuvres pourraient rendre sympathisante, sont des contre-indications fréquentes à la suture du globe.

Il semble que toute plaie oculaire est justiciable de la réouverture, d'un nettoyage général, de sutures compliquées et que la méthode sanglante vaut incomparablement mieux que les pansements simples, l'asepsie, la protection tarsorraphique.

Tout cela équivaut aux discussions des chirurgiens sur le meilleur traitement de la fracture de la rotule. Pour un chirurgien de profession, d'éducation ultra-moderne, il est entendu qu'il faut ouvrir l'articulation, suturer la rotule fracturée de diverses manières, et que cette méthode simple, facile, efficace, constitue le traitement de choix.

En réalité, comme Ricard l'a fait remarquer (1), cette question n'intéresse que les chirurgiens, que *quelques* chirurgiens, et pour la majorité des praticiens, le traitement des fractures de la rotule reste, modernisé, ce qu'il était autrefois.

Pour les plaies de l'œil, même pénétrantes, les sutures ne seront pratiquées qu'à bon escient, avec un bon matériel, une bonne anesthésie, dans les cas où on sera sûr que la suture ou l'autoplastie, dans son indication et par son exécution, ne pourra aggraver la situation et sera, au contraire, réellement

(1) Ricard. Pourquoi, dans la pratique courante, la fracture de la rotule ne doit pas être traitée par les méthodes sanglantes, mais reste encore soumise aux anciens moyens thérapeutiques, *Gaz. des hôpit.*, 1903.

utile, ce qui ne se produit que si elle est appliquée *d'urgence* et d'une manière *correcte*.

Sinon les moyens simples, l'énucléation dans les cas très étendus, la cure pacifique et patiente, par les pansements, aidés au besoin d'une tarsorraphie, seront préférables.

L'avenir nous apprendra dans quelle mesure *comparative* le traitement aseptique simple, la suture, l'autoplastie conjonctivale, la tarsorraphie, jouissent d'un pouvoir *préventif* contre l'ophtalmie sympathique dont les uns et les autres semblent avoir diminué la fréquence.

Pratiquée *d'urgence* avec nettoyage complet, désinfection soignée, l'occlusion chirurgicale est le meilleur parti à prendre. Malgré elle, bien des résultats *tardifs* obligent encore à la suppression organique qu'on espérait éviter, et il faudrait compter avec les résultats, non plus tardifs, mais *très éloignés* et avec les mauvais résultats assez précoces, obligeant à une énucléation rapide, parfois devancée par les accidents sympathiques.

Et cependant quelques résultats splendides se produisent dans la conservation des grands traumatismes scléraux, surtout parfois sans suture, fait qui rend difficile l'appréciation certaine de la part qui lui revient dans l'excellence du résultat.

Sachant que la suture n'est pas toujours réalisable et qu'elle est toujours d'une exécution délicate, le chirurgien aura besoin de tout son tact et de toute son expérience pour les variations à lui apporter, aussi bien que pour les indications et la technique opératoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er JUIN 1908)

La radiographie en médecine légale. — M. Bordas. A propos de la communication de M. Charles Vaillant (voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 56, p. 666), M. Bordas rappelant les recherches qu'il a faites depuis 1896, montre que le procédé de la docimasie pulmonaire hydrostatique est le seul qui permette actuellement à un expert d'affirmer qu'un nouveau-né a respiré.

La radiographie intestinale est beaucoup moins sensible, elle a en outre un grave inconvénient, c'est qu'elle incite les médecins experts à conclure à un infanticide, sans pratiquer l'autopsie du nouveau-né.

Cette raison suffirait à elle seule, dit M. Bordas, pour faire écarter cette façon d'opérer au point de vue médico-légal.

Sur un instrument, l'entoptoscope, pour examiner la macula. — M. Paul Fortin.

Recherches sur l'alimentation du bacille typhique. — M. H. Dunschmann.

Utilisation des solutions salines concentrées à la différenciation des bactéricies. Séparation de bacillus typhosus de bacterium coli. — M. Guillemard.

Sur un nouveau thermo-pulvérisateur à air comprimé. — M. Guyenot.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1908)

Sérothérapie antitétanique. — La discussion soulevée par M. Vaillard sur ce sujet est engagée. L'appel fait aux chirurgiens sera entendu.

M. Le Dentu a recours à la sérothérapie antitétanique dans les cas de plaies sur le sol. Il y a eu recours sur lui-même, mais il en a éprouvé quelques accidents; érythème, élévation de la température, arthropathies. Bien que n'étant pas parfaitement convaincu de l'efficacité constante du sérum antitétanique, M. Le Dentu estime qu'il faut s'en servir et que devant une pareille menace que le tétanos, il vaut mieux pécher par excès que par défaut de précautions.

M. Paul Reynier répond à M. Vaillard qu'il n'est nullement l'adversaire de la sérothérapie antitétanique; il reconnaît comme lui les services qu'a rendus la découverte de Behring et de Kitasato à l'art vétérinaire. Mais en présence des insuccès, dont chaque jour la liste s'accroît, à son très grand regret il est obligé de reconnaître que la sérothérapie antitétanique appliquée prophylactiquement à l'homme ne s'est pas affirmée comme elle s'était affirmée sur les animaux.

A l'heure actuelle il a relevé en France 19 cas de tétanos, survenus malgré l'injection préventive, et à l'étranger 25 autres cas montrant que les sérums étrangers de Behring, de Tizzoni (de Berne) ont aussi leurs échecs.

Pour expliquer ces insuccès on a invoqué des causes multiples, tels le défaut de puissance antitoxique du sérum employé, le retard apporté à l'injection, qui est faite souvent plusieurs heures après le traumatisme.

Il ne faut pas chercher si loin. Il suffit de se rappeler que le sérum antitétanique n'est pas bactéricide, ne détruit pas le bacille de Nicolaier, le bacille du tétanos, il est seulement antitoxique, détruisant la toxine que le bacille sécrète. Mais la durée de l'immunité que l'injection de sérum antitétanique confère est de courte durée. Au bout d'une semaine cette immunité cesse. Le bacille de Nicolaiev non détruit continue à sécréter sa toxine et celle-ci, l'immunité disparue, produit ses effets et donne la crise tétanique. Il faudrait donc refaire pendant des mois tous les huit jours une nouvelle injection, sans savoir quand on doit s'arrêter, car le bacille peut se retrouver dans les tissus des mois après son introduction.

M. Reynier est donc bien obligé de constater à son très grand regret, qu'étant donné le peu de durée de l'immunité acquise par l'injection de sérum et l'ignorance de la durée de la virulence du bacille, il est impossible d'utiliser dans la pratique les données du laboratoire, et on n'a pas lieu de s'étonner des échecs de la sérothérapie.

Sur la pathomimie. — M. Dieulafoy rapporte l'histoire d'un homme de trente ans qui depuis deux ans et demi a présenté des escares sur l'avant-bras et le bras gauches. Divers médecins consultés ont parlé de troubles trophiques, de névrite, de myélite, d'hystérie. Un chirurgien lui a fait l'élongation des nerfs du bras gauche, puis les escares continuant lui a fait l'amputation du bras au tiers supérieur. Après quelques mois, des plaques gangréneuses sont apparues sur le bras droit, et tout récemment de larges escares se sont formées au pied gauche.

M. Dieulafoy élimine les diagnostics d'ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses, de troubles trophiques ou médullaires. Quant aux troubles trophiques hystériques il les a rejetés, car il nie leur existence. M. Dieulafoy posa le diagnostic de simulation et en raison de la rapidité de formation des escares et en raison de l'analogie avec les cautères à la pâte de Vienne, affirme qu'il s'agissait d'escares fabriquées avec la potasse caustique. Le malade soigneusement observé fut amené dans une scène décisive à confirmer ce diagnostic en avouant la vérité.

M. Dieulafoy étudie la mentalité de cet homme; c'est par une impulsion irrésistible, sans intention frauduleuse et sans appât de lucre, que cet homme s'est fait ses escares et s'est laissé amputer. M. Dieulafoy étudie les cas de ce genre et décrit cet état morbide sous le nom de pathomimie.

Voilà le fait brutal, mais peu banal, communiqué par M. Dieulafoy avec ce talent d'exposition, cette verve, cet entrain qui font que nul orateur, à l'Académie, n'est mieux écouté.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 JUIN 1908)

Anémie aplastique. — M. Vaquez (à propos de la récente communication de M. Caussade). Trois théories pathogéniques sont actuellement proposées, dont aucune ne paraît à M. Vaquez encore établie sur des données indiscutables : 1° La théorie de l'anhématopoïèse primitive, l'anémie était alors secondaire à l'affaiblissement du pouvoir régénérateur de la moelle, de même que l'anémie plastique résulterait d'une déviation de ce même pouvoir (anémie à mégaloblaste, théorie d'Erlich);

2° La théorie de l'anhématopoïèse secondaire; dans ce cas c'est l'anémie qui débute à la suite de pertes sanguines ou par action hémolytique quelconque et pour des raisons encore indéterminées, envahissement de la moelle osseuse par la graisse ou par l'élément lymphoblastique normalement réduit (théorie de Sénator), etc. Les organes hématopoiétiques ne répondent pas aux sollicitations de l'organisme ;

3° La théorie de l'action parallèle de l'anémie et de l'hématopoïèse, émise récemment par Hirschfeld, et d'après laquelle la cause spécifique qui provoquerait la distribution du sang frapperait en même temps d'impuissance la moelle osseuse. Cette théorie n'explique pas les cas où l'anémie aplastique a été consécutive à une perte de sang (cas Blumenthal).

Jusqu'à présent il paraît rationnel à M. Vaquez d'admettre avec Aubertin que l'anémie aplastique est une anémie avec anhématopoïèse et non par anhématopoïèse.

Anémie pernicieuse aplastique chez une primipare. Mort par hémorragie intramyocardique pendant l'accouchement. — MM. E. de Massary et Pierre Weil relatent l'observation d'une malade morte d'anémie aplastique ; il y avait anémie extrême (R = 775 000), diminution des polynucléaires, absence de myélocyte et d'hématie nucléée, de poïkylocytose, d'anisocytose, de polychromatophilie ; diminution du nombre des plaquettes et irrétractilité du caillot qui se formait d'ailleurs en un laps de temps normal. La moelle osseuse a été trouvée jaune, pauvre en éléments figurés ; les éléments myéloïdes y étaient arrêtés dans leur évolution. La rate ne présentait pas de réaction; elle était pauvre en pigments ferriques; sa fonction phagocytaire était atténuée.

Cette observation est rangée par les auteurs dans le groupe des anémies par anhématopoïèse de M. Hayem. Elle tire son intérêt non seulement de sa rareté même, mais encore d'un certain nombre de points de détails particuliers :

1° L'anémie pernicieuse s'est développée chez une personne chloro-anémique de longue date ;

2° Elle est survenue au cours d'une première grossesse ; les anémies pernicieuses de la femme enceinte surviennent surtout, on le sait, lorsque les grossesses sont répétées et rapprochées (Gusserow, Hayem, Corazza); ce sont d'ailleurs le plus souvent des anémies méta (Eberlich) ou orthoplastiques (Vaquez et Aubertin) ;

3° La valeur globulaire y semble inférieure à la normale ;

4° La mort enfin est survenue brusquement du fait d'une hémorragie intra-myocardique, dissociant les fibres musculaires. Elle a causé une insuffisance cardiaque aiguë. Cette complication n'a pas encore été signalée ; elle doit être notée à côté des hémorragies si nombreuses et si variées que l'on peut constater au cours de l'anémie pernicieuse.

A propos de l'anémie pernicieuse progressive. — M. Marcel Labbé fait ressortir que, dans le cas d'anémie pernicieuse publié par MM. Caussade et Schœffer, le rein présentait des altérations épithéliales et une hypertrophie qui en font un type de gros rein blanc, et rapprochant ce fait des trois cas qu'il a déjà publiés, du cas de Widal et des altérations rénales constatées par Aubertin à l'autopsie de ses cas d'anémie pernicieuse, il attire l'attention sur la fréquence des lésions rénales au cours de l'anémie pernicieuse.

Il n'admet pas la distinction radicale établie par Caussade entre les anémies plastiques et aplastiques. Si on exige comme critérium de l'anémie aplastique une absence totale de réaction myéloïde dans le sang et les organes hématopoiétiques, bien peu de cas résistent à la critique et la plupart des observations sur lesquelles repose la description de la maladie doivent être rejetées de son cadre (Obs. d'Evans, de Lavenson, de Cade et de Senator).

Par contre on voit entre les formes plastiques et aplastiques beaucoup de cas intermédiaires, les uns sont représentés par la forme myéloïde, embryonnaire de Lesné, Clerc et Læderich; les autres par ces formes distoparadoxales où le sang a le caractère aplastique, tandis que les organes hématopoiétiques sont en pleine réaction étudiées par Labbé, Lortat-Jacob et Salomon et par Widal, Abrami, Brulé.

M. Labbé pense que les discussions sur la formule hématologique n'ont qu'un intérêt secondaire, car celle-ci n'est pas en rapport avec la nature de l'anémie pernicieuse et ce qui domine le pronostic de l'anémie, c'est bien plus son étiologie que sa formule sanguine.

Appendicite chronique chez les enfants. — M. J. Comby. L'appendicite, maladie essentiellement chronique, revêt des formes multiples et présente une symptomatologie souvent obscure. Il importe de la dépister dans ses manifestations trompeuses, afin d'intervenir avant la crise aiguë, trop souvent fatale.

Les causes échappent parfois et l'on peut invoquer une disposition familiale, un tempérament morbide, le lymphatisme, l'arthritisme. Mais en général on trouve des lésions du rhinopharynx, des végétations, des adénopathies, des gastro-entérites, l'entéro-colite muco-membraneuse, la grippe, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, les abus alimentaires, etc.

Les constatations anatomiques montrent un appendice gros, tortueux ou adhérent, présentant des foyers de folliculite, de la sclérose pariétale, des oblitérations ou sténoses du conduit.

Les symptômes portent sur le facies des enfants, qui sont pâles ou jaunes, maigres, dyspeptiques. Appétit amoindri, irrégulier, digestions mauvaises, constipation, langue saburrale, embarras gastriques, ictère, fièvre de digestion, etc.

Les *vomissements cycliques* sont fréquemment en relation avec une appendicite chronique.

L'entérocolite muco-membraneuse prélude souvent à l'appendicite, les relations de ces deux maladies sont bien connues.

On a noté aussi des troubles circulatoires ou respiratoires, des essoufflements et palpitations, des lipothymies et syncopes ; on a pensé à la tuberculose pulmonaire en présence de la dyspnée, de la pâleur, de la maigreur des enfants. D'autres sont nerveux, tristes, neurasthéniques, découragés. Quelques jeunes filles ont des douleurs très vives au moment des règles.

L'examen du ventre va donner des signes de certitude ; douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, défense musculaire, sensation particulière indiquant la lésion de l'appendice ou des ganglions.

Grâce à ces signes locaux, on peut faire le diagnostic, et distinguer l'appendicite chronique de l'entérocolite, de la typhlocolite, de la colique hépatique ou néphrétique, du rein mobile, de la salpingite, etc.

Pronostic très incertain ; guérison spontanée possible ; mais qui pourrait en répondre ? Vu l'innocuité de l'opération à froid chez les jeunes sujets, il faut accepter l'intervention chirurgicale qui seule met à l'abri des épisodes aigus de l'appendicite chronique. Pour éviter d'*opérer à chaud*, c'est-à-dire dans les conditions les plus dangereuses, il faut *opérer à froid* toutes les appendicites qu'on aura reconnues d'une manière positive et indiscutable.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DE MAI 1908)

MM. F. Bezançon et S. I. de Jong présentent un rapport sur les **formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses**. L'hémoptysie n'est pas un symptôme banal au cours de la tuberculose pulmonaire ; un grand nombre de phtisiques meurent sans avoir jamais eu d'hémoptysies, chez d'autres malades au contraire l'hémoptysie est un symptôme assez important pour évoquer l'idée de formes hémoptoïques de la tuberculose pulmonaire, rappelant les formes hématuriques de la tuberculose rénale et les formes hémorragiques de certaines pleurésies. « Le terme de formes hémoptoïques n'est d'ailleurs justifiable que si la répétition des symptômes hémoptysie concorde avec d'autres modalités symptomatiques et évolutives assez constantes pour suggérer un pronostic un peu spécial. »

Laissant de côté les hémoptysies ultimes des cavitaires, dont la pathogénie et la physionomie clinique sont bien connues, et les hémoptysies rares de la tuberculose ulcéreuse banale, MM. F. Bezançon et I. de Jong étudient successivement les *hémoptysies dites de début* et les *hémoptysies à répétition.*

Les **hémoptysies dites de début** ne sont en réalité que le premier accident d'une tuberculose pulmonaire jusque-là la-

tente. Les unes apparaissent comme l'unique manifestation d'une tuberculose jusque-là latente et qui *redevient cliniquement latente*; elles débutent brusquement, ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de troubles de l'appétit, et ne révèlent leur origine par aucun signe d'auscultation; leur pronostic est en général bénin, mais il ne faut pas oublier qu'un individu qui a eu ainsi une hémoptysie au cours d'une santé parfaite en apparence, sans aucun signe de tuberculose en évolution, peut dix, quinze ans plus tard, faire des hémoptysies fébriles, avec signes d'auscultation indiscutables et même parfois présence de bacilles dans les crachats.

D'autres hémoptysies, *hémoptysies d'alarme*, accompagnent une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire de gravité variable.

Les hémoptysies à répétition (formes hémoptoïques de la tuberculose pulmonaire) doivent être séparées en deux groupes :

1° *Forme hémoptoïque à étapes éloignées.* — Tantôt il s'agit d'individus qui ont à plusieurs reprises, parfois à plusieurs années de distance, des hémoptysies sans que dans l'intervalle ils aient présenté le moindre signe de tuberculose en évolution; ce sont les tuberculeux bien portants de Peter; tantôt il s'agit de malades qui ont eu également des hémoptysies à étapes éloignées, mais qui ont présenté dans l'intervalle, quelques accidents de tuberculose en évolution. Les deux modalités de cette forme sont d'un pronostic plutôt favorable, étant donné la lenteur de leur marche; cependant on doit toujours faire quelques réserves, car parfois, brusquement, elles évoluent vers une fin rapide et brutale.

2° *Formes éréthiques de la tuberculose fibro-caséeuse.* — Ces formes sont les mieux décrites dans les ouvrages classiques : « ce sont des malades présentant les signes physiques de la tuberculose banale ulcéreuse, fibro-caséeuse, mais avec cette note tout à fait spéciale de leur symptomatologie fonctionnelle, qu'ils ont des hémoptysies fréquentes survenant habituellement dans certaines conditions déterminées. Dans ce groupe rentrent une partie des tuberculeux, bien soignés, de la ville; c'est en partie la forme fibro-caséeuse congestive de Bard; c'est surtout le groupe des tuberculeux éréthiques. »

A propos de ces formes, MM. F. Bezançon et I. de Jong étudient les causes occasionnelles provocatrices des hémoptysies. Le rôle provocateur attribué aux différentes circonstances climatériques ou météréologiques, à certains moyens thérapeutiques, semble assez chimérique d'après les travaux récents; en revanche, la suralimentation, souvent incriminée, semble favoriser dans certains cas les hémoptysies. Enfin, MM. F. Bezançon et I. de Jong signalent la périodicité très curieuse que présentent dans certains cas les hémoptysies, et insistent sur une forme très intéressante d'hémoptysie à répétition, l'hémoptysie menstruelle.

Il résulte d'ailleurs des travaux de Marfan, Pierre Teissier, etc., que la menstruation, la ménopause, la suralimentation, certains médicaments, notamment les cacodylates, donneraient de l'hypertension artérielle, d'où l'hémoptysie. On sait d'ailleurs les bons effets que la médication hypotensive donne dans le traitement des hémoptysies (1).

« La valeur pronostique de l'hémoptysie (les hémoptysies cavitaires mises à part) et surtout la valeur pronostique des hémoptysies répétées est plutôt favorable que défavorable. Mais on ne devra pas déduire ce pronostic du simple fait que le malade a des hémoptysies à répétition. On l'établira plutôt par l'ensemble des symptômes créant la forme clinique au cours de laquelle surviennent les hémoptysies. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 JUIN 1908)

Fistules pancréatiques. — M. Guinard fait un rapport sur une observation relative à une contusion du pancréas ayant nécessité une pancréatectomie partielle et ayant laissé une fistule pancréatique, qui guérit par le traitement antidiabétique.

M. Reynier cite un cas de fistule pancréatique dans lequel les accidents ont cessé sous l'influence d'un traitement antidiabétique.

M. Tuffier a observé 3 cas de fistules du pancréas dont 2 ont guéri spontanément après cinq ou six semaines. Le troisième n'a cédé qu'au traitement diabétique. Quand on a cessé le traitement la fistule a reparu. On a repris le traitement et la fistule s'est fermée définitivement.

La laryngostomie dans les cas de rétrécissement du larynx. — M. Sieur a pratiqué deux fois la laryngostomie avec suture de la peau aux bords du larynx sectionné, et dilatation consécutive du rétrécissement avec des tubes de caoutchouc laissés à demeure.

La laryngostomie est une opération très simple qui a été bien étudiée par M. Sargnon (de Lyon). Elle consiste en une fente médiane et verticale du larynx, et dans le maintien de la béance du larynx pendant tout le temps necessaire à la dilatation progressive du rétrécissement. On peut aussi recourir à ce traitement pour les polypes récidivants du larynx. Mais M. Sieur n'envisage ici que les cas de rétrécissement. Ce sont, du reste, les cas qui fournissent les indications les plus nettes de la laryngostomie.

Voici la technique que recommande M. Sieur : anesthésie par le chloroforme, position déclive; il faut se renseigner exactement sur le siège et le degré du rétrécissement. Quand l'obstacle siège au niveau du cricoïde, l'incision n'est pas toujours facile. Dans son premier cas, M. Sieur a dû se servir d'une pince de Liston. L'incision faite, on fixe la peau, de chaque côté, aux bords de l'incision laryngienne; puis on procède ensuite à la dilatation par des tubes de caoutchouc de différents calibres.

L'opération n'est pas dangereuse. Sur tous les cas connus, un seul malade de M. Sargnon est mort de broncho-pneumonie. Sur les 35 opérés il en est 32 qui l'ont été pour des rétrécissements et 3 pour des productions papilliformes.

Dans le cas de M. Sieur il s'agissait d'un sergent qui avait été pris d'accidents laryngés après une fièvre typhoïde. On fit la trachéotomie. Seize mois après le début des accidents, il se produisit une sténose laryngée tellement considérable que, lorsque intervint M. Sieur, le cricoïde était calcifié. Les suites de l'opération furent favorables et la dilatation se fit dans de bonnes conditions.

Dans le second cas, il s'agissait d'une fillette de douze ans qui avait eu un croup morbilleux non diphtérique. Elle avait subi 117 séances de tubage. M. Sieur fit la laryngostomie.

Anévrisme artério-veineux de la carotide interne. — M. Picqué présente un malade auquel il a fait la ligature de la carotide primitive pour un anévrisme artério-veineux de la carotide interne. Résultats immédiats nuls. Quatre ans après, guérison complète.

Chirurgie gastrique. — M. Tuffier présente un malade auquel il a fait il y a onze ans une gastro-entérostomie pour un ulcère de l'estomac; nouvel ulcère, nouvelle intervention. Dans ces derniers temps ce malade présenta du mélæna. Il s'anémiait profondément. L'examen des selles montra que l'hémorragie continuait. M. Tuffier fit une troisième laparotomie, trouva un ulcère du duodénum et fit une exclusion de l'intestin avec résection du pylore. Ce malade va bien.

Fistule vésico-intestinale. — M. Morestin rapporte l'observation d'un vieillard qui était atteint de hernie étranglée, qui fut opéré avec succès et qui présentait une fistule vésico-intestinale. Toutes les urines passaient par l'anus. A l'autopsie on trouva une énorme prostate, un calcul vésical et une perforation à la partie supérieure de la vessie qui la mettait en communication avec le rectum au niveau d'un cancer de cette portion de l'intestin.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 728.

Le Directeur-gerant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux.— Une épreuve clinique supplémentaire aura lieu samedi matin, à neuf heures, à la Charité, entre MM. Guillemot, Lortat-Jacob et Coyon.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Modifications apportées aux concours de l'externat et de l'internat. — La réunion médico-chirurgicale vient d'adopter les modifications suivantes :

Concours d'externat. — 1° Le stage pendant les vacances pour les candidats externes est rétabli. Ce stage, obligatoire pour tous les candidats sans distinction d'origine, devra s'effectuer pendant les deux premiers mois de la période des vacances, c'est-à-dire en août et en septembre.

2° La première épreuve, qui comprenait une question d'anatomie et de pathologie externe, comprendra dorénavant une question d'anatomie et de pathologie externe ou interne.

Voici les dix questions élémentaires de pathologie interne qui ont été choisies : symptômes de la bronchite aiguë, de la pleurésie aiguë, de l'asystolie, de l'angine diphtérique, de la péritonite aiguë, de l'ascite, des coliques hépatique et néphrétique, de la rougeole, de la scarlatine.

3° La prérogative des chefs de service sur le choix de la moitié de leurs externes est supprimée. Désormais, les externes titulaires choisiront leurs services, par année et suivant l'ordre de classement, comme cela se passait il y a une dizaine d'années.

Concours d'internat. — 1° Au lieu de porter seulement sur une question d'anatomie et sur une question de pathologie externe ou interne, les épreuves porteront désormais sur une question d'anatomie et physiologie et sur une question de pathologie externe ou interne.

2° Il sera accordé quatre heures de durée au lieu de trois pour la première épreuve écrite.

3° Une troisième épreuve écrite, dite de salle de garde, est ajoutée. Cette épreuve, de demi-heure de durée, portera sur une question de pratique médico-chirurgicale d'urgence.

4° Le plus strict anonymat régira dorénavant les épreuves écrites. Aux copies numérotées seront annexées des enveloppes dans lesquelles les candidats mettront leur nom. Ces enveloppes ne seront ouvertes qu'après la lecture des copies, faite à huis clos, par les membres du jury eux-mêmes, et sans la présence d'aucun candidat. Toutes les copies une fois cotées, les enveloppes seront ouvertes en séance publique et l'admissibilité, après la première épreuve, puis l'admission, après la troisième épreuve, proclamées. Les copies, après chacune de ces épreuves, seront mises à la disposition des candidats et du public qui, pendant un temps déterminé (une à deux heures probablement) et sous la surveillance du jury, pourront en prendre connaissance. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

— Lyon. — Le lundi, 30 novembre 1908, à huit heures et demie du matin, aura lieu à l'Hôtel-Dieu un concours public pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'admissibilité a l'agrégation. — Un arrêté ministériel en date du 10 juin dispose que « au concours qui sera ouvert, en 1908, pour l'admissibilité à l'agrégation des facultés mixtes de médecine et de pharmacie suivant l'arrêté du 20 février 1907, par disposition transitoire, à l'épreuve écrite, il sera donné trois sujets entre lesquels les candidats auront le droit de choisir ».

— Un arrêté ministériel en date du 11 juin fixe au 21 décembre 1908 le concours pour l'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie qui doit s'ouvrir à Paris en 1908.

Le nombre maximum des candidats qui peuvent être déclarés admissibles à la suite de ce concours est fixé à vingt.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur P. Le Noir, assisté de MM. les docteurs Jean Camus et A. Courcoux, commencera le 15 juin une série de 12 conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Ces conférences auront lieu tous les jours, salle Axenfeld, à dix heures un quart.

Le cours est gratuit.

Le mercredi, à neuf heures : consultation des maladies du tube digestif.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES AMNÉSIES

(Étude clinique.)

Par M. R. BENON,
Interne des Asiles de la Seine.

La *mémoire* est une *propriété générale des centres nerveux, grâce à laquelle ils conservent et peuvent reproduire les excitations qu'ils ont subies, c'est à-dire les sensations et les représentations.* Considérée souvent comme une faculté intellectuelle unique, elle est moins une faculté intellectuelle proprement dite qu'une fonction générale de l'intellect, qui consiste à reproduire des représentations, des idées, des images, des émotions, des sensations antérieurement conservées. C'est une fonction fondamentale, essentielle, mais *passive*, en ce sens qu'elle n'est pas créatrice.

En outre la mémoire n'est pas une, mais *multiple*; il n'y a pas une mémoire, mais des mémoires. Et ce sont *ces mémoires et leur contenu, les souvenirs*, qui sont à la base de la connaissance, c'est-à-dire de l'intelligence, de l'émotivité et de la volonté, avec leurs conséquences morales.

Richet a écrit : La mémoire « est la clef de voûte de l'édifice intellectuel; sans elle, il n'y aurait ni jugement, ni raisonnement, ni conscience, ni personnalité ; sans elle, l'éducation serait impossible et la perfectibilité nulle; sans elle, nous aurions encore des sensations passagères, mais nous n'aurions pas d'idées, car l'idée que nous nous faisons d'une chose est toujours formée par la collection de nos souvenirs relatifs à cette chose ».

De ce que les souvenirs, sensations et représentations, sont comme la matière de l'activité psychique, il résulte que la mémoire joue un rôle considérable dans le fonctionnement des facultés intellectuelles. Conditionnant ce fonctionnement à son origine, on comprend le trouble profond, le désarroi mental du sujet chez lequel elle est diminuée, partiellement ou globalement. On dit alors qu'il y a *amnésie*, c'est-à-dire diminution de la mémoire.

Dans la mémoire on distingue :

1° La conservation ou fixation de certains états : sensations ou représentations;

2° Leur reproduction ou évocation ;

3° Leur reconnaissance et leur localisation.

La conservation et la reproduction sont indispensables, cependant que la localisation n'est que le complément de l'acte mnésique. Ce complément, dit Ribot, n'est qu'un apport de la conscience, de l'intellect, et il caractérise la mémoire dite psychique ou psychologique. Quand le souvenir est dépourvu de cet élément, il rentre dans ce qu'on appelle la mémoire automatique, réflexe, organique. Cette dernière est évidemment de beaucoup la plus riche, la plus étendue chez les individus, quel que soit leur degré d'intellectualité.

L'altération de ces qualités générales de la mémoire, conservation, reproduction, localisation, constitue les amnésies de conservation, de reproduction, de localisation. Ces dernières, les amnésies de localisation, ont été appelées *paramnésies* : ce sont à proprement parler des rappels de souvenirs incomplets, imparfaits, non terminés. Elles se différencient des illusions et perversions de la mémoire, qui forment, à notre avis, un groupe spécial, les *pseudomnésies*, faux souvenirs ou créations mnésiques.

(1) Reproduction interdite.

I

Caractères cliniques des amnésies. — Les *amnésies* présentent *cliniquement* des caractères particuliers, bien groupés mais peu développés par Garnier. Nous ferons personnellement des modifications et adjonctions à sa nomenclature séméiologique des amnésies.

Voici d'abord le tableau synoptique des diverses formes d'amnésies de Garnier.

A. Pathogénie : *a*. amnésies fonctionnelles ou dynamiques; *b*. amnésies organiques ou destructives.

B. Degré : *a*. amnésies partielles ou lacunaires; *b*. amnésies générales.

C. Durée : *a*. amnésies passagères; *b*. amnésies durables ou prolongées ; *c*. amnésies définitives.

D. Evolution : *a*. amnésies soudaines (ictus amnésique); *b*. amnésies progressives ; *c*. amnésies périodiques ou intermittentes.

E. Localisation chronologique : *a*. amnésie rétrograde; *b*. amnésie antérograde; *c*. amnésie rétro-antérograde).

F. Attributs constitutifs de la mémoire (amnésies qualitatives) :

a. Altérations des qualités générales : amnésie de conservation ou de fixation; amnésie de reproduction ou d'évocation; amnésie de reconnaissance, d'orientation dans le temps et dans l'espace ; amnésie biologique, automatique, organique;

b. Altérations des qualités spéciales (prévalences amnésiques sensorio-psychiques individuelles) : amnésie visuelle (lacunes, perversions, illusions) ayant trait aux objets (asymbolie), aux lieux (agnosie topographique), aux personnes (déjà vu, paramnésies dites de fausse reconnaissance); amnésie auditive (lacunes, perversions, illusions), verbale, tonale ou musicale; amnésie tactile (astéréognosie); amnésie olfactive (anosmie différentielle); amnésie gustative; amnésie anesthésique, comprenant des dysmnésies et des paramnésies (auto-gnosie); amnésie motrice (astasie amnésique).

Les modifications que nous avons introduites dans ce tableau séméiologique portent d'abord sur l'ordre des caractères cliniques des amnésies. Celui que nous adoptons se rapproche davantage des constatations cliniques faites par celui qui examine le malade.

En premier lieu, ce qui frappe chez l'amnésique, c'est la localisation chronologique de l'amnésie, c'est-à-dire la marche de cette amnésie par rapport à sa cause et au temps. Ainsi on s'aperçoit immédiatement que le malade oublie les faits récents de son existence ou bien les faits passés, plus ou moins éloignés. En second lieu, on se rend compte de l'étendue, du degré de cette amnésie et de ses prédominances qualitatives. Finalement on apprécie son évolution, sa durée, et on discute sa pathogénie.

D'autre part, il importait de préciser et de développer l'élément degré du tableau de Garnier qui ne traduit pas suffisamment les altérations quantitatives de la mémoire. Et c'est surtout sur ce point que notre tableau diffère de celui de cet auteur.

Enfin nous faisons quelques adjonctions aux alté-

rations cliniques qualitatives de la mémoire et nous mettons à part les amnésies systématisées.

Nous donnons ci-dessous notre tableau des caractères cliniques des amnésies.

Tableau des caractères cliniques des amnésies.

A. Marche de l'amnésie par rapport à sa cause et au temps : Amnésies rétrograde, antérograde, rétro-antérograde.

B. Localisation de l'amnésie par rapport à la vie du sujet :
1. Amnésie localisée, limitée à une période donnée;
2. Amnésie diffuse, non localisée, disséminée, sans limites précises.

C. Altérations quantitatives de la mémoire : amnésies quantitaves portant sur les représentations et sensations.

1. Etendue de l'amnésie en surface.	*a.* Etendue de l'amnésie par rapport à la variété des éléments mnésiques touchés ; 1. Amnésie lacunaire, partielle (représentations, idées, émotions, sensations partiellement touchées); 2. Amnésie globale, générale (représentations, idées, émotions, sensations touchées en masse).
2. Etendue de l'amnésie en profondeur.	*b.* Etendue de l'amnésie par rapport au nombre d'éléments mnésiques disparus. Amnésie (localisée ou diffuse, lacunaire ou globale) plus ou moins profonde, complète ou totale.

D. Altérations qualitatives de la mémoire, amnésies qualitatives.

a. Qualités générales.	1. Amnésie de conservation ou de fixation; 2. Amnésie de reproduction ou d'évocation; 3. Amnésie de reconnaissance, de certitude, de localisation (paramnésies); 4. Amnésie biologique, organique, automatique.
b. Qualités spéciales; prévalences mnésiques individuelles.	1. Amnésie visuelle, portant sur les objets (asymbolie, cécité psychique), sur les lieux (agnosie topographique), sur les personnes, sur les mots (cécité verbale). Les illusions et perversions auditives sont des pseudomnésies; 2. Amnésie auditive tonale, verbale (surdité verbale), musicale. Les illusions et perversions auditives sont des pseudomnésies ; 3. Amnésie tactile (astéréognosie); 4. Amnésie olfactive (anosmie différentielle); 5. Amnésie gustative (agueusie différentielle); 6. Amnésie sensorielle généralisée (agnosie généralisée); 7. Amnésie anesthésique (auto-agnosie); 8. Amnésie motrice (astasie amnésique, apraxie amnésique).

E. Systématisation de l'amnésie (amnésies systématisées ou non) : Amnésies limitées à un groupe de sensations ou représentations : idées, calcul, chiffres, orthographe, noms, mots, lettres, faits, etc.

F. Evolution : 1. Amnésies soudaines (ictus amnésiques); — 2. Amnésies progressives ; — 3. Amnésies périodiques ou intermittentes.

G. Durée : 1. Amnésies passagères ; — 2. Amnésies durables ou prolongées; — 3. Amnésies définitives.

H. Pathogénie : 1. Amnésies fonctionnelles ou dynamiques; — 2. Amnésies organiques ou destructives.

D'abord au point de vue de la *marche de l'amnésie* par rapport à sa cause et au temps, les termes d'amnésie *rétrograde*, *antérograde*, *rétro-antérograde* prêtent à quelques explications. Ils exigent un *point de repère ou de départ* : ainsi c'est tantôt un traumatisme physique ou moral, tantôt une crise nerveuse, tantôt une attaque apoplectique ou épileptique, tantôt le début, plus ou moins bruyant, d'une affection organique cérébrale, etc., etc. Quand il y a choc, crise, ictus, le point de repère est facile et net. Pour les maladies organiques, cellulaires ou vasculaires, circonscrites ou diffuses, qui ne débutent pas toujours par un ictus, mais souvent progressivement, il est plus malaisé de le préciser. Néanmoins il est rationnel de prendre comme début des troubles de la mémoire, l'époque à laquelle remonte la période initiale de la maladie en cause.

Etant donné ces points de repère, on dit qu'il y a amnésie rétrograde, rétro-active ou régressive, quand les faits passés postérieurs au traumatisme, à l'ictus, etc., disparaissent de la mémoire du patient, à un degré quelconque et sous une forme quelconque. On dit qu'il y a amnésie antérograde lorsque, au contraire, les faits qui se sont déroulés après le traumatisme, l'attaque, etc., ne sont pas enregistrés par la mémoire. Cette amnésie antérograde, actuelle ou continue, étudiée spécialement par M. Janet, est, dit-il, une amnésie d'assimilation, par défaut de synthèse mentale : ce psychologue défend cette opinion qu'il y a là moins un trouble mnésique, qu'un trouble de l'élaboration ; nous ne pouvons aborder ici ce problème.

Lorsque les deux variétés d'amnésie, rétrograde et antérograde, se développent en même temps, se combinent, on dit qu'il y a amnésie rétro-antérograde.

La *localisation* de l'amnésie par rapport à la vie du malade, entraîne deux variétés d'amnésie : l'*amnésie localisée* et l'*amnésie diffuse*, non localisée, disséminée, généralisée.

Par amnésie localisée, il faut entendre une amnésie rétrograde ou antérograde, ou rétro-antérograde, localisée à une période limitée de l'existence du malade. Quelques auteurs l'ont appelée lacunaire. Nous lui préférons le mot localisée, d'autant que le mot lacunaire nous servira à qualifier une autre variété d'amnésie, non localisée d'ailleurs, pour laquelle la plupart des auteurs et notamment Garnier, ont réservé ce mot de lacunaire. Nous pensons donc que le mot d'amnésie localisée, employé seulement pour les cas d'amnésie limitée à une période de temps donnée, pourrait mettre fin à la confusion présente.

En regard de cette amnésie localisée se place l'amnésie diffuse, non localisée, disséminée, généralisée. C'est une amnésie sans limites précises par rapport à la vie du malade ; elle ne porte plus sur une période donnée de l'existence, mais sur des périodes diverses, plus ou moins éloignées, plus ou moins séparées. C'est pourquoi nous la qualifions de diffuse, disséminée, généralisée. Ce dernier mot est le moins bon, puisqu'il peut prêter à confusion avec l'amnésie globale, qu'on appelle aussi amnésie générale.

Au point de vue quantitatif, si on considère en *bloc* les *souvenirs*, représentations et sensations, contenu de la mémoire, on peut dire que l'amnésie s'étend en surface et en profondeur, suivant les processus destructifs. *L'étendue de l'amnésie en surface comprend l'étendue de l'amnésie par rapport à la « variété »*

des éléments mnésiques altérés. L'étendue de l'amnésie en profondeur dépend au contraire du « nombre » des éléments mnésiques ou souvenirs disparus.

Avant de développer ces altérations quantitatives mnésiques, disons en passant que M. Sollier a appelé amnésies quantitatives les amnésies de conservation et de reproduction, et amnésies qualitatives les amnésies de localisation ou paramnésies. La combinaison des amnésies quantitatives et qualitatives, donnait lieu aux dysmnésies. Nous abandonnons cette terminologie, pour lui préférer celle de Garnier, de telle sorte que les amnésies quantitatives de M. Sollier rentrent dans les amnésies qualitatives générales du tableau de Garnier et par suite du nôtre.

L'étendue en surface de l'amnésie par rapport à la *variété* des éléments mnésiques altérés (représentations et sensations) permet de distinguer l'*amnésie lacunaire* ou partielle, et l'*amnésie globale* ou générale.

Les *amnésies lacunaires* ou partielles, généralement diffuses, plus ou moins profondes, sont caractérisées par ce fait qu'elles ne s'accompagnent que d'une *altération partielle* des éléments, des matériaux mnésiques, conservés, amassés dans le cerveau. Le processus morbide causal frappe partiellement et non en bloc les représentations et sensations, et par suite l'intelligence, l'émotivité et la volonté. Certaines idées, certaines notions, certaines émotions, certaines sensations restent intactes, bien fixées, bien évoquées. Celles-là même qui sont atteintes, peuvent ne l'être que partiellement. Il en résulte, au point de vue général, que les facultés intellectuelles, sensibles, volontaires et morales de ces malades ne sont pas toutes affaiblies, et quand elles le sont, comme à une période avancée des encéphalopathies organiques, elles ne le sont encore que d'une manière partielle. Et l'état psychique fondamental de ces malades se caractérise par l'expression, affaiblissement partiel des facultés mentales.

Les *amnésies globales* ou générales au contraire frappent en *masse* toutes les acquisitions mnésiques antérieures : idées, images, sentiments, sensations. Ce ne sont plus des lacunes, des trous qu'offre la mémoire du sujet, c'est une atteinte générale de tous les souvenirs, sensations et représentations. Mais si toutes les variétés de sensations et de représentations sont touchées, cela ne veut pas dire que d'emblée, dès le début, elles sont totalement et profondément altérées. Il en résulte que, lorsqu'il y a chez un malade amnésie générale, toutes les facultés intellectuelles, sensibles, volontaires et morales sont atteintes ; elles le sont plus ou moins profondément, mais elles le sont toutes. Et la manière, en outre, dont elles sont lésées, ne permet plus au malade d'avoir cette activité psychique, ces lueurs, ces réponses vives, ces protestations, ces discussions, cette mimique dont un amnésique lacunaire est capable. Chez un amnésique global, les paroles, les gestes, ces manifestations extérieures de la pensée, montrent bien vite, et dès le début, qu'il n'y a là rien de ferme, de solide, de durable, car il y a un écroulement général de l'individu, de l'esprit. C'est le cas du paralytique général.

L'*étendue de l'amnésie en profondeur*, c'est-à-dire par rapport au *nombre* des éléments mnésiques disparus, fait que l'amnésie est plus ou moins profonde, complète ou totale. Ainsi les amnésies, qu'elles soient localisées ou diffuses, lacunaires ou globales, sont plus ou moins profondes, complètes ou totales. Nous pensons même que la négligence ordinaire de ce caractère a provoqué des confusions terminologiques qui obscurcissent la question des amnésies. Des auteurs en effet emploient le mot d'amnésie générale, globale, dans le sens d'amnésie profonde totale, et pour eux une amnésie lacunaire profonde est une amnésie générale globale. Dans l'intérêt des discussions, il y a avantage à réserver les noms d'amnésie globale aux amnésies générales, atteignant en masse, mais plus ou moins profondément, toutes les variétés de sensations et de représentations, et d'amnésie plus ou moins profonde, complète ou totale, aux amnésies en tant qu'elles s'accompagnent de la disparition d'un plus ou moins grand nombre de souvenirs.

Les altérations ou diminutions des qualités générales (conservation, reproduction, localisation, etc.) ou spéciales (vue, ouïe, etc.) de la mémoire, constituent les amnésies *qualitatives*, qui sont par suite qualitatives générales ou qualitatives spéciales.

Les amnésies qualitatives générales sont représentées par les amnésies de conservation ou de fixation, de reproduction ou d'évocation, de reconnaissance et de localisation, et aussi par l'amnésie biologique.

Il y a amnésie de conservation, quand les faits, les représentations, les idées, les émotions, conservées à un moment donné dans le cerveau sont disparus définitivement, par exemple à la suite d'un traumatisme, à la suite d'une maladie organique, etc.

Ainsi il y a amnésie rétrograde de conservation quand les souvenirs disparus sont postérieurs au choc, à l'affection organique, etc. Il y a amnésie antérograde de conservation quand les souvenirs disparus ont suivi le choc, l'ictus, etc. L'amnésie rétrograde de conservation porte donc sur des faits antérieurs au choc ou à la lésion, cependant que l'amnésie antérograde de conservation porte sur des faits postérieurs à ce choc ou à cette lésion. Mais on dit encore qu'il y a amnésie antérograde de conservation quand le sujet ne peut rien garder, ou presque rien, du présent dans sa mémoire : la capacité de fixation mnésique est par exemple abolie complètement après certains traumatismes.

Il y a amnésie de reproduction quand les faits conservés, soit avant, soit après le choc ou la maladie, ne peuvent être transitoirement reproduits ou évoqués : il y a donc une amnésie rétrograde de reproduction et une amnésie antérograde de reproduction.

Il y a amnésie de localisation, quand le fait conservé et reproduit, reconnu même et affirmé, ne peut être localisé dans le temps et dans l'espace : elle est rétrograde ou antérograde. Les amnésies de localisation, avec les amnésies de reconnaissance et de certitude, ont été appelées *paramnésies :* paramnésie de localisation, de certitude, etc. La certitude peut exister sans la localisation qui est l'acte mnésique final. Les souvenirs des paramnésiques sont donc exacts en partie, mais incomplets, non terminés, puisqu'ils ne sont par localisés.

On a désigné aussi sous le nom de paramnésies des troubles de la mémoire dans lesquels les faits, exprimés par le malade, ne sont plus exacts, mais faux et imaginés (déjà vu, illusion de fausse reconnaissance, etc.). Ce ne sont pas à proprement parler des

amnésies, mais des *pseudomnésies* ou faux souvenirs et ces troubles rentrent dans les illusions et perversions de la mémoire.

Quant à l'amnésie biologique, automatique, elle porte sur les habitudes verbales ou motrices du sujet et conduit à la vie végétative.

Les amnésies qualitatives spéciales comprennent les amnésies visuelle, auditive, tactile, olfactive, gustative, sensorielle, généralisée, anesthésique, motrice.

L'amnésie visuelle porte soit sur les objets (asymbolie ou cécité psychique), soit sur les lieux (agnosie topographique), soit sur les personnes, soit sur les mots (cécité verbale, etc.). L'amnésie auditive porte sur les sons (amnésie tonale), sur les mots (surdité verbale), sur la musique (amnésie musicale, etc.). L'amnésie tactile porte sur les diverses sensations tactiles : l'astéréognosie en est une variété. L'amnésie olfactive, anosmie différentielle, l'amnésie gustative, agueusie différentielle, portent sur les sensations de l'odorat et du goût. L'agnosie généralisée est constituée par les diverses amnésies sensorielles. L'amnésie anesthésique, auto-agnosie, a trait à la notion même de notre personnalité. Quant à l'amnésie motrice c'est l'oubli de la coordination des mouvements en vue d'un but donné : astasie amnésique, apraxie amnésique, etc.

La *systématisation* de l'amnésie est caractérisée par sa limitation à un groupe de représentations, d'idées, de faits, de sensations : oubli par exemple du calcul, de l'orthographe, de chiffres, de lettres, de mots, oubli d'un événement et de tout ce qui s'y rattache, etc.

L'*évolution* des amnésies permet de les ranger en trois variétés : les unes sont soudaines, les autres progressives, d'autres périodiques ou intermittentes. On désigne sous le nom d'ictus amnésique une amnésie à début brusque et de durée relativement courte, le retour à l'état antérieur s'effectuant rapidement et plus ou moins complètement.

Suivant leur *durée*, les amnésies sont dites soit passagères, soit durables ou prolongées, soit définitives.

Leur *pathogénie* enfin permet de les classer en amnésies fonctionnelles ou dynamiques, et en amnésies organiques ou destructives. Ces dernières sont souvent appelées dysmnésies.

II

Eléments d'appréciation des amnésies. — Comment se révèlent à l'entourage et au médecin les diminutions de la mémoire : mémoire proprement dite et souvenirs? De quels éléments d'appréciation disposent-ils? La diminution de la mémoire ou des mémoires, en tant que fonction générale des centres nerveux, se traduit par l'impossibilité plus ou moins profonde de fixer, de conserver des états nouveaux, de reproduire et localiser des faits plus ou moins récents. L'amnésie porte à la fois sur les lieux et sur le temps, sur les choses ou objets, sur les individus, sur les événements actuels, récents et passés, sur les idées, sur les émotions, sur les sons et la musique, sur les formes et les couleurs, sur les acquisitions scolaires, calcul, écriture, lecture, c'est-à-dire sur les nombres, les chiffres, les mots, les lettres, les noms, les verbes, les adjectifs, etc.

III

Examen clinique d'un amnésique. — On pourra pratiquer de la façon suivante l'examen du malade :

1° On lui demandera de fournir ses nom et prénoms, sa profession, son âge;

2° On le questionnera sur le temps présent (année actuelle, jour, mois, date, heure, saison, époque de son entrée à l'hôpital, etc.), et sur le temps passé (année de mariage, de naissance, etc.);

3° De même on l'interrogera sur les lieux présents (lieu de séjour actuel, lieu de domicile, lieu de travail, etc.), et sur des lieux plus éloignés (lieu de mariage, de naissance, etc.);

4° L'orientation du malade dans le temps et dans l'espace étant connue, on abordera l'étude des faits actuels, récents et passés, individuels et familiaux, professionnels et sociaux. En interrogeant notamment le malade sur ses antécédents héréditaires et personnels, on aura des moyens faciles d'appréciation de sa mémoire. Ainsi les renseignements qu'il fournira sur sa famille (nom, âge de ses parents, frères, sœurs, femme, enfants), sur sa profession (gain, milieu, etc.), sur la société (notions générales), sur ce qu'il possède (propriété), permettront de se faire une idée très exacte de ses troubles amnésiques rétrogrades ou antérogrades ou rétro-antérogrades. Les réponses aux questions posées, les réflexions spontanées qu'il fera refléteront son fonds mental, idées et sentiments.

Au cours de cet examen, on remarquera comment se fait la localisation des souvenirs en général : elle est soit directe ou immédiate et rapide, soit indirecte et médiate, et alors dans ce dernier cas, elle se fait soit par progression continue, en allant d'un événement, d'une date à d'autres, soit par oscillations mnésiques plus ou moins nombreuses, imprévues, irrégulières;

5° Reste à étudier l'état des acquisitions scolaires antérieures et surtout le calcul, l'écriture, la lecture. Rappelons de suite que les notions, acquises sur ces points, varient beaucoup suivant l'éducation, la condition sociale, l'âge des individus, etc. On ne prendra donc pas pour des troubles mnésiques ce qui ne relève que de l'insuffisance de l'instruction ou du manque d'usage habituel.

La même réserve s'impose dans l'étude de la mémoire immédiate du sujet, c'est-à-dire pour la capacité de fixation mnésique immédiate, qu'elle porte sur des chiffres à retenir ou des phrases à répéter. Sans doute les questions sur le calcul, sur la langue, sur la grammaire, sur la géographie, l'histoire, etc., constituent une série d'épreuves mentales (mental tests) d'une très haute valeur, mais il ne suffit pas de faire exécuter ces seules épreuves pour se rendre un compte exact de l'état psychique du sujet, puisqu'elles varient suivant les individus et leurs milieux, puisque l'observateur ignore le plus souvent le degré d'instruction exact du malade. Si l'on méconnaît ces faits, les épreuves mentales donneront lieu à des erreurs d'appréciation considérables. En tous cas, toujours elles expriment beaucoup moins exactement le fond mental du malade que ses réponses, ses explications, provoquées ou spontanées, sur son existence propre, sur sa famille, sa profession, le milieu dans lequel il vivait : son activité intellectuelle se manifeste alors réellement; cet examen est plus long, plus délicat, mais il est plus précis et reflète mieux l'état psychique fondamental du sujet.

IV

Causes d'erreur d'appréciation des troubles amnésiques. — Il semble qu'on puisse les ramener à quatre. Ce sont d'une part une sorte d'automatisme de la mémoire, automatisme mnésique ou verbal, d'autre part la tendance à la fabulation, puis la suggestibilité et approbativité, enfin les états de confusion, d'obtusion, d'obnubilation, etc., qui peuvent d'ailleurs se joindre aux états amnésiques et les compliquer singulièrement.

L'automatisme de la mémoire, automatisme mnésique ou verbal, amène le malade à exprimer des réponses, généralement sensées, qui paraissent traduire une certaine activité psychique. Ce sont des phrases toutes faites, des réflexions communes; sans cesse répétées par le sujet au cours de son existence, elles sont devenues comme une partie intégrante de son intellectualité, tant elles ont été exprimées de fois

Cet automatisme mnésique, verbal, est à rapprocher de l'automatisme moteur, proprement dit. Il est inconscient ou subconscient, habituel ou spontané, de sorte que les réponses, les remarques, les paroles en général du malade, qui semblent être en relation avec une conservation assez complète des facultés mentales, ne dérivent ni de l'intelligence, ni de l'émotivité, ni de la volonté, mais de l'instinctivité, de l'automatisme, de l'habitude.

Esquirol écrivait sur les déments : « Leurs idées se suivent sans liaison ni sans motif; ils répètent des mots, des phrases entières sans y attacher de sens précis... Il semble qu'ils aient des *contes* faits dans leur tête, qu'ils répètent, en obéissant à une impulsion involontaire et automatique, provoquée par des *habitudes* anciennes, ou excitées par des connaissances fortuites avec les objets qui frappent actuellement leurs sens. »

Ce passage d'Esquirol relate à la fois l'automatisme verbal et la tendance à la fabulation. Cette dernière, comme l'automatisme mnésique, paraît fréquente dans les états démentiels. Le malade n'hésite sur aucune des questions posées; il raconte, quelquefois sans arrêt, des faits souvent raisonnables, plus rarement extravagants. Il est à remarquer qu'il les oublie d'ailleurs immédiatement ou quelques instants seulement après les avoir exprimés, et qu'il se contredit grossièrement. Il arrive même qu'il nie avoir prononcé les paroles qu'on a notées. Cette tendance à fabuler, à inventer, s'exerce tant sur les faits récents que sur les faits passés.

On se mettra en garde encore contre la facilité avec laquelle, chez certains malades, affaiblis ou non mentalement, aptes à la suggestibilité ou à l'approbativité, on provoque des réponses aux questions qu'on leur pose; on évitera surtout les réponses par oui et par non. On s'exposerait à faire dire ou approuver par le malade de multiples erreurs.

Enfin on s'efforcera au cours de l'examen de l'amnésique de faire le départ entre les états amnésiques et les états de confusion, d'obtusion, d'obnubilation, de dépression, de stupeur, de torpeur, etc. Les malades qui offrent ces différents syndromes, paraîtront souvent, au premier abord, très amnésiques, quand en réalité, ils sont peu touchés dans leur mémoire. Ainsi on obtiendra assez fréquemment, en insistant longuement, des réponses précises d'un confus ou d'un déprimé; les malades obtus, obnubilés, présentent du ralentissement, sinon un arrêt de leurs fonctions générales psychiques; dans les cas de stupeur, de torpeur, les sujets sont comme hébétés, égarés ou endormis, somnolents. Il importe d'ajouter que ces divers états : confusion, dépression, obtusion, obnubilation, stupeur, torpeur, etc., compliquent parfois les états amnésiques et alors le diagnostic est fort complexe, sinon impossible à un premier examen.

BIBLIOGRAPHIE

BALL et E. CHAMBARD. Art. DÉMENCE du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1882, p. 559. — J. J. VAN BIERVLIET. *La mémoire*, O. Doin, 1902. — BOLDT (Iena). Etude sur les troubles de la mémoire de fixation, *Monats. f. Psychiat. u. Neurol.*, 1905, p. 97, et *Revue neurol.*, 1905, p. 1164. — B. BOURBON. Influence de l'âge sur la mémoire immédiate, *Revue philosophique*, 1894, p. 148. — BRÉCY. Art. AMNÉSIE de la *Pratique médico chirurgicale*.

Mlle CALKINS. Etude sur la mémoire et l'association, *Psychol. Review*, 1898, p. 451, et *Revue neurol.*, 1899, p. 57. — CALMEIL. Art. AMNÉSIE et DÉMENCE du *Dictionn. en 30 volumes*.

DROMARD et LEVASSORT. *L'amnésie*, F. Alcan, 1907. — DUGAS. La perte de la mémoire et la perte de la conscience, *Revue philosophique*, juillet 1899. — DUPRÉ. Revue policlinique des démences, *Bulletin méd.*, 1907, p. 11 et 119.

ESQUIROL. Art. DÉMENCE du *Dictionn. des sc. méd. en 60 volumes*, 1814.

FALRET. Art. AMNÉSIE du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1865; — Troubles de la mémoire, *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Baillière, 1890, p. 41, extrait des *Arch. gén. de méd.*, oct. 1860.

FOVILLE (père). Art. ALIÉNATION MENTALE du *Dict. de méd. et de chir. prat.* — FOVILLE (fils). Art. DÉMENCE du *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XI, p. 95.

GARNIER. Les amnésies (séméiologie et médecine légale), *Bulletin méd.*, 7 janv. 1905. — GRASSET. *Plan d'une physiopathologie clinique*, 1905. — J.-M. GUARDIA. Les maladies de la mémoire, *Revue scient.*, 1881.

KRAFFT-EBING. *Traité de psychiatrie*, mémoire, p. 84, trad. E. Laurent, 1897, 5e édit. allem. — KRÆPELIN. Ueber Erinerung Fälschüngen, *Arch. f. Psychiat.*, 1886-1887.

LEGRAND DU SAULLE. Les maladies de la mémoire, *Gaz. des hôpit.*, 1884. — LOUYER-VILLERMAY. 1° Essai sur les maladies de la mémoire, in *Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 1817; — 2° Art. MÉMOIRE du *Dict. des sc. méd.*, 1819, t. XXXII, p. 305.

A. MARIE. *La démence*, O. Doin, 1906. — MAXWELL. L'amnésie au point de vue de la médecine judiciaire, *Ann. d'hygiène publique et de médecine légale*, 1902, p. 481.

A. PICK. Contribution à la pathologie de la mémoire, *Arch. f. Psychiat.*, XVII, 1, in *Arch. de neurol.*, 1885, XV, p. 444.

RIBOT. *Les maladies de la mémoire*, 1881; — Recherches sur la mémoire affective, *Revue philosophique*, 1894, p. 376; — Les états affectifs et la mémoire, *Revue neurol.*, 1894, p. 33. — RICHET. Art. MÉMOIRE, *Grande Encyclopédie*. — ROUILLARD. 1° *Essai sur les amnésies* (étiologie), Th. de Paris, 1885; — 2° Communication à la Soc. de méd. légale, 1886; — 3° Observation d'amnésie traumatique, *Ann. méd.-psychol.*, 1886, 7e série, t. III, p. 39; — 4° Les amnésies, *Encéphale*, 1888; — 5° Les amnésies, *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 509.

SEGLAS. *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet, Démences, p. 178; Amnésies, p. 188. — SOLLIER. *Les troubles de la mémoire*, Rueff, 1892; — *Guide pratique des maladies mentales* : amnésies, p. 192; — *Le problème de la mémoire*, F. Alcan (Biblioth. de philosophie contemporaine), 1900.

TOLLARD. Art. AMNÉSIE (Définition), *Dict. des sc. méd.*, 1812.

A. VOISIN. Art. AMNÉSIE, *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 52.

F. WINSLOW. *On obscure diseases of the brain and disorders of the mind*, London 1860.

ZABOROWSKI. La mémoire et ses maladies, *Bull. de la Soc. d'anthropologie de Paris*, 1881.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JUIN 1908)

Traitement des fractures par le massage. — Un court rapport de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE sur un petit fait a amené une grande discussion. Voici d'abord le fait communiqué par M. Lenormant : Fracture de l'olécrâne chez un garçon de douze ans, traitée d'emblée par le massage et la mobilisation sans aucun appareil et très rapidement consolidée.

A ce propos, M. Lucas-Championnière se félicite de voir ses jeunes collègues adopter certaines idées thérapeutiques qu'il défend depuis plus de vingt ans.

M. Lucas-Championnière qui est un partisan convaincu de la suture osseuse dans certaines fractures, ne fait jamais la suture de l'olécrâne, ou du moins, il ne la fait que dans les cas où la fracture a été immobilisée trop longtemps et se trouve mal réduite. Il a toujours obtenu les meilleurs résultats du massage seul et de la mobilisation.

On a comparé ces fractures à celles de la rotule. Il n'y a, aux yeux de M. Lucas-Championnière, aucune analogie à établir entre ces deux variétés de fractures. Ce qui rend difficile la consolidation de la fracture de l'olécrâne, c'est la contracture du triceps que jamais aucun appareil n'est parvenu à combattre. Au contraire le massage régulier et la mobilisation méthodique s'adressent directement à cette contracture et obtiennent ce que le meilleur appareil de coaptation ne saurait obtenir. La consolidation se fait spontanément sous l'influence du massage, on voit la contracture musculaire céder.

C'est du reste le même principe qui doit présider au traitement de toutes les fractures.

M. ROUTIER rapporte l'observation d'une jeune fille qui s'était jetée d'un cinquième étage et qui fut transportée à l'hôpital les deux avant-bras broyés. On expliqua d'emblée des appareils plâtrés ; trois semaines après, on retira ces appareils et on s'aperçut seulement alors qu'il y avait une fracture de l'olécrâne gauche. On fit le massage et on obtint une consolidation rapide et parfaite, bien que le massage n'ait été employé que trois semaines après l'accident.

M. PICQUÉ cite également un cas de fracture grave de l'olécrâne très rapidement guérie par le massage.

M. QUÉNU rappelle qu'incidemment M. Lucas-Championnière a dit qu'il n'y avait rien de commun entre les fractures de l'olécrâne et celles de la rotule. Il partage complètement cette opinion.

Il faut tenir compte, en effet, dans les fractures de la rotule de l'interposition de parties ligamenteuses entre les deux fragments osseux.

Peu importe de n'avoir qu'un cal fibreux dans les fractures de l'olécrâne. Il faut un cal osseux dans les fractures de la rotule. C'est pourquoi dans les fractures de la rotule M. Quénu, comme M. Lucas-Championnière, a recours à la suture, tandis qu'il ne suture les fractures de l'olécrâne que dans les cas où il y a un grand écartement entre les fragments.

Quant à la rapidité de la consolidation sous l'influence du massage, M. Quénu pense que M. Lucas-Championnière, par suite d'un amour paternel bien légitime, l'a un peu exagérée.

M. TUFFIER, de même que MM. Lucas-Championnière et Quénu, ne saurait établir de comparaison entre les fractures de la rotule et celles de l'olécrâne. Il ne suture ces dernières que lorsqu'il y a un grand écartement entre les fragments osseux. Il fait ces sutures à l'aide d'une série de catguts enroulés autour des fragments et non passés à travers les os.

Dans les cas simples, il pratique l'immobilisation pendant dix à douze jours, et commence le massage et la mobilisation après ces douze jours.

M. MORESTIN, comme beaucoup d'autres chirurgiens, a adopté la méthode préconisée par M. Lucas-Championnière et traite les fractures de l'olécrâne par le massage et la mobilisation. Il n'a eu recours qu'une fois à la suture dans un cas de grand écartement des fragments.

M. BROCA, passant en revue les radiographies présentées par M. Lucas-Championnière, estime que, sur 5 cas, un seul était justiciable de la suture.

M. DELBET, pour peu que l'écartement soit considérable, est un partisan convaincu de la suture et la croit préférable à tous les autres modes de traitement. Il n'immobilise pas ses malades et il n'a recours ni à l'antisepsie, ni au drainage.

M. DEMOULIN estime que le cal temporaire obtenu à l'aide de la suture est très utile et a toujours constaté que la suture donnait d'excellents résultats.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE insiste encore une fois sur la rapidité extraordinaire de la consolidation obtenue par le massage, particulièrement dans les fractures de l'olécrâne. Il ajoute que, si l'on compare ce mode de traitement au supplice de l'extension, on voit que tout est à l'avantage du massage et de la mobilisation dans ces sortes de fractures.

M. SEGOND mieux que personne reconnaît l'excellence du traitement préconisé par M. Lucas-Championnière. Il admire ses beaux travaux et rend justice à son heureuse initiative. Mais il déplore les effets désastreux, si souvent constatés, de cette méthode mal appliquée. Il se commet chaque jour, sous le couvert de cette merveilleuse méthode, des erreurs lamentables. Il ne faudrait pas que la Société de chirurgie se rendît implicitement complice de ces erreurs en préconisant un mode de traitement des fractures qui demande à être employé à bon escient et par des mains très expérimentées.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond à son collègue, M. Segond, qu'il n'entend pas être rendu responsable des fautes ou des erreurs commises par les autres. Il proteste donc contre les allégations de M. Segond, tout en reconnaissant avec lui qu'il est plus difficile de faire de la bonne immobilisation que de la mauvaise immobilisation, puisque pour M. Championnière toute immobilisation est toujours mauvaise.

Cette discussion, qui menaçait de devenir très chaude, se poursuivra dans la prochaine séance.

Rhinoplastie. — M. MORESTIN présente un malade auquel il a dû refaire la moitié gauche du nez qu'il avait enlevé pour un épithélioma.

Lipome de la commissure labiale. — M. SÉBILEAU présente une malade qui est atteinte d'un lipome intra-buccal inséré sur la commissure labiale.

Angiome pulsatile. — Il présente aussi un enfant de douze ans atteint d'un angiome pulsatile du maxillaire inférieur.

Fibro-sarcome intra-thoracique. — M. RICARD présente une énorme tumeur solide, du poids de 8 kilos, qu'il a extraite du thorax gauche d'une malade. Le cœur battait à droite dans la ligne axillaire. Il ne restait à notre malade, pour respirer, qu'une languette pulmonaire à droite. Plusieurs ponctions restèrent sans résultat. Le malade allait étouffer. M. Ricard fit une large brèche présternale, arriva sur la tumeur, l'énucléa assez facilement, la trouva pédiculée sur la plèvre et l'excisa. Le malade survécut six ou sept jours. Il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Election. — M. LAUNAY a été élu membre titulaire par 32 suffrages sur 36 votants.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUIN)

Syndrome thalamique et troubles cérébelleux. — M. VINCENT présente un homme qui, après un ictus, fut pris d'hémianopsie; on trouva les signes du syndrome thalamique avec de l'asynergie cérébelleuse. — M. DÉJERINE estime qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer une lésion cérébelleuse pour expliquer les troubles que présente ce malade ; l'ataxie pouvant être bien plus prononcée dans le syndrome thalamique et relever simplement des lésions de la voie sensitive. — M. BABINSKI pense de même que, dans les cas frustes comme celui-ci, le diagnostic différentiel entre l'ataxie et l'asynergie cérébelleuse est des plus délicats, d'autant plus, ajoute M. THOMAS, que la couche optique reçoit des fibres sensitives et d'autres cérébelleuses.

Tremblement des paupières et atrophie papillaire dans la maladie de Parkinson. — MM. Klippel et P. Weil. Le malade a un tremblement très marqué des paupières, à oscillations plus rapides que celui des membres ; l'atrophie papillaire double, à type central, est-elle bien en rapport avec la maladie de Parkinson? — C'est ce que se demande M. Babinski.

Paralysie réflexe des extenseurs du pouce. — M. Huet. A la suite d'un traumatisme, une jeune fille eut une paralysie localisée aux extenseurs du pouce, sans réaction de dégénérescence, ce qui permet à l'auteur de la considérer comme une paralysie réflexe. M. Huet cite un autre exemple de paralysie semblablement localisée, également post-traumatique, observée chez un accidenté du travail; mais, dans ce cas, le malade exagérait notablement les symptômes.

Hémiplégie droite, aphasie, alexie, dissociation syringomyélique de la sensibilité. — MM. Klippel et Dainville. Les symptômes sont apparus, il y a trente ans, à la suite d'une fièvre typhoïde ; ils existent actuellement depuis trente ans; l'absence de rééducation a déterminé des troubles du langage qu'il ne faut pas confondre avec des troubles intellectuels; la dissociation syringomyélique de la sensibilité existe à la main et au pied droits, et s'atténue en remontant vers la racine des membres ; il y a, en outre, une atrophie des extrémités paralysées, ressemblant à l'atrophie Aran-Duchenne, dont elle se distingue par la contracture avec rétraction des membres atteints.

Signes de tumeur cérébrale avec signes cérébelleux dans un cas de maladie de Recklinghausen. — M. Claude présente une jeune fille atteinte de maladie de Recklinghausen, chez laquelle sont apparus, depuis l'an dernier, les signes d'une tumeur cérébrale, avec le syndrome cérébelleux. La surdité bilatérale, très marquée, est due, non à une tumeur de l'auditif, comme on pourrait le croire, mais à une double lésion de l'oreille moyenne.

Autopsie de paralysie récente du plexus brachial. — Mme Déjerine. Une chute de bicyclette détermina la paralysie complète du plexus brachial chez un jeune homme de vingt ans. Les symptômes étaient classiques, avec les troubles oculaires habituels. Trente-six jours après l'accident, une tentative opératoire amena la mort; la cinquième racine cervicale semblait respectée ; les autres étaient englobées dans un tissu déjà fibreux.

Méningomyélite ascendante aiguë. — MM. Claude et Lejonne. Les accidents se sont déroulés en quinze jours : d'abord paralysie des membres inférieurs, flasque, d'un côté seulement, puis des deux; paralysie et troubles sensitifs remontèrent progressivement aux membres supérieurs, sans signes méningés. Anatomiquement, myélite à foyers successifs, très rapprochés, avec les lésions histologiques du ramollissement inflammatoire, présentant une intensité toute particulière.

Ramollissement bulbo-protubérantiel. — MM. Français et Jacques montrent les préparations histologiques d'un cas de lésion bulbaire en foyer survenue chez un syphilitique, caractérisée cliniquement par une impossibilité absolue de la déglutition, des troubles graves de l'équilibre, avec latéropulsion gauche, syndrome d'Avellis, myosis gauche, hémianesthésie à dissociation syringomyélique droite. L'autopsie montra un foyer bulbaire unilatéral, situé derrière l'olive gauche, débordant sur la formation réticulaire, détruisant le faisceau pyramidal et les fibres du spinal.

Dégénération totale du faisceau pyramidal par lésion partielle de la capsule interne. — M. Israelowitch. Ce cas confirme l'opinion de Marie et Guillain sur l'absence de localisations dans le faisceau pyramidal.

Etat varioliforme du cerveau. — M. Merle présente deux nouveaux cas de ce que M. Marie a décrit sous le nom d'état varioliforme du cerveau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 6 juin 1908)

Des cirrhoses alcooliques avec ictère. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet étudient sous ce nom des faits de cirrhose ascitique accompagnés d'ictère franc dont ils ont observé un assez grand nombre d'exemples, parmi lesquels six avec autopsie. Ils montrent que, tandis que, dans les cirrhoses alcooliques communes, la teinte de la peau reste celle de l'ictère acholurique et correspond à une cholémie modérée (en moyenne 1 gramme de bilirubine pour 14 litres de sérum), il y a, dans ces faits, ictère franc, cholurique, avec ou sans urobilinurie, répondant à une cholémie beaucoup plus élevée (elle varie dans les faits observés de 1 gramme pour 1200 à 1 gramme p. 4500). A cet ictère permanent, mais sujet à variations, s'associent les symptômes ordinaires des cirrhoses ascitiques. Elles surviennent dans les mêmes conditions étiologiques que celles-ci, mais il y a prédominance marquée du sexe féminin. Elles se distinguent par leur évolution rapide, ne persistant qu'exceptionnellement plus d'un an. Ces particularités peuvent entraîner certaines difficultés de diagnostic avec l'adénocancer avec cirrhose, la cirrhose hypertrophique diffuse et surtout la cirrhose graisseuse, parfois aussi avec les cirrhoses biliaires et les cirrhoses calculeuses. L'examen anatomique montre des lésions comparables à celles des cirrhoses communes; il s'agit de cirrhose annulaire biveineuse, mais présentant quelques caractères spéciaux : cirrhose plus rapidement étendue à tout l'espace (espace-portite totale) diffusant dans le parenchyme avoisinant, cirrhose jeune, riche en éléments embryonnaires, abondance de néo canalicules biliaires; peu ou pas de lésions cellulaires. L'évolution anatomique, comme l'évolution clinique, semble plus rapide. Ces cirrhoses se rattachent par de nombreux faits de transition aux cirrhoses alcooliques communes; cliniquement il est des cas où l'ictère quoique léger et acholurique est toutefois plus accusé que dans la cirrhose commune et correspond à une cholémie plus intense, Anatomiquement, les caractères que nous venons de rappeler peuvent se retrouver à l'état atténué dans des cas où l'ictère cholurique a fait défaut. Ces cirrhoses alcooliques avec ictère ne doivent donc pas être séparées des cirrhoses veineuses, mais elles méritent cependant une description spéciale en raison de leur évolution et des problèmes de diagnostic qu'elles peuvent soulever.

Sur un nouveau procédé chimique de recherche du sang. — MM. Deléarde et Benoit. Ce procédé, précédemment étudié par Meyer (de Munich), est basé sur la production d'une coloration rouge intense qui acquiert une solution alcaline de phénolphtaline, produit de réduction de la phtaléine du phénol en présence de la moindre trace de sang et d'eau oxygénée.

On prépare ce réactif en traitant à l'ébullition un mélange de :

Phtaléine du phénol.........	2 grammes.
Potasse anhydre.............	20 —
Eau distillée...............	100 —
Poudre de zinc..............	10 —

jusqu'à décoloration complète. Après filtration on conserve ce réactif à l'abri de l'air.

Pour procéder à la recherche du sang, on ajoute à 2 centimètres cubes de liquide un centimètre cube de ce réactif et II ou III gouttes d'eau oxygénée à 12 volumes, en ayant soin de ne pas élever la température.

En présence des moindres traces de sang tout le liquide acquiert instantanément une coloration rouge fuschine plus ou moins intense.

La sensibilité de ce réactif dépasse celle du spectroscope. On peut, grâce à ce procédé, caractériser le sang dans des solutions au millionième.

Cette réaction ne repose nullement sur l'intégrité de l'hémoglobine du sang et des ferments oxydants qu'il renferme, car le sang putréfié, desséché et même calciné, se comporte vis-à-vis du réactif de la même façon que le sang frais.

Les auteurs ont retrouvé une réaction nettement positive avec du sang qui souillait un crâne conservé depuis vingt-six ans au laboratoire de médecine légale de la Faculté de Lille.

Autres communications :

Lésions du pancréas dans les gastro-entérites infantiles. — MM. M. SALOMON et P. HALBRON.

Hyperhépatie et surcharge glycogénique du foie dans l'alcoolisme expérimental. — MM. AUBERTIN et HÉBERT.

Sur le développement des fibres élastiques dans le cartilage des bronches chez le fœtus humain. — M. DE KERVILY.

FORMULAIRE

ECZÉMA SEC ARTHRITIQUE

Lorsqu'il s'agit d'eczémas à répétition récidivants, Hœnigsmied (de Vienne) recommande la formule suivante :

Tannate de bismuth..		
Oxyde de zinc.......	*āā*	10 grammes.
Thigénol « Roche »..		
Vaseline blanche....	*āā*	40 —
Lanoline...........		

ACTUALITÉS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU CANCER. — Le professeur Poirier a lancé avec éclat l'idée d'organiser en France la lutte contre le cancer. La maladie est venue presque aussitôt paralyser ses efforts et il a succombé sans avoir pu réaliser l'œuvre qu'il avait rêvée.

L'utilité d'une telle entreprise est incontestable puisqu'en tenant compte seulement des villes de plus de 5000 habitants, le cancer fait en France plus de 13000 victimes par an.

Aussi l'idée a-t-elle été reprise et un groupe de biologistes, de médecins, de chirurgiens, de vétérinaires, travaille depuis un an à lui donner une réalisation pratique.

Aujourd'hui l'Association française pour l'étude du cancer est organisée. Elle compte des membres honoraires, des membres correspondants et plus de soixante membres titulaires : directeur et chef de service à l'Institut Pasteur, professeurs et chargés de cours à la Sorbonne, professeurs et agrégés de la Faculté de médecine, médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux, professeurs et agrégés de l'Ecole de pharmacie, de l'Ecole vétérinaire, personnalités s'occupant particulièrement de la question du cancer et ses portes restent largement ouvertes puisque le nombre des titulaires peut s'élever à 100 et que celui des correspondants est illimité.

Son bureau est ainsi constitué : président, M. le professeur Bouchard ; vice-président, M. Barrier, directeur de l'Ecole d'Alfort ; secrétaire général, M. Pierre Delbet ; secrétaire des séances, M. Ledoux-Lebard ; trésorier, M. Henri de Rothschild ; archiviste, M. G. Petit, professeur à l'Ecole d'Alfort.

Son programme est multiple. Le principal effort doit porter sur l'étude pathogénique, car on ne pourra traiter le cancer d'une manière rationnelle tant qu'on n'aura pas éclairci le mystère de ses causes. L'Association s'efforcera de réaliser cette partie de ses programmes en organisant des laboratoires, en donnant des subventions aux chercheurs dont le programme sera jugé digne d'intérêt, en récompensant des travaux sur les tumeurs malignes.

Les conditions étiologiques dans lesquelles le cancer se développe ont un grand intérêt. Elles peuvent conduire à la solution des problèmes étiologiques et elles permettraient, sans doute, si elles étaient bien connues, de fixer quelques règles utiles d'hygiène prophylactique.

On parle beaucoup de *maisons à cancer, de villages, de vallées à cancer*, comme s'il y avait des foyers d'épidémie ou de contagion. Ces faits auraient une extrême importance si leur réalité était bien établie. Leur étude est une des préoccupations de l'Association. Elle enverra prochainement à tous les médecins et vétérinaires de France un questionnaire auquel seront jointes des feuilles statistiques. Les réponses qui lui parviendront permettront sans doute de déterminer les régions où le cancer sévit avec une particulière fréquence tant sur les animaux que sur les hommes. Elle fera faire l'étude sur place des points qui lui paraîtront les plus intéressants.

En attendant l'époque où la pathogénie enfin dévoilée conduira à la thérapeutique rationnelle, l'exérèse et dans quelques cas la radio ou la radiumthérapie restent les seuls traitements des tumeurs malignes. Actuellement plus de la moitié des malades arrive si tard au chirurgien que tout traitement est inefficace. La cause principale de cette venue si tardive qu'elle leur coûte la vie est la négligence des malades. Ils ne se préoccupent pas des symptômes d'ailleurs insignifiants qui marquent le début des cancers et attendent avec insouciance les symptômes graves qui sont le plus souvent l'indice de l'incurabilité. Aussi l'Assistance estime-t-elle qu'il y a un intérêt social supérieur à entreprendre l'éducation du public.

Enfin l'Association française pour l'étude du cancer se réunit à la Faculté de médecine le troisième lundi de chaque mois en séance publique pour étudier et discuter toutes les questions relatives aux tumeurs malignes.

La séance du 15 juin sera consacrée à l'étude des états précancéreux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 JUIN 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Auguste Broca et Gosset ; — (2e série) : MM. Delens, Lecène et Ombrédanne ; — M. Sicard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Proust ; — (2e série) : MM. Reclus, Monod et Rieffel ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 23 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Pozzi, Ricard et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Lenormant ; — M. Castaigne, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Albarran, Morestin et Cunéo ; — (2e série) : MM. Quénu, Hartmann et Auvray ; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 24 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Lecène et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Reclus, Gosset et Proust ; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Marcel Labbé et Sicard ; — (2e série) : MM. Déjerine, Legry et Carnot ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Vendredi 26 juin, à une heure. — 5e (chirurgie), *Necker* : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne ; — (1re partie, 1re série) : MM. Segond, Proust et Lecène ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 27 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Jeanselme et Castaigne ; — (3e série) : MM. Gilbert Ballet, Fernand Bezançon et Claude ; — M. Launois, suppléant.

2e (chirurgie, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 68. — MARDI 16 JUIN 1908. 81e ANNÉE. MARDI 16 JUIN 1908. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve supplémentaire pour la place de troisième.* — Séance du 13 juin : MM. Guillemot, Lortat-Jacob et Coyon, 20.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Michel, Nobécourt et Guillemot.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 mai 1909 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 21 septemcre 1908, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre place à ce concours seront admis à se faire inscrire au seruice du personnel ds l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du samedi 1er août au lundi 31 août exclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Après concours, M. le docteur Pasquereau est nommé chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lautier.

DISPENSAIRE GÉNÉRAL DE LYON. — Le concours pour les places de médecins du dispensaire s'est terminé par la nomination de MM. Sarvonat, Pinatelle et Rome.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE (de Paris). — Sous le nom de Société de psychiatrie il vient de se fonder à Paris une nouvelle Société savante conçue sur le type de la Société de neurologie.

La première séance aura lieu, jeudi prochain, 18 courant, à neuf heures et demie, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique. Les docteurs et les étudiants en médecine peuvent y assister.

Le bureau de la nouvelle Société est ainsi composé : président d'honneur, M. Motet; président, M. Joffroy; vice-président, M. Séglas; secrétaire général, M. Deny; trésorier, M. Voisin ; secrétaire, M. Maillard.

LA VENTE DES HUITRES. — Le préfet de police vient, conformément aux avis du Conseil d'hygiène publique de France et du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, de rendre l'ordonnance suivante :

« Considérant qu'en dehors des mesures à prendre au lieu d'origine ou à l'entrée du territoire, mesures les plus importantes au point de vue de la santé publique, il importe d'édicter certaines prescriptions pour assurer la conservation des huitres livrées à la consommation et préserver ces mollusques de toute cause d'altération,

Ordonnons ce qui suit :

ARTICLE PREMIER. — Il est interdit de mettre en vente, ou de livrer à la consommation, des huîtres dont la coquille n'aura pas été préalablement débarrassée, soit par brossage, soit par tout autre moyen, des animaux, végétaux ou détritus, qui la recouvrent.

ART. 2. — Les marchands d'huîtres ne doivent employer, soit pour le trempage, soit pour l'arrosage des huîtres, que des eaux potables servant à l'alimentation publique, et salées au besoin artificiellement.

ART. 3. — Il est expressément interdit d'employer le sel qui a servi pour le transport ou la conservation du poisson ou de toute autre denrée pour saler l'eau destinée au trempage ou à l'arrosage des huîtres.

ART. 4. — Les marchands qui ouvrent eux-mêmes les huîtres pour les livrer à la consommation ne doivent faire usage que d'outils ou appareils tenus en constant état de propreté.

Il est défendu de laver les huîtres ouvertes : celles-ci devront être mises à l'abri de toute souillure.

ART. 5. — Les contraventions à la présente ordonnance seront constatées par des procès-verbaux et déférées au tribunal de simple police. »

RENSEIGNEMENTS

SANGLES

OU

CEINTURES MÉDICO-CHIRURGICALES PNEUMATIQUES

A COMPRESSION MÉTHODIQUE

(Appareils anti-ptosique, osbtétrical et chirurgical, post-opératoire).

Par le docteur CHARNAUX (de Vichy).

Je déposais sous ce titre une demande de brevet, le 13 novembre 1907.

En janvier 1908, M. le docteur Enriquez faisait une communication à l'Académie de médecine intitulée : « Radioscopie gastrique. Ptose et dilatation atonique de l'estomac. Contention de la ptose par la pelote pneumatique hypsogastrique. »

Ceci dit simplement, pour qu'il soit acquis que mes appareils ne procèdent point du travail du docteur Enriquez, non plus d'ailleurs que son système ne procède du mien ; car s'ils ont un point commun : la *compression pneumatique*, ils en diffèrent absolument par la disposition de cette compression, sa forme, son point d'application, son mode d'action et ses indications.

J'ai étudié plusieurs types d'appareils, dont voici la description :

APPAREIL ANTI-PTOSIQUE. — Cet appareil est destiné surtout aux malades maigres, à ventre creux, souffrant de ptoses des organes abdominaux, soit d'une ptose isolée, soit de ptose généralisée.

Il n'est point de praticien qui ne se soit senti désarmé et découragé devant le problème suivant qui se pose fréquemment : *Quel appareil appliquer chez un malade maigre souffrant de ptoses abdominales?*

La sangle seule est dans ces cas inefficace : elle comprime évidemment les os iliaques, passe bien tendue, mais indifférente au-devant de l'abdomen tombant, et laisse facilement passer la main entre sa face postérieure et la paroi qu'elle devrait comprimer et soutenir.

On peut interposer il est vrai, et c'est ce qu'il y a de mieux, entre la sangle et la paroi une sorte de matelas, fait de substances diverses (ouate par exemple), qui meublera le bas-ventre, et remplira assez bien son rôle au début de l'application. Mais ce coussin s'affaisse vite, durcit, et devient inutile et gênant.

Quant aux pelotes isolées, destinées à soutenir un organe profond déterminé, j'avoue qu'elles me trouvent un peu sceptique. Je ne vois guère, par exemple, qu'on puisse soutenir un rein flottant à l'aide d'une pelote, en exerçant une compression localisée à un seul point de l'abdomen.

Il me semble évident, que pour maintenir un organe aussi mobile, qui offre si peu de prise, qui est si glissant, si « noyau de cerise entre les doigts », il me semble évident qu'il faut augmenter la pression abdominale totale, et emprisonner cet organe de tous côtés, en massant les autres viscères autour de lui.

Une pelote isolée, à mon sens, est presque toujours *douloureuse :* d'autre part, comprimant un point isolé de l'abdomen, augmentant en ce point seul la pression abdominale, elle en chasse naturellement les organes vers les régions voisines où la pression est moindre.

En outre, si cette pelote isolée ne remplit pas son rôle, elle comprime toujours quelque chose et ce quelque chose est un organe qu'il est généralement nuisible de comprimer, tel l'intestin.

Enfin refoulant vers le *haut*, elle refoule également vers le *bas*, ce qui est un contre-sens absolu.

Donc parce qu'elle est le plus souvent inutile, douloureuse et nuisible, je crois sincèrement à la faillite de la pelote isolée, et j'estime que, dans les cas que nous envisageons, l'appareil qui convient doit :

1° Augmenter la pression abdominale totale;

2° Relever en bloc et refouler en arrière et en haut la masse intestino-épiploïque, qui servira elle-même à remonter et à maintenir les organes supérieurs, comme un vaste coussin, comme un support moelleux et sûr;

3° Créer une compression, en quelque sorte *clairvoyante*, à en varier la forme, la direction, la puissance de manière à obtenir le mieux possible l'équilibre admoninal.

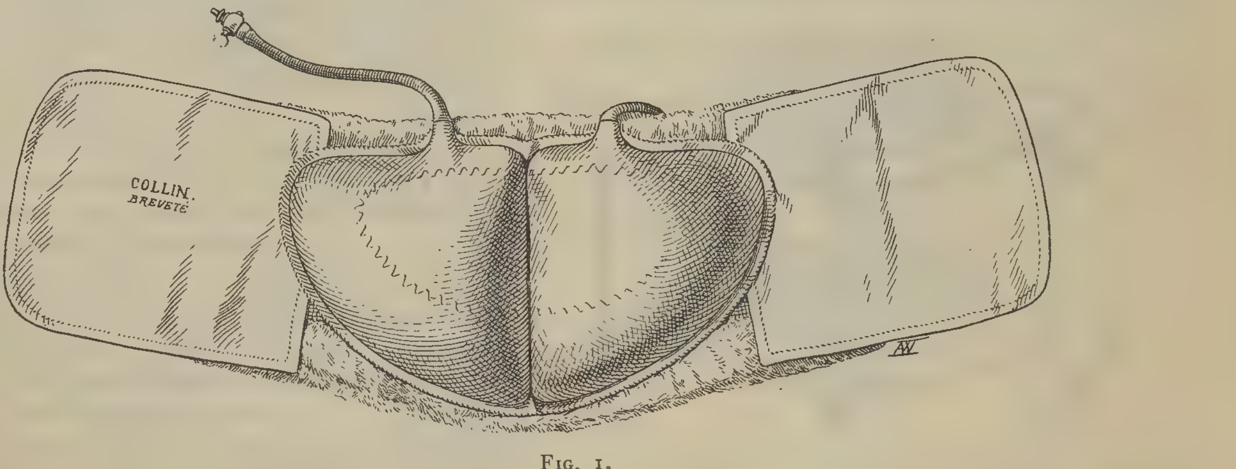


FIG. 1.

C'est dans ce but que j'ai imaginé l'appareil suivant :

DESCRIPTION DE L'APPAREIL ANTI-PTOSIQUE. — Il est essentiellement constitué par une garniture pneumatique qui sera maintenue appliquée sur le malade par différents moyens : sangle, corset, corset-sangle.

Cette garniture est constituée par deux poches de caoutchouc, étanches, indépendantes, et susceptibles d'être gonflés chacune à un degré différent.

Forme. — Ces deux poches ont, dans leur ensemble, la forme d'une demi-lune à convexité infé-

rieure, destinée à *s'emboîter en la comblant*, dans la partie inférieure de l'abdomen, entre les crêtes iliaques et le pubis qui en dessinent, pour ainsi dire, le pourtour latéral et inférieur.

La hauteur de cette garniture varie suivant les cas; elle est généralement de 12 à 14 centimètres.

Chacune de ces poches est, pour le gonflement, munie à un point quelconque, soit d'une valve, soit d'un petit tuyau de caoutchouc terminé par un robinet.

Voici un dessin de la garniture pneumatique gonflée et une coupe transversale de cette garniture.

Un petit interstice sépare les deux poches : mais cet interstice se comble par le cintrage et l'étalement de la garniture appliquée, qui offre dès lors l'aspect et le contour d'une poche unique.



Fig. 2.

Structure. — Les poches sont faites en caoutchouc souple et résistant, pour obtenir à la fois une action puissante et douce. Elles présentent en outre le dispositif suivant :

Pour donner une *forme déterminée* à la compression, pour la diriger, pour que la dilatation de la poche ne s'exerce que du côté utile, et pour empêcher dans une certaine limite sa distension latérale, le pourtour ou une partie du pourtour de chaque poche peut être renforcé à l'intérieur, par une épaisseur plus grande de caoutchouc ou par un entoilage particulier.

La forme et la puissance de ce renforcement seront variables suivant les cas, suivant la forme et la direction que l'on veut donner à la compression.

Les parties renforcées étant moins extensibles, le gonflement se fera surtout à la portion de la poche qui en sera dépourvue, suivant un dessin que l'on peut pour ainsi dire déterminer à son gré.

Dans certains cas de ptose, le renforcement devra être plus accentué à la partie inférieure pour que le gonflement s'exerce surtout en arrière et en haut (voir fig. A).

Dans d'autres cas il y aura intérêt à obtenir un gonflement inférieur (fig. B).

Dans d'autres cas encore on diminuera ou on sup-



Fig. 3.

primera le renforcement périphérique, pour avoir une compression plus douce et plus étalée (fig. C).

D'autre part la base de renforcement en A sera plus épaisse, plus résistante que son bord central qui va mourir en D, pour que le gonflement ne forme pas une brusque hernie, mais une courbure assez régulière.

Veut-on encore modifier la forme et la direction de la compression dans les poches? Rien de plus simple. Il suffit, comme il est indiqué dans la figure ci-dessous en ABC d'encapuchonner extérieurement un segment de la poche d'un tissu peu extensible (toile) ou encore de tendre et de fixer avant le gonflement au travers de la poche, un lien inextensible, une baleine en DE par exemple. On obtiendra de cette façon une grande variété dans la compression comme forme, comme direction, comme puissance.

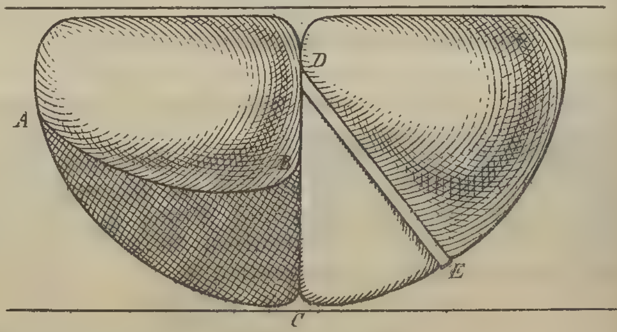


Fig. 4.

Mode d'application. — Cette garniture pneumatique sera maintenue appliquée sur l'abdomen, par une sangle le plus possible inextensible, par un corset dont elle garnira la partie inférieure, de chaque côté du busc, par un corset sangle.

Dans le cas de corset, les deux poches séparées se rejoindront par l'ajustement.

Quand il s'agira d'une sangle, il faudra qu'elle soit constituée de telle sorte, qu'elle maintienne appliquée *bien d'aplomb* la garniture pneumatique. Elle prendra, de préférence, appui sur le pourtour du bassin pour que son action s'exerce directement d'avant en arrière. Elle se placera, en somme, comme la sangle Glénard.

Application. — L'appareil étant mis en place, ajusté et fixé par la sangle ou le corset, le malade se place dans le décubitus dorsal, et mieux dans certains cas, les épaules plus basses que le siège pour faciliter le refoulement et orienter naturellement les organes.

Puis il gonfle, à l'aide d'une poire, les poches de caoutchouc au degré voulu, soit également les deux poches, soit davantage l'une d'elles.

Il se rendra parfaitement compte, d'ailleurs, avec une courte expérience, de la répartition de la compression, et déterminera facilement le point d'équilibre.

Mode d'action. — La garniture pneumatique, maintenue, bridée en avant par la sangle ou le corset, s'enfoncera comme un coin arrondi dans la partie inférieure de l'abdomen qu'elle *comblera*, qu'elle *envahira*, refoulant en arrière et en haut la masse intestinale et épiploïque qui propagera le refoulement aux organes supérieurs. Elle agira donc dans toutes les ptoses abdominales, soit directement, exemple : entéroptose, gastroptose, soit médiatement par l'intermédiaire de la masse intestinale et épiploïque remontée, exemple : rein flottant, hépatoptose.

Elle agira dans toutes les ptoses en augmentant la pression abdominale totale.

Mais elle agira d'une façon toute particulière grâce à la constitution de l'appareil en deux poches. C'est là la partie la plus caractéristique et originale de l'appareil.

En ayant deux poches, j'ai à ma disposition deux

forces dont je manie la puissance *à ma volonté*, pour obtenir ce que j'appelle volontiers *l'équilibre abdominal*.

J'ai comme *deux mains conscientes* que j'appuie à mon gré et maintiens sur la partie inférieure de l'abdomen, *imitant ainsi et fixant le geste classique des malades ptosés*.

Si je gonfle également des deux côtés, la résultante de ces deux forces s'exerce directement en arrière : si je gonfle davantage l'une d'elles, la résultante devient oblique et se dirige du côté opposé à la poche plus gonflée.

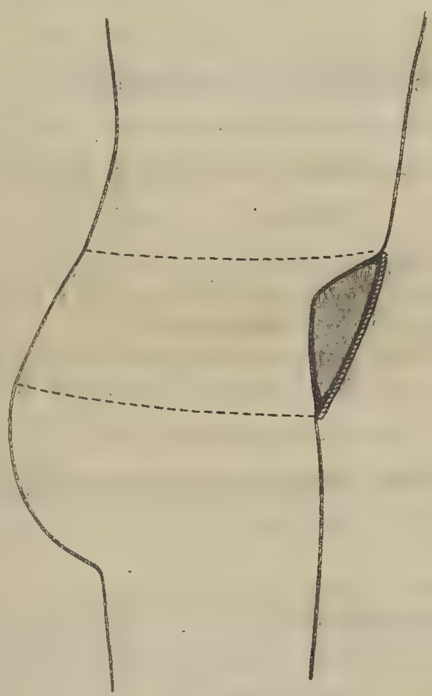


Fig. 5.

Il est facile de concevoir dès lors ce qu'on peut obtenir comme effets variés, d'une compression ainsi réglable comme forme, comme direction, comme puissance. Point n'est besoin d'insister.

Il faut cependant ajouter comme avantage de cette disposition sur une poche unique : une direction réelle, une localisation plus effective de la compression, une action plus sûre, plus directe, une fixité plus grande, et comme résultat un équilibre plus stable surtout dans les mouvements du corps.

Indications. — Nous avons déjà dit que cet appareil était destiné surtout aux malades maigres atteints de ptoses abdominales.

Mais ses grandes indications sont les suivantes :

Ptose en masse de l'intestin;

Ptose de l'estomac;

Ptose du rein, du foie et de la rate.

Dans les cas particuliers de prolapsus utérin, de cystocèle, de rectocèle, l'appareil ayant peu de prise directe sous ces organes pour les remonter, je pense qu'il vaut mieux ne pas l'appliquer.

Indications de la forme de la compression. — Nous avons vu plus haut qu'on pouvait donner à la compression une forme variable. Ce sera au praticien à déterminer, à indiquer lui-même le gonflement qui conviendra.

Dans un cas de ptose très accentuée de l'estomac, il n'est point rare de voir l'organe ptosé s'approcher du pubis. Dans ce cas un gonflement supérieur est contre-indiqué, il ne servirait qu'à faire descendre davantage l'estomac. Ce qui convient alors, c'est un gonflement inférieur, qui s'intercalera comme un coin entre le pubis et l'estomac, qu'il doit remonter. Une ptose moins accentuée demandera le gonflement de la partie moyenne de la poche; enfin pour telle autre ptose le gonflement sera supérieur.

Indications de l'orientation de la compression. — On étudiera de même l'orientation qu'il faudra donner à la compression. Faudra-t-il gonfler également les deux poches, ou davantage l'une d'elles, et laquelle faudra-t-il gonfler davantage ? Un bon raisonnement clinique et les renseignements du malade donneront la solution du problème. On devra déterminer dans quel sens doit se diriger la *résultante* des deux forces appliquées, et ne pas oublier que dans un cas de rein flottant droit par exemple, ce n'est pas nécessairement la poche correspondante qu'il faud a gonfler davantage, mais souvent celle du côté opposé.

Autres indications. — En dehors des ptoses, un appareil de ce genre plus ou moins modifié, comme dimensions, comme forme, comme puissance, pourra trouver son application soit médicale, soit chirurgicale.

Exemple : soutenir un fibrome utérin au-dessus du petit bassin, une tumeur de l'ovaire, faire une douce compression sur les annexes, meubler l'abdomen, remplacer la pression abdominale brusquement absente après l'ablation d'un kyste de l'ovaire, d'une ponction d'ascite, etc. On pourrait multiplier les exemples ; le médecin avisé trouvera facilement les indications.

Appareil cæco-appendiculaire (constipation). — Il semble logique de supposer qu'une garniture pneumatique, avec une compression très douce, très étalée, pourrait rendre des services dans certaines affections de cæcum en particulier; de même dans certains cas de constipation, où l'appareil agirait d'une part mécaniquement, d'autre part par le massage continu exercé en excitant la musculature de l'organe.

Appareil obstétrical. — Chez les femmes maigres, à muscles et à ligaments pauvres, un appareil pneumatique peut soutenir, aider l'utérus dans son ascension abdominale, l'étayer, le maintenir dans une bonne position, ménager ses ligaments suspenseurs, éviter les phénomènes de compression du petit bassin.

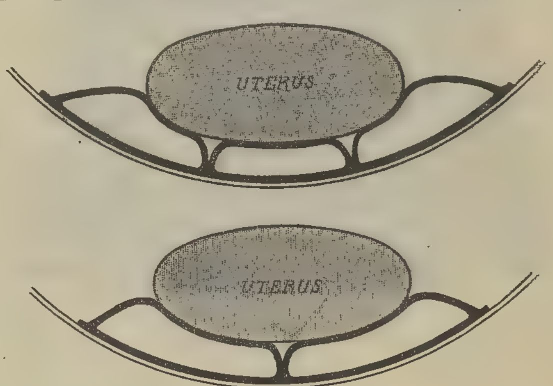


Fig. 6.

De même après l'accouchement le même appareil peut soutenir l'utérus dans sa descente, ménager encore ses ligaments et écarter ainsi les chances des déviations ultérieures de l'organe.

Comme appareil obstétrical, deux poches peuvent suffire ; mais on peut également disposer la garniture pneumatique en trois poches, une médiane et deux latérales, pour avoir à sa disposition une plus grande variété d'action. Dans la plupart des cas, il faudra prévoir les poches avec gonflement inférieur.

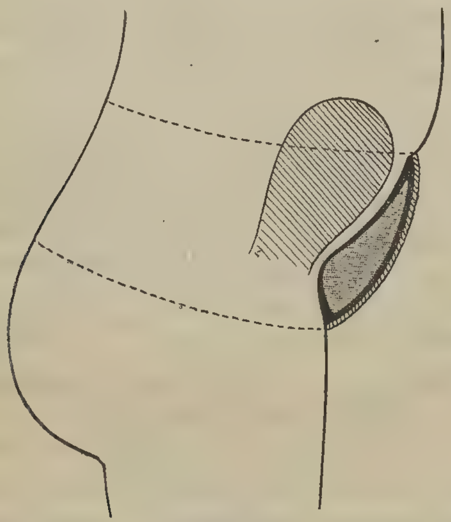


Fig. 7.

Sangle chirurgicale post-opératoire. — Après une opération abdominale, il est intéressant d'assurer une bonne compression pour immobiliser la région opérée, si l'on songe surtout aux vomissements post-opératoires chloroformiques, aux quintes de toux, etc.

Là encore on peut appliquer une sangle post-opératoire pneumatique, dont voici rapidement la description :

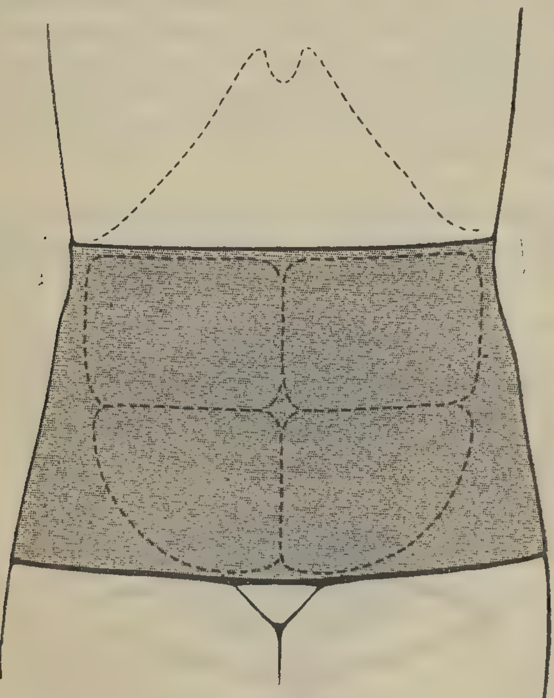


Fig. 8.

La garniture pneumatique destinée à le garnir, et à s'enfoncer dans l'espace compris entre le pourtour inférieur et antérieure du thorax d'une part, et d'autre part les crêtes iliaques et le pubis, a la forme de cet espace et comprend quatre poches comme il est figuré dans le schéma ci-dessus.

L'opération étant terminée, le pansement étant fait avec une couche d'ouate moindre qu'à l'ordinaire, on ajuste l'appareil et l'on gonfle les poches à volonté suivant les résultats que l'on veut obtenir, soit également dans toutes les poches, soit plus ou moins dans chacune d'elles.

On obtient de cette façon une compression sûre, douce et profonde, partielle ou générale, modifiable et réglable à volonté *sans déranger le pansement*, ce qui offre des avantages incontestables et d'un grand intérêt.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 9 juin 1908)

Analyse exacte du gaz des marais. Dissociation de plusieurs carbures d'hydrogène obtenue dans l'eudiomètre grisoumètre. — M. N. Gréhant.

Sur une certaine fonction de suppléance hépatique exercée par la plume chez les oiseaux. — M. Jean de la Riboisière.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 12 juin 1908)

Pigmentations bleues en macules des cuisses et des bras chez une morphinomane. — MM. Galliard et Lasnier. Ces macules ne disparaissent pas à la pression et existent partout où la malade, une phtisique de trente-neuf ans, s'est fait pendant six ans des injections de morphine. Elles s'accompagnent souvent de cicatrices en cupule aux points d'injection. Leur apparition serait, aux dires de la malade, précoce, presque immédiatement après la piqûre. On doit se demander s'il s'agit d'un dépôt de particules métalliques détachées des aiguilles ou d'un pigment d'origine sanguine.

M. Chauffard pense qu'une biopsie trancherait la question.

M. Galliard ne l'a pas pas pratiquée à cause de l'état général très grave de la malade.

Abcès amibien du foie. Phagédénisme cutané amibien. — MM. Ménétrier et Touraine rapportent l'observation d'un malade qui, sans avoir jamais présenté de signes antérieurs de dysenterie, a eu un abcès du foie à symptomatologie fruste et dont la nature amibienne a été démontrée par la présence de très nombreuses amibes dans les produits de raclage des parois de l'abcès à l'opération, tandis que le pus étant stérile huit jours après l'intervention est survenue une cholerragie abondante qui a duré douze jours; vingt-quatre jours après les bords de la plaie se sont recouverts d'un exsudat diphtéroïde et ulcérés progressivement au point d'amener à la mort une perte de substance de 18 sur 14 centimètres reposant sur le tissu cellulaire sous-cutané profondément infiltré. Les amibes, rares dans la partie centrale, étaient très abondants à la périphérie de l'ulcération, dans l'hypoderme, au niveau de petits clapiers. Les auteurs signalent quelques particularités morphologiques et tinctoriales de ces protozoaires.

Les lésions histologiques du foie consistaient en une sclérose portale progressive étouffant bientôt les lobules dont les cellules subissent la dégénérescence granuleuse et formant bientôt une nappe conjonctive dense qui limitait l'abcès et dans laquelle les canalicules biliaires présentaient une hyperplasie marquée d'où peut-être l'abondance de la cholerragie.

M. Chauffard signale les bons effets de la quinine qui en solution concentrée peut arrêter le phagédénisme amibien. Il a pu le constater chez un malade du service de M. Quénu.

M. Vincent partage l'avis de M. Chauffard.

Sporotrichose. — MM. Hudelo et Monier-Vinard présentent un malade atteint de sporotrichose généralisée avec abcès et fistules en voie de guérison.

Erythrodermie exfoliatrice. — M. Queyrat. Une malade de vingt-six ans eut à la suite de deux traitements mercuriels successifs, et consistant l'un en ingestion de pilules, l'autre en injections solubles, la même complication cutanée, à savoir une érythrodermie exfoliatrice généralisée.

A propos du rhumatisme chronique, thyroïdien tuberculeux. — MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild insistent, au point de vue étiologique, sur l'hérédité thyroïdienne du rhumatisme chronique, sur le rhumatisme aigu évoluant parfois sur un terrain d'hypothyroïdie, sur le rôle de la scarlatine.

Dans 10 cas, dans lesquels MM. Souques et Cawadias ont fait l'épreuve de la tuberculine, ils ont obtenu 8 améliorations par le traitement thyroïdien (en particulier chez un sujet à réaction positive, chez une malade suspecte, chez un malade entaché de tuberculose). Aussi concluent-ils que le soupçon du rhumatisme tuberculeux n'exclut pas l'essai surveillé du traitement thyroïdien.

Le rhumatisme thyroïdien est fréquent : 13 améliorations sur 16 chez les malades d'Ivry, 32 sur 39 (statistique à l'Académie).

Au point de vue des formes, sur la diversité des cas dans lesquels agit le traitement, sur la possibilité de trouver l hypothyroïdie masquée par des phénomènes d'hyperthyroïdie, sur la variété des apparences articulaires.

Au point de vue du traitement, sur la distinction à établir dans les modes d'action du traitement thyroïdien (spécifique médicamenteux).

Ils pensent que l'iode, le phosphore, certaines actions thermales, certaines injections salines fortes, le corps jaune, peuvent agir par une sorte de thyroïdothérapie indirecte.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 11 JUIN)

Discussion de l'aphasie. — La Société aborde successivement les points suivants :

1° *Les aphasies motrice et sensorielle sont-elles cliniquement différentes, ou l'aphasie motrice n'est-elle que l'aphasie sensorielle avec anarthrie?*

Pour M. Dejerine, l'aphasie motrice peut, après la période d'aphasie totale, être pure, sans cécité ni surdité verbales, c'est-à-dire qu'il faut recourir à des expériences délicates comme l'ont fait MM. Thomas et Roux pour mettre en évidence un très léger degré de gêne dans l'évocation des images visuelles et auditives. De même, l'aphasie sensorielle peut exister seule.

M. Marie admet l'existence des deux formes; elles sont souvent aisément diagnosticables. Mais, contrairement à l'opinion classique, défendue par M. Déjerine, il rapporte l'aphasie motrice à une lésion d'un point indéterminé de la « zone lenticulaire », tandis que l'aphasie sensorielle est due à la lésion de la zone de Wernicke; les deux ordres de lésions retentissent l'une sur l'autre, on comprend que les deux formes n'aient pas une pureté clinique absolue.

M. Souques estime, d'après ses 27 cas personnels, qu'entre l'aphasie motrice et sensorielle, il n'y a qu'une différence qualitative et non quantitative, plus ou moins de troubles de l'articulation.

2° *Que faut-il entendre par aphasie totale?*

M. Déjerine la définit la réunion des deux formes : aphasique et sensorielle; l'aphasie de Broca s'en distingue par l'absence de surdité verbale.

MM. Marie et Brissaud font remarquer, au contraire, que l'aphasie totale est celle de Broca, qui, bien que connaissant la cécité verbale, définit l'aphasie « le défaut d'adaptation du mot à l'idée, et de l'idée au mot ».

La discussion reprend alors sur la dualité des deux forces motrice et sensorielle, et sur l'opportunité du terme d'anarthrie, tel que l'emploie M. Marie. MM. Déjerine et Thomas estiment que, dans l'aphasie de Broca, les troubles sensoriels demandent à être cherchés; ils sont prédominants dans l'aphasie sensorielle. — Entre les deux, dit M. Souques, il n'y a qu'une question de proportion des divers symptômes. — M. Marie refuse, au contraire, d'admettre une simple différence de degré, l'aphasie de Wernicke peut exister seule, par lésion limitée de la zone sensorielle; quand il n'y a pas de troubles sensoriels, ce n'est plus de l'aphasie, mais de l'anarthrie. — M. Déjerine répond que l'anarthrie n'existe que lorsque le langage intérieur est intact; il est troublé dans l'aphasie de Broca. L'anarthrie est liée à un trouble spasmodique ou paralytique; elle peut être due à une lésion corticale. L'aphasique ne peut prononcer la majorité des mots; l'anarthrique les prononce plus ou moins mal, mais les a tous à sa disposition

M. Marie présente deux malades qu'il considère comme deux exemples d'anarthrie; l'un bégaie, parle mal, et chante beaucoup mieux. Il ne présente, dit-il, aucun trouble de l'évocation des mots, mais seulement de leur articulation.

M. Dupré dit que l'anarthrique a une difficulté d'extériorisation, tandis que l'aphasique ne peut extérioriser.

M. Thomas ajoute que l'aphasique peut articuler les mots qu'il lit sur les lèvres; il en est de même pour ceux qu'il a appris en série; qu'on récite les premiers mots d'une prière qu'il a apprise, il la continuera, ce qui est impossible à l'anarthrique pour lequel la difficulté d'élocution reste la même devant tous les mots.

3° *Y a-t-il lieu de conserver la distinction entre l'aphasie motrice pure, et celle accompagnée d'alexie et d'agraphie?*

M. Marie demande que, puisque le mot d' « anarthie » n'est pas accepté, on appelle aphémie, les cas où le langage intérieur n'est pas touché, le terme d'aphasie motrice pure ne répondant pas à ces cas.

M. Déjerine estime que l'aphasie motrice pure est très rare, il n'en connaît personnellement que 2 cas nets, elle peut être le reliquat d'une aphasie totale.

4° *L'aphasie motrice pure existe-t-elle d'emblée, ou est-elle le reliquat d'une aphasie complète partiellement guérie?*

M. Marie adopte la première opinion. — M. Souques apporte l'observation d'un cas de rétrécissement mitral avec, le lendemain d'un ictus, aphasie motrice pure. — M. Déjerine n'a pas vu d'aphasie motrice pure d'emblée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1908)

Processus histologique de la régression des tumeurs malignes sous l'influence du rayonnement γ du radium. — MM. Dominici et Barcat. La régression de certaines tumeurs épithéliomateuses soumises au rayonnement γ du radium ne résulte pas simplement de la destruction du tissu cancéreux et de son remplacement par un tissu de cicatrice banal.

Le mécanisme essentiel de la régression consiste en la régulation de l'évolution topographique et morphologique des cellules épithéliomateuses.

La régulation de l'évolution topographique se traduit par la disparition de la désorientation cellulaire de Fabre-Domergue, les cellules épithéliales cessent d'émigrer dans la profondeur des tissus pour obéir à l'exotropisme régulier (Dominici) qui les dirige vers la surface du corps.

La régulation de l'évolution morphologique se fait de deux façons :

Dans le cas d'épithélioma embryonnaire pur, les cellules qui se multipliaient en tant qu'éléments indifférenciés, repassent à l'état de cellules cornées suivant le mode régulier;

Dans le cas où l'épithélioma est atypique, une partie des cellules déformées par le processus de tumeur repassent à l'état embryonnaire pur, puis subissent, ultérieurement, la transformation cornée.

A cette action curative, le rayonnement γ du radium joint une action préventive, car il soustrait à l'évolution cancéreuse : 1° les cellules épithéliomateuses qu'il a réformées; 2° les cellules épithéliales qui, normales en apparence, étaient appelées à subir la métaplasie épithéliomateuse.

C'est de la persistance de cette influence préventive que résulte la durée de l'arrêt du processus épithéliomateux.

Sur les effets des extraits d'hypophyse, de thyroïde, de surrénale, d'ovaire employés en injections intra-périto-

néales chez le lapin (injections simples et combinées) [première note]. — MM. L. Rénon et A. Delille indiquent la technique employée par eux et citent sans commentaire plusieurs des résultats obtenus : innocuité remarquable de l'extrait hypophysaire, toxicité très accentuée de l'extrait surrénal, de l'extrait ovarien, etc. ; hyperfonctionnement surrénal sous l'influence d'injections répétées d'extrait hypophysaire total ou d'extrait de lobe postérieur hypophysaire, etc. Ils ont associé ces extraits en des combinaisons multiples et pu déjà constater des faits intéressants.

Contribution à l'étude de la pathogénie des lésions tuberculeuses non folliculaires. Du rôle de l'atténuation des bacilles dans ce déterminisme. — MM. Léon Bernard et Gougerot. L'atténuation ne joue pas le rôle que beaucoup de cliniciens ont tendance à lui attribuer. En effet les bacilles les plus atténués et même les bacilles morts peuvent déterminer des follicules tuberculeux.

De leurs recherches les auteurs concluent que seul le mode de dissémination des bacilles a de l'importance dans le déterminisme des lésions bacillaires non folliculaires.

De la recherche clinique du sang dans les sécrétions organiques. — MM. Deléarde et Benoit ont récemment étudié un réactif du sang, à base de phénolphtaline possédant la propriété de virer au rouge en présence des moindres traces de sang et d'eau oxygénée.

Ce réactif, étudié pour la première fois par Meyer en 1903, est une solution incolore de phénolphtaline, produit de réduction de la phtaléine du phénol, dans la potasse.

Si l'on ajoute à quelques centimètres cubes d'un liquide renfermant du sang un égal volume de réactif et quelques gouttes d'eau oxygénée, le mélange prend instantanément une coloration rouge fuschine.

Des recherches de ces auteurs, il ressort que dans l'urine, le sang est le seul composé capable de provoquer cette réaction.

Le pus urinaire qui colore en bleu la teinture de gaïac n'a aucune action sur le réactif phénolphtalique.

Il en est de même de toutes les substances susceptibles d'être rencontrées dans l'urine : produits pathologiques, médicaments, etc.

Ce procédé est applicable à la recherche du sang dans les matières fécales des malades dont le régime ne comporte pas de viande.

Quant au suc gastrique de repas d'épreuve, il est nécessaire de l'évaporer à sec et d'opérer la recherche du sang sur le résidu.

Les taches de sang, reprises par l'eau distillée, sont très facilement caractérisées par ce réactif, vis-à-vis duquel la rouille, le bois, les tissus, la terre sont absolument inactifs. Les substances organiques telles que les farines de céréales devront être soumises au préalable à l'ébullition afin d'y détruire les diastases oxydantes.

Cultures et mercure colloïdal. — M[lle] Cernovodeanu et M. G. Stodel montrent que le mercure colloïdal électrique pour une teneur en mercure de 1 pour 132000 empêche le développement de cultures microbiennes.

Des expériences comparatives leur ont montré que ce pouvoir antiseptique est plus élevé que celui du sublimé.

Autres communications :

Explication physiologique de l'usage du sel. — M. Lapicque.

Corps jaune kystique exclusivement formé par la theca interne du follicule. — M. Mulon.

Les courants en allaxotones dans les syncopes chloroformiques. — M. Nicolétis.

Structure de la corne. — M. Retterer.

Bactériolysines naturelles. — MM. Turro et Suner.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ALIMENTATION ET LA SURALIMENTATION DES CONVALESCENTS

Par M. Guillamat.

L'alimentation des convalescents de maladies infectieuses est souvent fort difficile. Lorsqu'en effet ces malades ont été soumis pendant plusieurs semaines au régime lacté, leur fonction digestive s'est adaptée à ce nouveau mode d'alimentation, et, pour restituer à l'économie les forces perdues, il faut agir avec prudence sous peine d'amener des troubles dyspeptiques qui retarderont encore le rétablissement. Parfois, même, la pyrexie a laissé sur l'estomac des lésions chroniques dont il faut tenir compte, et, quand à ces difficultés vient s'ajouter, par exemple, l'obligation de lutter contre une tuberculose en évolution, on conçoit dans quel embarras se trouve le praticien.

Il importe alors, de faire prendre aux malades, sous un faible volume, une quantité suffisante de substances nutritives choisies de telle sorte qu'elles ne puissent fatiguer l'estomac. On a donc recours aux poudres de viande, aux albumoses, aux somatoses, au nutrigène. Mais dans cet ensemble de substances alimentaires il y a lieu de faire un choix. Beaucoup d'entre elles sont mal digérées et doivent être prises à dose infime pour ne pas amener de vomissements ou de diarrhée. L'alimentation se trouve de ce fait insuffisante. D'autres sont fabriquées par la chimie organique ou même sont le produit de sophistications dangereuses. Le nutrigène paraît plutôt remplir les conditions requises.

C'est une albumose-peptone de viande pure préparée en faisant agir sur du tissu musculaire rigoureusement sélectionné et réduit en poudre, un suc gastrique physiologique. On obtient ainsi une préparation *naturelle*, éminemment nutritive à faible dose, et dans un état *prédigéré*. L'estomac du malade ne peut donc être mis à l'épreuve par ce suraliment qui représente la constitution exacte du bol alimentaire provenant de la digestion gastrique de la viande.

Les convalescents acceptent bien cette préparation. Nous la conseillons d'habitude à la dose de trois à six cuillerées à soupe dans du bouillon. Elle est sans odeur, sans goût prononcé; elle offre cette supériorité pratique de se dissoudre parfaitement sans laisser de grumeaux ni des particules graveleuses.

Nous sommes parvenus, en utilisant le nutrigène chez des malades précédemment atteints de fièvre typhoïde, de grippe, de scarlatine, à tonifier en peu de temps l'état général, à relever les forces et le poids corporel, à diminuer la durée habituelle de la convalescence, sans que le mauvais état digestif, parfois assez prononcé, n'ait gêné cette alimentation. Il semble même que le nutrigène soit un stimulant gastrique et prépare l'estomac à supporter l'alimentation ordinaire. Faut-il attribuer ce phénomène à l'action directe des peptones sur la muqueuse, ou bien au relèvement rapide de l'état général influençant l'action digestive? Nous ne pouvons le savoir. En tout cas, on peut affirmer que le nutrigène est bien supporté par l'estomac et l'intestin. Il ne cause pas de nausées, pas de fermentations, pas de diarrhée, et c'est là une supériorité pratique indiscutable.

Il résulte de ce fait que par l'albumose-peptone on peut toujours alimenter les malades convalescents et même les suralimenter, car l'absorption journalière de quatre à six cuillerées à soupe représente une quantité élevée de substances azotées suffisant à reminéraliser l'organisme. Aussi, quand, au bout de quelques jours de ce traitement, l'appétit est revenu et que les malades réclament une alimentation solide, nous n'avons garde de cesser le nutrigène qui vient faire un appoint nutritif encore nécessaire. On s'achemine ainsi insensiblement vers la suralimentation, mais vers une suralimentation judicieuse, c'est-à-dire répondant aux sollicitations de l'économie sans trop les dépasser, et caractérisée surtout par des effets généraux remarquables pour une quantité d'aliments relativement minime, et ne pouvant déterminer des troubles dyspeptiques.

Par cette diététique, nous arrivons souvent à faire dispa-

raître chez les convalescents toute trace débilitante de l'infection passée. Chez les grippés, il est vrai (et parce que, chez eux, il existe d'habitude, un certain degré d'asthénie nerveuse), nous ajoutons au nutrigène longtemps continué, deux cuillerées à café par jour de neurogénol. Il y a dans ce dernier remède, uniquement composé de phosphates *naturels* et *sans sucre*, un moyen de stimulation énergique, qu'il est bon de connaître.

Aux tuberculeux nous ajoutons encore ce médicament d'épargne aux six cuillerées à soupe de nutrigène par jour, ainsi que quatre à six comprimés de thiocol, pour lutter contre les lésions locales.

Mais, en général, le praticien trouvera dans l'albumosepeptone un moyen énergique d'alimentation et de suralimentation, sans nocivité pour le tube digestif et dont la provenance sûre est une qualité pour notre époque. Nous avons pensé qu'il était utile de le signaler.

LIVRES NOUVEAUX

Les indiscrétions de l'histoire (1) [cinquième série], par M. Cabanès.

M. Cabanès a fait paraître la cinquième série des *Indiscrétions de l'histoire*. L'infatigable auteur du *Cabinet secret* ne se lasse pas de poursuivre ses recherches toujours fructueuses. A peine un volume vient-il de paraître qu'un ou deux autres nous sont annoncés et sont en préparation. Heureux ceux qui, comme Cabanès, sont doués d'une telle passion de la recherche, d'une telle aptitude au travail et d'une pareille facilité d'écriture.

Dans ce volume, un premier chapitre intitulé : *Procédures singulières* est consacré à l'histoire des *animaux en justice*.

M. Cabanès nous ramène à cette époque, pas si lointaine, où les juges ne se contentaient pas de faire comparaître les « délinquants à deux pieds », mais où ils jugeaient et condamnaient aussi les bêtes à quatre pattes. La procédure variait suivant qu'il s'agissait de grosses ou de petites bêtes. Quand ces dernières devenaient insaisissables (dans certaines circonstances les insectes envahissaient et détruisaient des champs entiers) l'Eglise, contre ces « suppôts de Satan », brandissait les foudres de l'excommunication. Les exemples abondent de semblables anathèmes. Les détails que nous donne M. Cabanès sur les façons si singulières dont étaient traitées les bêtes sont des plus intéressants. Les unes, considérées comme des créatures de Dieu, ne devaient pas être détruites et étaient parquées dans des lieux où elles ne pouvaient plus nuire ; telles les anguilles qui infectèrent le lac Léman. D'autres, soi-disant trop jeunes ou trop petites, jouissaient des bénéfices que la loi accorde aux mineurs et étaient pourvues d'un curateur ou syndic pour les défendre. Ces simples exemples suffisent à donner une idée de toutes les insanités, de toutes les absurdités commises au nom de la justice. Des jugements ont été rendus contre des mulots, des chenilles, des mouches, des cantharides, des charançons, des rats, des sangsues, des taupes, des limaces, des sauterelles.

Ces bizarres coutumes qui consistent à juger des animaux ou des objets inanimés, ne sont pas le fait unique de l'Eglise. On les retrouve aussi dans l'antiquité païenne.

Le premier jugement contre un animal meurtrier que l'histoire ait enregistré porte la date de 1266. Il a été rendu contre un pourceau qui fut brûlé à Fontenay-aux-Roses pour avoir dévoré un enfant. L'auteur nous donne de curieux détails sur le cérémonial de ces exécutions et leurs formalités, non moins importantes que s'il s'agissait d'un homme. Bien des animaux furent ainsi pendus ou brûlés pour faits de bestialité. Mais ce que l'on aura peine à croire c'est que l'on ait rangé parmi ces faits de bestialité les rapports naturels des deux sexes avec les infidèles, les Turcs ou les Juifs.

Toutes ces procédures, nous fait remarquer M. Cabanès, comportent une bonne part de symbolisme et avaient pour but de raviver l'idée de la justice universelle chez les peuples grossiers à moins d'admettre que « la superstitieuse crédulité du peuple, en ces temps de barbarie, lui fit accepter sans protestation toutes les insanités dont on le rendait le témoin obligé ».

Une enquête matrimoniale au XVIe siècle, tel est le titre d'un second chapitre qui nous fait connaître les recommandations faites par le roi d'Angleterre Henry VII, devenu veuf, à ses ambassadeurs chargés d'observer de très près, *intus et in cute*, la fille de la vieille reine de Naples qu'il voulait épouser. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ces recommandations au sujet de l'examen moral, mental et surtout physique de la jeune personne. Il faut croire qu'Henry VII était difficile, car les réponses de ses *missi dominici* sont plutôt encourageantes. Elles n'ont cependant pas satisfait le roi, puisque le mariage n'eut pas lieu.

Non moins curieuses et non moins suggestives sont les dépêches d'un ambassadeur mandant à son ministre les premières escarmouches nuptiales ayant abouti à l'heureuse consommation du mariage de Mme la Dauphine avec son auguste époux, fils de Louis XV. On nous y apprend, avec force détails, que le prince a été parfaitement homme deux fois de suite dans la première nuit de son triomphe. Ce curieux document nous confirme aussi dans cette notion de la parfaite saleté corporelle des princes de cette époque. Notre excellent ami Cabanès pousse si loin l'amour de l'indiscrétion de l'histo re qu'il ne recule devant aucun détail.

Passant avec plus grande aisance du plaisant au sévère, M. Cabanès étudie après cela *Charles-Quint devant la psychologie morbide*. De l'étude très serrée des divers documents qu'il a pu rassembler, il conclut que Charles-Quint, jeune, était un adénoïdien, asthmatique. Dès l'âge de trente ans la goutte l'envahit. Il était très gros mangeur. A partir de ce moment il devient la proie de la goutte, endure d'atroces souffrances et n'en continue pas moins l'expédition des affaires et le gouvernement multiple d'un ensemble d'Etats disséminés sur tous les points du globe. Ce fut, en somme, « un des plus habiles politiques et une des plus claires intelligences de son siècle. » Son triste état de santé fut seul la cause de son abdication prématurée.

Don Carlos était-il fou ? Pour résoudre cette question tant discutée, M. Cabanès nous apparaît bien ici sous ses deux faces d'historien et de médecin. Son enquête est des plus sérieuses. Il interroge avec soin les antécédents héréditaires, nous retrace toute l'histoire de sa bisaïeule, Jeanne la Folle, histoire lamentable et bien touchante par certains côtés. Près d'un demi siècle de captivité ! Quant à don Carlos il se montra bizarre étant enfant. Il fit une chute grave sur la tête à l'occasion de laquelle intervient Vésale. Enfin il est enfermé par ordre de son père Philippe II et succombe à vingt-trois ans, peut-être aussi par ordre de son père.

Dans ce drame terrible, rien n'autorise absolument à admettre que don Carlos fût un fou.

En scrutant le *mystère de la naissance et de la mort de Cyrano*, M. Cabanès nous apprend tout d'abord, ce qui surprendra bien des gens, que Cyrano est, non pas de Bergerac, mais bien de Paris.

En cherchant un jour, avec d'autres, en l'église Saint-Nicolas-du-Chardonnet les restes de Piarron de Chamousset, Cabanès trouva le tombeau de *Jean-Baptiste Santeuil*. Ce fut là l'origine de recherches sur les causes de la mort de Santeuil. D'après Saint-Simon, un soir que le prince de Condé soupait chez lui il poussa Santeuil à boire du vin de Champagne. En matière de plaisanterie, il versa sa tabatière, pleine de tabac d'Espagne, dans un grand verre de vin de Champagne qu'il fit boire à Santeuil. Celui-ci aurait payé de sa vie cette plaisanterie princière. Fut-ce là vraiment la cause de la mort de Santeuil? Cabanès ne le croit pas.

Nous ne faisons que mentionner un chapitre sur l'histoire de Marcilly, un *régicide ignoré* qui a voulu attenter aux jours de Louis XIV et qui l'a payé de sa vie.

Sous ce titre : *La revanche de Diafoirus*, M. Cabanès revient sur l'étude de la vraie cause de la mort de notre grand Molière. Les avis sont, paraît-il, encore partagés ; pour les uns, Molière a succombé à la rupture d'un anévrisme ; pour les autres, il est mort de phtisie pulmonaire. Hippocrate dit oui et Gallien dit non. Or, pour mettre d'accord ces deux messieurs ensemble, comme dit Beaumarchais, Cabanès nous

(1) Paris, Librairie mondiale, 10, rue de l'Université.

démontre que Molière est bien mort d'un anévrisme, comme l'ont prétendu MM. Raynaud et Folet, mais d'un anévrisme de l'artère pulmonaire dans une caverne.

En lisant, avec beaucoup de plaisir et d'intérêt, le nouveau livre de M. Cabanès, nous nous sommes laissé entraîner à y cueillir un certain nombre de faits et d'anecdotes, ce qui nous a fait dépasser les limites ordinaires d'une simple bibliographie. Nous ne le regrettons pas et nous espérons que nos lecteurs ne le regretteront pas plus que nous.

Quant à la troisième partie du volume ayant pour titre : *Variétés révolutionnaires*, elle n'est certes pas la moins intéressante; nous ne pouvons qu'engager nos lecteurs à la lire. Ils y trouveront de curieux documents sur les questions suivantes: Mirabeau fut-il empoisonné? A-t-il existé des tanneries de peau humaine? Condorcet est-il mort de faim? Le coup de pistolet du gendarme Merda.

Ceux de nos lecteurs qui suivront notre conseil pourront constater une fois de plus quelle conscience l'historien qu'est Cabanès apporte dans ses recherches, avec quelle logique il en tire ses déductions, avec quelle compétence il juge, en médecin, les faits qui se rapportent à la médecine, avec quelle élégance toujours soutenue, l'écrivain nous présente ses récits et ses réflexions. Dr BROCHIN.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE

1° TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — Repos au lit, pulvérisations de chlorure de méthyle sur le trajet du nerf (Debove), ventouses scarifiées ou vésicatoires successifs sur le membre (Jaccoud), lavements très chauds une fois par jour (Annequil).

2° TRAITEMENT PATHOGÉNIQUE. — Modifier l'état dyscrasique du sang par l'administration journalière de « Pipérazine granulée effervescente » (de 2 à 4 mesures, prises dans une eau alcaline).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 JUIN 1908

THÈSES

Mercredi 24 juin 1908, à une heure. — M. PIPET. Pronostic de la syphilis à chancre extra-génital. (MM. Gaucher, président; Segond, Roger et Zimmern.) — M. YALDIZDJIAN. Les pneumothorax muets. (MM. Roger, président; Gaucher, Segond et Zimmern.) — M. BRIDOUIN. Etude radiographique des fractures de jambe chez l'enfant. (MM. Segond, président; Gaucher, Roger et Zimmern.) — M. MARTIN. Traitement des sinusites frontales bilatérales par la trépanation médio-frontale et le drainage en Y avec résection de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. (MM. Segond, président; Gaucher, Roger et Zimmern.)

Jeudi 25 juin, à une heure. — M. ORSONI. Contribution à l'étude de l'association de la rougeole et de la scarlatine chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Bar, Nobécourt et Jeannin.) — M. BLANC. Contribution à l'étude des pyélonéphrites de la grossesse et de leur traitement en particulier. (MM. Bar, président; Hutinel, Nobécourt et Jeannin.) — M. LASCOUX. Etude sur l'accroissement du poids et de la taille des nourrissons. Croissance physiologique. Anomalies de la croissance. (MM. Bar, président; Hutinel, Nobécourt et Jeannin.) — M. LEMERCIER. Occlusion intestinale et puerpéralité. (MM. Bar, président; Hutinel, Nobécourt et Jeannin.) — M. TESTARD. Contribution à l'étude de la curabilité des cirrhoses alcooliques. (MM. Gilbert, président; Albert Robin, Desgrez et Carnot.) — M. MENDEL. L'ion cocaïne et l'ion zinc en thérapeutique dentaire. (MM. Albert Robin, président; Gilbert, Desgrez et Carnot.) — M. MAUGEAIS. De l'action d'un rein malade sur le rein du côté opposé. (MM. Albarran, président; Gilbert Ballet, Pierre Marie et Rieffel.) — M. DAVID. La peste à Angers. (MM. Gilbert Ballet, président; Albarran, Pierre Marie et Rieffel.) — M. ROBINSON. Anatomie et pathologie des séro-appendices. (MM. Pierre Marie, président; Albarran, Gilbert Ballet et Rieffel.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 32, 22 avril 1908.) H. COULLAUD et E. GINESTOUS : Des conditions d'aptitude physique relatives à l'appareil de la vision exigées dans l'armée française et les armées étrangères. — Ed. LAVAL : Asphyxie due au gaz d'éclairage. Guérison par les injections d'eau de mer. — (N° 33, 25 avril.) J. TEISSIER : La clinique et le laboratoire. — (N° 34, 29 avril.) COULLAUD et GINESTOUS : Des conditions d'aptitude physique relatives à l'appareil de la vision exigées dans l'armée française et les armées étrangères (*fin*). — O. LENOIR : A propos de l'état antérieur dans les accidents du travail. — Jules RENAULT et SIGURET : Hygiène et mortalité dans les hôpitaux d'enfants. — (N° 35, 2 mai.) A. ROBIN : Le traitement de l'entéro-colite mucomembraneuse. — Jean DES CILLEULS : L'hygiène militaire au XVIIIe siècle. — V. et J. BAUR : Déchirure du périnée par glissement chez l'homme. — (N° 36, 6 mai.) L. GUINARD : Mode d'action des procédés employés dans le traitement des hémoptysies des tuberculeux. — (N° 37, 9 mai.) CHANTEMESSE : Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde et leur traitement. — (N° 38, 13 mai.) BAZY : La pyélonéphrite gravidique n'existe pas. — (N° 39, 16 mai.) F. BEZANCON et I. DE JONG : Formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses. — PLICQUE : Le traitement des fermentations ou flatuosités stomacales.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 mars 1908.) Guido BACCELLI : La voie veineuse ouverte aux médicaments héroïques. — Albert ROBIN : Traitement de la fièvre typhoïde (*suite*). — (8 avril.) A. ROBIN : Le traitement de la fièvre typhoïde (*suite*). Application du traitement fondamental à des cas particuliers. — (15 avril.) COÜÉTOUX : Considérations sur la phtisie. — (23 avril.) E. ROCHARD : Réduction sanglante d'une luxation ancienne de l'épaule. — (30 avril.) PAWINSKI : L'angine de poitrine revêtant la forme d'une affection de l'estomac et son traitement. — (8 mai.) ROCHARD : Foie mobile porteur d'un kyste hydatique. — BORDAS : Rôle des anophèles dans la transmission du paludisme. — (15 mai.) A. ROBIN : Le traitement de la polyarthrite déformante et du rhumatisme chronique.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 14, 4 avril 1908.) TAKAYASU : Sur la déviation à gauche de l'urine normale.

Nord médical. — (N° 325, 15 avril 1908.) G. LEMOINE : Traitement des urémies. — (N° 326, 1er mai.) VANVERTS : La myomectomie vaginale (vaginale et transvaginale). — PASTEAU : La technique de la cure radicale de la fistule vésico-vaginale. — (N° 327, 15 mai.) G. LEMOINE : Diarrhée chronique des névropathes. — L. VALENTIN : Un cas de lupus des fosses nasales guéri par la paratoxine.

Province médicale. — (N° 17, 25 avril 1908.) J. TEISSIER : La clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Clinique d'autrefois. Clinique d'aujourd'hui. — (N° 18, 2 mai.) TÉDENAT : Traitement de la tuberculose de la prostate. — RICHARD : Le sang des tuberculeux. Recherches hématologiques. — (N° 19, 9 mai.) PUECH et MASSABUAU : Les tumeurs mixtes du col de l'utérus.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 69. — JEUDI 18 JUIN 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 18 JUIN 1908. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 23 novembre 1908, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de midi à trois heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 19 octobre au samedi 7 novembre inclusivement.

— MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé le vendredi 26 juin, à deux heures, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers, pour l'année 1908-1909.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été affectés :

Médecin-major de première classe. — M. Arnaud, maintenu à l'hôpital militaire de Marseille (laboratoire de bactériologie), comme médecin traitant.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Menut, passe au 92e d'inf.; Verse, à l'état-major et place de Marseille; Conor, à l'hôpital militaire de Marseille (laboratoire de bactériologie); Damond, au 20e dragons; Langlois, au 10e bat. d'art. à pied; Combe, au 3e cuirassiers; Janot, au 36e d'inf.; Borie, au 50e d'inf.; Réchoueyres, affecté pour ordre aux salles milit. de l'hosp. mixte de Reims.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Chrétien, désigné pour occuper par avance l'emploi de médecin-major de deuxième classe au 109e d'inf.; Rebierre, au 49e d'inf.; Dennery, à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Joseph dit Orme, au 98e d'inf.; Yvert, au 7e chasseurs à cheval; Masson, au 109e d'inf.; Pilliot, au 1er cuirassiers.

LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES PHARMACEUTIQUES. — Il est institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée de rechercher quelles modifications il y a lieu d'apporter dans l'organisation des études pharmaceutiques.

Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

MM.

Peytral, sénateur, président.

Cazeneuve, député, vice-président.

Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, secrétaire général.

Astier, député.

Barthelat, pharmacien des dispensaires de Paris.

Béhal, pharmacien des hôpitaux de Paris.

Billon, pharmacien à Paris.

Blarez, professeur à la Faculté de Bordeaux.

Blottière, membre du Syndicat des fabricants de produits pharmaceutiques.

Bourquelot, membre de l'Académie de médecine.

Boutron, professeur à l'Ecole de Nantes.

Brœmer, professeur à la Faculté de Toulouse.

Buchet, directeur de la pharmacie centrale de France.

César Duval, sénateur.

Collard, membre de la Fédération des sociétés de pharmacie du Sud-Est.

Crinon, secrétaire général de l'association générale des pharmaciens de France.

Delaunay, député.

Domergue, professeur à l'Ecole de Marseille.

Féron, député.

Fortuné, membre de la fédération des sociétés de pharmacie du Sud-Est.

Gautier, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Genoux, sénateur.

Godfrin, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy.

Grimbert, pharmacien des hôpitaux de Nancy.

Guignard, membre de l'Académie des sciences, membre de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public.

Hubac, fondateur de l'Association générale des étudiants en pharmacie.

Hugounencq, doyen de la Faculté de Lyon.

Javillier, professeur à l'Ecole de Tours.

Jungfleisch, membre de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public.

Lembling, professeur à la Faculté de Lille.

Lefèvre, ancien président du Conseil municipal de Paris.

Lenormand, professeur à l'Ecole de Rennes.

Limouzain-Laplanche, sénateur.

Martin (Henri), président du syndicat des pharmaciens de la Seine.

Massol, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

Mesureur, directeur général de l'administration de l'Assistance publique à Paris.

Mirman, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques au ministère de l'Intérieur.

Morel (Jean), député.

Moureu, membre de l'Académie de médecine.

Perrot et Radais, professeurs à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Schmidt, député.

Valeur, pharmacien des asiles de la Seine.

Vaudin, président de l'Association générale des pharmaciens de France.

Verne, professeur à l'Ecole de Grenoble.

Viaud, membre du syndicat des pharmaciens de l'Ouest.

Villejean, député.

Yvon, membre de la Société de pharmacie de Paris.

LE XXI

LE XXIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 5 octobre 1908, sous la présidence de M. le professeur Em. Forgue (de Montpellier), correspondant national de l'Académie de médecine.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique. [Rapporteurs : MM. Delagenière (du Mans) et Gosset (de Paris);]

2° Traitement chirurgical des cavités osseuses d'origine pathologique. [Rapporteurs : MM. Broca (de Paris) et Nové-Josserand (de Lyon);]

3° Traitement chirurgical des névralgies faciales. [Rapporteurs : MM. Jaboulay (de Lyon) et Morestin (de Paris).]

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansement, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

COURS PRATIQUE DE PSYCHOTHÉRAPIE ET D'HYPNOLOGIE. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront le jeudi 2 juillet 1908, un cours pratique de psychothérapie et d'hypnologie.

Ce cours sera privé ; il comportera des démonstrations pratiques et sera complet en dix leçons; il se fera à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions seront reçues les mardis, jeudis et samedis, de dix heures à midi. On peut également s'inscrire par correspondance.

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs. Les leçons auront lieu aux dates suivantes :

M. le docteur Bérillon, les 2, 4, 7, 9 et 11 juillet, à dix heures et demie du matin;

M. le docteur Paul Farez, les mêmes jours, à six heures du soir.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 15, 14 avril 1908.) LINK : Sur les souffles cardiaques accidentels chez les femmes enceintes. — SAATHOFF : Emploi pratique de l'index opsonique. — LÜDKE : Tuberculine et antituberculine. — HOHMEIER : Traitement des tuberculoses chirurgicales par le sérum de Marmorek. — TRAUTMANN : Contribution à l'épidémiologie et la bactériologie de la méningite épidémique. — SCHERESCHEWSKY : Séro-réaction dans la scarlatine et la rougeole. — SCHEIBE : La composition du lait de la baleine. — BREWITT : Sur la gynécologie. — FREUND : Sur le traitement des cardiopathies. — GRUBE : Sur la claudication intermittente. — FRIEDMANN : Phosphatomètre; sur l'acide phosphorique dans l'urine, et sur la phosphaturie. — BONDI : Maladie oculaire consécutive à un travail avec un engrais artificiel. — MÜHLENKAMP : Sur un cas rare de destruction osseuse étendue à la suite d'une suppuration de l'oreille moyenne. — MÜLLER : Une pince à cordon ombilical. — (N° 16, 21 avril.) ANELT : Sur la pneumonie causée par le pneumobacille de Friedländer. — ZANGEMEISTER : Sur la sérothérapie des infections à streptocoques. — JAKOB : Sur l'importance du traitement de Karell dans la thérapeutique des maladies graves de la circulation et de l'obésité. — GELLHORN : Sur la présence d'une toxine dans l'urine et les fèces des nourrissons. — BAUER : Sur la différenciation biologique du lait. — NOTTHAFFT : Sur une épidémie estivale de prurit causée par le leptus autumnalis. — KNAUTH : Sur le traitement interne par l'arhovine dans la blennorragie aiguë et chronique de l'homme. — FEUCTWANGER : Contribution à l'étiologie de l'asphyxie du nouveau-né. — DOBROWOLSKY : Sur le fibrome mou. — LOEB : Aspirateur pour voies urinaires. — DENAUER : Etude physique et technique sur la méthode de Keating-Hart. — LÜDKE : Tuberculine et antituberculine (*suite*).

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 15, 12 avril 1908.) FABINIG : Les soins en famille des aliénés à l'étranger et en Hongrie. — HANSNER : Contribution pratique à l'étude de l'hystérie. — (N° 16, 19 avril.) HANSNER : Contribution pratique à l'étude de l'hystérie (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 15, 9 avril 1908.) ZEINECK-BERND et PREYSS : Sur la thermo-pénétration. — PREYSS et RADONICIC : Expériences faites avec la thermopénétration dans le service du professeur Hortner. — BECK et EPSTEIN : Influence des fatigues extrêmes sportives sur le cœur, les reins, la pression sanguine et la température du corps. — FINSTERER : Contribution à la connaissance de l'hydrocèle de la femme. — HINTZ : Un cas de sarcome à cellules géantes de la première phalange de l'index droit. — KINEZENKO : Lutte contre la pellagre en Bukovine en 1907.

PYOSALPINX OUVERT DANS LA VESSIE

DURANT DEPUIS DIX ANS

Par MM. MULLER,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Prosecteur à la Faculté de médecine,
et PETITJEAN,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Observation. — T... (Marie-Louise), trente-huit ans, artiste lyrique, entre le 19 août 1907 à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs qu'elle dit être des coliques néphrétiques.

Son père est mort de lithiase biliaire. Sa mère de maladie de cœur secondaire à un rhumatisme. Personnellement elle n'a jamais eu de grossesse. Elle dit avoir toujours été malade. A quatre ans elle eut la diphtérie, à huit ans une bronchite, à douze ans la fièvre typhoïde, à seize ans une conjonctivite suivie de kératite. Vers la même époque elle eut ce qu'elle appelle des rhumatismes. Pendant sept mois elle garda un œdème unilatéral du membre supérieur et du membre inférieur gauche. Cet œdème ne prédominait du reste pas aux articulations. Elle prit pourtant beaucoup de salicylate qu'elle supportait mal.

A dix-huit ans fluxion de poitrine et variole. A dix-neuf ans nouvelle fluxion de poitrine.

A vingt-trois ans congestion pulmonaire à la suite de laquelle elle ressentit pour la première fois des douleurs lombaires. Un médecin parla à ce moment de coliques néphrétiques. Elle ne sait comment étaient ses urines. Après quarante jours environ de repos au lit elle se leva, ne souffrant plus. Quelques mois après nouvelles douleurs lombaires sans irradiations. La malade fut soignée à ce moment pour « du rhumatisme viscéral ». Pendant cinq ans elle eut ainsi, à intervalles plus ou moins réguliers, des douleurs plus ou moins intenses, des sensations de brûlure dans les reins, durant de quelques jours à quelques semaines.

Il y a dix ans, elle souffrait déjà depuis un ou deux jours de douleurs avec irradiations du côté du bas-ventre quand elle fut prise brusquement d'une douleur violente l'obligeant à se courber en deux, puis à se mettre au lit. Cette douleur s'accompagna de vomissements. Son siège cette fois était plus abdominal que lombaire. Elle irradiait vers la cuisse, avait son maximum dans le flanc gauche. Les crises douloureuses se renouvelèrent pendant quatorze jours. Elles se terminèrent au bout de ce temps par de la pyurie. Les urines très troubles mais non sanglantes ne contenaient pas de gravier. Pendant sept mois les mictions, sans être fréquentes ni douloureuses, rejetèrent du pus. Un médecin tenta des lavages vésicaux qui ne furent suivis d'aucun résultat. Enfin après sept mois les urines s'éclaircirent peu à peu, spontanément.

Depuis, tous les douze ou quinze mois, la malade a souffert pendant quelques jours ou quelques semaines de douleurs lombo-abdominales. En général depuis quelque temps ce maximum de la douleur est nettement au niveau de l'abdomen.

Les urines sont ordinairement limpides.

La malade instruite, intelligente et très nerveuse, raconte de plus une quantité de détails sans importance au point de vue de l'histoire actuelle.

A l'examen. — La malade qui souffre presque continuellement depuis huit jours est très abattue. De temps en temps un paroxysme douloureux la fait pâlir. Elle ne vomit pas.

L'état général n'est pourtant pas mauvais. L'examen des poumons, du cœur, de l'appareil digestif est complètement négatif.

La température est normale.

Les urines sont limpides, de quantité et d'aspect absolument normaux, elles ne contiennent pas d'albumine.

L'examen des organes génito-urinaires permet de faire des constatations intéressantes. La palpation de la région rénale et de l'abdomen ne révèle absolument rien d'anormal à droite.

A gauche tout le flanc est douloureux. La fosse lombaire se laisse peut-être un peu moins bien déprimer que du côté opposé, mais on ne sent pas le rein. Dans la fosse iliaque gauche la palpation éveille de la douleur et de la défense de la paroi. En combinant le toucher vaginal au palper on sent à droite un cul-de-sac libre. A gauche, le cul-de-sac antéro-latéral est saillant et dur. L'utérus paraît un peu gros en antéversion. Accolée à lui on sent une masse qu'il est possible de délimiter. Elle siège à gauche, est de consistance dure, du volume d'une orange. Elle devient très douloureuse dès qu'on cherche à la mobiliser.

La malade dit avoir toujours été réglée régulièrement, n'avoir jamais eu de métrorragies ni de pertes blanches.

23 août 1907. — Les premiers jours du séjour à l'hôpital les urines étaient d'apparence normale sans albumine. On constate aujourd'hui au fond du vase où l'on recueille la quantité des vingt-quatre heures un épais dépôt blanchâtre. Ce dépôt est uniquement constitué par des globules de pus. Pas de globules rouges.

Les urines contiennent encore après filtration un très gros disque d'albumine.

La malade dit se trouver beaucoup mieux ce matin et raconte que cette nuit elle a eu « une sensation de contraction douloureuse de la vessie » et s'est mise à uriner du pus.

27 août. — La pyurie continue. Les douleurs ont disparu. Il n'y a du reste aucun phénomène fonctionnel vésical. Les mictions ne sont nullement fréquentes, nullement douloureuses. La malade est sondée. La vessie contient 200 grammes d'urines alors que le besoin d'uriner se faisait à peine sentir. Les urines sont limpides au début. Les dernières gouttes sont formées de pus franc. La pyurie est donc très nettement terminale.

Le toucher vaginal pratiqué chaque jour a permis d'assister pendant cette débâcle purulente à des modifications nettes de la tumeur sentie dans le petit bassin. Cette tumeur qui accolée à l'utérus était dure, de consistance presque fibreuse, est actuellement nettement diminuée de volume, à contours peu nets, difficiles à délimiter d'une façon précise.

La malade ne souffre plus du tout.

La radiographie des reins, pratiquée par M. le docteur Destot, est négative.

On porte le *diagnostic de pyosalpinx ouvert dans la vessie*, et la malade passe dans le service de M. le docteur Villard, suppléé par M. le docteur Muller.

Un examen cystoscopique, pratiqué par M. le docteur Reynard, est négatif et ne permet de déceler aucun orifice fistuleux vésical.

D'autre part, au cours de ces débâcles purulentes, le pus vésical, recueilli aseptiquement par cathétérisme, fut inoculé à plusieurs reprises à des cobayes. Aucun ne fut tuberculisé.

Opération. — Pratiquée le 3 septembre 1907, par M. le docteur Muller, avec l'amicale assistance du docteur Tavernier.

Laparotomie sous-ombilicale.

On trouve le cavum rétro-utérin comblé par les annexes qui forment une masse irrégulière, adhérente à l'utérus et aux parois du petit bassin.

On pratique une hystérectomie subtotale avec ablation des annexes.

Une injection est poussée dans la vessie, mais on ne voit s'écouler aucun liquide dans le petit bassin. Il est impossible de constater un orifice vésical quelconque.

L'examen de la pièce montre que la masse inflammatoire formée par les annexes est constituée pour la plus grosse part par un pyosalpinx gauche, à contenu séro-purulent.

Il est impossible de retrouver sur la pièce un trajet fistuleux communiquant avec la cavité de la trompe.

Après péritonisation, on referme le ventre, sans drain, ni Mikulicz.

Suites opératoires. — Les suites immédiates sont bonnes.

La malade n'a présenté aucune réaction péritonéale et la plaie de la laparotomie a été cicatrisée en une dizaine de jours.

Mais le septième jour après l'intervention, elle présenta un violent point de côté à gauche, fut prise de dyspnée subite avec coloration asphyxique des muqueuses et des téguments. Pas d'expectoration sanglante. L'auscultation ne décèle que quelques râles sous-crépitants.

La température est montée brusquement de 38 à 40°5.

A partir de ce moment la malade présenta pendant une huitaine de jours une série de crises semblables à la précédente, la prenant principalement la nuit, et coïncidant avec une température oscillant entre 38 et 40 degrés. Le pouls présente des modifications qui marchent de pair avec la température, et monte jusqu'à 140 et 150 au moment des crises.

Le treizième jour, chute brusque de température de 39°6 à 36°6. La malade reste un jour apyrétique avec un pouls à 90.

La température remonte le quatorzième jour et dès lors présente pendant près d'*un mois* une courbe assez régulière : elle oscille autour de 38 degrés le matin, autour de 39 degrés le soir.

Les crises de points de côté brusques, avec dyspnée, ont à peu près cessé, ou tout au moins sont devenues très rares et très atténuées.

L'auscultation, pratiquée à plusieurs reprises, fait reconnaître à un moment donné de la matité à la base droite, avec diminution du murmure.

Une ponction permet de retirer une petite quantité (200 à 300 grammes) de liquide séreux.

Au point de vue de l'état général, la malade présente une asthénie extrême; elle se plaint d'être exténuée, de n'avoir aucun courage. Elle reste inerte, somnolente dans son lit. Elle n'a aucun appétit.

Les urines examinées à plusieurs reprises, sont restées troubles, chargées de mucus et de pus; la quantité journalière d'urine était de 1000 à 1200 centimètres cubes.

Le 13 octobre 1907, soit quarante jours après l'intervention, deuxième chute brusque de température de 38°4 à 35°8. La malade reste pendant deux jours en hypothermie à 35°8.

Puis la température remonte à 38 degrés, et dès lors, jusqu'à la mort de la malade qui survient à la fin du mois, elle devient extrêmement irrégulière, avec de brusques crochets à 40 degrés et plus, suivis le soir ou le lendemain matin de chutes à 37 degrés et même au-dessous.

Le pouls présente des variations de fréquence et de force parallèles à celles de la température.

La malade se sent de plus en plus exténuée. Elle présente une coloration violacée des extrémités et des muqueuses. Des frissons la saisissent fréquemment. Elle accuse d'autre part du côté gauche, vers la base du thorax, mais sans pouvoir préciser nettement, un point douloureux à peu près continu.

L'auscultation révèle quelques râles sous-crépitants aux bases, disséminés et diffus.

La malade meurt le 30 octobre, soit près de deux mois après l'intervention.

Autopsie. — Au niveau du petit bassin, on trouve une péritonisation parfaite; il existe vers le détroit supérieur une sorte de plancher péritonéal, masquant complètement la cavité pelvienne, plancher qui livre passage seulement en arrière et à gauche à l'S iliaque et au rectum. On trouve encore du *catgut* presque intact, qui avait servi au surjet de la péritonisation.

On pratique l'ablation de l'arbre urinaire dans sa totalité : vessie, uretère et reins. La vessie est facilement isolée, et l'urètre coupé sous le pubis. Mais la dissection des uretères dans leur trajet pelvien est d'une difficulté extrême. Ils sont plongés dans une sorte de gangue scléreuse, sous-péritonéale, extrêmement dure, dans laquelle on est obligé de les sculpter, et l'uretère droit en particulier est comme étranglé à un moment donné et sa lumière est extrêmement réduite. Dans leur trajet abdominal, les uretères présentent leur calibre normal, sans dilatations ni flexuosités. Les reins sont extérieurement de volume et d'apparence normale.

La *vessie ouverte*, de volume normal, montre une muqueuse un peu rouge, mais souple, et sans grande lésion apparente. Les orifices des deux uretères n'offrent rien de particulier; mais à 2 centimètres environ au-dessus de l'orifice de l'uretère gauche, la *paroi vésicale* est percée d'un *orifice de la largeur d'une grosse lentille*, orifice arrondi, à bords minces et cicatriciels, représentant en somme une véritable perte de substance. De la paroi vésicale, cet orifice correspond sans nul doute à l'abouchement vésical du trajet fistuleux, qui à travers le tissu cellulaire sous-péritonéal faisait communiquer la vessie avec la collection salpingienne.

Pourquoi, au moment de l'intervention, cet orifice ne s'est-il pas révélé, après l'ablation de l'utérus et des annexes, par le liquide injecté dans la vessie? Il est difficile d'être fixé exactement à ce point de vue. Il est probable qu'il devait rester à ce moment une portion plus ou moins considérable du trajet fistuleux attenant à la vessie, trajet fistuleux dont les parois accolées ont dû s'opposer à la sortie du liquide vésical. Ce trajet fistuleux devait exister vraisemblablement vers l'union de la face postérieure et inférieure de la vessie, dans le tissu cellulaire de la zone du ligament large entourant l'isthme et le col utérin. Ce trajet fistuleux devait d'autre part communiquer avec la cavité salpingienne à travers les adhérences péritonéales qui ont soudé le pyosalpinx gauche au feuillet postérieur du ligament large.

Les uretères ouverts n'offrent rien de pathologique, si ce n'est l'atrésie signalée plus haut au niveau du trajet pelvien de l'uretère droit, atrésie qui semble devoir être rattachée aux phénomènes de cicatrisation sous-péritonéale consécutifs à la péritonisation.

Les reins sont fendus par leur bord convexe. Ils sont de poids et de volume normal.

Le rein gauche est intact; ses deux zones sont nettement conservées sans altération. Pas de dilatation des calices ni du bassinet.

Le rein droit présente en plein parenchyme un abcès de la grosseur d'une mandarine, abcès chaud, rempli de jus jaune et épais. Le reste du parenchyme rénal, les calices et le bassinet sont intacts.

La *rate* est occupée par un *gros abcès* de la grosseur d'une orange, abcès dont le pus jaune verdâtre, épais, est identique à celui du rein au niveau du thorax.

Pas de liquide en quantité appréciable dans les plèvres.

Les poumons sont congestionnés aux deux bases, mais ne présentent aucun infarctus récent ou ancien.

Le cœur n'offre rien de particulier. Il est seulement un peu gros.

Pour résumer cette longue observation nous dirons :

Salpingite ouverte dans la vessie.

Castration bilatérale avec hystérectomie subtotale.

Suites opératoires satisfaisantes au point de vue péritonéal. Mais infection généralisée, probablement d'origine veineuse, avec embolies septiques. Cette infection s'est manifestée par : de la *température* à courbes des plus irrégulières, un état d'*asthénie* prononcé de la malade, des crises brusques de *dyspnée* accompagnant des points de côté.

La mort en a été la conséquence deux mois après l'intervention.

L'autopsie a révélé deux abcès, l'un dans la rate, l'autre dans le rein droit. L'autopsie a révélé d'autre part l'existence de l'orifice vésical de la fistule tubo-vésicale. Elle a montré enfin, qu'à part de légères lésions de cystite, l'arbre urinaire (uretère, bassinet, calices et parenchyme rénal) ne présentait aucune trace de lésions anciennes.

Nous ne voulons pas, à propos de ce cas particulier, envisager dans son ensemble la question si complexe des collections pelviennes ouvertes dans la vessie. L'étude en a été faite, ces dernières années en France, par divers auteurs : Perrimond (Th. de Lyon, 1897), Fauverghe (Th. de Lille, 1902), Bazy (*Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1900), Gras (Th. de Paris, 1904-1905).

Nous désirons simplement, dans ce travail, mettre en relief les quelques points intéressants que nous semble comporter notre observation.

1° Les collections pelviennes ouvertes dans la vessie, doivent être, avec Bazy (*Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1900), divisées en deux catégories principales : α. Les unes à *évolution rapide*; β. les autres à *évolution lente et prolongée*.

α. Les *premières* sont constituées presque uniquement par des *phlegmons pelviens d'origine puerpérale*. Ces phlegmons, semblant relever d'une infection lymphatique, envahissent le tissu cellulaire sous-péritonéal qui, des flancs de l'utérus, s'étend, par la base des ligaments larges, aux parois du petit bassin et des fosses iliaques.

Nous ne nous étendrons pas sur ces phlegmons, sur leur fréquence, sur leur évolution favorable ou fâcheuse. Nous nous bornerons à dire qu'ils semblent constituer la grande moitié des collections pelviennes ouvertes dans la vessie; qu'ils évoluent en quelques semaines ou quelques mois, guérissent et cela en général d'une façon définitive dans les deux tiers des cas, entraînant dans l'autre tiers la mort de la malade par cachexie suppurative, exceptionnellement par hémorragie vésicale.

β. Les *secondes* sont représentées par les *pyosalpinx* d'origines diverses, et quelques cas de *kystes dermoïdes de l'ovaire*.

Les pyosalpinx ouverts dans la vessie nous paraissent assez rares. Si l'on fait abstraction des observations douteuses, on n'en trouve guère qu'une quinzaine au plus, dans la thèse de Gras (Paris 1905) sur un total de 85 observations de collections pelviennes à ouverture vésicale.

Dans les *Archives générales de médecine*, en 1904, notre ami le docteur Ch. Beutteren a publié une belle observation. Somme toute, même en tenant compte des cas qui ne sont pas publiés et des observations qui échappent, il est certain, *étant donnée la fréquence extrême des salpingites, que leur ouverture dans la vessie est une complication exceptionnelle.*

Nous insisterons ici sur les traits essentiels qui caractérisent les pyosalpinx ouverts dans la vessie, que notre malade a reproduits dans toute leur pureté :

1° Quelques semaines ou quelques mois se sont déjà écoulés depuis l'apparition de l'affection pelvienne. A un moment donné les douleurs abdominales, dont la malade connaît ou non l'origine, deviennent plus vives, parfois violentes, avec irradiations diverses. Dans notre cas, elles s'accompagnent de vomissements. Cette crise se prolonge ou se renouvelle pendant quelques jours. Parfois des signes de ténesme vésical, des envies plus fréquentes d'uriner, sans qu'il existe encore d'ailleurs du pus dans les urines, peuvent faire pressentir la complication menaçante.

Puis brusquement la malade se met à pisser du pus, et les crises douloureuses cessent comme par enchantement. Si l'on a pu suivre et examiner la malade, on observe alors, par le toucher et le palper combinés, que la collection pelvienne constatée les jours précédents s'est modifiée d'une façon considérable dans son volume et dans sa forme.

A côté de ce mode ordinaire, bruyant et douloureux, de la perforation vésicale par le pus salpingien, il en est un autre plus rare où la fistulisation tubo-vésicale se fait presque sans douleur, sans que la malade en soit avertie : l'apparition de pus dans les urines constitue alors le premier symptôme.

2° Quel que soit le mode de début de la pyurie, celle-ci *est d'emblée à son maximum*. La malade commence par évacuer du pus presque pur en quantité variable. Dans les jours qui suivent, l'épaisseur et la purulence des urines diminuent; au bout de quelques semaines, l'urine conserve seulement un aspect louche et trouble, qui peut persister d'ailleurs longtemps avant de faire place à une limpidité parfaite.

Outre ces caractères d'apparition brusque, d'atténuation progressive, la pyurie, consécutive à l'ouverture vésicale des collections tubaires se différencie des pyuries purement vésicales ou pyélo-rénales, par l'*absence des symptômes* qui accompagnent ordinairement ces dernières :

α. Absence de douleurs en urinant, absence de pollakiurie intense, c'est-à-dire absence de symptômes de cystite proprement dite.

β. Conservation du volume normal des urines; absence de polyurie, indice d'une lésion rénale.

Il y a évidemment des exceptions à cette règle, mais l'on peut dire que dans la majorité des cas, la vessie supporte admirablement le pus qui se déverse dans son intérieur, sans que ses parois en soient altérées, et que d'autre part l'arbre urinaire supérieur reste pendant très longtemps parfaitement indemne.

Chez notre malade, la pyurie existait depuis dix ans, et cependant à l'autopsie, nous avons trouvé une muqueuse vésicale à peu près intacte, et des reins en parfait état, tout au moins sans trace de lésions anciennes et chroniques.

3° Nous insisterons enfin en dernier lieu sur la façon dont se comportent ultérieurement les collections annexielles ouvertes dans la vessie.

Cette perforation vésicale et l'évacuation purulente qui en est la conséquence, n'entraînent pas en général la guérison.

La guérison spontanée, par ce mécanisme est exceptionnelle, et l'on peut répéter avec Delbet (*Des suppurations pelviennes chez la femme*) que ces abcès

tubaires ouverts ainsi dans la vessie sont des abcès aggravés. Faut-il en effet ajouter beaucoup de foi aux cas de guérison qui sont cités? Avec Perrimond, nous ne le croyons pas. Beaucoup d'observations sont incomplètes. Les malades n'ont pas été suivies pendant assez longtemps. Elles allaient bien en sortant de l'hôpital, mais en était-il de même plus tard?

En effet, chez les malades suivies à longue distance, après une période plus ou moins longue, durant des mois, parfois des années (comme chez notre malade), de guérison apparente (disparition du pus dans les urines, absence de douleurs), on voit les accidents éclater de nouveau. La malade recommence à souffrir dans son petit bassin. Un toucher pratiqué à ce moment permet de constater le retour d'une tuméfaction annexielle. Les crises douloureuses se répètent, augmentent d'acuité, jusqu'au jour où la fistule tubo-vésicale se rouvrant, le pus fait irruption dans la vessie. La crise douloureuse cesse alors, la période de pyurie commence, à laquelle au bout de quelques semaines ou de mois, succède une période de calme et de pseudo-guérison et ainsi de suite. Bientôt le cycle recommence, jusqu'au jour où la malade, à bout de patience, se décide à une intervention.

Il convient de dire cependant que, les malades atteintes de fistules tubo-vésicales ne présentent pas toujours cette marche lente et bénigne en apparence. Parfois les phénomènes généraux sont inrenses au moment des accès; l'état général s'altère peu à peu; la malade reste affaiblie, en proie à une petite fièvre hectique qui l'épuise. D'autre part, l'arbre urinaire peut s'infecter et des symptômes de pyélonéphrite apparaître. Tout ceci vient encore assombrir le pronostic.

En résumé, l'on peut schématiser le tableau clinique des pyosalpinx ouverts dans la vessie de la façon suivante :

Périodes de pyurie, précédées de crises douloureuses, suivies de périodes de guérison apparente, se succédant indéfiniment sans tendance à la guérison spontanée définitive. L'état général peut rester intact pendant très longtemps. Mais le pronostic n'en reste pas moins grave, car seule une intervention peut débarrasser la femme d'une véritable infirmité, et cette intervention est elle-même d'une indiscutable gravité.

Avant d'aborder le traitement des pyosalpinx ouverts dans la vessie, nous voulons dire quelques mots de leur anatomie pathologique. Nous ferons remarquer à ce sujet la difficulté qu'il y a de se rendre compte au cours de l'intervention ou même au cours de l'autopsie, de la disposition anatomique qui constitue la fistule tubo-vésicale. Celle-ci est souvent impossible à constater d'une façon manifeste. Le trajet fistuleux est perdu en effet au milieu d'adhérences inflammatoires péritonéales, ou dans l'épaisseur même de la base du ligament large, au milieu d'un tissu cellulaire enflammé et sclérosé.

D'autre part, en dehors des périodes où la collection salpingienne se vide franchement et pleinement dans la vessie, le trajet fistuleux, revenu sur lui-même, échappe facilement à la dissection même la plus minutieuse.

Seul son orifice vésical peut être retrouvé dans la majorité des cas; et encore faut-il savoir qu'il ne s'agit pas toujours d'un orifice parfaitement net, bien délimité; dans les périodes de guérison apparente, la collection pelvienne s'étant vidée depuis plus ou moins longtemps, le trajet fistuleux est plus virtuel que réel; au niveau de la vessie, on ne trouve alors, en fait d'orifice, qu'une dépression plus ou moins cicatricielle de la muqueuse, se terminant en cul-de-sac, au niveau de la base ou de la paroi postérieure de l'organe.

Notre cas particulier est bien une preuve de la difficulté de se rendre compte de la communication tubo-vésicale; au cours de l'intervention cela a été impossible; malgré une injection poussée dans la vessie, après l'ablation de l'utérus et des masses annexielles, il nous a été impossible de constater l'issue d'une goutte de liquide dans la cavité pelvienne. L'explication en est, croyons-nous, que notre malade ayant évacué sa collection tubaire depuis déjà huit à dix jours, le trajet fistuleux s'était refermé et s'opposait à l'issue du liquide vésical.

D'autre part, au cours de l'autopsie, si nous avons constaté une perte de substance de la paroi vésicale, grosse comme une lentille, à bords amincis et cicatriciels, nous n'avons vu trace de trajet fistuleux proprement dit. Ce qui tient vraisemblablement au fait que le trajet fistuleux s'était cicatrisé spontanément après l'ablation des annexes gauches dont son existence dépendait.

En résumé, la *preuve anatomique de la fistulisation tubo-vésicale est dans un grand nombre de cas difficile à fournir*, et la plupart des observations, celles relatées dans la thèse de Gras en particulier, reposent à ce point de vue, beaucoup plus sur le complexus symptomatique et l'évolution de l'affection que sur la vérification anatomique.

Nous serons bref sur le traitement. Nous croyons en effet qu'à l'heure actuelle ce traitement ne peut guère prêter à confusion.

En effet, au point de vue des indications opératoires, l'ouverture d'une collection salpingienne dans la vessie ne peut pas être considérée comme un processus de guérison. Il faut l'envisager au contraire comme une complication dont le diagnostic légitime et entraîne une intervention chirurgicale.

Quelle doit donc être cette intervention ? Les interventions vaginales (colpotomie, débridement par la méthode de Laroyenne, ablation des annexes par le cul-de-sac postérieur, avec ou sans hystérectomie) doivent être selon nous rejetées, comme aveugles, incomplètes et plus dangereuses en réalité que les interventions par la voie haute.

C'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours, car elle permet de mieux voir et de mieux faire. Il faut, par la laparotomie, pratiquer l'*extirpation des annexes malades*, extirpation qui ne peut guère aller sans celle de l'utérus.

La conduite à tenir vis-à-vis de la communication elle-même doit être la suivante :

Il faut en faire abstraction en quelque sorte au

point de vue opératoire et pratiquer l'ablation des annexes, comme si elle n'existait pas. Ce n'est qu'après la castration que l'on cherchera à se rendre compte de la perforation vésicale, en injectant dans la vessie un liquide aseptique.

Alors de deux choses l'une :

Ou l'on trouvera une perforation vésicale nette;

Ou bien celle-ci ne pourra être constatée.

Cette deuxième éventualité, qui paraît surprenante au premier abord, s'explique aisément par les raisons que nous avons développées au chapitre de l'anatomie pathologique. Si l'on opère en effet dans une période de calme ou de pyurie décroissante, le trajet fistuleux s'est oblitéré plus ou moins complètement, et la section du trajet au cours de la séparation des annexes malades d'avec la face postérieure de la vessie, se réduit à celle d'un cordon fibreux qui passe inaperçu. Il en a été ainsi chez notre malade. Dans ce cas, nul n'est besoin de s'inquiéter davantage de la fistule tubo-vésicale.

Dans le premier cas au contraire l'on pratiquera la fermeture de la perforation vésicale par quelques points de suture.

En résumé le traitement des pyosalpinx ouverts dans la vessie peut se résumer de la façon suivante :

1° L'ouverture d'un pyosalpinx dans la vessie, avec pyurie consécutive, sans tendance à la guérison spontanée, est une indication formelle d'intervenir;

2° L'intervention se fera par la voie abdominale et consistera dans la majorité des cas dans une castration totale.

Il est évident qu'une semblable intervention présente toujours une certaine gravité.

Outre les dangers d'une infection péritonéale, il faut se rappeler que l'ablation d'annexes malades, encastrées dans le petit bassin, fusionnées avec les parois pelviennes et les organes pelviens (vessie et intestin), par des adhérences solides, expose à la dilacération et à l'ouverture des plexus veineux et à leur infection consécutive. Tel a été le cas chez notre malade qui, sans avoir présenté aucun symptôme péritonéal, est morte deux mois après l'intervention avec des phénomènes pyohémiques.

Mais, en dépit des résultats malheureux, l'intervention chirurgicale reste le seul moyen de débarrasser la malade d'une affection qui fait d'elle une véritable infirme et qui ne présente que peu de chances de guérison spontanée.

POMMADES POUR LE TRAITEMENT DES VAGINITES CHRONIQUES

1°	Vaseline	20 grammes.
	Iodoforme	5 —
	Dermatol	5 —
2°	Vaseline	25 grammes.
	Benjoin	*āā* 5 —
	Cubèbe	
	Camphre	

Enduire de l'une de ces pommades un tampon cylindrique et long, que l'on introduit dans le vagin. Ce tampon doit être assez volumineux pour déplisser la muqueuse vaginale et porter la pommade en tous ses points.

La première est plus irritante que la seconde et doit être remplacée par celle-ci s'il se produit de la rougeur et de la cuisson. (Doléris.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 JUIN 1908)

La tuberculose des collectivités ouvrières. — M. LANDOUZY appelle l'attention de l'Académie sur la tuberculose de certaines collectivités, et en particulier sur celle des blanchisseurs de la banlieue de Paris. Des statistiques qu'il a fait établir il résulte que les blanchisseurs de Suresnes, de Puteaux et de Billancourt fournissent un contingent considérable à la tuberculose. Ils contractent la maladie au contact du linge sale et deviennent ainsi des foyers de contagion qui se propagent dans la famille, dans la maison, dans le quartier. C'est le métier qui fait le tuberculeux et le tuberculeux qui contamine ensuite la maison et le quartier. On se trouve donc ainsi en pleine infection tuberculeuse. Comment remédier à cet état de choses ? par la déclaration obligatoire des décès tuberculeux et par la désinfection. M. Landouzy insiste énergiquement sur la nécessité d'obtenir cette déclaration et cette désinfection en matière de tuberculose.

M. LANCEREAUX pense que pour expliquer la fréquence de la tuberculose chez les blanchisseurs, il faut faire intervenir un autre élément, l'alcoolisme. Il ajoute qu'il s'est établi une coutume déplorable : les blanchisseuses tiennent elles-mêmes des débits et forcent leurs subordonnées à boire.

M. LEREBOULLET s'associe aux conclusions de M. Landouzy relatives à la nécessité de la déclaration de la tuberculose. Mais il se fait l'interprète de la grande majorité des médecins en demandant que l'Académie émette le vœu que la déclaration soit faite par la famille et non par le médecin.

M. CHANTEMESSE insiste à son tour sur la nécessité de la déclaration. Il pense, contrairement à M. Landouzy, que la proportion des tuberculeux est aussi élevée dans d'autres corps de métier.

M. LANDOUZY répond à M. Lancereaux que l'alcoolisme intervient sûrement comme cause adjuvante de tuberculose chez les blanchisseurs.

Abcès du foie abaissé. — M. LE DENTU fait un rapport sur une observation adressée par M. Couteaud dans laquelle il s'agit d'un abcès du foie abaissé. A ce propos, M. Le Dentu insiste sur l'importance qu'il y a à se servir de trocarts très longs de 20 centimètres pour faire des ponctions exploratrices dans les cas d'abcès du foie. Ces trocarts ne doivent pas avoir plus de 2 millimètres de diamètre, car il faut compter avec le danger des hémorragies si l'on se sert de trocarts trop gros.

Maladies épidémiques. — M. Fernand WIDAL, rapporteur de la commission des épidémies, lit son rapport sur les maladies épidémiques et à ce sujet montre les avantages déjà obtenus depuis la promulgation de la loi de 1902 pour la protection de la santé publique; il signale également les points faibles, cherche les raisons qui mettent souvent obstacle à l'exécution des règlements nouveaux et indique les modifications qui pourraient en rendre l'application plus facile.

La loi a provoqué un mouvement sanitaire dont l'organisation de la défense de la santé publique a déjà tiré d'importants bénéfices. L'œuvre d'amélioration est patiemment poursuivie par la direction de l'hygiène, par l'inspection générale des services sanitaires, par le conseil supérieur d'hygiène installés au ministère de l'Intérieur. On préside à l'installation de bureaux d'hygiène dans les villes comptant plus de 20000 habitants; on multiplie dans les communes l'envoi d'instructions précisant les devoirs sanitaires des administrateurs et des administrés; on a commencé à imposer des mesures d'assainissement aux communes dont le nombre de décès a dépassé pendant trois années consécutives le chiffre de la mortalité moyenne de la France.

Malgré tant d'efforts la loi reste encore trop souvent inappliquée. Les moyens de désinfection sont insuffisants dans beaucoup de circonscriptions; le plus grand nombre des localités reste dans un état d'insalubrité lamentable dont elles n'essaient pas de sortir malgré les prescriptions légales et la déclaration des maladies transmissibles ne se fait que très irrégulièrement.

Or, cette déclaration obligatoire est le fondement même de la loi nouvelle; si elle n'est pas faite, comment prendre les mesures propres à éviter la propagation du mal? comment pratiquer la désinfection au début même de la maladie? La loi se trouve dès lors viciée à sa base.

Il ne faut pas chercher dans des considérations uniquement mesquines la raison de la résistance opposée par certains médecins à l'application des règlements nouveaux. La cause en est due pour une grande part au brusque changement d'idéal imposé par les découvertes modernes à une corporation plus attachée à ses traditions qu'elle ne le pense elle-même. Du jour où les acquisitions de la bactériologie ont révélé les voies de propagation des germes issus de l'infecté et ont donné les moyens d'en arrêter souvent la diffusion, un contrat social inconnu jusque-là s'est imposé au médecin et la loi a dû lui donner l'obligation en matière de maladies contagieuses, de prendre les intérêts de tous contre ceux d'un seul. Pour bien adapter l'esprit du médecin à cette conception nouvelle de son devoir professionnel, il faut avant tout refaire son éducation et laisser le temps agir. Il est, en tous cas, pour le moment injuste et imprudent que la responsabilité de la déclaration des maladies transmissibles pèse uniquement sur le médecin.

Si l'on veut que la loi exerce réellement toute son action tutélaire et que son exécution soit aussi rigoureuse en même temps aussi équitable que possible, c'est la famille, le chef d'établissement, le logeur qui devront être obligés de faire la déclaration des maladies transmissibles, après que le médecin leur en aura donné le diagnostic; la désinfection devra être effectuée par des gens de métier, n'exerçant pas d'autres fonctions publiques ou privées et toujours prêts à se rendre au premier appel au foyer contaminé; une inspection sanitaire obligatoire sera installée dans chaque département et confiée à des fonctionnaires largement appointés, relevant de l'administration préfectorale ayant initiative, autorité et responsabilité; dans toutes les facultés de médecine, on devra créer des instituts d'hygiène où les agents chargés de la protection de la santé publique puissent être tenus au courant des méthodes nouvelles.

Après ce rapport, qui a été écouté avec un vif intérêt, une discussion s'engage. Le désir manifeste de l'Académie, exprimé avec une certaine vigueur par M. Pinard, est que ce rapport soit publié dans les Bulletins contrairement à l'usage, et puisse être discuté. Devant l'insistance de plusieurs membres, le bureau décide que le rapport sera publié.

Sur une hémimélie avec syndactylie et synonychie. — MM. Hallopeau et François Dainville. Pour la première fois une syndactylie hémimélique s'accompagne chez l'homme d'une fusion de tous les ongles; elles ne sont pas dues à des soudures anormales, mais à l'absence de la séparation qui se fait normalement entre les doigts, l'intégrité de trois des métacarpiens contraste avec l'atrophie et la fusion de la plupart des phalanges; étant donné que les parties constituantes de la main se développent régulièrement du centre à la périphérie, on doit admettre avec Henneguy, qu'il ne s'agit pas là d'un simple arrêt de développement et que le trouble de l'évolution, générateur de ces malformations, a porté plus spécialement sur certaines des parties constituantes du membre; ces parties sont devenues le siège de véritables bouleversements par le fait d'atrophies partielles, de défauts de développement et de déplacements considérables; l'hémimélie s'étend à toute la hauteur du membre ainsi qu'à la langue et au voile palatin; une même influence inhibitrice s'est donc exercée pendant la vie embryonnaire avec une intensité variable sur toutes ces parties; elle a appartenu vraisemblablement au développement d'une néoplasie, peut-être de nature syphilitique, soit dans l'embryon lui-même, soit dans ses membranes d'enveloppe; elle est donc d'origine exogène; la main ainsi déformée peut être comparée sur une épreuve radiographique à une pince de crustacé; sa branche interne, rectiligne, est constituée par le cinquième métacarpien soudé avec les premières phalanges du petit doigt qui ne peut recevoir ici la dénomination d'auriculaire; sa branche externe est représentée d'abord par les deux premiers métacarpiens dirigés obliquement en bas et en dehors, puis par une masse curviligne résultant de la fusion des phalanges des quatre derniers doigts supportant l'ongle commun. Grâce au développement des masses musculaires et à la mise en jeu de quelques articulations, cette main peut malgré ses soudures anormales servir à certains travaux manuels assez minutieux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 12 juin 1908)

Histoire d'une cure de bégaiement. — M. Louis Rénon rapporte son observation personnelle, ayant suivi avec succès, il y a six ans, la cure de bégaiement du docteur Chervin. Il insiste sur la période d'isolement de la parole d'une semaine, indispensable à la rééducation de la prononciation et sur l'énergie et la ténacité dont on doit faire preuve si l'on veut se guérir.

Du rhumatisme tuberculeux. (Suite de la discussion.) — M. Ch. Levassort rapporte l'observation d'un confrère considéré comme rhumatisant, qui était un douloureux chez lequel le froid humide produisait une impression d'une extrême intensité, qui semblait lui vriller les os. Ce malade eut en effet de la synovite chronique au poignet gauche, de l'arthrite sèche au poignet droit, de l'adénite froide suppurante de la région cervicale dans sa jeunesse, plus tard, une fistule anale, du rhumatisme, de l'eczéma, de l'érythème noueux aux jambes; enfin, il était un exemple probant de la thèse soutenue par M. Poncet sur l'arthritisme, facteur de l'infection tuberculeuse.

M. Maurice Bloch rappelle avoir démontré qu'on a eu tort de confondre toutes les affections douloureuses du pied sous le nom de « pied plat douloureux », elles forment deux classes distinctes, les tarsalgies et les tarsoptoses, la tarsoptose douloureuse servant à définir le pied plat douloureux proprement dit. L'auteur croit pouvoir dire que pour ce qui est de l'origine tuberculeuse de cette maladie, la tarsoptose tuberculeuse proprement dite ou primitive est plutôt rare et qu'on la confond le plus souvent avec la tarsalgie due à cette cause.

M. Coudray rappelle sa communication au Congrès de chirurgie en 1903, sur ce sujet. Le rhumatisme tuberculeux et la tuberculose inflammatoire ne pouvant être diagnostiqués que par la clinique, il faut des observations extrêmement précises et complètes.

Au tarse, la tuberculose peut être précédée de phénomènes qui simulent la tarsalgie, mais la tarsalgie commune des adolescents ne se comporte pas comme une affection d'essence tuberculeuse. La mobilisation des articulations supposées atteintes de rhumatisme tuberculeux ou de tuberculose inflammatoire est une question redoutable, car on sait que ces états sont parfois suivis et assez rapidement de tuberculose avérée ou spécifique.

M. Antonelli. Le rhumatisme tuberculeux de M. Poncet, étant aujourd'hui admis et bien connu par les cliniciens, mé-

riterait définitivement le nom plus approprié de tuberculose chronique à forme polyarthritique.

Il est entendu que la charpente fibreuse de tout organe interne ou de la peau peut participer à cette forme de tuberculose mitigée, relativement bénigne. Les manifestations oculaires n'y sont pas très rares, surtout l'iritis, probablement non bacillaire, mais toxinique, comme l'examen cytologique et les réactions de l'humeur aqueuse pourraient le confirmer.

Surdité et hérédo-syphilis. — M. Marcel NATTIER. Il ne faut jamais perdre de vue la série des retentissements graves que la syphilis des parents peut avoir sur leurs enfants. Tout à fait démonstratif est à cet égard l'exemple suivant. Il concerne un garçon chétif et malingre dont le grand-père maternel et le père contractèrent, avant de se marier, la syphilis. Sa mère succomba à la paralysie générale après avoir donné le jour à cinq enfants dont trois moururent prématurément. Or, à quatre mois déjà, cet enfant était atteint d'une entérite grave qui lui imprimait un arrêt de développement définitif. A onze ans, première manifestation évidente de syphilis héréditaire ayant porté sur les yeux. A douze ans et demi, apparition soudaine d'une surdité totale à droite et presque complète à gauche. Elle a résisté à tous les traitements. Au contraire, l'état général a été entièrement transformé par une cure méthodique de gymnastique respiratoire.

Traitement de l'hypertrichose. — M. Albert WEILL.

Technique et indications de l'ionisation urétro-vésicale. — M. Denis COURTADE.

Guérison de deux cas de méningites par les métaux colloïdaux. — M. DEPASSE.

ANALYSES

MEDECINE INFANTILE

L'accroissement statural et l'accroissement pondéral chez le nouveau-né. (VARIOT. *Clin. inf.*, n° 9, 1908). — M. Variot a antérieurement montré qu'à la suite des troubles si habituels de la gastro-entérite chronique entraînant un arrêt de développement un processus d'*hypotrophie*, l'accroissement statural était moins diminué que l'accroissement pondéral. Cette *dissociation de croissance* ne se manifeste pas seulement dans des conditions pathologiques : on peut aussi la rencontrer physiologiquement dans le premier mois de la vie.

Un enfant normal à la naissance, d'après les tables de croissance de Bouchard, aurait un poids de 3kg250; une taille de 50 centimètres. Si l'on examine la courbe du poids on remarque, en général, une chute de 150 à 200 grammes, dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance. Il faut trois ou quatre jours, pour que l'enfant récupère son poids de naissance. Cette période initiale de la vie est donc perdue, en général, pour l'accroissement pondéral.

L'est-elle aussi pour l'accroissement statural? C'est ce que M. Variot s'est attaché à étudier d'une part, par des mensurations directes des nourissons pesés et toisés régulièrement durant le premier mois de la vie; d'autre part, en confrontant les poids et les tailles moyens de groupes de nouveau-nés mesurés le premier jour et dix jours après la naissance.

De ses recherches, M. Variot conclut que la modalité staturale et pondérale de la croissance ont chacune leur individualité et qu'à l'état pathologique cette indépendance peut s'accentuer et fournir des indications utiles au médecin.

L'accroissement de la taille est subordonné à la nutrition du squelette et au travail physiologique spécial qui s'opère dans les épiphyses. Le système osseux a donc un mode de nutrition qui lui est propre, au milieu de tous les autres tissus, il se rapproche en cela du système nerveux, qui est normalement en anticipation de croissance sur presque tous les autres organes. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Tumeur des cellules interstitielles du testicule. (CHEVASSU. *Bull. soc. anat.*, 1907, p. 685.) — L'auteur présente 4 cas de tumeurs développées aux dépens des cellules interstitielles du testicule, elles sont formées par des cellules polyédriques, tassées les unes contre les autres, avec des capillaires adultes, en nombre relativement minime. La durée de la survie post-opératoire (jusqu'à quatre ans sans récidive) semble indiquer l'absence de malignité de ces tumeurs. ALQUIER.

THERAPEUTIQUE

L'ozone en thérapeutique. La peroxydine, l'hypodermozone. (R. DIDO. Th. de Paris, 1907; Jules Rousset, édit.) — Les premiers chapitres de cet intéressant travail sont consacrés à la chimie et à la préparation de l'ozone. Puis l'auteur nous en indique, avec nombreuses observations à l'appui, les résultats thérapeutiques. Il insiste sur son action dans les maladies des voies respiratoires et notamment dans la coqueluche.

Quand ce sera possible on emploiera la méthode par inhalations en se servant de préférence des appareils de Labbé ou de Oddo, sinon on emploiera la piroxydine qui est une solution hydro-alcoolique d'ozone à 1/10 en volume, et se prend par la bouche. Dans les cas urgents on aura recours à l'hypodermozone qui a la même composition, mais dont la teneur en ozone est de 40 p. 100 en volumes, et qui se donne par injections sous-cutanées. V. GARDETTE.

NOTES POUR L'INTERNAT

ENTÉRITE TUBERCULEUSE

Parmi les nombreuses formes anatomiques et cliniques de la tuberculose intestinale, l'entérite tuberculeuse est la plus fréquente; anatomiquement, c'est une tuberculose ulcéreuse de l'intestin; cliniquement, le type schématique est la diarrhée des phtisiques.

ÉTIOLOGIE. — L'entérite tuberculeuse est observée chez les enfants, les adolescents et les adultes, mais chez l'enfant, elle est rare au-dessous de deux ans. Elle peut être la première localisation du bacille de Koch dans l'organisme (entérite primitive) ou survenir chez un sujet déjà tuberculeux (entérite secondaire).

Entérite primitive. — Elle est rare, se rencontre presque exclusivement chez l'enfant. Et cependant, la pénétration de bacilles de Koch dans le tube digestif est très fréquente; on sait que Behring a soutenu récemment que neuf fois sur dix la tuberculose était d'origine intestinale; les travaux de Calmette ont montré aussi la fréquence de cette porte d'entrée. On explique cette contradiction entre la théorie de Behring-Calmette et la rareté de la tuberculose intestinale primitive en disant que les bacilles traversent la muqueuse intestinale sans y déterminer de lésions

L'infection primitive de l'intestin peut se faire par la déglutition de poussières bacillifères, par les aliments, en particulier le lait et la viande.

Le lait est le véhicule habituel du bacille de Koch; il provient de vaches atteintes de mammite tuberculeuse et peut-être même de vaches tuberculeuses à pis indemnes. Dans les produits dérivés du lait (beurre, petit lait, fromages) le bacille peut conserver longtemps sa virulence. Les enfants nourris au sein peuvent être infectés par le lait d'une nourrice tuberculeuse.

La viande est dangereuse quand les animaux d'où elle provient sont atteints de tuberculose généralisée. Il faut redouter surtout les viandes crues ou insuffisamment cuites, les viandes salées, les conserves, le sang frais, les produits zomothérapiques préparés à froid.

Entérite secondaire. — La déglutition des crachats bacillifères, chez les tuberculeux pulmonaires, en est la principale cause. Exceptionnellement, la tuberculose linguale, pharyngée, laryngée, peut déverser dans l'œsophage les bacilles qui inoculeront le tube digestif.

On a prétendu que le suc gastrique exerçait sur le bacille de Koch une action bactéricide; diverses expériences ont montré qu'il ne fallait pas trop compter sur cette action et d'ailleurs le suc gastrique des tuberculeux est fréquemment pauvre en acide chlorhydrique (Lesné).

L'intestin est assez peu favorable au bacille de Koch dont le développement est lent; aussi faut-il attribuer une certaine importance à diverses *causes prédisposantes* de l'entérite tuberculeuse. C'est d'abord l'entérite prétuberculeuse et on a dit que les diarrhées négligées étaient aussi dangereuses que les rhumes négligés; ce sont toutes les irritations prolongées du tube digestif; on a vu le tubercule se développer sur des ulcérations typhiques. La dysenterie, l'étranglement herniaire, les colites favorisent aussi la fixation du microbe sur la muqueuse intestinale.

L'entérite tuberculeuse secondaire n'a pas toujours pour origine une infection par voie digestive ou muqueuse. Les bacilles de Koch peuvent arriver à l'intestin par *voie vasculaire* (Bérard et Patel, Lœper). En inoculant des bacilles dans la veine de l'oreille du lapin ou dans le tissu cellulaire du cobaye, Lœper et Esmonet ont réalisé par voie sanguine des tuberculoses intestinales typiques.

La *voie lymphatique* semble assez rarement suivie par le bacille pour arriver à la muqueuse intestinale; cependant on cite quelques cas de propagation péritonéo-intestinale, salpingo-intestinale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A l'ouverture de l'abdomen, l'intestin grêle apparaît très rarement dilaté; dans la plupart des cas, tout l'intestin, surtout l'iléon, est très affaissé. Le péritoine intestinal présente quelquefois des traces d'inflammation, des fausses membranes filamenteuses et lamellaires. La couleur extérieure de l'intestin est le plus souvent normale; mais, au niveau des ulcérations, la surface externe présente des plaques violacées ou noirâtres; sur ces plaques et à leur pourtour, on remarque des granulations tuberculeuses. La paroi intestinale est habituellement amincie, quelquefois œdématiée.

L'intestin étant incisé et étalé, on voit : 1° des altérations inflammatoires ou autres, non spécifiques : rougeur congestive, ramollissement de la muqueuse, psorentérie; 2° des lésions spécifiques, qui ont leur maximum dans l'intestin grêle, surtout vers la fin de l'iléon, et dans le cæcum.

Ces lésions spécifiques sont des tubercules et surtout des ulcérations.

Le *tubercule* se présente sous deux formes : granulation et infiltration. Les granulations sont en nombre très variable, disséminées sur tout l'intestin ou occupant les plaques de Peyer; le tubercule infiltré est beaucoup plus rare.

Les *ulcérations* présentent une grande variété; on distingue les ulcérations lenticulaires et les grandes ulcérations confluentes.

Les ulcérations lenticulaires résultent de l'ouverture à la surface des granulations tuberculeuses; elles sont souvent très nombreuses, régulières, comme taillées à l'emporte-pièce avec un bord légèrement décollé et un fond tomenteux.

Les grandes ulcérations se présentent sous deux types : ulcérations annulaires, ulcérations des plaques de Peyer (Spillmann); on peut ajouter un type irrégulier (Girode).

Les *ulcérations annulaires* ont été mises au premier rang par plusieurs auteurs, on a même soutenu que la tendance annulaire est constante dans l'entérite tuberculeuse; cette opinion est erronée; on a trop exagéré la fréquence et l'importance de ces ulcérations transversales (Girode). Les ulcérations annulaires font rarement le tour complet de l'intestin; leur largeur moyenne est d'un à deux centimètres. Cette disposition annulaire a été expliquée par un sphacèle de la muqueuse consécutif à la thrombose des artères mésentériques comprimées par des ganglions dégénérés; d'autres auteurs ont signalé une thrombose des artères mésentériques par artérite tuberculeuse. D'après Girode, cette forme annulaire dépend des lésions de l'appareil lymphatique.

Les *ulcérations longitudinales* se trouvent dans l'intestin grêle sur les plaques de Peyer, quelques-unes atteignent huit à dix centimètres de longueur. Elles résultent le plus souvent de la coalescence d'ulcères lenticulaires multiples; elles se développent du côté opposé au mésentère, leur fond est irrégulier, sanieux, les bords festonnés, décollés en certains points.

Les *ulcérations irrégulières* ont une disposition très variable : sinueuse, serpigineuse, rayonnée.

Toutes ces ulcérations ont des bords tuméfiés, injectés, souvent décollés, un fond brun grisâtre, marbré de teintes jaunes et rouges, uni ou inégal avec des mamelons tuberculeux.

La profondeur est variable; le fond est constitué par les débris de la celluleuse; la barrière à l'envahissement profond est la musculeuse.

Quelquefois les lésions prédominent dans le gros intestin; c'est la colite diphtérique de Lebert, la forme dysentérique de Spillmann; les ulcérations sont larges, profondes, anfractueuses.

Les vaisseaux lymphatiques voisins des ulcérations présentent des lésions de *lymphangite tuberculeuse*; on voit sous le péritoine des troncs lymphatiques tuberculeux qui se portent vers le mésentère; ils sont flexueux, avec des nodosités et des granulations. On trouve aussi des *adénopathies* tuberculeuses dans le mésentère; les ganglions peuvent être simplement tuméfiés, mais présenter cependant des altérations spécifiques visibles au microscope; ils peuvent être remplis de matière caséeuse. Chez l'enfant, la *péritonite* tuberculeuse accompagne le plus souvent l'entérite, ce qui est exceptionnel chez l'adulte.

Quand l'évolution des ulcérations intestinales n'est pas interrompue par la mort des sujets, elle se fait vers la perforation ou la cicatrisation. La *perforation* se produit rarement sans adhérences préalables et sans limitation, en pleine cavité péritonéale d'où péritonite rapidement mortelle; le plus souvent les anses intestinales sont agglutinées, et la perforation détermine un clapier purulent ou pyo-stercoral. Assez fréquemment, l'ouverture se fait dans une anse intestinale voisine.

La *cicatrisation* des ulcérations tuberculeuses est possible, mais elle est rare. Quand la sous-muqueuse et la couche musculaire participent au processus cicatriciel, de véritables rétrécissements peuvent se produire.

Histologie. — La lésion initiale de l'entérite tuberculeuse est la granulation; elle peut siéger au début dans toutes les couches de la paroi intestinale, mais de préférence dans les parties profondes de la muqueuse et dans la celluleuse; le point de départ habituel est sous la muqueuse, dans les follicules clos (Cruveilhier, Girode); la confluence de plusieurs granulations voisines forme un tubercule à contours polycycliques. La réaction primordiale du tubercule est une réaction lympho-conjonctive à laquelle participent à la fois les lymphocytes de l'intestin et les cellules du réticulum. Les vaisseaux voisins des tubercules sont souvent oblitérés, thrombosés.

Quand les granulations tuberculeuses ramollies affleurent la surface muqueuse, l'épithélium subit la dégénérescence hyaline et tombe; la matière caséeuse s'échappe dans la cavité intestinale, laissant une anfractuosité et l'ulcération est constituée. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Conférences a l'Hôtel des Sociétés savantes (rue Serpente, 28, du 22 juin au 4 juillet). — *Lundi 22 juin.* — M. le docteur Lucas-Championnière, à quatre heures : Démonstration pratique sur la manière de prescrire et de surveiller l'application des bandages herniaires.

M. le docteur Broca, à cinq heures : La chirurgie des malformations faciales : bec-de-lièvre.

Mardi 23 juin. — M. le docteur Terrien, à quatre heures : Les ophtalmies du nouveau-né.

M. le docteur Boissard, à cinq heures : Des causes qui favorisent ou déterminent la formation des sexes.

Mercredi 24 juin. — M. le docteur Lesage, à quatre heures : A propos de la scarlatine.

M. le docteur de Massary, à cinq heures : Le diagnostic précoce du tabes.

Jeudi 25 juin. — M. le docteur Variot, à quatre heures : La pédiométrie.

M. le docteur Mosny, à cinq heures : La méningite saturnine.

Vendredi 26 juin. — M. le docteur Villemin, à quatre heures : Traitement des vices de conformation de l'urètre.

M. le docteur Broca, à cinq heures : La chirurgie des malformations faciales : palais.

Samedi 27 juin. — M. le docteur Roubinovitch, à quatre heures : Le dermographisme chez les épileptiques (avec présentation de sujets).

Lundi 29 juin. — M. le docteur Michon, à quatre heures : La prostatectomie comparée aux autres méthodes de traitement de l'hypertrophie de la prostate.

M. le docteur Robineau, à cinq heures : L'opération de Kehr. Etude comparative des interventions pratiquées sur les voies biliaires.

Mardi 30 juin. — M. le docteur Sergent, à quatre heures : Evolution et traitement de la tuberculose chez les syphilitiques.

M. le docteur Béclère, à cinq heures : La radiothérapie, traitement spécifique des leucémies.

Mercredi 1er juillet. — M. le docteur Hirtz, à quatre heures : La thérapeutique d'urgence dans les affections pulmonaires.

M. le docteur Le Noir, à cinq heures : Indications du traitement chirurgical dans les maladies de l'estomac.

Vendredi 3 juillet. — M. le docteur Mosny, à quatre heures : La tuberculose latente.

M. le docteur Souques, à cinq heures : La nouvelle doctrine de l'aphasie (avec présentations de pièces).

Samedi 4 juillet. — M. le docteur Roubinovitch, à cinq heures : La symptomatologie et le classement des écoliers mentalement anormaux (avec présentations de sujets).

— La conférence de M. le docteur Béclère à l'Hôtel des Sociétés savantes, qui doit avoir lieu le mardi 30 juin, à cinq heures, portera sur « l'enseignement de la radiologie médicale » et non pas sur la « radiothérapie, traitement spécifique des leucémies ».

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-quatrième semaine, 896 décès, au lieu de 953 pendant la semaine précédente et de 837, moyenne ordinaire de la saison. La rougeole et la scarlatine continuent à être fréquemment signalées par les médecins ; elles ne causent que peu de décès.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 121 décès, au lieu de 115 la semaine précédente, et au lieu de 107, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 218 décès (moyenne 194).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auscher, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris ; Séverin Castinel (de Rougiers) ; Boy-Teissier, médecin des hôpitaux de Marseille.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE. — La publication du compte rendu officiel du Congrès tenu à Berlin en 1907, étant achevé, les travaux prennent fin par cela même. L'envoi aux congressistes des deux derniers volumes s'effectuera encore dans le courant de ce mois.

Le compte rendu complet paru à l'édition d'Auguste Hirschwald (de Berlin), est en vente au prix de 50 marks en librairie. On peut aussi se procurer les tomes séparés aux prix suivants : tome I, 6 marks ; tome II, 14 marks ; tome III, 1re partie, 10 marks ; 2e partie, 10 marks ; tome IV, 10 marks.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES PAROTIDITES POST-OPÉRATOIRES

Par A. RIVES,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

I

Historique. — Les premières observations publiées de parotidites post-opératoires le furent par Moricke en 1881 qui en observa cinq cas sur une série de moins de deux cents ovariotomies. Goodell en 1885 en présenta également cinq cas à la Société anatomique de gynécologie. S. Paget releva en 1886 une soixantaine de cas de parotidites secondaires pour la plupart post-opératoires et en présenta une liste accrue de quelques cas l'année suivante à la Medical Society de Londres. En France nous ne trouvons de travail sur la question qu'en 1902 avec la thèse de Benoît qui apporte deux cas inédits. Les cas apportés par Condamin à la Société chirurgicale de Lyon en 1903 et par Morestin à la Société de chirurgie en octobre 1907 ont provoqué des discussions intéressantes et amené la publication de quelques cas déjà anciens. Signalons enfin les thèses de Pellé (Bordeaux 1906-1907) et de Morel (Paris 1907).

Il n'est pas cependant probable que les parotidites post-opératoires soient absolument rares et de découverte récente. Il est certain que très nombreux sont les cas observés mais non publiés, faute qu'on y ait attaché assez d'importance.

Les traités classiques ne leur accordent qu'une ou deux lignes — quand ils en parlent — citent les noms de Moricke et Paget, et leur dénient en général tout intérêt.

II

Étiologie. — L'épithète de post-opératoire que l'on applique généralement à l'affection qui nous occupe renferme une intention étiologique qu'il est nécessaire d'examiner tout d'abord et de soumettre à la critique. Les parotidites secondaires se rencontrent comme complication d'états complexes, où différents facteurs étiologiques jouent probablement un rôle, et cela à un degré qu'il n'est pas toujours facile de préciser. Le terme de « post-opératoire » semble indiquer à priori que l'élément étiologique essentiel de ces parotidites est l'acte chirurgical auxquelles elles font suite; or les avis ne sont pas uniformes là-dessus, et il est facile de se rendre compte que cette étiologie univoque et simpliste ne répond pas à la réalité des choses. Souvent l'épithète n'a qu'une valeur chronologique. C'est qu'en effet la *parotidite post-opératoire* ne constitue pas une entité nettement limitée et différenciée des diverses autres parotidites secondaires. Si entre la parotidite qui apparaît au cours d'une septicopyohémie puerpérale par exemple, et celle qui succède à une ovariotomie rigoureusement aseptique, l'analogie étiologique est difficile à saisir, de laquelle de ces deux formes rapprocherons-nous la parotidite qui succède à l'ouverture d'un abcès urineux : est-ce l'infection urineuse, est-ce l'acte opératoire qu'il faut incriminer? avons-nous le droit de la qualifier de post-opératoire puisque aussi bien tout urinaire infecté non opéré peut faire de la parotidite secondaire? Il faut donc analyser les diverses circonstances étiologiques et chercher à déterminer leur rôle :

A. Le traumatisme opératoire. — A s'en tenir au sens strict et au côté étroit de la question ce serait la cause originale et efficiente de la parotidite; cependant au point de vue de ses conséquences *à distance* ce genre de traumatisme n'a rien de spécifiquement distinct du traumatisme accidentel et il serait difficile de fournir une raison satisfaisante du monopole qu'aurait celui-là des complications parotidiennes. Et en effet le traumatisme simple, accidentel, est susceptible de se compliquer de parotidite, alors qu'il n'a été suivi d'aucune manœuvre chirurgicale : contusion du testicule [Billroth (1)], traumatismes multiples du tronc et des membres amenant la mort en cinq jours [Dittrich (2)]. Ici encore la limitation du groupe des parotidites post-opératoires se montre artificielle et en quelque sorte arbitraire.

La nature de l'acte opératoire, la région sur laquelle il a porté ne paraissent pas indifférents à la production de la parotidite consécutive. Les affections des organes abdominaux ou pelviens, ou plutôt les opérations dirigées contre elles tiennent de beaucoup la tête de la liste dressée à ce sujet. Cette fréquence avait frappé les auteurs qui se sont déjà occupés de la question et ils n'avaient guère considéré que les cas où la parotidite était consécutive à l'ovariotomie (Moricke, Benoît), à des affections des organes abdomino pelviens (Dyball), à des laparotomies (Pellé). Là-dessus même ils avaient édifié des théories pathogéniques que nous retrouverons plus loin. Sur 96 cas suffisamment détaillés pour que nous puissions en tenir compte, nous trouvons que la parotidite survint :

Après ovariotomie	26 fois.
Autres opérations gynécologiques.	25 —
Opérations non gynécologiques, dans le domaine du péritoine	37 —
En dehors du péritoine	8 —

En regard des 51 cas de parotidites consécutives à des opérations sur l'appareil génital féminin, nous ne relevons que deux cas où l'appareil mâle fut intéressé.

La gravité de l'opération ne paraît pas en relation bien directe avec la production d'une parotidite : des curetages de l'utérus, des cures de « petite fistule vésico-vaginale », ou de hernie inguinale simple, voire même l'application d'un pessaire de Hodge [Cribb (3)] ont été susceptibles de la provoquer.

Nous remarquerons sans insister que dans aucun cas l'opération ne porta sur le crâne ou la face et que par conséquent on ne peut soupçonner aucune inflammation propagée par voisinage.

B. L'anesthésie. — L'importance attribuée par certains à l'anesthésie dans la production des parotidites est assez grande pour que l'on ait proposé de remplacer le terme de « parotidite post-opératoire » par celui de « parotidites post-anesthésiques » ou « post-chloroformiques ». Elle a été pratiquée dans presque tous les cas et même à elle seule, d'après Tuffier, elle suffirait à provoquer la parotidite sans l'intervention d'aucun traumatisme opératoire. Il est

(1) Billroth. Cité par S. Paget, malheureusement d'une façon ultra-schématique, *The Lancet*, 17 avril 1886.
(2) Dittrich. Cité par Claisse et Dupré. Soc. de biol., 1894.
(3) Cribb. Cité par S. Paget. *The Lancet*, avril 1886.

regrettable que les auteurs qui ont publié leurs cas de parotidites post-opératoires n'aient pas signalé la *nature* de l'anesthésique employé, et surtout la *durée* pendant laquelle le malade a été soumis à son influence. Presque toutes les observations sont muettes sur ces points. Le mécanisme de son action est assez complexe et nous l'examinerons à l'occasion de la pathogénie; signalons seulement ici l'idée ingénieuse — mais seulement applicable sans doute à un petit nombre de faits — d'un auteur qui incrimine non l'anesthésique mais celui qui le donne, jouant de la pince à langue avec plus de zèle que d'utilité et comprimant, et malaxant la région parotidienne avec le talon de la main pendant qu'il travaille à propulser le maxillaire inférieur pour favoriser la respiration.

C. L'ÉTAT ANTÉRIEUR DE L'OPÉRÉ. — Il est clair que les circonstances sont extrêmement différentes suivant les conditions physiopathologiques que présente le patient au moment de son opération. Les observations que nous avons dépouillées ne se prêtent pas à ce sujet à une statistique rigoureuse, mais on est frappé toutefois du nombre de cas où l'état général était mauvais avant l'opération, soit par cachexie, morphinomanie, anémie hémorragique, soit par infection : température élevée, péritonite diffuse, ostéomyélite grave, suppuration d'un kyste de l'ovaire *in extremis*. Beaucoup plus rares sont les cas où le sujet était antérieurement en bonne santé : il n'y a que deux cas consécutifs à une cure radicale de hernie inguinale simple.

Pour ce qui est des malades opérés en pleine infection il est nécessaire de faire une réserve, leur parotidite n'est-elle pas sous l'influence de l'infection préalable bien plus que de l'opération? Nous n'avons retenu que les cas où l'acte opératoire fut relativement important et où survenant après une longue période d'infection à laquelle la parotide n'avait pas réagi, il provoquait dans le cours des premiers jours une parotidite nette.

En dehors des circonstances préopératoires tenant à l'état morbide du sujet, il y a des circonstances communes à presque tous les opérés et dont il faudra tenir compte dans l'étude de la pathogénie. C'est la préparation à l'opération avec l'émotivité qu'elle met en jeu, avec la déshydratation de l'organisme qui résulte des purgations et de la diète, et s'accroîtra au moment de l'opération de la saignée opératoire.

L'âge des opérés ne paraît fournir aucune indication étiologique, l'enfance seule n'est pas représentée dans les observations sans que d'ailleurs nous ayons de ce fait une explication rationnelle à fournir. L'influence du sexe est au contraire manifeste, dans les trois quarts des cas il s'agit de femmes, pour la plupart d'ailleurs atteintes dans la zone génitale. Elimination faite de ces cas gynécologiques, il y a à peu près égalité entre le nombre d'hommes et de femmes atteints de parotidite post-opératoire.

D. L'ÉTAT D'INFECTION POST-OPÉRATOIRE. — Un élément étiologique dont on doit tenir compte est la présence d'un état infectieux dû à l'opération et se manifestant à ses degrés divers par l'élévation thermique, par un tableau de septicémie ou de pyohémie. Cela n'est pas très rare dans les observations déjà un peu anciennes (Moricke, Paget, Mann).

Nous devons toutefois insister sur ce fait que l'infection, soit généralisée, soit localisée à la plaie opératoire, soit antérieure, soit postérieure à l'opération, n'est pas un élément indispensable à la production d'une parotidite. Dans beaucoup de cas, des opérations aseptiques, conduites chez des malades non antérieurement infectés, n'en ont pas moins été compliquées par des parotidites plus ou moins intenses.

E. AGENTS PATHOGÈNES. — Les causes dont nous avons jusqu'à présent étudié l'importance ne sont à tout prendre que des causes occasionnelles ou déterminantes. Le facteur étiologique essentiel est autre : la parotidite constitue un état inflammatoire de la glande, ou tout au moins cela est évident pour la plupart des cas. Nous ne disons pas pour tous, car ainsi qu'on le verra plus loin certaines parotidites décrites sont peut-être des états fluxionnaires, congestifs non infectieux.

Pour les parotidites phlegmoneuses, suppurées ou nécrosantes, l'origine microbienne ne se discute pas. L'étude bactériologique de la parotidite post-opératoire a été peu faite. Chaque fois que l'examen bactériologique a été pratiqué il a montré la présence de *staphylocoque doré*. Fait important : il s'agissait une fois d'une appendicite avec abcès à colibacille, il y eut donc là deux processus infectieux nettement distincts (1).

F. FRÉQUENCE. — Considérée par les uns comme une curiosité exceptionnelle, jugée très rare par d'autres, elle paraît à certains chirurgiens assez fréquente. Pour Moricke la parotidite serait en fréquence à l'ovariotomie comme l'orchite aux oreillons, il estime ce rapport à 1/40. Les chiffres indiqués par Bousquet : 1 sur 150 ovariotomies; par Keith : 1 sur 250 (Th. de Benoît), sont probablement plus normaux. Les chirurgiens qui ont pris part à la discussion d'octobre 1907 ont tous considéré la parotidite comme rare et en apportaient un ou deux cas observés pendant toute la période chirurgicale de leur activité.

En résumé, la parotidite post-opératoire est une affection rare, presque toujours infectieuse, atteignant de préférence les femmes; elle succède à des opérations exécutées sous anesthésie et dans la majorité des cas portant sur les organes génitaux pelviens dans leur portion péritonéale, chez des sujets dont l'état général préopératoire laisse à désirer.

III

Symptomatologie. — La parotidite post-opératoire débute en général au cours de la première semaine (39 cas sur 48). Dyball estime que la parotide peut être prise dès le lendemain de l'opération; le plus souvent trois ou quatre jours s'écoulent et c'est vers le cinquième ou le sixième qu'est signalé le début de la plupart des cas. Le même auteur donne comme date extrême le cinquante-quatrième jour après l'opération. Il nous semble difficile de qualifier de post-opératoire une complication si tardive alors que tant de choses ont pu évoluer dans l'intervalle. Dans les cas où le malade présente un état infectieux — indépendant de sa parotidite — le temps pendant lequel une parotidite peut être qualifiée de post-opératoire doit être réduit à son minimum, ne pas excéder une semaine par exemple, et encore l'épithète aura-t-elle une valeur beaucoup plus chronologique qu'étiologique.

(1) In PELLÉ. Th. de Bordeaux, 1906-1907, nº 43, Obs. XXIV.

L'apparition de la parotidite s'annonce par l'un des trois signes : *fièvre, douleur, gonflement*, précédant de peu les deux autres. Après quelques jours d'apyrexie la température s'élève, ou bien elle s'exacerbe si le malade était déjà en hyperthermie; 38°5, 39 degrés sont fréquents. La douleur siège au-dessous de l'oreille, en général d'un seul côté, elle s'accroît par la pression ou par la déglutition. En même temps apparaît une tuméfaction diffuse des régions sous et pré-auriculaires. Le plus souvent la parotidite est unilatérale à son début; dans à peu près un tiers des cas (Dyball), dans 20 cas sur 55 d'après notre relevé, elle devient bilatérale; comme dans les oreillons la seconde parotide se prend trente-six ou quarante-huit heures après la première ; la courbe de température s'élève de nouveau, la douleur et le gonflement s'observent des deux côtés.

A la période d'état l'ensemble symptomatique est le suivant : le gonflement sous-auriculaire est diffus mais souvent très volumineux, déformant la face ; la peau est rouge, œdématiée. La tête est immobilisée, souvent avec un léger torticolis quand la parotidite est unilatérale. La difficulté à ouvrir la bouche est quelquefois considérable, la mastication en général difficile. L'intensité de la douleur dépend beaucoup de l'aptitude réactionnelle du sujet, elle n'est pas en général très considérable. La bouche est sèche, saburrale, il y a de la stomatite érythémateuse avec haleine fétide et soif assez vive. L'état général est assez variable depuis les formes légères où le thermomètre marque entre 37 et 38 degrés avec symptômes au minimum, jusqu'aux formes graves coïncidant avec une intoxication profonde, état typhique et adynamique, fièvre élevée, des parotidites « terminales » des cachectiques.

Les formes cliniques sont donc variées : le degré le plus léger est la *parotidite catarrhale*, presque uniquement congestive, qui se marque par un gonflement léger, fugace, disparaissant sans laisser de trace. Plus sérieuse est la *parotidite canaliculaire suppurée* : les gouttes de pus s'écoulent par le canal de Sténon, l'expression de la glande la vide de sa sécrétion purulente, l'état général est sérieux, la résolution se fera mais lentement. Grave est la forme *phlegmoneuse* qui prend la glande en bloc, qui fait de la panparotidite, la creuse de cavités purulentes avec nécrose plus ou moins étendue ou massive, où le pus a tendance à gagner la peau ou à fuser dans les espaces conjonctifs plutôt qu'à se déverser par le canal de Sténon. Au sommet de l'échelle de gravité est enfin la forme *septicémique* où l'état général prime l'état local, d'ailleurs en général analogue à celui de la forme précédente.

La fréquence relative de ces diverses formes n'est pas facile à établir faute de précision dans les documents en général trop brefs que nous avons pu consulter. Nous y trouvons sur 71 cas suffisamment explicites que dans 25 cas la parotidite fut légère ou très légère, tout au moins que la présence de pus n'est pas signalée; dans 11 cas le pus s'écoula par le canal de Sténon et la parotidite évolua sans incision, il s'agissait donc d'infection canaliculaire pure; dans 35 autres cas on dut évacuer des collections purulentes plus ou moins abondantes par l'incision de la glande. Mais la valeur de ces chiffres est très minime: le second groupe est constitué uniquement par les observations dernièrement rapportées, il est probable que cette forme à pyorrhée sténonienne avait passé méconnue antérieurement, ou plus probablement avait été classée avec la première forme, catarrhale bénigne.

Les *complications* — en dehors de l'aggravation de l'état général et des conséquences qui peuvent en résulter pour la plaie opératoire — sont peu fréquentes. Elles consistent surtout dans la participation des autres glandes salivaires au processus infectieux : la sub-maxillarite associée à la parotidite a été observée par Jefferis (1) au quatrième jour après une kélotomie de hernie ombilicale avec mort de septicémie le lendemain, par Goodell (2) après une trachélorraphie, par Moricke chez une vieille femme très affaiblie après l'ablation d'un gros kyste de l'ovaire.

On a signalé aussi la possibilité de fusées purulentes vers l'oreille externe, ou vers la région carotidienne avec adéno-phlegmon, ou encore vers la région latérale et postérieure du pharynx; ce sont là des complications exceptionnelles, de même que le cas d'œdème de la glotte observé par Routier (3), ou de paralysie, d'ailleurs passagère, du facial.

La parotidite suppurée ne se complique pas de métastases, même dans ses formes les plus graves : les relations étroites des oreillons avec les orchites n'ont pas d'équivalent pour la parotidite.

IV

Anatomie pathologique. — Nous serons très bref sur ce point : de même que la bactériologie, l'anatomie pathologique de la parotidite post-opératoire n'a pas de constatations fondamentales suffisantes. Cependant les recherches expérimentales (Claisse et Dupré), quelques autopsies (Dittrich), l'analogie des parotidites secondaires, permettent de distinguer deux grandes classes : les parotidites canaliculaires, parenchymateuses où l'inflammation a débuté par les canaux excréteurs et les acini avec dégénérescence des épithéliums, multiplication et desquamation cellulaires, tandis que le tissu conjonctif atteint seulement par contrecoup réagit peu; et les parotidites interstitielles où la cause morbide apportée sans doute par voie sanguine a exercé spécialement son action sur le tissu conjonctif avec infiltration leucocytaire d'abord, puis purulente, creusant ainsi la glande d'alvéoles plus ou moins confluents susceptibles de détacher de volumineux fragments voués dès lors à la nécrose. L'inflammation reste en général limitée par les parois de la loge parotidienne; le pus n'a que très peu de tendance à gagner vers la peau et ce n'est que tardivement que cette éventualité se réalise pour les parotidites négligées. Nous avons signalé plus haut la direction que peuvent exceptionnellement prendre les fusées purulentes. L'adénopathie correspondant à l'inflammation parotidienne porte sur les ganglions intra et périglandulaires, puis à distance sur les ganglions carotidiens.

V

Pronostic. — La question de la gravité des parotidites post-opératoires est jugée de façon très diverse par les observateurs, et elle ne peut être résolue à priori, il faut se livrer à un examen soigneux de

(1) Jefferis. Symptomatic parotitis following strangulated hernia, *The Lancet*, 12 déc. 1903.
(2) Goodell. Communication à l'American gynecology Society, in S. Paget. *The Lancet*, 17 avril 1886.
(3) Routier. Th. de Benoit.

chaque cas pour formuler un pronostic. Les éléments d'appréciation se trouvent dans la forme clinique de la parotidite considérée en elle-même, et également dans l'état général préalable du malade.

Il est évident que les formes congestives, évoluant sans fièvre en trois ou quatre jours, ne provoquant aucun phénomène général, sont très bénignes et que les auteurs qui ont eu la chance d'observer uniquement de tels cas soient portés à dénier toute gravité à la parotidite post-opératoire. Goodell (1) en observa deux fois chez de jeunes ovariotomisées, sans modifications du pouls ni de la température, il les qualifie de *sympathetic not symptomatic* et les compare exactement à des oreillons un peu lents à disparaître. Les formes suppurées au contraire, spécialement quand le pus ne se draine pas dans la bouche par le canal de Sténon et s'accumule dans la glande, ont un pronostic plus sombre. Sur 13 cas où la mort survint dans la semaine qui suivit l'apparition de la parotidite, 3 au moins durent leur terminaison fatale à la complication intercurrente : cas d'Emmet (2) dont l'opérée succomba après la cure d'une « petite fistule vésico-vaginale »; cas de Moricke (3) [le n° IV de son mémoire] : ovariotomie sans incidents chez une femme de soixante-cinq ans, apyrexie jusqu'au sixième jour puis parotidite avec participation des sublinguales et des sous-maxillaires; phlegmon du cou; la mort survint sans qu'il y ait eu aucun symptôme péritonéal, et la plaie abdominale complètement cicatrisée; cas de Jefferis (4) : hernie ombilicale étranglée chez une femme de soixante-huit ans : apyrexie pendant trois jours, aucun symptôme abdominal; le quatrième jour parotidite intense bilatérale avec submaxillarite : fièvre, dyspnée, angoisse, impossibilité de la déglutition; mort en moins de vingt-quatre heures.

La gravité de la parotidite suppurée ne tient pas tant à sa localisation ou à l'étendue de ses lésions qu'au terrain sur lequel elle évolue. On sait depuis longtemps que les parotidites des épuisés, des cachectiques, sont rarement « critiques » au sens ancien du terme, mais le plus souvent « terminales ». Or l'opéré soumis à un schock jamais négligeable, en état momentané ou ancien de dénutrition, se rapproche facilement de cet état d'épuisement dans lequel la parotidite est fréquemment funeste. Loin de réaliser un abcès de fixation naturel, la parotidite s'ajoute à la somme d'infection dont l'organisme supporte l'assaut, de plus par ses conséquences secondes de dysphagie, de dyspnée, elle contribue pour une large part à la déchéance de la résistance organique.

VI

Diagnostic. — Le gonflement inflammatoire uni ou bilatéral de la région parotidienne dans les jours qui suivent une opération ne suffit pas à faire poser le diagnostic de parotidite. On doit songer tout d'abord à la possibilité des *oreillons*. Dans le premier cas qu'il observa, Moricke hésita à poser le diagnostic de parotidite malgré la suppuration. La recherche des antécédents signalant l'existence d'oreillons antérieurs, l'âge souvent avancé des sujets, le fait que le malade a été généralement préservé pendant son séjour préopératoire à l'hôpital de tout contage ourlien (1), l'absence de localisations métastatiques du mouvement fluxionnaire, enfin la constatation de pyorrhée sténonienne ou de fluctuation parotidienne seront des éléments très suffisants pour le diagnostic.

L'*adéno-phlegmon* de la région parotidienne a été certainement considéré quelquefois comme parotidite (Quénu). Il s'en distingue en général par la présence d'une porte d'entrée cutanée ou otique, par un gonflement plus circonscrit, mieux limité, survenant sans stomatite et sans modification notable du liquide recueilli à l'orifice du canal de Sténon par l'expression de la glande. Toutefois le diagnostic de certaines adénites profondes est quelquefois malaisé.

L'arthrite de la temporo-maxillaire, certaines ostéites de la branche montante, certains trismus, quelques stomatites intenses (en particulier l'hydrargirique) peuvent donner lieu à des confusions momentanées, nous croyons inutile d'y insister.

VII

Pathogénie (2). — Le processus pathogénique des parotidites post-opératoires est le point le plus important de la question, car c'est de lui que dépendent les mesures prophylactiques dirigées contre cette complication; c'est donc celui qui a le plus attiré l'attention des auteurs, qui a mis en jeu les richesses de leur sagacité et quelquefois de leur imagination, et sur lequel ont été édifiées un certain nombre de théories.

Malgré l'identification inconsciente, et la confusion de plus en plus fréquente qui se fait entre les processus *inflammatoires* et les processus *infectieux*, nous devons nous demander, tout d'abord, si l'inflammation parotidienne ou parotidite post-opératoire est bien due à un processus infectieux ou si la notion d'infection microbienne est vraiment indispensable pour concevoir sa production.

A. Théorie de la fluxion parotidienne. — Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question, moins imbus que nous des théories microbiennes, accordèrent aux processus fluxionnaires le rôle pathogénique essentiel, ou même *unique* dans la production de la parotidite. Par une sorte de sympathie, malheureusement inexpliquée rationnellement, ils admettaient les réactions, généralement congestives d'un organe sur un autre, et trouvaient dans la pathologie des oreillons les preuves de ces connexions indéfinissables entre les glandes parotides et les organes génitaux. Les premières parotidites que Moricke observa étant survenues toutes cinq à la suite d'ablation de kystes de l'ovaire, il se crut autorisé à dire que l'organe génital lésé, puis supprimé, les phénomènes réactionnels qui en résultaient se localisaient sur la parotide, organe sympathique de l'ovaire et que seules les opérations sur l'ovaire se compliquaient de parotidite. Physiopathologiquement quelle est la traduction de cette explication un peu indécise? Le système nerveux, par les phénomènes de vaso-dilatation congestive, ne paraît pas être directement et uniquement en cause

(1) Goodell. Cité par S. Paget.

(2) Emmet. In S. Paget, malheureusement sans détails, *The Lancet*, 1886.

(3) Moricke. *Zeit. f. Geburtsh. u. Gynækol.*, Stuttgard 1880, Bd. V.

(4) Jefferis. *The Lancet*, 12 déc. 1903.

(1) Il faut toutefois se rappeler que l'on a cité des cas d'incubation ourlienne prolongée pendant vingt et trente jours.

(2) L'article de Dyball, *Ann. of surg.*, 1904, nous a beaucoup servi par sa critique judicieuse et serrée, pour la rédaction de ce paragraphe.

par l'absence de connexions réflexes spécialisées entre les organes précités. L'explication serait préférable qui ferait intervenir un processus humoral et attribuerait la congestion essentielle à la fluxion, à une sécrétion ovarienne modifiant fonctionnellement soit le système neuro-vasculaire des parotides soit leurs éléments glandulaires spécialisés. Et si, en effet, l'exemple des oreillons que Moricke avait choisi peut s'expliquer autrement par une affinité spéciale de l'agent microbien hypothétique des ourles pour certains épithéliums, il reste en faveur de la théorie fluxionnaire, les congestions menstruelles incontestées de la glande thyroïde qui ne s'expliquent guère que par un processus humoral analogue à celui dont nous soutenons la théorie de Moricke. Il y a surtout les faits, rares, il est vrai, de parotidites récidivantes menstruelles, observées par Habran (1), S. Paget (2), Trousseau, Dumarest, Dalché (3).

Il est temps de dire que la théorie fluxionnaire pure n'est applicable qu'à une minorité des cas, elle ne peut expliquer les parotidites survenant après des opérations qui n'intéressent pas les ovaires, ni même les organes génitaux; enfin, elle est inapplicable — prise seule — aux parotidites suppurées, les influences nerveuses ou humorales ne conduisant jamais seules à la suppuration.

Nous avons cependant insisté un peu sur cette théorie fluxionnaire, car il nous semble logique de tenir compte de ces processus congestifs non pas comme causes efficientes mais au rang plus modeste de causes adjuvantes de l'infection dans un certain nombre de cas.

B. Théories de l'infection parotidienne. — Dans la plupart des cas de parotidite post-opératoire — beaucoup diront dans tous — le rôle de l'infection microbienne est manifeste et s'en tenir aux théories de Moricke serait aller contre l'évidence. Quelques examens bactériologiques, les renseignements de l'anatomie pathologique trouvant dans la parotidite des lésions banales et indéniablement infectieuses, l'analogie avec des parotidites médicales purement microbiennes, enfin l'évolution clinique avec état général fébrile, avec œdème rouge local, avec si souvent formation de pus ne laissent à ce sujet aucun doute. Il n'en reste pas moins à connaître pourquoi dans l'organisme dont la valeur biologique générale est diminuée par la maladie qui provoque l'opération, par le schock opératoire, par la diète consécutive, quelquefois par l'infection surajoutée, certains organes — la parotide dans le cas particulier — sont moins résistants encore que le reste de l'organisme et cèdent-ils plus spécialement à l'invasion microbienne; nous verrons ensuite le mode d'invasion et la voie d'accès suivie par l'infection.

I. *Raisons de la diminution de résistance glandulaire.* — Il est probable que la parotide n'est pas la seule glande de l'organisme qui reçoive le contre-coup des interventions chirurgicales et que des phénomènes de même ordre peuvent se produire dans différents autres organes; son siège superficiel doit être pour beaucoup dans la facilité avec laquelle son inflammation est remarquée, plus encore que la fréquence de celle-ci. Quoi qu'il en soit, les raisons de diminution de résistance dont nous allons faire l'application à la parotide, sont applicables également à d'autres organes; nous nous demanderons ensuite, dans un autre paragraphe, pourquoi, dans un cas donné, la parotidite se produit de préférence à toute autre glandulite.

Diminution de la sécrétion et de l'excrétion glandulaire. — C'est un phénomène bien connu que la protection des glandes à l'état physiologique contre l'infection par l'effet mécanique — et quelquefois antiseptique — de leur sécrétion et de leur excrétion. Que celles-ci viennent à diminuer, les chances d'infection augmentent aussitôt. L'application de cette loi générale a été faite expérimentalement aux glandes salivaires par les recherches de Claisse et Dupré (1), reprises récemment par Legueu et Morel (2), par Morel et Hepper (3). Ces auteurs ont vu que l'arrêt ou la diminution de la sécrétion salivaire par ligature du canal de Sténon, par injections d'atropine ou simplement par suppression des liquides dans l'alimentation suffisait — à condition que la cavité buccale et le canal de Sténon fussent infectés de staphylocoques (4) — à provoquer à volonté des parotidites. Or, les soins préopératoires tendent, comme les expériences sus-indiquées, à provoquer un certain degré de *déshydratation* de l'organisme : les purgations, quelquefois répétées, la diète qui précède et surtout qui suit l'opération, la saignée opératoire rarement nulle, ont évidemment pour effet de diminuer les sécrétions comme on peut s'en rendre compte par la simple inspection du bocal aux urines des opérés. Et cela est à ce point important dans la pathogénie des parotidites que l'on a observé des parotidites préopératoires chez des malades en expectation d'opération pour appendicite, ou anémiés par un ulcus stomacal à fortes hématémèses. Il s'agissait là de *parotidite par déshydratation organique.*

Théorie de l'intoxication. — Dyball, après examen de plusieurs théories proposées pour la pathogénie de la parotidite, conclut à l'effet d'une action toxique portée sur la glande dans les suites opératoires. Il rappelle d'abord l'action pathogène des poisons sur les glandes par lesquelles ils s'éliminent et s'appuie sur les parotidites toxiques (par iodisme ou saturnisme), et toxiniques (typhiques, cholériques) pour expliquer ce qu'il appelle d'un nom plus expressif que facile à traduire, les *cœliæ parotitis*. Selon lui, en effet, la parotidite s'observe non seulement après les opérations mais encore après les affections traumatiques ou pathologiques qui portent sur le domaine cœlomique, abdomino-péritonéal. Dans tous les cas de parotidite secondaire il trouve une intoxication : perturbation de la sécrétion interne de l'ovaire kystique ou sous l'influence d'un réflexe à point de départ utérin; péritonite : affection si spécialement toxinique; phénomènes intestinaux : substratum typique de l'auto-intoxication; la parotidite menstruelle est aussi rattachée par lui au groupe des auto-intoxications. Il fait remarquer qu'une laparotomie exploratrice aseptique, sans manipulation

(1) Habran. *Union méd. du Nord-Est*, 1880. Indication prise dans la thèse de Diaz (Paris 1893).
(2) Paget. *The Lancet*, 17 avril 1886.
(3) Trousseau, Dumarest, Dalché. In thèse de Morel, Paris 1907.

(1) Claisse et Dupré. Comptes rendus de la Soc. de biol., 1894, et *Archives de méd. expériment.*, 1894.
(2) Morel. Soc. de chir., 23 oct. 1907,
(3) Morel et Nepper. Soc. de biol , 9 nov. 1907.
(4) Cette infection buccale ne suffisant pas à provoquer la parotidite quand la sécrétion était normale.
( ) Leguéu. Soc. de chir., 30 oct. 1907; — Tédenat. Observations inédites à paraître dans un mémoire de Soubeyran et Rives.

prolongée des organes abdominaux n'a jamais été suivie de parotidite parce que l'origine toxique manque — d'autre part, évidemment, toutes les intoxications ne font pas des parotidites pas plus que toutes les diphtéries ne font de paralysies : il y a question de dose et question de nature du toxique.

Outre que cette théorie ne nous dit en rien pourquoi les toxines issues du cœlome ont une affinité spéciale pour la parotide, elle a le tort de méconnaître les faits de parotidites « non cœliaques » et d'être inapplicable — même à grand renfort de réflexes — aux parotidites positivement constatées à la suite de l'application d'un pessaire (1), d'une cure de hernie inguinale non étranglée [Morestin, Mauclaire (2)], de l'ablation d'un lupus du cou (Morestin).

II. *Raisons d'infection propres à la parotide.* — La diminution des sécrétions est généralisée à toutes les glandes dans la période post-opératoire ; toutes aussi sont susceptibles de subir le contrecoup de l'intoxication « cœliaque » (à moins qu'il n'y ait réellement une affinité spéciale de ce « poison » (?) pour la parotide, ce qui manque de confirmation expérimentale); beaucoup d'entre elles débouchent en des points où la flore microbienne est riche; leurs infections — en dehors de ce cas spécial — sont bien plus fréquentes (gastrites, hépatites, néphrites); quelle raison pouvons-nous donner de l'inflammation post-opératoire localisée à la parotide et qui tienne à des propriétés spéciales de cet organe ?

Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit plus haut de la congestion possible — et à un degré où elle est plutôt défavorable à la résistance de l'organe — due aux processus fluxionnaires dans les opérations sur la zone génitale, nous le signalons pour mémoire.

La parotide est une glande à sécrétion séreuse, dans laquelle les cellules à mucus sont rares ou absentes ; or, on sait le rôle important joué par les sécrétions de mucus dans la défense des glandes contre les microorganismes. Elle est donc moins bien protégée que les autres glandes salivaires qui, soumises aux mêmes conditions de milieu septique, sont exceptionnellement frappées d'infection post-opératoire.

Enfin, si les sécrétions glandulaires sont généralement diminuées, la sécrétion parotidienne est à peu près tarie dans les conditions juxta-opératoires. Provoquée, en effet, surtout par les aliments sapides et par les mouvements masticatoires, elle est presque nulle pendant les périodes de diète ou d'alimentation liquide. Les conditions expérimentales de l'infection salivaire sont ainsi remplies au mieux et il ne nous semble pas qu'il soit nécessaire, pour expliquer cette absence de sécrétion parotidienne, de recourir exclusivement au *réflexe à voie centrifuge sympathique* (les nerfs sympathiques des glandes salivaires tarissent leur sécrétion quand ils sont excités) et *à point de départ péritonéal* par lequel S. Paget explique les parotidites secondaires (selon cet auteur la parotidite ne serait consécutive qu'aux opérations ou affections portant sur des organes revêtus de péritoine). Toutefois cette action réflexe, qui paraît admise par Condamin (3) et par Morestin (4), nous expliquerait l'indiscutable majorité des cas de parotidites secondaires à une opération sur l'abdomen.

III. *Processus de l'invasion microbienne des parotides.* — La parotide normale ne contient pas de germes microbiens, ce fait a été soigneusement établi par Claisse et Dupré au début de leurs recherches sur les infections salivaires. Il faut donc une invasion microbienne pour expliquer l'inflammation.

Cette arrivée des germes peut se faire soit par apport sanguin, soit par propagation ascendante dans les canaux excréteurs depuis la bouche jusqu'aux acini glandulaires.

a) *Invasion par voie sanguine.* — Pour un certain nombre d'auteurs, ce mode d'infection de la glande serait le plus fréquent ou même le seul. Ils font remarquer l'analogie très étendue qu'il y a entre certaines parotidites post-opératoires, et des parotidites secondaires survenues chez des sujets profondément infectés sans l'intervention d'aucun acte chirurgical [Potherat (1)]; ou s'appuient sur ces cas, sortes de transitions entre ces deux formes où de vieux urinaires, très infectés, réalisent une parotidite à l'occasion d'un cathétérisme fait en dehors des conditions que réunit, en général, une opération un peu grave. Cette *théorie pyohémique* a pour elle des arguments sérieux : les données de l'anatomie pathologique associées à ce fait clinique que l'expression de la glande ne ramène pas de pus par les voies d'excrétion alors que ce pus est en quantité souvent notable. Elle n'est pas, toutefois, à l'abri de toute critique et ne saurait expliquer indifféremment tous les cas : il faut bien remarquer que souvent la parotidite est la seule manifestation inflammatoire de la pyohémie supposée — or la règle est des foyers métastatiques multiples — que, d'autre part, les localisations parotidiennes ne se classent que loin dans l'ordre de fréquence des manifestations pyohémiques, surtout, dit Dyball, quand la pyohémie a un point de départ en dehors de la région splanchnique. Enfin, cette théorie est incapable de rendre compte des faits nombreux où l'opération, ayant porté sur un malade non infecté, a eu des suites normales et aseptiques, la parotidite mise à part.

Nous n'attribuerons donc pas à l'infection par voie sanguine une importance très considérable au point de vue de sa fréquence, mais nous tiendrons compte de sa possibilité et nous nous en servirons comme explication pathogénique dans un certain nombre de cas.

b) *Infection ascendante par le canal de Sténon.* — L'infection des glandes par leur canal excréteur est le processus pathogénique le plus fréquent de ceux qui aboutissent à l'inflammation. Sa réalité pour la parotide a été démontrée par des observations anatomiques (autopsie par Dittrich), par les résultats expérimentaux obtenus de divers côtés. Elle vient confirmer ainsi des connaissances acquises sur le terrain de la pathologie générale. — Celle-ci nous enseigne, appuyée sur de nombreuses expériences, que la suppression de la sécrétion glandulaire, même aggravée par des désordres provoqués du côté de la glande de façon à diminuer l'efficacité de sa résistance, n'est généralement pas suffisante à réaliser l'infection de la glande si le canal excréteur ne débouche pas dans un milieu suffisamment riche en microorganismes virulents.

(1) Cribb. *Loco citato.*
(2) Morestin et Mauclaire, Soc. de chir., octobre 1907.
(3) Condamin. Société de chirurgie de Lyon, 5 mars 1903. (Cité d'après le compte rendu de la *Revue de chirurgie.*)
(4) Morestin. Soc. de chir., séance du 4 déc. 1907.

(1) Potherat Soc. de chir., 4 déc. 1907.

Mais justement dans les conditions où se produit la parotidite post-opératoire, l'occasion est fournie à la virulence du milieu septique buccal de s'accroître; En partie par l'*anesthésie*, en tenant compte d'une action possible de l'agent anesthésique employé sur la virulence microbienne, mais surtout des manœuvres intrabuccales auxquelles elle donne trop souvent lieu : tractions de la langue avec une pince d'une propreté quelquefois suspecte, nettoyage de la gorge au moyen de tampons montés. D'autre part, le *régime lacté* institué avant l'opération et continué après elle, l'*état de sécheresse saburrale* de la bouche et de la langue, pendant les premiers jours, coïncidant avec les vomissements post-anesthésiques ; enfin, et surtout *le manque de soins antiseptiques de la bouche* chez les opérés, sont des raisons amplement suffisantes à la production d'une stomatite qui se propagera par continuité dans le canal de Sténon asséché jusqu'à la glande déjà préparée, d'autre part, à se laisser envahir. Notre maître, M. le professeur Tédenat, a l'habitude de dire que le fait de laisser sans soins la bouche d'un opéré, peut expliquer des dixièmes et même des degrés de température, à plus forte raison y verrons-nous, avec la majorité des auteurs, la raison prépondérante de l'infection parotidienne de voisinage.

En résumé, les parotidites post-opératoires peuvent survenir par deux mécanismes distincts et d'importance relative différente. Les unes sont d'origine sanguine, pyohémique, l'invasion microbienne est descendante; cette forme coïncide avec des conditions générales mauvaises; elle est grave et dans certains cas c'est à elle que la mort est attribuable, mais elle est relativement rare : d'après notre relevé ce serait tout au plus un cas sur trois ou quatre qu'on pouvait lui attribuer. Les autres sont dues à une infection ascendante à point de départ buccal, localisée aux canaux excréteurs extra et intra-glandulaires le plus souvent; les cas bénins rentrent dans cette catégorie; sa fréquence est triple ou quadruple de la précédente; mais au total la parotidite reste une complication rare, même en ne faisant entrer en ligne de compte comme opérations que les laparotomies, puisque c'est après elles que la parotidite est le moins rare. La raison de cette rareté nous paraît être (en dehors de ce fait que la plupart certainement n'ont pas été publiées) dans l'ensemble des conditions de son apparition; ensemble qui ne se réalise sans doute que rarement : état de déshydratation générale de l'organisme et spécialement de la bouche et des parotides; action inhibitoire du sympathique ou intoxication humorale spécifique à tendance fluxionnaire (il faut bien se résigner à admettre l'influence de ces processus mystérieux pour expliquer la relation numérique indéniable entre les opérations abdominales et la fréquence des parotidites), enfin et surtout ce qui est plus positif, l'état septique et virulent de la flore buccale.

VIII

Prophylaxie et traitement. — Si nous n'avons aucun recours au moins direct contre les influences réflexes et humorales, si la prophylaxie de la septicémie se fait pour son compte et non en vue d'éviter la parotidite, nous disposons de moyens efficaces contre l'invasion microbienne du canal de Sténon.

La déshydratation organique est facile à combattre par la limitation stricte de la période de diète et par l'emploi de lavements de sérum artificiel donnés en petite quantité de façon à ce qu'ils soient gardés et absorbés. Nous ne pensons pas qu'il faille aller jusqu'à l'injection sous-cutanée de sérum quand on ne vise que la prophylaxie de la parotidite, ce serait exagérer l'importance de cette complication. Contre le tarissement de la sécrétion parotidienne on a proposé de réveiller celle-ci par les mouvements masticatoires appliqués non pas aux aliments solides contre-indiqués en l'état des malades, mais à des « masticatoires » de substances élastiques variées soit insolubles, soit lentement solubles comme ceux dont l'usage est assez répandu aux Etats-Unis. L'usage de préparations à la pilocarpine serait également, d'après la théorie, un bon moyen.

Mais le moyen de beaucoup le plus simple et le plus efficace est l'emploi systématique chez tout malade, et à plus forte raison chez tout opéré, de lavages fréquents et antiseptiques de la bouche. Comme celle d'un typhique la bouche d'un opéré doit être nettoyée, plusieurs fois par jour, débarrassée mécaniquement des saburres, des fuliginosités; les dents devraient être brossées au moins quotidiennement. Que l'on emploie l'eau de Botot, le thymol, le menthol, le phénosalyl, le lysol corrigé par l'essence de girofle (Tédenat), peu importe; ce qu'il faut, c'est l'action tant mécanique qu'antiseptique du rince-bouche. Les malades s'en trouvent mieux à tous les points de vue et la prophylaxie de la parotidite est ainsi faite à peu près sûrement.

Toutefois l'inflammation peut encore se déclarer : dans ces cas quelle conduite tenir? Dès le début du gonflement et de la douleur des applications chaudes et humides de compresses imbibées d'eau salée ou bicarbonatée peuvent suffire à amener la résolution si l'on y associe l'hygiène buccale sus-indiquée. Si l'inflammation ne cède pas, il est bon de déterminer si l'on a affaire à une parotidite canaliculaire. En effet, dans ce cas, l'expression méthodique de la glande et du canal de Sténon répétée deux ou trois fois dans la journée provoque l'évacuation du pus et a suffi dans beaucoup de cas à amener la guérison. Dans l'intervalle des séances d'expression la région est recouverte d'un pansement humide et chaud. Si au contraire l'expression n'amène pas l'issue du pus par le Sténon, elle devient contre-indiquée, l'inflammation est périacineuse, souvent compliquée d'adénite intra-parotidienne, il faut traiter cette parotidite comme un adéno-phlegmon. Inciser dès que l'œdème ou la fluctuation décèlent le pus en quelque point, faire des incisions profondes en plein tissu infecté et dans le sens horizontal pour éviter les branches du facial autant que faire se peut.

BIBLIOGRAPHIE

I. Soubeyran et Rives. Article à paraître incessamment dans les *Archives générales de chirurgie* (avec résumé des observations).

II. Observations : Moricke. *Zeits. f. Geburkh. u. Gynækol.*, Stuttgard 1880, Bd. V (5 Obs.). — S. Paget. *The Lancet*, 17 avril 1886 (26 Obs.). — Claisse et Dupré. *Soc. de biol.*, 1894 (1 Obs., n° XI). — Benoit. Th. de Paris, 1902, n° 157 (8 Obs.). — Condamin. *Soc. de chir. de Lyon*, 1903 (1 Obs.). — Jefferis. Symptomatic parotitis following strangulated hernia, *The Lancet*, 13 déc. 1903 (1 Obs.). — Bowe. Parotitis following appendectomy, *Annals of surgery*, nov. 1905 (2 Obs.). — Pellé. Th. de Bordeaux 1906-1907, n° 43 (18 Obs.); — Morestin, Bazy, Reynier, Potherat, Mauclaire. *Comptes rendus de la Soc. de chir.*, d'oct. à déc. 1907 (9 Obs.). — Laüenstein. Voir *Semaine méd.*, 13 nov. 1907 (1 Obs.). — Morel. Th. de Paris, 1906-1907 (17 Obs.).

III. Pour la pathogénie voir en plus : Dyball. Parotitis

ollowing injury or disease of the abdominal or pelvic viscera, *Annals of surgery*, déc. 1904. — CLAISSE et DUPRÉ. *Soc. de biol.*, 1894; — *Arch. de méd. expériment.*, 1894. — DIAZ. Th. de Paris, 1893.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1908)

Blessures du pancréas. — A propos du rapport de M. Guinard sur une observation de M. Robert Picqué, M. Walther communique l'observation d'un garçon de dix-sept ans qui eut une contusion grave de l'abdomen. On intervint immédiatement et on trouva une rupture de la tête du pancréas. Il y avait une hémorragie assez considérable. On fit un tamponnement et le malade guérit, mais après avoir présenté, pendant quinze jours, une sialorrhée très abondante.

M. SCHWARTZ apporte deux faits de fistules pancréatiques consécutives à des contusions de l'abdomen. Le premier de ces malades est un charretier de vingt-sept ans qui fut pris entre un timon de voiture et un arbre. Il eut pendant quelques jours des nausées et des douleurs et n'entra à l'hôpital que vingt jours après l'accident. Il n'avait pas de fièvre, mais il avait une anorexie complète et maigrissait. Il présentait une voussure abbominale; survint une pleurésie à droite. On ponctionna, et quelques jours après M. Schwartz fit la laparotomie, trouva une poche qu'il ouvrit, qu'il évacua et qu'il marsupialisa. Il y eut une fistule consécutive; le liquide examiné était bien du liquide pancréatique.

L'autre malade, garçon de dix-neuf ans, avait reçu un coup de pied de cheval; la laparotomie montra qu'il s'agissait d'une contusion du pancréas. Il y eut aussi une fistule pancréatique. Dans ces deux cas, il y eut une très grande bénignité des symptômes.

Rétrécissement de l'intestin grêle. — M. TUFFIER revient sur la question de la sténose de l'intestin grêle soulevée par M. Ricard, et sur le signe qu'a fait connaître M. Mathieu. M. Tuffier a observé quatre cas de rétrécissements de l'intestin qu'il a pu diagnostiquer par les symptômes habituels de la clinique : péristaltisme douloureux, borborygmes, etc. Ces deux malades ont guéri. Tout en accordant que le signe indiqué par MM. Mathieu et Ricard a de la valeur, M. Tuffier estime que dans la grande majorité des cas il n'est pas nécessaire pour faire le diagnostic de sténose de l'intestin grêle.

M. DELBET fait observer que M. Tuffier parle des cas types classiques dans lesquels le diagnostic s'impose. Mais il y a bien des cas dans lesquels il n'en est pas de même et où le signe particulier que M. Delbet avait désigné sous le nom de fausse ascite, peut être des plus utiles pour fixer le diagnostic. M. Delbet cite plusieurs exemples.

M. RICARD rappelle qu'il a insisté sur le fait que le signe indiqué par M. Mathieu a été observé chez un malade qui ne présentait aucun des autres signes classiques de l'occlusion ou du rétrécissement de l'intestin grêle.

M. BROCA a observé un cas d'occlusion intestinale aiguë dans lequel il y avait une quantité de liquide considérable.

La tuberculose pylorique. — La communication que M. Poncet a faite récemment à la Société de chirurgie méritait une discussion.

M. DELBET ouvre cette discussion en rappelant les nombreuses communications de M. Poncet sur les affections tuberculeuses et en disant qu'il a « jeté sur toute la pathologie un énorme filet qu'il a ramené plein de tuberculoses ». M. Delbet exprime le regret que tous les rapprochements cliniques faits par M. Poncet ne soient que des probabilités et n'aient pas reçu la sanction des examens histologiques et bactériologiques.

Pour ce qui est des rétrécissements du pylore, de ce qu'on en trouve chez des tuberculeux, il ne s'ensuit pas qu'il y ait une relation de cause à effet entre la tuberculose et le rétrécissement. Il en est de même de bien des affections; toutes les adénites ne sont pas tuberculeuses. Les rétrécissements tuberculeux de l'urètre, les lipomes tuberculeux, les synovites à grains rhiziformes, toutes ces affections, dont a parlé M. Poncet, ont besoin d'être revisées au point de vue de leur origine tuberculeuse. Il faudrait plus de preuves histologiques ou expérimentales.

M. SCHWARTZ communique un fait de rétrécissement franchement inflammatoire du pylore qu'il a traité par la pylorectomie. L'examen n'a pas révélé, dans ce cas, la moindre lésion tuberculeuse.

M. TOUSSAINT rapporte un fait de gastro-pylorite phlegmoneuse nullement tuberculeuse.

M. TUFFIER reconnaît avec M. Poncet qu'un certain nombre d'affections que nous étions habitués à considérer comme étant d'ordre rhumatismal sont sûrement d'ordre tuberculeux. M. Poncet a eu raison d'appeler l'attention sur ces faits. Toutefois M. Poncet a peut-être été un peu loin au sujet du lipome, des rétrécissements du pylore, etc. La nature tuberculeuse de ces diverses lésions n'a pas encore été démontrée.

M. KIRMISSON s'élève avec énergie contre ce qu'il appelle les exagérations de M. Poncet. Il n'admet pas, par exemple, que cette tumeur essentiellement bénigne qu'on appelle le lipome devienne soit du cancer aux yeux de M. Doyen, soit de la tuberculose pour M. Poncet. Tant qu'on n'aura pas donné les preuves histologiques et bactériologiques, M. Kirmisson ne suivra pas M. Poncet dans cette voie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage complètement l'avis de M. Kirmisson.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Pour combattre la dyspnée : un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième, pendant 3 ou 4 jours de suite, tous les 15 ou 20 jours.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 JUIN AU 4 JUILLET 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gaucher, Legry et Lœper; — (2e série) : MM. Roger, Macaigne et André Jousset; — M. Lecène, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Brissaud, Marcel Labbé et Sicard; — (2e série) : MM. Déjerine, Letulle et Zimmern; — M. Proust, suppléant.

Mardi 30 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Rénon et Castaigne; — (2e série) : MM. Albert Robin, Gouget et Carnot; — M. Auvray, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Joffroy, Jeanselme et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt; — M. Balthazard, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 1er juillet, à une heure. — 1er (sages-femmes) : MM. Nicolas, Lepage et Potocki; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 2 juillet, à une heure. — 1er (sages-femmes, 1re série) : MM. Pozzi, Morestin et Brindeau; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Maygrier et Cunéo; — M. Langlois, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de MM. Pénau, Lantenois, Eysseric, Dufraisse, Mathieu, Bailly, Mongus, Simon (Louis), Battegay, Saïas, Legrand, Picon, Payen, Regnoult, Sclingand, Moreau, Magnenand, Boncour, Mlle Charles, MM. Royer, Weitz, Gallet, Bourderiaux, Odent, Gérard (Pierre), Marchal (François), Pacilly, Méquet, Neveux, Delabrière, Laudat, Canat, Brésil, Presset, Séguin, Blâcher, Audugé, Lécorché, Besnier, Raynaud, Martin (Alfred), Beaufour, Aureille, Bonvalet, Marchal (Joseph), Clouet, Cambault, Dubreuil, Coudert, Manceau, Zédet.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'internat en médecine vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Blanc-Perducet, Charlet, Dufourt (André), Signaux, Goyet, Mazet et Montcharmont (ex æquo), Gaulier, Charvet et Lacassagne (ex æquo), Mazel, Gerest et Japiot (ex æquo), Francillon.

Internes suppléants : MM. Reynaud, Bussy et Folliet (ex æquo), Assumel, Bérard, Fayol et Richard (ex æquo), Goullioud, Dujot, Florence et Rendu (ex æquo), Murard, Branche (Joseph) et Jalifier (ex æquo), Magnanon, Devin, Lathoud, Bussillet, Cartier-Faujas, Renard, Naz, Convert, Durand (Auguste), Michel, Perret et Denave.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Après concours, M. le docteur Lautier vient d'être nommé chef de clinique médicale; M. le docteur Puyhaubert, chef de clinique chirurgicale; M. le docteur Lefèvre, chef de chirurgie gynécologique; M. le docteur Latronche, chef adjoint de chirurgie gynécologique.

M. le docteur Gourdon est nommé démonstrateur technique d'orthopédie à la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECNE. — Angers. — M. Hersant, interne à l'Hôtel-Dieu, est nommé interne sous-bibliothécaire à l'Ecole de médecine.

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE CHEZ LES OUVRIERS DE L'ÉTAT. — L'Administration des Manufactures nationales, émue des progrès incessants que fait la tuberculose dans la plupart de ses usines et ateliers, a eu la bonne idée de se mettre en rapport avec l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose.

Cette Œuvre, fondée par le professeur Grancher et présidée actuellement par le docteur Roux, s'occupe exclusivement de prophylaxie, et place dans les familles de paysans les enfants *encore sains* de pauvres gens tuberculeux. On diminue ainsi les charges du malade qui peut plus facilement se soigner, et l'on maintient en bonne santé des enfants qui, tôt ou tard, auraient été victimes de la contagion familiale.

L'exemple donné par les Manufactures de l'État fait le plus grand honneur à la direction et au chef du service médical, notre éminent collaborateur Courtois-Suffit. Si cet exemple était suivi par toutes les grandes administrations publiques ou privées, on verrait enfin se produire un arrêt dans la marche ascendante de la tuberculose, arrêt qui serait bientôt suivi d'une descente rapide.

LA MAISON DU MÉDECIN. — Pour fêter la constitution de sa société, la Maison du médecin donnera son banquet de fondation, le mardi 23 juin à sept heures et demie du soir, au Pavillon chinois (bois de Boulogne, porte Dauphine), sous la tente avec installation spéciale de la maison Monjardet.

Prière d'envoyer son adhésion, avant le 20 juin, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires.

Prix du banquet : 10 francs. Tenue de ville.

Le Conseil d'administration fait remarquer aux nombreux amis de province de « La Maison de médecin » que ce banquet précède de quelques instants le Congrès des praticiens pour permettre aux confrères provinciaux, de passage à Paris, de venir se joindre à lui au banquet de fondation de cette œuvre de pure solidarité.

RENSEIGNEMENTS

« Tout confrère qui connaîtrait un emploi pouvant convenir à la veuve ou à la fille d'un médecin est prié de l'indiquer à la Commission d'assistance de la Société centrale de l'A. G., 5, rue de Surène, Paris. »

Demandes d'emplois :

N° 1. — Veuve de médecin, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits et enluminures : prix modérés.

Nº 2. — Veuve de médecin voudrait travaux d'écriture à faire chez elle.

Nº 3. — Veuve de médecin désire direction de maison de santé ou de clinique dans la région Lyon-Grenoble.

Nº 4. — Veuve de médecin donne leçons de dessin, peinture, gravure. Parle allemand et anglais.

Nº 5. — Veuve de médecin, ayant deux filles (29 et 21 ans), demande direction de maison de santé, où ses filles pourraient être infirmières.

Nº 6. — Deux sœurs, filles de médecin, âgées, l'une de 36 ans, l'autre de 27, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

Nº 8. — Veuve de médecin habitant l'Yonne, serait désireuse de prendre en garde des enfants, de préférence pendant la belle saison.

Nº 10. — Veuve de médecin, 28 ans, désire emploi de dame de compagnie, ou de caissière, ou de vendeuse.

Nº 11. — Veuve de médecin, 39 ans, connaissant bien direction de maison, ayant l'habitude du monde, désire trouver emploi, à Paris ou banlieue, comme dame de compagnie ou pour diriger un intérieur.

Nº 12. — Fille de médecin, 46 ans, institutrice, références de premier ordre, demande emploi institutrice, gouvernante ou dame de compagnie.

S'adr. à la Commission d'assist. de l'A. G., 5, r. de Surène.

PARALYSIE FACIALE AU COURS DU ZONA

NOUVELLE ÉTUDE PATHOGÉNIQUE

Par le docteur Paul CASASSUS (de Saint-Jean-de-Luz).

« Parmi les complications du zona, il faudra désormais inscrire la paralysie faciale, » écrivaient MM. Klippel et Aynaud, au début d'un remarquable mémoire publié dans la *Gazette des hôpitaux* (mai 1899). Ces auteurs appuyaient leur dire de 17 observations de malades chez lesquels on voyait survenir une paralysie de la septième paire au cours d'un zona.

Trois observations leur ont seules échappé : celles de Perrin (1), de Déjerine (2), d'Olaf Frich (3); mais depuis cette époque de nouveaux cas ont été publiés, parmi lesquels nous citerons en particulier ceux de Lannois (4), Thibierge (5), Gaucher (6), Sainton (7), E. H. Fraser (8), Stanley Barnes (9). Enfin nous avons pour notre part observé deux cas, alors que nous étions interne dans le service de M. le professeur W. Dubreuilh (10).

Le fait de la coexistence possible d'un zona et d'une hémiplégie faciale est donc aujourd'hui amplement démontré. Il est intéressant de rechercher les relations qui peuvent unir ces deux affections; la paralysie de la septième paire est-elle en simple coexistence avec le zona, ou y a-t-il un lien entre ces deux affections, et quel est-il?

C'est ce problème de la pathogénie des paralysies zostériennes que nous voulons étudier.

A une époque où la fréquence des paralysies n'était pas fixée comme elle l'est aujourd'hui, on ne voit dans ces faits qu'une coïncidence [Hybord (11)].

Mais ces coïncidences trop souvent renouvelées ne tardent pas à frapper l'esprit des observateurs, et diverses théories pathogéniques vont s'édifier. Klippel et Aynaud (12) en ramènent le nombre à quatre. Nous pensons qu'on doit en ajouter une, qui est la première en date et qui a joui longtemps de la faveur des pathologistes ; nous voulons parler de la théorie *a frigore*. Examinons ces théories.

Théorie « a frigore ». — Depuis les travaux de Neumann et de Hardy, on admet le froid comme cause occasionnelle du zona. D'autre part il y a longtemps que l'on a décrit la paralysie faciale *a frigore*. Rapprochant ces faits, les premiers observateurs de paralysie faciale zostérienne font du froid la cause commune de l'hémiplégie et du zona. C'est ainsi que nous lisons dans la thèse d'Hybord : « On peut supposer avec Bowater et J. Vernon qu'elles (les paralysies) ne sont pas en connexion immédiate avec l'herpès, *qu'il y a simple coïncidence*, et que ce sont des paralysies rhumatismales développées sous la même influence que le zona. »

Il est à remarquer que les divers auteurs relevaient, en effet, le *coup de froid*, dans la plupart de leurs observations. Mais, comme le dit justement Achard (1) dans sa thèse : « Qui ne pourrait trouver dans les antécédents personnels rapprochés des typhiques, des scarlatineux, des rhumatisants, etc., l'influence du froid, de l'humidité, du surmenage intellectuel et physique ? »

D'ailleurs dans plusieurs cas on a noté l'absence de tout refroidissement. C'est ainsi que Grassmann et Lannois (2), Remack (3), Perrin (4) sont très affirmatifs à ce sujet, Besnier (5) en communiquant une observation à M. Letulle relève entre autres choses que le malade n'avait pas eu notion du refroidissement auquel était probablement due l'éruption zostérienne et il ajoutait : « Mais il n'est pas du tout probable qu'un autre refroidissement ait pu se produire secondairement à l'éruption, car avant même que cette éruption se fût manifestée, toute la région latérale droite de la tête avait été largement enveloppée d'ouate. Au moment de l'apparition de la paralysie faciale, la face, la nuque et le cou étaient encore enfouis dans la chaude couche de coton. Les conditions hygiéniques étaient des meilleures. » Il en fut de même pour les deux malades que nous avons observés.

Il faut encore remarquer, contre la théorie *a frigore*, qu'il s'écoule un temps, parfois long, entre l'éruption des vésicules et l'apparition de la paralysie; dans les cas de Besnier et de Perrin l'écart atteint quinze jours.

Ces faits prouvent clairement que l'on doit rapporter à un autre facteur les complications paralytiques du zona.

Théorie réflexe. — Entrevue par Hybord, cette théorie est surtout défendue par Letulle (6). Pour lui, l'irritation zostérienne d'une branche du trijumeau pourrait, par son action sur les centres nerveux, déterminer la paralysie d'un nerf moteur, la septième paire par exemple.

Klippel et Aynaud, tout en reconnaissant à cette théorie l'avantage de rendre compte des cas où l'on constate, à côté de la parésie musculaire, de l'amyotrophie, fait remarquer qu'elle n'explique pas les cas où le zona siège à distance de la face soit sur le plexus cervical, soit sur la région thoracique.

Il est difficile, en effet, de concilier ces paralysies aberrantes avec la théorie réflexe : que les lésions zostériennes du trijumeau, nerf cranien, retentissent

(1) Perrin. *Marseille méd.*, 1892.
(2) Déjerine. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1897, p. 1 033.
(3) Olaf Frich. *Norsk Magazin*, 1896.
(4) Lannois. In thèse Achard, Lyon 1899-1900.
(5) Thibierge. In thèse Champion.
(6) Gaucher. *Journ. de méd. int.*, 1899.
(7) Sainton. In thèse Gaudu, Paris 1900-1901.
(8) E. H. Fraser. *Lancet*, London, vol. I, p. 18.
(9) Stanley Barnes. *Clin. society transactions*, London, vol. XXXVI, oct. 1902.
(10) P. Casassus. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1906.
(11) Hybord. Th. de Paris, 1872.
(12) Klippel et Aynaud. Loc. cit.

(1) Achard. Th. de Lyon, 1899-1900.
(2) Grassmann. In thèse Achard, p. 41.
(3) Remack. *Idem.*, p. 35.
(4) Perrin, Lannois. Loc. cit.
(5) Besnier. In thèse Despaigne, Paris 1890.
(6) Letulle. Zona et paralysie faciale, *Arch. de physiol. norm. et path.*, 1882.

par réflexe sur le facial, l'auditif, le moteur oculaire commun, tous également nerfs craniens, cela pourrait s'admettre ; mais comment expliquer cette action réflexe ayant pour point de départ un nerf rachidien parfois éloigné, comme un nerf intercostal (Klippel et Aynaud) ou un nerf cervical ?

D'ailleurs, les autopsies, rares il est vrai, qui ont été pratiquées dans ces cas ne plaident pas en faveur d'une action réflexe. Déjerine constate à l'examen des branches terminales du facial inférieur et supérieur « l'existence d'une dégénérescence wallérienne très nette, myéline réduite en boule et en gouttelettes, état moniliforme des tubes nerveux, *disparition du cylindre axe*... etc. ». Ces lésions tendent à disparaître en remontant dans le facial intra-pétreux et « les racines du facial examinées après l'action de l'acide osmique ne montrent pas non plus *un seul tube nerveux altéré* ».

Il y a donc plus qu'une action réflexe sur le nerf facial, il y a névrite parenchymateuse. C'est cette lésion qui a été également constatée par M. le professeur Sabrazès, sur le facial provenant de l'autopsie de l'un des malades que nous avons observés, et qui succomba, pendant la convalescence de son zona, à une complication pulmonaire (1).

Cette objection que nous faisons à la théorie réflexe nous paraît définitive.

Théorie de la propagation. — Dans cette théorie, deux hypothèses ont été émises : La propagation peut se faire par voie ascendante, ou simplement de nerf à nerf.

Dans la première hypothèse, l'inflammation zostérienne du nerf sensitif remonte jusqu'au centre nerveux où elle se transmet au nerf moteur.

Nous ferons d'abord à cette théorie la même objection qu'à la théorie précédente à savoir que les autopsies montrent le facial indemne de toute lésion à son origine tandis qu'il existe de la névrite à la périphérie.

D'autre part nous ferons remarquer que les voies centrales de propagation au facial, faciles à concevoir quand il s'agit de lésions zostériennes du trijumeau, sont beaucoup moins nettes quand le zona siège sur le plexus cervical superficiel dont les racines rachidiennes sont fort éloignées à leur origine des noyaux du facial. Comment s'expliquer alors cette inflammation ascendante qui va se propager au nerf de la septième paire, sans atteindre ceux des huitième, neuvième, dixième, onzième et douzième paires qui sont plus rapprochés ? Or, nulle part on ne trouve signalés des troubles du spinal, du glosso-pharyngien, de l'hypoglosse ou du pneumogastrique au cours du zona.

Voyons la *seconde hypothèse*, elle admet une névrite propagée de nerf à nerf. Sulzer (2) dans sa thèse écrit : « La grande fréquence relative de la paralysie faciale dans le zona occipito-collaris, semble parler en faveur d'une extension le long des branches nerveuses. L'anse anastomotique qui existe entre la branche auriculaire du plexus cervical et le nerf facial forme en effet une voie de propagation tout indiquée. »

En ce qui concerne la propagation du processus inflammatoire de la branche ophtalmique du trijumeau au nerf des troisième, sixième et septième paires craniennes les voies nerveuses sont moins apparentes. Sulzer émet cette opinion : « Il convient de se rappeler que la dure-mère et par conséquent les gaines dure-mériennes des nerfs craniens sont innervées par des filets provenant de la cinquième paire et surtout de sa première branche. Les principales ramifications du nerf de la tente du cervelet croisent la septième paire. »

Cette théorie peut paraître ingénieuse — trop ingénieuse — elle n'explique pas, selon nous, l'étendue des paralysies, et surtout, comme le font remarquer Klippel et Aynaud, la possibilité de ces complications *avec la participation de territoires où les anastomoses n'existent pas.*

Cette hypothèse est donc en défaut dans bien des cas, et dans certains autres on a vraiment de la peine à suivre le processus inflammatoire à travers le dédale cérébral et méningé.

Théorie de l'œdème. — Les troubles vaso-moteurs qui accompagnent d'une façon constante le zona et qui se manifestent par la présence d'œdème parfois considérable, ont amené les pathologistes à chercher dans cet œdème la cause des paralysies zostériennes.

L'altération des nerfs et des muscles œdématiés qui dégénèrent avait été démontrée déjà dans la phlegmasie et les œdèmes chroniques (1).

Ch. Abadie avait particulièrement insisté sur le rôle des vaso-moteurs dans la genèse du zona (2).

On s'est demandé si une infiltration profonde de la gaine des nerfs et du tissu conjonctif des muscles n'est pas l'origine des paralysies neuro-musculaires du zona.

L'existence de l'œdème au niveau de la zone où se développent les vésicules zostériennes est indiscutable. Mais cette action de l'œdème qu'on s'explique quand il s'agit de zona du nerf trijumeau, ne se comprend plus du tout quand l'inflammation et l'œdème siègent sur le territoire du plexus cervical (cou et nuque). Car si on constate dans ces cas, sur la face du côté correspondant à l'éruption, une certaine rougeur, on ne note nullement un œdème abondant et profond.

Théorie infectieuse. — C'est à Klippel et Aynaud que revient l'honneur d'avoir formulé cette théorie qui a prévalu jusqu'aujourd'hui. Voici comment ces auteurs conçoivent la pathogénie des paralysies au cours du zona : « Le zoster qui frappe un nerf sensible, frappe en même temps un nerf moteur qui dans le cas particulier est le facial.

En d'autres termes, si le zoster est une infection à détermination nerveuse, cette infection peut, dans

(1) Casassus. Th. de Bordeaux, 1908.
(2) Sulzer. Th. de Paris, 1897-1898.

(1) Klippel. *Arch. gén. de méd.*, 1889.
(2) Abadie. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, avril 1899.

certains cas, être en action simultanée sur deux branches nerveuses, dont l'une est sensitive, l'autre motrice, ou sur deux centres nerveux si l'on admet de préférence l'origine centrale du zona. Ainsi interprétée, la paralysie faciale ne devient plus une simple complication du zona; elle est le zona lui-même en action sur le nerf facial ou sur son centre. » Cette théorie leur paraît « la plus vraisemblable et la mieux expliquer l'ensemble des faits »; elle rend compte de l'aberrance possible de la paralysie.

Achard (1) adopte cette théorie dans sa thèse sur « les accidents multiples des nerfs craniens compliquant le zona ».

Champion (2) écrit dans sa thèse : « Et nous voici arrivés à la quatrième théorie, à laquelle nous nous arrêterons, c'est la théorie infectieuse à laquelle il nous a toujours fallu en revenir... Toutes les autres théories doivent être rejetées... L'infection seule explique tout et ne peut être niée. Elle met la clarté dans nos hésitations et satisfait l'esprit en montrant le lien des accidents à distance si nombreux et parfois si différents à première vue. »

Enfin en 1901, Gaudu (3) dit : « Nous admettons pleinement cette théorie infectieuse... les paralysies à distance ne sont pas des complications du zona, mais le zona lui-même en action sur des nerfs différents ou sur leurs centres. »

Que faut-il penser de cette théorie? Mérite-t-elle l'enthousiasme avec lequel Champion l'adopte? Est-il vrai, comme il le dit, « qu'elle explique tout, » et qu'elle « mette la clarté dans nos hésitations »?

Nous reconnaîtrons volontiers que cette théorie a le mérite d'avoir pour base *l'idée d'infection*, qui est celle qui prévaut aujourd'hui pour expliquer la nature du zona.

Nous reconnaîtrons également qu'elle rend parfaitement compte des paralysies à distance, et que les autopsies faites dans ces cas sont à son avantage.

Cependant elle ne nous satisfait pas complètement; en effet, s'il est vrai que l'éruption zostérienne et la paralysie ne sont qu'une seule et même affection agissant distinctement sur deux nerfs différents dont l'un est moteur et l'autre sensitif, comment expliquer ce fait que la maladie débute d'une *façon constante* par le nerf sensitif et ne se manifeste sur le nerf moteur que quelques jours après? Pourquoi les phénomènes se succèdent-ils *toujours* dans le même ordre, l'éruption apparaissant après la névralgie et la paralysie après l'éruption?

Pourquoi s'écoule-t-il un temps, parfois long — *quinze jours dans les cas de Besnier et Perrin* — entre le moment de l'éruption et l'installation de la paralysie?

Si, comme semblent le dire Klippel et Aynaud, l'infection zostérienne peut agir *primitivement* sur le nerf facial, pourquoi ne rencontre-t-on jamais de malades ayant d'abord une paralysie faciale et ensuite un zona du trijumeau ou du plexus cervical? Nombreux sont les cas de zona sans paralysie, pourquoi

(1) Achard. Loc. cit.
(2) Champion. Th. de Paris, 1899-1900.
(3) Gaudu. Th. de Paris, 1900-1901.

n'existe-t-il pas de paralysie zostérienne sans zona des nerfs sensitifs?

Il y a là des constantes dont nous devons tenir compte et qui échappent à la théorie infectieuse telle que l'ont formulée Klippel et Aynaud.

D'autre part, nous remarquerons que les lésions de névrites du facial siègent *à la périphérie* sur les branches terminales du nerf, nous en avons pour preuve les autopsies [Sabrazès (1), Déjerine (2)], et surtout les troubles moteurs qui ne portent que très rarement *sur les branches profondes* du facial (corde du tympan, nerf de l'étrier, etc.). Si nous considérons au contraire les lésions du nerf sensitif, la névrite intéresse tout le tronc nerveux et le ganglion rachidien correspondant (Pitres, Campbell et Head). Pourquoi *une seule et même affection* agirait-elle différemment sur deux nerfs qu'elle frappe *en même temps chez le même sujet*?

Enfin nous constaterons que cette théorie nous ramène à l'ancienne théorie des coexistences avec l'élément infectieux en plus, et à l'inverse de Champion, qui prétend qu'elle explique tout, nous croirions plutôt qu'elle n'explique rien.

En résumé, aucune des théories que nous avons examinées ne nous satisfait pleinement; chacune rend compte d'un petit nombre de faits, mais aucune ne s'applique à la généralité des cas. Que conclure, sinon que le problème est ardu et difficile à résoudre?

Cependant, peut-être pourrait-on demander à l'ensemble de ces théories ce qu'une seule ne donne pas? C'est ce que nous allons essayer de faire.

Prenant pour type de notre étude la paralysie faciale survenant au cours du zona cervical, nous verrons comment nous pensons qu'on peut l'expliquer. Nous rechercherons ensuite si cette pathogénie est appliquable aux autres cas.

Donnons d'abord une formule à notre théorie : *Les paralysies faciales au cours du zona ne sont autre chose que la propagation de l'infection zostérienne au nerf facial. Cette infection, primitivement localisée sur le nerf sensitif, frappe secondairement le nerf moteur. La voie de propagation utilisant les veines, les lymphatiques et le tissu cellulaire.*

Si nous nous rapportons aux observations de paralysies faciales dans le zona cervical (3), nous constatons que l'éruption zostérienne s'étend en avant jusqu'à la branche horizontale du maxillaire inférieur, empiétant souvent sur la partie tout inférieure du visage. Cette région est rouge, tuméfiée et le siège d'une infection évidente. Or, nous savons que le nerf facial, par sa branche inférieure (cervico-faciale) commande toute cette zone motrice. Nous savons qu'il donne des rameaux aux muscles peauciers de toute cette région. Quoi d'étonnant à ce qu'il s'enflamme à son tour? Ses lymphatiques, ses veines, sont en rapport avec les veines et les lymphatiques infectés, quoi d'étonnant à voir survenir une névrite?

(1) Sabrazès. In thèse Casassus, Bordeaux 1908.
(2) Déjerine. Loc. cit.
(3) Nous en avons rassemblé 15 cas dans notre thèse, Bordeaux 1908.

Et cette névrite va se propager, va remonter le long des rameaux, atteindre les branches et finalement le tronc du nerf lui-même. S'arrête-t-elle au niveau du trou stylo-mastoïdien? Le goût, l'ouïe ne seront pas troublés. Remonte-t-elle plus loin, atteint-elle le ganglion géniculé? Nous aurons de l'abolition du goût (corde du tympan) et de la dureté de l'ouïe (nerf de l'étrier).

Il est certain que les anastomoses qui existent entre le plexus cervical et le facial faciliteront singulièrement la propagation que l'on s'explique cependant sans elles.

Si le zona siège sur une des branches du trijumeau (maxillaire inférieur, maxillaire supérieur, ophtalmique), la propagation de l'infection au nerf facial se produit encore plus aisément, les points de contact étant plus nombreux et les relations plus intimes.

Mais l'infection peut se transmettre à d'autres nerfs que le facial; c'est ainsi que les nerfs moteurs de l'œil peuvent être atteints; or, celui qui est le plus souvent frappé est précisément celui qui a le plus de relations avec la région malade; c'est le moteur oculaire commun qui innerve le releveur de la paupière, et nous savons combien la paupière supérieure est le siège de prédilection des vésicules herpétiques du zona.

Le nerf optique est aussi parfois frappé de névrite et d'atrophie au cours du zona ophtalmique [Sulzer (1), Desirat (2)], la propagation de l'infection s'explique très bien par la disposition anatomique des lymphatiques de la région. Nous lisons en effet, dans la thèse de Denucé (3): « Les lymphatiques de la choroïde par l'intermédiaire du réservoir périchoroïdien... aboutissent à l'espace sous-vaginal, véritable gaine lymphatique enveloppant le nerf optique. »

Cette manière de concevoir la pathogénie des paralysies faciales zostériennes éclaire bien des points que laissaient obscurs les autres théories. On comprend:

1° Pourquoi la paralysie faciale est *toujours secondaire* à l'éruption;

2° Pourquoi il s'écoule un temps, parfois long entre la date de l'éruption et celle de l'hémiplégie faciale;

3° Pourquoi la paralysie est si étendue;

4° Pourquoi elle peut se produire sur des territoires où les anastomoses n'existent pas;

5° Pourquoi elle siège du même côté que le zona;

6° Pourquoi le nerf facial, *par ses rameaux peauciers*, est si souvent atteint, alors que jamais le spinal n'est lésé bien que la branche qui innerve le muscle sterno-cléido-mastoïdien soit sous-jacente à la zone infectée;

7° Pourquoi les lésions du facial siègent surtout sur les branches terminales; et pourquoi dans les autopsies de Déjerine et Sabrazès, alors que le zona avait été cervical, c'est surtout la branche cervico-faciale qui présente des lésions de névrite: « Ces lésions de névrite parenchymateuse, qui sont d'autant plus avancées que l'on examine les branches *les plus éloignées* du tronc du nerf, existent sur un beaucoup plus grand nombre de tubes nerveux dans les branches du *facial inférieur où il n'y a pas un tube sain pour dix tubes malades*, que dans les branches du *facial supérieur* où la proportion est *inverse*. »

8° Pourquoi la paralysie faciale revêt le type périphérique.

Enfin cette théorie a l'avantage de rester d'accord avec les idées actuelles qui veulent que le zona se développe primitivement sur un nerf sensitif.

Si nous faisons des lymphatiques les voies d'apport du microbe ou de ses toxines, c'est que dans presque tous les zonas on note des traînées de lymphangite et des adénopathies très prononcées qui prouvent que les vaisseaux vecteurs de la lymphe sont infectés.

Barthélemy est le premier à avoir signalé ces adénopathies. Hay (1) insiste longuement sur ces faits. Il prétend même avoir constaté une adénopathie prémonitoire. Enfin, Gaucher attache une grande importance à ce symptôme qui, dans certains cas de zonas de la face a pu induire en erreur et faire croire à un érysipèle.

Et maintenant que nous venons d'exposer la théorie qui nous paraît rendre compte des faits qui nous intéressent, nous ne pouvons manquer d'être frappés de la ressemblance qui existe entre les complications paralytiques du zona, ainsi expliquées, et celles que l'on rencontre au cours de l'érysipèle de la face.

Au cours de cette affection, essentiellement infectieuse, nous notons aussi des paralysies faciales, des ophtalmoplégies, des névrites optiques. Ces complications surviennent dans les mêmes conditions que dans le zona, c'est-à-dire qu'elles débutent quand la maladie est déjà en cours (trois, cinq, dix jours et plus), qu'elles affectent le même côté que l'érysipèle et ont, du moins en ce qui concerne la paralysie faciale, des destinées identiques, la guérison étant la règle dans la plupart des cas.

Nous voyons dans ce parallèle une preuve nouvelle en faveur de notre théorie. Pourquoi, en effet, ne pas accorder la même pathogénie à des faits cliniques essentiellement semblables?

Or, voici comment Fauveau (2) explique les complications oculaires au cours de l'érysipèle de la face: « L'érysipèle de la face nous a paru agir sur le nerf optique de deux façons: *a.* comme maladie locale, de proche en proche, l'infection se propageant d'abord au tissu cellulaire de l'orbite, soit directement par sa continuité avec celui des régions voisines, soit par voie veineuse et lymphatique pour gagner ensuite le nerf optique qui serait d'abord frappé de névrite, avant d'être atteint d'atrophie; *b.* par voie générale comme maladie infectieuse et microbienne. »

Par ailleurs, Garnier et Thaon (3) rapportant à la Société de neurologie un cas de paralysie faciale

(1) Sülzer. Loc. cit.
(2) Desirat. Th. de Bordeaux, 1903.
(3) Denucé. Th. de Bordeaux, 1884-1885.

(1) Hay. *Journ. of cutan. and gen. ur. diseases*, janv. 1898.
(2) Fauveau. Thèse de Bordeaux, 1903-1904.
(3) Garnikr et Thaon. *Arch. de neurol.*, 4 fév. 1904.

périphérique droite survenue dans la convalescence d'un érysipèle de la face à droite, ajoutaient : « La paralysie s'est accompagnée de réaction de dégénérescence, la guérison complète est survenue au bout de deux mois. Les lésions paraissent relever d'une imprégnation directe des filets nerveux de la région par les toxines de l'érysipèle. »

Que la névrite du facial soit due à l'action directe d'un microbe ou qu'elle relève d'une imprégnation des filets nerveux par les toxines de ce microbe, nous l'ignorons, mais ce qui nous semble indéniable c'est qu'elle résulte de la propagation d'une infection de voisinage qui est ici le zona.

Dans quelles conditions cette propagation va-t-elle se produire? En d'autres termes comment se fait-il qu'un même zona détermine chez un sujet une paralysie faciale, alors qu'il évoluera chez un autre sans complication.

C'est ici, croyons-nous, le moment de faire intervenir l'influence du terrain névropathique, cette influence qui a été mise en lumière par Letulle pour le zona, et par Charcot pour la paralysie faciale. La plupart des observations qui sont rapportées, signalent chez les malades des tares névropathiques ou arthritiques, et nous pensons qu'on ne peut nier leur rôle important dans la genèse des complications paralytiques du zona.

En résumé, les paralysies au cours du zona nous paraissent dues à la propagation de l'infection zostérienne primitivement localisée au nerf sensitif, à un nerf moteur voisin ; propagation utilisant pour se produire la voie lymphatique, veineuse ou le tissu cellulaire.

Condition favorable à ces complications : le terrain névropathique et arthritique.

Cause occasionnelle la plus fréquente : le froid.

PASSAGE DES OPSONINES DE LA MÈRE AU FŒTUS

Par M. J. MILITH,
Interne des hôpitaux de Paris.

Au cours d'une fièvre typhoïde évoluant chez une femme dont nous étudiions la courbe de l'indice opsonique, une fausse couche d'un fœtus de six mois s'est produite qui nous a permis de vérifier certains faits encore peu signalés de passage des opsonines de la mère au fœtus.

La malade présentait une agglutination à 1/50 très nette pour le bacille d'Eberth.

Son indice opsonique pour le bacille d'Eberth recherché suivant la méthode de Wright et Douglas était 2,7.

Le sang du fœtus examiné aussitôt après l'avortement n'agglutine pas. Son indice opsonique est 1,8.

Le lait de la mère agglutine très fortement. Son indice opsonique est de 2,1.

Les urines de la malade qui permettent au bout d'un certain temps de constater une agglutination assez nette, ne contiennent par contre presque pas d'opsonine indice 0,4.

Même constatation en ce qui concerne les larmes de la malade, indice 0,3.

Ces faits sont à rapprocher de ceux signalés par Edward Turton et Roy Appleton, en ce qui concerne le bacille de Koch et le staphylocoque, « The relative opsonic power of the mothers blood, serum and milk, » *Brit. med. Journ.*, 13 avril 1907.

D'après ces auteurs, le pouvoir opsonique pour le bacille de Koch et le staphylocoque, est moins élevé dans le lait que dans le sérum. Il en est de même chez les vaches tuberculeuses. Enfin le pouvoir opsonique est moins élevé dans le sérum du nouveau-né que dans celui de la mère.

Nous avons cru utile de signaler ces résultats ; ils peuvent permettre d'élucider quelque peu les relations existant entre les agglutinines et les opsonines, et l'origine même de ces opsonines.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JUIN 1908)

Augmentation de la capacité vitale et du périmètre thoracique chez les enfants. — M. Marage expose les résultats obtenus à la suite de six mois d'expériences, dans une école de Paris, de la gymnastique respiratoire telle qu'il l'a déjà indiquée à l'Académie.

Ces exercices d'inspiration faits pendant cinq minutes, deux fois par jour, ont amené la suppression des attitudes vicieuses ; les enfants se tiennent droits et les omoplates cessent d'être saillantes.

L'état sanitaire général s'est amélioré sensiblement et on a pu constater un développement très rapide chez les sujets un peu malingres.

Si, dans toutes les écoles de France, les élèves faisaient chaque jour ces exercices, le nombre des conscrits aptes au service militaire augmenterait dans une notable proportion. A une époque ou la natalité diminue, ce résultat n'est pas à dédaigner.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 JUIN 1908)

Sporotrichose gommeuse disséminée en noyaux très confluents, gomme sous-périostée du tibia. Présence du parasite dans le sang. — MM. F. Widal et André Weill. Le malade atteint de sporotrichose nodulaire gommeuse que les auteurs présentent est intéressant tout d'abord par la rapidité d'apparition et de succession de ses lésions. Depuis deux mois, époque à laquelle a commencé sa maladie, c'est une véritable explosion de nodosités qui a éclaté à la surface du corps de cet homme. On a compté 97 gommes sur ses téguments ; il n'a pas encore été rapporté jusqu'ici d'observation avec nodosités si nombreuses. Ces nodosités sont, pour la plupart, primitivement dermiques et leur ouverture ne laisse pas de trajet fistuleux.

Le malade montre encore des nodosités profondes ; deux sont sous-aponévrotiques ; une troisième périostée siège sur le tibia. Cette dernière lésion décrite pour la première fois, chez l'homme, tout récemment par MM. Sicard, Bith et Gougerot et par M. Fage, avait déjà été constatée expérimentalement, chez les animaux, par MM. de Beurmann, Gougerot et Vaucher.

MM. F. Widal et A. Weill ont pu, par l'hémoculture, isoler du sang le parasite. Cette constatation qui, jusqu'ici, n'avait pas été faite dans la sporotrichose spontanée de l'homme, leur fournit la preuve que la forme gommeuse disséminée est le résultat, comme on pouvait s'y attendre, d'une véritable septicémie. C'est charrié par le sang que le parasite vient s'arrêter en divers points des téguments pour y coloniser et présider au développement des nodosités.

Adipose douloureuse de Dercum par l'insuffisance ovarienne. — MM. SICARD et BERKOVITCH, chez trois jeunes femmes qui avaient subi la castration ovarienne, ont vu évoluer tous les troubles morbides caractéristiques du syndrome de Dercum : nodosités douloureuses, adipose, asthénie, troubles psychiques.

A côté d'une origine par perturbation thyroïdienne, il y a donc lieu d'assigner au syndrome de Dercum une étiologie par insuffisance ovarienne.

Insuffisance thyro-ovarienne et hyperactivité hypophysaire (troubles acromégaliques). Amélioration par l'opothérapie thyro-ovarienne; augmentation de l'acromégalie par la médication hypophysaire. — MM. Louis RÉNON et Arthur DELILLE rapportent l'histoire d'une femme atteinte d'insuffisance thyroïdienne, d'insuffisance ovarienne et d'hyperactivité hypophysaire, anorexie, gastralgie, constipation, hypertension, migraines périodiques, céphalée à prédominance temporale, névralgies faciale, lombo-adbominale, crurale, etc., atrophie des muscles des membres inférieurs, troubles de la vue, asthénie, hypocardie, sensation de froid aux pieds, mains froides et humides, bouffées de chaleur, sudations, déformations de la face (front bas et fuyant, nez proéminent, maxillaires saillants, prognathisme assez accentué, dents plus écartées que normalement), léger épaississement des doigts, etc., tels étaient les symptômes morbides. La malade n'a été réellement soulagée que par l'opothérapie associée thyro-ovarienne. La médication hypophysaire a, par contre, augmenté les signes fonctionnels, et surtout mis en lumière et aggravé certains troubles acromégaliques que l'on peut considérer comme caractérisant l'hyperactivité hypophysaire normale ou déviée : déformations de la face, des mains, des pieds, etc. Les auteurs discutent la pathogénie de l'acromégalie et établissent l'importance de l'opothérapie associée.

Contribution à l'étude des lésions aortiques expérimentales déterminées par l'intoxication tabagique. — MM. G. GUILLAIN et GY. Depuis que M. Josué a montré la facilité avec laquelle on obtenait, au moyen de l'adrénaline, des lésions aortiques athéromateuses, beaucoup d'auteurs ont recherché l'influence du tabac sur la pathogénie de l'athérome. MM. Adler et Hensel, Papadia, Miller, avec la nicotine; MM. Boveri, Baylac, Amouroux, Gouget, Lesieur, Ball, Lœper, avec des infusions, des macérations, des pilules de tabac, ont pu déterminer l'athérome chez les animaux.

Les auteurs se sont proposé aussi de rechercher cette influence du tabac dans la pathogénie de l'athérome, et dans ce but ont employé des techniques diverses (injections intra-veineuses, sous-cutanées, intrastomacales de macérations de tabac, de dissolution aqueuse de fumée, présence des animaux dans des atmosphères de fumée). Leurs expériences ont porté sur 48 lapins, ils en retiennent seulement 33 chez lesquels l'intoxication a été assez prolongée pour que l'athérome ait pu se créer. Sur ces 33 lapins ils n'ont observé que dans 3 cas l'athérome aortique. Un de ces lapins avait reçu par la voie stomacale en cent trente et un jours 930 centimètres cubes d'une macération d'un tabac français, le second avait reçu en soixante-quinze jours 47 injections sous-cutanées d'un centimètre cube d'une dissolution aqueuse à 10 p. 100 de la fumée d'un tabac français; le troisième avait eu en cent cinquante-trois jours 36 injections intraveineuses d'un centimètre cube puis 73 injections sous-cutanées de la même dose d'un tabac dit désintoxiqué. En opposition avec ces résultats positifs, 30 autres lapins intoxiqués, la plupart pendant un temps plus long et à des doses plus fortes, n'ont présenté aucune lésion athéromateuse.

Il leur semble donc que l'on crée des lésions athéromateuses avec le tabac avec moins de facilité que beaucoup d'auteurs ne le disent. Il est nécessaire dans les expériences sur les animaux d'envisager aussi la possibilité de l'athérome spontané constaté avec une fréquence plus ou moins grande par MM. Rzentlowski, Kaiserling, Thévenot, Giovanni Quadri, Miles, Lucien et Parisot.

Certaines races de lapins paraissent faire plus facilement que d'autres soit de l'athérome spontané, soit de l'athérome expérimental. Il faut, croient les auteurs, penser spécialement à cet athérome spontané quand l'athérome est apparu avec une rapidité invraisemblable ou quelques jours après l'injection d'une substance toxique.

En somme, au point de vue expérimental, le tabac semble se comporter bien différemment de l'adrénaline comme agent causal d'athérome. D'ailleurs au point de vue de la clinique humaine, le rôle de l'intoxication tabagique dans la pathogénie de l'athérome et de l'artério-sclérose n'est pas admis par différents cliniciens, tels que Potain et Lancereaux.

Le sel de bismuth. — M. E. BARIÉ. Le sel de bismuth peut demeurer pendant un temps assez long dans la cavité de l'estomac. C'est ainsi que chez un tuberculeux auquel il faisait prendre de grandes quantités de bismuth pour des accidents gastro-intestinaux, il trouva à l'autopsie la muqueuse stomacale recouverte sur une vaste étendue d'une couche notable de sous-nitrate de bismuth ; en quelques points, le dépôt était très épais, formant comme des sortes de concrétions stratifiées.

Dans son action sur l'estomac, on peut se demander si le sous-nitrate de bismuth agit exclusivement à la façon d'un pansement local inerte, ou bien si sa composition chimique entre aussi en ligne de compte. Si l'on n'admet que la première hypothèse, on peut croire qu'on obtiendrait les mêmes résultats thérapeutiques avec d'autres substances que le bismuth, par exemple avec le talc de Venise qui est un silicate de magnésie insoluble et qu'on prescrirait en suspension dans de l'eau ou du lait. Si, au contraire, on admet surtout une action chimique, on pourrait substituer au bismuth, qui a provoqué quelquefois des accidents toxiques, la craie préparée, insoluble comme lui et qui constitue dans l'estomac une réserve de sel alcalin et neutre.

Coexistence de tabes chez une femme et de syphilis en évolution chez son enfant nouveau-né. — MM. DUFOUR et COTTENOT. La malade dont il s'agit est une tabétique non incoordonnée ; elle a des douleurs fulgurantes. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis d'un côté ; le réflexe lumineux est presque aboli à droite. La ponction lombaire décèle la présence de nombreux lymphocytes.

Les traces de spécificité sont peu nettes dans l'histoire de cette malade. Mais il est remarquable que deux grossesses antérieures se sont terminées, la première à sept mois, et l'enfant a survécu ; la deuxième à huit mois, et l'enfant est mort-né.

Le 1er mai la malade accouche pour la première fois à terme. L'enfant est nourri par sa mère. Il entre à l'hôpital le 20 mai.

Il présente un érythème maculo-papuleux disséminé sur les membres et l'abdomen, du pemphigus à la paume des mains et à la plante des pieds. La muqueuse buccale est intacte, mais il existe un coryza intense.

Le ventre est ballonné, le foie est très gros, la rate hypertrophiée.

En trois jours l'état s'aggrave, malgré le traitement spécifique. L'enfant s'œdématie, a de la diarrhée verte, et meurt le 3 juin.

On a pu rarement signaler la coexistence, chez un même individu, de tabes et de lésions syphilitiques tertiaires, ou même d'éruptions cutanées secondaires. Mais les cas analogues à celui qu'ils viennent d'observer sont plus exceptionnels encore.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1908)

Des injections hydriques transcutanées. — MM. CHIRAY et A. LAMARRE (d'Evian). L'étude des mutations hydriques qui se font à travers la peau sous l'influence des bains et douches conduit aux conclusions suivantes :

1° Dans les mêmes conditions d'eau, de sujet et d'équilibre hygrométrique, on peut faire exhaler ou absorber de l'eau à travers la peau saine ;

2° L'exhalation peut atteindre jusqu'à 800 et 1000 grammes et plus; l'absorption jusqu'à 200 et plus;

3° Au-dessus d'une certaine température, il y a exhalaison. Au-dessous il y a absorption. Le point d'équilibre (point isotherme) varie suivant les eaux et les sujets, mais il est constant pour un sujet donné vis-à-vis d'une eau douce ;

4° La densité et la pression font varier le point isotherme. En élevant artificiellement la densité d'une eau, par adduction de sel marin, on élève le point isotherme ;

5° L'état organique peut être modifié de façon à augmenter la faculté d'absorption de la peau.

En déshydratant au préalable le sujet par un bain d'air chaud, on le rend apte à absorber par la peau des quantités d'eau assez considérables.

La connaissance de ces différentes lois peut donc permettre, suivant les indications thérapeutiques, d'obtenir des résultats intéressants, soit en déshydratant l'organisme, soit en l'hydratant. Le bain peut constituer une injection de sérum.

Recherches expérimentales sur l'action de l'argent colloïdal sur la température. — M. et Mme BOURGUIGNON montrent que l'électrargol donne le plus souvent une élévation de température, tandis que l'argent colloïdal non stabilisé non isotonique donne le plus souvent une chute de température. L'argent colloïdal stabilisé non isotonique donne des courbes de température qui ressemblent beaucoup plus à celles de l'argent colloïdal pur qu'à celles de l'électrargol.

L'eau distillée donne des courbes de température qui n'ont aucun trait commun avec les précédentes.

Enfin l'argent colloïdal pur donne un précipité noirâtre au lieu même de l'injection, tandis que l'électrargol n'en donne pas.

Augmentation progressive de la concentration moléculaire des humeurs de l'organisme pendant la vie et après la mort. — M. A. JAVAL. La concentration moléculaire des liquides de l'organisme lorsqu'elle perd son taux normal correspondant à $\Delta = -0°56$, subit des variations qui ne sont, en général, ni brusques, ni passagères.

Quand on constate dans les humeurs d'un organisme malade une augmentation anormale de cette concentration, on peut vérifier pendant un certain temps la permanence de cette hypertonicité qui s'installe à un taux devenu fixe.

On peut ensuite constater à plusieurs jours ou plusieurs semaines d'intervalle l'augmentation lente et progressive du taux de concentration.

Après la mort, l'hypertonicité continue à s'exagérer.

M. Javal rapporte plusieurs exemples de la marche progressive de ces concentrations moléculaires.

Influence des injections de glucose sur l'infection et l'intoxication chez les animaux rendus hyperthermiques. — MM. E. LESNÉ et L. DREYFUS. Les injections de glucose modifient les échanges de l'azote en les diminuant particulièrement chez les animaux chauffés. Or des cobayes chauffés inoculés avec du choléra des poules et du sucre meurent toujours plus rapidement que les témoins non chauffés ou n'ayant pas reçu de glucose. On constate en outre chez les cobayes chauffés ayant reçu du sucre une diminution de l'immunité antitoxique après injection de sérum antidiphtérique ou antitétanique. On peut admettre soit que le glucose empêche la formation de corps favorables à la neutralisation des toxines ou à la formation d'un complément, soit que l'organisme ayant à choisir brûle plutôt les hydrates de carbone que les toxines. Mais il faut, par la température, modifier l'irritabilité chimique de la cellule pour altérer son pouvoir de défense.

Sérum de Trunecek et athérome expérimental. — M. J. TEISSIER (de Lyon) a continué avec M. Thévenot l'étude de l'athérome expérimental dont ils ont déjà présenté les premiers résultats à la Société de biologie. Les nouvelles recherches qu'ils ont faites sur le lapin leur permettent de penser que le sérum de Trunecek, même injecté dans le sang à dose élevée n'empêche nullement la production de l'athérome expérimental. Ce résultat, intéressant par lui-même, constitue en outre une nouvelle preuve de l'indépendance déjà établie par nous de l'action hypertensive de l'adrénaline et de son action athéromateuse.

Possibilité d'un pronostic de la mort chez les paralytiques généraux par l'examen de la pression sanguine. — Pour MM. VASCHIDE et R. MEUNIER, la chute brusque et considérable de la pression sanguine permet, plusieurs jours à l'avance, d'annoncer la mort dans la paralysie générale. Cette chute se retrouve, mais moins accusée, à l'approche des rechutes ou des ictus.

Origine des fibres de la zonule de Zinn. — Pour M. J. MAWAS : 1° les fibres zonulaires commencent avec les premières cellules de l'épithélium clair du corps ciliaire, immédiatement en avant de l'ora serrata ; 2° elles naissent de toute la surface de cet épithélium, aussi bien dans le fond des vallées ciliaires que sur les parties latérales et les crêtes de ce procès.

Sur une particularité de la température dans un cas de méningite. — Dans une méningite syphilitique aiguë, MM. CROUZON et VILLERET ont constaté qu'à la période terminale de la maladie et après la mort, la température examinée, à quatre reprises différentes, atteignit le même degré dans l'aisselle et dans le rectum.

Autres communications :

Action antihémolytique des émulsions d'huile. — M. FROUIN.

L'excrétion normale des corps du groupe urobiline. Leur présence dans l'urine du lapin. — MM. GAUTIER et RUSSO.

Mécanisme de la guérison dans l'infection pneumococcique. — MM. TCHISTOVITCH et JOUREVITCH.

Sur le pouvoir hémolytique de l'argent colloïdal. — Mme BOURGUIGNON.

Action comparée du sérum et de quelques sels sur l'instabilité et la force du cœur de grenouille. — M. LUSSANA.

Action comparée de la choline et de la pilocarpine sur la teneur en glycogène du foie. — M. DOYON.

Les opsonines dans les états thyroïdiens. — M. MARBÉ.

Généralisation de la réaction de Pettenkoffer-Mylius. — M. DENIGÈS.

Présence d'une levure dans la spume. Sa signification pathogénique. — M. LE DANTEC.

Nouveau traitement des diarrhées chroniques des pays chauds. — M. LE DANTEC.

Réduction de l'oxyhémoglobine après la mort. — MM. GAUTRELET et LANDE.

Sur les variétés de structure du cartilage élastique des bronches chez l'homme. — M. MICHEL DE KERVILY.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA GOUTTE ATONIQUE

En présence d'une goutte rebelle, atonique, M. Huchard est d'avis de supprimer les médicaments antigoutteux habituels (colchique, quinine, salicylate de soude), le malade ne se trouvant plus en état de réceptivité médicamenteuse. Il conviendra :

1° De combattre l'état anémique du sujet (principale cause de la prolongation inusitée de la maladie) par une médication tonique (ferrugineux) et une alimentation fortifiante ;

2° De solubiliser les urates et d'empêcher toute répercussion viscérale, par l'administration journalière de « Pipérazine granulée effervescente » (1 à 3 mesures par jour).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 JUIN AU 4 JUILLET 1908

Vendredi 3 juillet, à neuf heures. — 2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 4 juillet, à une heure. — 2e (sages-femmes), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Castaigne, suppléant.

THÈSES

Mercredi 1er juillet 1908, à une heure. — M. Montel. Contribution à l'étude du shock nerveux. Sa forme post-partum immédiat. (MM. Pinard, président; Segond, Gosset et Couvelaire.) — M. Beckiarian. Abcès froids pré-laryngés d'origine ganglionnaire (contribution à l'étude). (MM. Segond, président; Pinard, Gosset et Couvelaire.) — M. Bourgeois. Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la rotule. (MM. Segond, président; Pinard, Gosset et Couvelaire.) — M. Mary. Sur un cas de rupture de pyo-salpinx pendant l'accouchement. (MM. Segond, président; Pinard, Gosset et Couvelaire.) — M. Rebaud. Du prurit tabétique avec ou sans lichénification. (MM. Gaucher, président ; Roger, Macaigne et Lœper.) — M. Guilhaume. Le régime déchloruré dans les ascites cirrhotiques. (MM. Roger, président; Gaucher, Macaigne et Lœper.)

Jeudi 2 juillet, à une heure. — M. Lafont. Contribution à l'étude de l'alcoolisme chez les adultes dans les hôpitaux de Paris. (MM. Joffroy, président; Raymond, Desgrez et Claude.) — Mlle Bourguignon. De l'argent colloïdal. (MM. Raymond, président; Joffroy, Desgrez et Claude.) — M. Billebeaud. La fièvre dans la pneumonie chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Bar, Nobécourt et Jeannin.) — M. Ely. Affections stomato-dentaires d'origine gravidique. (MM. Bar, président ; Hutinel, Nobécourt et Jeannin.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVIII, n° 18, 30 avril 1908.) Arthur L. Chute : Quatre cas d'infection des voies urinaires avec une variété de staphylocoque blanc. — Nathaniel R. Mason : Le traitement de la rigidité anormale du col utérin par les incisions profondes. Description de deux cas (avec 6 fig.). — David Townsend, F. P. Mac Carthy et R. H. Houghton : Le campement de jour de Mattapan pour les phtisiques (Boston) [avec 3 fig. et tabl.). — Robert Soutteh : Consolidation des appareils plâtrés avec des bandes roulées en cordes (avec 5 fig.). — John D. Adams : Quelques observations sur la confection des corsets plâtrés (avec 3 fig.). — (N° 19, 7 mai, numéro en l'honneur de Reginald Fitz.) George S. C. Badger : Observations sur la pression sanguine dans l'éclampsie (2 tracés). — Williston W. Barker : Deux cas de leucémie atypique (1 tabl.). — William F. Boos : Sur la toxine de l'éclampsie. — L. H. Burlingham : La salle de malades sous une tente du Massachusetts general Hospital. — Henry A. Christian : L'histologie des myélomes multiples. Etude comparative de 11 cas (avec 27 pl. et tabl.). — Francis P. Denny : L'usage du lait humain dans la fièvre typhoïde pour augmenter le pouvoir bactériolytique du sang (avec 5 tracés). — Charles Hunter Dunn : La broncho-pneumonie : ses types cliniques en relation avec son étiologie (avec 9 tracés et tabl.). — Théodore Jewett Eastman : Le diagnostic des conditions circulatoires par la mesure de la température (avec 3 tabl.). — J. L. Goodale : Sur la transformation de termes cliniques descriptifs en leurs équivalents histologiques dans les maladies du nez et de la gorge. — Harry W. Goodall et Elliott P. Joslin : La valeur clinique du dosage de l'ammoniaque dans l'urine des diabétiques (avec 14 tabl.). — Henry F. Hewes et Herman M. Adler : Utilisation clinique pour l'étude des fonctions du tube digestif, digestion et absorption des aliments, par l'examen méthodique des fèces (avec 3 tabl.). — Elliott P. Joslin et Charles L. Overlander : Les cultures de sang dans la fièvre typhoïde avec des déductions sur le traitement à l'hôpital (avec 4 tabl.). — Royer I. Lee : Sur l'usage de la tuberculine dans le traitement de la tuberculose localisée à l'exclusion de la tuberculose pulmonaire (25 obs.). — Merrick Lincoln : Maladie d'Hodgkin et éosinophilie. Description d'un cas avec autopsie. — Francis W. Palfrey : L'épreuve butyrométrique de Sahli de la fonction gastrique (avec 1 tabl.). — Joseph H. Pratt et Royal Hanch : Sur la production de steatorrhée non associée à la jaunisse ou à une maladie déterminée du pancréas. — Mark Wyman Richardson : Les faits et les hypothèses concernant la nature de la fièvre typhoïde (avec 6 fig.). — William B. Robbins : Sarcome primitif de la plèvre (avec 2 pl.). — Wilbur. A. Sawyer : Infection streptococcique de porte d'entrée inconnue. — R. M. Smith : L'origine des cylindres des urines; étude expérimentale (avec 10 pl.). — William H. Smith : L'âge et ses relations avec l'artério-sclérose et la mort par artério-sclérose (avec 6 tracés). — Arthur K. Stone : Péritonite tuberculeuse. Etude de 122 cas traités au Massachussets general Hospital entre 1900 et 1907. — William Sydney Thayer : Le bruit du cœur du début de la diastole (appelé le troisième bruit cardiaque) [avec 10 graphiques]. — G. A. Waterman : La valeur de la ponction lombaire dans les maladies syphilitiques et parasyphilitiques du système nerveux. — Francklin W. White : L'atrophie jaune aiguë du foie. — (N° 20, 14 mai.) P. M. Ashburn et Charles F. Craig : Etude comparative de la maladie de Tsutsugamushi et la fièvre éruptive de Montana (avec 7 tracés). — Harry W. Goodall et J. Lyman Belknap : Etude de la valeur des mensurations de l'expansion de la poitrine (avec 3 tabl.). — A. E. Austin et Mabel D. Ardway : Sur l'origine extra-intestinale de l'hydrobilirubine. — W. P. Cones : Lipome implanté dans le plexus brachial; revue des quelques cas très rares de cette tumeur.

Montpellier médical. — (N° 15, 12 avril 1908.) Bousquet et Roger : Traitement de quelques infections par l'électrargol.

Tribune médicale. — (N° 18, 2 mai 1908.) Chirié et Stern : Eclampsie sans crises, syndrome clinique fruste. Syndrome anatomique très marqué. — (N° 19, 9 mai.) Rigollot-Simonnot : L'occlusion intestinale après la gastro-entérostomie. — (N° 20, 16 mai.) Ch. A. : Le mode d'action des rayons X sur les cancers. — Brault : Le craw-craw.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 72. — JEUDI 25 JUIN 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 25 JUIN 1908. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le docteur Beille, agrégé, est chargé, jusqu'au 31 octobre 1908, d'un cours de matière médicale.

— LYON. — M. Tripier, professeur d'anatomie pathologique, est admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Par arrêté en date du 22 juin, la chaire d'anatomie pathologique, à la Faculté de Lyon, est déclarée vacante.

— NANCY. — M. Mutel, aide d'anatomie, a été nommé prosecteur d'anatomie, en remplacement de M. Hamant, appelé à d'autres fonctions.

M. Binet, aide de clinique, a été délégué dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale, jusqu'à la fin de l'année scolaire, en remplacement de M. le docteur Barthélemy, démissionnaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — M. le docteur Mornac, suppléant de la chaire de pathologie et de clinique médicales est chargé d'un cours de pathologie interne pendant la durée du congé accordé à M. le docteur Vigeneaud.

— LIMOGES. — M. le professeur Bleynie est admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— RENNES. — M. le professeur Lefeuvre est admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

ASSOCATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, vient de prier le président de l'Association générale de lui faire connaître les noms des médecins français qui consentiraient à se rendre, comme délégués du gouvernement français, au Congrès médical qui doit se réunir à Québec, les 20, 21 et 22 juillet 1908.

Les médecins qui seraient désireux de se rendre à ce Congrès sont instamment priés d'adresser le plus tôt possible leur adhésion à M. le docteur Lereboullet, président de l'Association générale, 44, rue de Lille, à Paris.

EXCURSION MÉDICALE A LONDRES (12-19 juillet). — Nous ne saurions trop recommander aux confrères la très intéressante excursion médicale, à Londres, qui est organisée pour les premiers jours de juillet avec le concours du docteur L. Williams, médecin de l'hôpital français, du docteur Helme, assisté de M. Heuzé.

Cette excursion, faite dans les meilleures conditions de confort et du bon marché, permettra de visiter Londres, sans fatigue, en même temps que de voir les hôpitaux anglais.

Nos confrères seront attendus dans les divers hôpitaux par les chefs de service.

Les dermatologistes visiteront avec intérêt Middlesex Hospital et University College Hospital, les neurologistes sont spécialement invités à Queen square (la Salpêtrière de Londres), enfin les chirurgiens sont spécialement invités à visiter Guy's Hospital, où M. Arbuthnot Lane montrera les malades qu'il a débarrassés de leur gros intestin.

Sont admis les médecins, les étudiants et leurs familles.

Les voyages par terre et par mer se feront en première classe et par trains et bateaux de jour.

Le prix de 250 francs comprend le voyage aller et retour, chemin de fer et bateau de Paris à Paris, séjour à l'hôtel, logement, nourriture et service (en Angleterre, la boisson n'est pas comprise et est à la charge des adhérents), les frais de voiture pour les visites en groupe de la ville et des musées, les entrées dans les musées et à l'Exposition franco-britannique et les pourboires.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Heuzé, 10, rue de Saint-Pétersbourg, à Paris. — Les adhésions, accompagnées du montant de la souscription ne seront reçues que jusqu'au 5 juillet, terme de rigueur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Alison (de Baccarat), Dufossé (de Sablé), Moreau (d'Alger) et Lagarde (d'Angers); M. Auguste Reverdin, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Genève; M. Soyer, étudiant à Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 23 avril 1908.) ROTTER : Une nouvelle méthode opératoire pour le traitement des fractures anciennes de la rotule. — KUDLEK: Sur la physiologie du gyrus supramarginalis. — WOLF : Sur les résultats terminaux de la trachéotomie. — VON EICKEM : Sur la bronchoscopie pour corps étrangers. — HORN : Sur une lampe universelle de démonstration pour la laryngoscopie, trachéoscopie, bronchoscopie et œsophagoscopie. — RIESE : Sur l'opération des carcinomes gastriques étendus. — KOTHE : Un cas de torsion intra-abdominale de l'épiploon. — BERKOWSKI : Sur la ligature des veines utéro-ovariennes dans la pyémie puerpérale. — JOSEPH et SCHLIEP : Le courant de tissu sous l'hypérémie de stase. — ABEL : Sur un nouvel instrument de fulguration après Héniz-Bauer. — (N° 18, 30 avril.) HAUSEMANN : Etiologie et pathogénie de l'épityphlite. — SONNENBURG : Etiologie et pathogénie de l'épityphlite. — KRAUS : Etiologie et pathogénie de l'épityphlite. — KLIENEBERGER : L'ophtalmo-réaction dans la tuberculose, méthode cliniquement et pratiquement inapplicable à l'heure actuelle. — BÖNNINGER : Contribution à l'étude du diabète rénal. — EHRMANN : Contribution à la physiologie des capsules surrénales et sur les substances mydriatiques contenues dans le sang et autres. — PEYSER : Sur le diagnostic de la fracture de la base. — SCHINDLER : Sur la méthode de mesure du milliampère de Gaiffe-Walter.

Marseille médical. — (N° 8, 15 avril 1908.) BERG : Ouverture du cours de minéralogie et d'hydrologie. — ALEZAÏS : Hypertrophie de la musculature de l'œsophage. — POUCEL : Hépatoptose. — DUGAS : Hémato-salpinx et rupture tubaire. — (N° 9, 1er mai.) AUDIBERT : L'hygiène à vol d'oiseau. — DARCOURT : Localisation des corps étrangers. — MASINI : Appareil de marche dans les fractures de jambe.

Medizinische Blatter. — (N° 17, 23 avril 1908.) MEISSNER : Un cas d'exophtalmle intermittente. — (N° 18, 30 avril.) SOFER : Sur la nature et le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Revue de chirurgie. — (N° 5, 10 mai 1908.) QUÉNU : Félix Terrier. — VAUTRIN : Traitement de la pancréatite chronique compliquée d'oblitération du cholédoque. — Pierre DELBET et Maurice CHEVASSU : Les oblitérations blennorragiques de l'épididyme et leur traitement chirurgical (6 fig.). — E. GALLOIS et J. BOSQUETTE : Etude sur l'architecture intérieure des os et en particulier de l'extrémité supérieure du fémur. Son rôle dans le remaniement du squelette [14 fig.] (*fin*).

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1908.) H. RICHARDIÈRE : De l'action combinée du traitement marin et de la cure chlorurée sodique dans la tuberculose ganglionnaire. — Georges RAILLIET : Portes d'entrée de la tuberculose.

Revue de médecine. — (N° 5, 10 mai 1908.) J. THIROLOIX et Robert DEBRÉ : Cholécystites expérimentales (4 fig.). — Marcel LABBÉ et M. SALOMON : Les anémies pernicieuses (*fin*). — Emile GÉRAUDEL : Les lésions initiales dans l'hépatite chronique (3 fig.). — STOÏCESCO et BACALOGLU : Quelques considérations à l'occasion de deux cas d'ictère grave, dont l'un suivi de guérison. — Henri LABBÉ et R. PÉPIN : Recherches dans le lait des nourrices des substances considérées comme indices de putréfaction intestinale (sulfoéthers, phénols). — P. LONDE : Lithiase biliaire familiale. Rupture de la vésicule; péricholécystite suppurée, opérée et guérie (4 tracés).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 17, 25 avril 1908.) G. DUPOND : Le larynx et les accidents du travail. — (N° 18, 2 mai.) VALENTIN : Un cas de lupus guéri par la paratoxine. — Marcel LERMOYEZ : De la valeur des explorations rhino-laryngologiques pour le diagnostic général.

Revue médicale de l'Est. — (N° 8, 15 avril 1908.) MIRAMOND DE LAROQUETTE : Etiologie de la tuberculose. Infection par le rhino-pharynx. Adénite cervicale et tuberculose pulmonaire consécutive. — DRIOUT et ROUYER : Etude sur la hernie propéritonéale. — (N° 9, 1er mai.) M. PERRIN : L'eau à Nancy. — E. GAUTHIER : Spasmes laryngo-bronchiques traités par l'intubation trachéoscopique. Guérison.

Revue neurologique. — (N° 7, 15 avril 1908.) A. VIGOUROUX : Ecoulement de liquide céphalo-rachidien. Hydrocéphalie. Papillome des plexus choroïdes du quatrième ventricule (1 fig.). — PÉCHIN et DESCOMPS : Traumatisme orbitaire et hémiplégie alterne consécutive. — (N° 8, 30 avril.) Max EGGER : La sensibilité osseuse. — S. MARBÉ : La sensibilité stéréognostique et la symbolie aux membres inférieurs.

Semaine gynécologique. — (N° 16, 21 avril 1908.) PICHEVIN : De la rétro-déviation accompagnée d'avortement. — (N° 17, 28 avril.) PICHEVIN : Ignipuncture ou résection dans la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire. — (N° 18, 5 mai.) PICHEVIN : Des causes de mort après les laparotomies. — (N° 19, 12 mai.) KIRIAC : Colpo-hystérectomie abdominale antérieure contre l'inversion utérine irréductible.

Semaine médicale. — (N° 17, 22 avril 1908.) Félix ROSE : De l'apraxie des muscles céphaliques. — (N° 18, 29 avril.) D'après LIOUBÉNETZKY : L'addisonisme paludéen. — (N° 19, 6 mai.) FORNET : Technique des divers procédés employés pour le séro-diagnostic de la syphilis. — (N° 20, 13 mai.) F. LEJARS : Ce que l'on peut penser de la guerre moderne et de la chirurgie de guerre d'après la campagne russo-japonaise.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 9, 15 mai 1908.) J. PRUDHOMME : L'anesthésie générale dans les interventions de courte durée.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 17, 23 avril 1908.) MEYER : Sur l'antagonisme des poisons. — TOGOSUMI : Sur le mécanisme de la mise en flocons de la lécithine par le sérum des bovidés. — BIERNACKI : Sur la question de la lactobacilline. — MAYRHOFER et BALLNER : Examen bactériologique consécutif du traitement odontologique de la gangrène pulpaire. — NEUGEBAUER : Une fracture du talon. — SZILI : Sur le catgut à l'iode de Schmidt. — V. PIRQUET : Sur la réaction de la peau humaine aux poisons bactériens. — WEILL et BRAUN : Sur l'évolution du séro-diagnostic dans la syphilis. — (N° 18, 30 avril.) PINELES : Sur le spasme laryngé parathyréoïgène. — KRAUS et STEINTZER : Sur des manifestations anaphylactiques dans l'immunisation avec les poisons des bacilles typhiques et paratyphiques. — GROSZ et VOLK : Recherches séro-diagnostiques dans la syphilis. — WEIL et BRAUN : Sur les anticorps dans les tumeurs. — ELIAS, NEUBAUER, PORGES et SALOMON : Sur la spécificité de la réaction de la syphilis de Wassermann. — EHRLICH : Point d'historique sur l'immunisation par la bouche. — EUTZ : Sur la réaction de la peau humaine aux poisons bactériens. — FEITLER : Sur les soins de l'ombilic. — SCHILLER : Rotation de l'axe du cordon spermatique après l'opération radicale d'une hernie inguinale.

LE TRAVAIL DU CŒUR EN CLINIQUE

Par Louis-Albert AMBLARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à Vittel.

L'importance considérable que peut présenter pour le pronostic et le traitement des cardiopathies la connaissance du travail du cœur, explique le nombre des travaux entrepris à ce sujet, tout particulièrement à l'étranger. Car il est à remarquer que l'étude de la tension artérielle, à laquelle celle du travail du cœur est étroitement unie, après avoir été, en France, le sujet de travaux si remarquables de la part de Marey, a, depuis, fait peu de progrès dans notre pays. Si l'importance accordée à l'hypertension dans certaines affections cardio-artérielles a permis à notre maître Huchard de diriger contre elles un traitement rationnel, aujourd'hui généralement accepté, c'est en Angleterre, aux Etats-Unis et en Allemagne, qu'il faut actuellement chercher les études théoriques les plus récentes sur la question de la circulation du sang.

Malgré les difficultés qu'offrent, d'une part, la notation exacte de la tension artérielle, par suite de l'insuffisance de l'instrumentation ; d'autre part, la coordination des renseignements obtenus, Erlanger et Hoocker (1), Janeway (2), Reklinghausen (3), Sahli (4), Strasbürger (5), Janowski (6), etc., sont cependant arrivés à des résultats appréciables que nous allons essayer d'exposer brièvement.

Que faut-il entendre par travail du cœur? Et, tout d'abord par travail : « Par définition, un travail mécanique est représenté par le produit d'une force par le chemin parcouru, ou d'une charge par la hauteur à laquelle elle a été soulevée. Soit P la charge, H la hauteur du soulèvement le produit PH représente le travail effectué dans un temps considéré T. Le problème du travail du cœur consiste donc à rechercher la valeur de la charge soulevée et celle de la hauteur du soulèvement. Le problème, tel qu'il est ainsi posé, se rapporte à une forme de travail dit travail moteur. Dans le cas du cœur, il s'agit d'un travail résistant, ce qui signifie qu'il ne s'agit point pour le cœur de soulever une charge à une certaine hauteur, mais de faire vaincre par cette charge une certaine résistance. Le travail mécanique est alors représenté par le produit de la charge par la résistance à vaincre (7). »

Dans le cas qui nous occupe, la charge à soulever est représentée par l'ondée sanguine que lance le ventricule à chacune de ses systoles ; la résistance, par la tension artérielle moyenne qui tient closes les sygmoïdes, et contre laquelle le sang doit lutter pour ouvrir les valvules et faire pénétrer le sang dans l'aorte.

Ainsi, en acceptant comme valeur de l'ondée systolique le chiffre de 60 centimètres cubes, fourni par Tiegerstedt, en 1891, on voit que le travail absolu du cœur normal peut être ainsi obtenu :

Soit :

La pression dans l'artère aorte, $P = 15^{cc}$ de Hg.

La pression dans l'artère pulmonaire $P' = 5^{cc}$ de Hg.

Et l'ondée systolique $= 60^{cc}$.

Le travail du ventricule gauche $= 60^{cc} \times 15^{c}$ Hg, ou, en remplaçant les 15^{c} de mercure par une colonne de sang de 2 mètres la densité du mercure étant telle que 15^{c} correspondent à une colonne de 2 mètres de sang

le travail du ventricule gauche $= 60 \times 2 = 120$ grammètres,

en ne tenant pas, dans le résultat, compte de la vitesse du sang, $0^{m}50$ à la seconde, qui est pratiquement négligeable.

Le travail du ventricule droit étant, par suite de la différence des pressions aortique et pulmonaire, égal à 1/3 du travail du ventricule gauche, c'est-à-dire à 40 grammètres, on voit ainsi que le travail ventriculaire total égale

$$120^{gr} + 40^{gr} = 160 \text{ grammètres } (7).$$

Donc, pour une minute, en acceptant 70 comme nombre normal de pulsations à la minute, le travail ventriculaire total égale

$$160 \times 70 = 11 \text{ kilogrammètres } 200$$

et, pour une heure,

$$11 \text{ kilogrammètres } 200 \times 60 = 672 \text{ kilogrammètres.}$$

Le travail fourni par le cœur tend toujours à être sensiblement égal à lui-même ; les facteurs dont il dépend, valeur de l'ondée sanguine, nombre de pulsations et tension moyenne, varient dans des proportions telles, que la variation de l'un d'entre eux est compensée en une certaine mesure par les variations en sens inverse des autres. « Il s'établit ainsi entre le rythme du cœur, son débit et les pressions qu'il a à vaincre, des rapports tels que le travail du cœur reste sensiblement constant. » (Loi de l'uniformité de travail du cœur de Marey.)

Le cœur adapte ainsi son débit au rythme et aux pressions à vaincre. L'élévation de la température, par exemple, qui accélère le rythme, provoque une diminution du débit. On constate que les systoles, en même temps qu'elles deviennent plus fréquentes, deviennent plus courtes, de sorte que l'excès de leur nombre est compensé par la diminution de leur durée. L'élévation de pression ralentit le rythme et diminue le débit, et ainsi le produit PH oscille dans des limites restreintes.

Mais, comment calculer, au lit du malade, la valeur de l'ondée? comment apprécier la résistance, mesurer la tension moyenne du sang dans les artères ? Jusqu'à ces dernières années, aucun appareil ne permettait d'apprécier ces valeurs. Actuellement, la chose est possible, grâce à des appareils plus pratiques et plus exacts. Constitué par un large brassard, où l'on exerce une contre-pression mesurée à l'aide d'un manomètre, notre *sphygmométroscope* permet de noter la tension artérielle maxima Mx, la tension artérielle minima Mn, et d'apprécier ainsi la valeur de l'écart entre ces deux tensions, c'est-à-dire l'amplitude du pouls, le *Pulsdruck* que Strasbürger écrit par abréviation : PD.

Marey avait remarqué que, lorsque la tension artérielle est peu élevée, l'écart, entre les tensions

maxima et minima, est généralement considérable; c'est le pouls ample des hypotensions; et, qu'au contraire, cet écart est d'ordinaire minime, dans les cas où la tension artérielle est élevée (pouls serré des artério-scléreux), l'élévation de la tension maxima étant suivie d'une élévation de la tension minima, non pas parallèle, mais plus accentuée. Il était alors simple de penser que PD pouvait être considéré comme représentant la valeur de l'ondée systolique, et que, au cours d'une affection, l'élévation du chiffre de ce PD correspondait à une amélioration de la circulation, sa diminution, à une circulation plus défectueuse.

C'est ainsi que Fellner, Erlanger et Hoocker crurent devoir se baser sur la direction des oscillations du PD au cours d'une cardiopathie, amélioration si PD devenait plus grand, aggravation, au contraire, si PD devenait plus petit, plutôt que sur la direction de la marche de la tension maxima, son élévation, ou sa chute; alors que, très généralement, uniquement même en France, la marche de cette tension maxima, seule appréciable avec les anciens sphygmomètres, était considérée comme le critérium de l'amélioration ou de l'aggravation de la maladie.

Nous-même, dans notre thèse, uniquement préoccupé de résultats cliniques, et ayant fait porter nos recherches sur les artério-scléreux hypertendus, soignés dans le service de M. Huchard et soumis à un régime spécial antitoxique et diurétique, avions remarqué que l'amélioration de l'état d'un malade s'accompagnait d'un écart plus grand entre les tensions maxima et minima.

Une tension maxima élevée, avec une tension minima également haute, disions-nous, montre l'insuffisance d'élasticité de la paroi vasculaire; au contraire, une tension maxima élevée, coïncidant avec une tension minima relativement basse indique une élasticité artérielle suffisamment conservée;... et lorsque chez un hypertendu habituel, une chute légère de la tension maxima ne s'accompagne pas d'une chute parallèle ou supérieure de la tension minima, on peut conclure que les lésions vasculaires sont profondes et avancées; et, au contraire, alors même que la pression est élevée, un écart marqué de la tension maxima et de la tension minima, est un élément de pronostic favorable (9).

Mais ainsi que nous allons essayer de le démontrer plus loin, nous n'avions pas tenu compte dans nos recherches d'un facteur capital, le nombre de pulsations du cœur, qui doit intervenir, et si la proposition précédente reste vraie dans la majorité des cas, c'est, qu'en même temps, le repos et le régime, auxquels étaient soumis nos malades, agissaient également dans un sens favorable sur le facteur négligé, le nombre de pulsations.

Cependant, d'une série d'expériences de Reklinghausen, Klemperer, Sahli, il résulte que l'ondée systolique n'égale pas exactement PD, mais est obtenue par une formule empirique plus complexe.

$$\frac{PD}{Mn + \frac{PD}{2}}.$$

Strasbürger, utilisant cette connaissance de l'ondée sanguine, que lui permettait de calculer, par la formule précédente, la mesure des tensions maxima Mx et minima Mn fournie par des appareils précis du genre de ceux que nous avons signalés plus haut, proposa de l'appliquer à l'étude du travail du cœur, selon la formule des physiologistes,

Travail = ondée × résistance × nombre de pulsations, c'est-à-dire, dans ce cas-ci

$$\text{Travail} = \frac{PD}{Mn + \frac{PD}{2}} \times \frac{Mn + PD}{2} \times p,$$

ou en abrégeant, 1

$$\text{Travail} = PD \times p.$$

La résistance étant représentée par la tension moyenne du sang dans l'artère qu'exprime la formule $Mn + \frac{PD}{2}$.

Mais, s'il est vrai que cette formule PDp puisse rendre service, elle n'est pas sans défaut. Elle ne tient pas compte, en somme, de la valeur de la tension artérielle, n'utilisant Mx et Mn que pour connaître leur écart, le PD —, sans que le chiffre effectif de la tension intervienne. Et ceci n'est pas sans importance.

Nous allons essayer de le démontrer par des exemples. Soient deux cas, où nous supposons que le nombre de pulsations, 80, par exemple, reste le même.

1er cas. $Mx = 20$, $Mn = 16$
2e cas. $Mx = 12$, $Mn = 8$

Le PD, dans l'un et l'autre cas, est représenté par le même chiffre = 4, ainsi que le nombre de pulsations = 80.

Il s'ensuit donc, d'après l'application de la formule PDp, que le travail du cœur dans les deux cas est identique. Or, il est évident que ceci n'est pas; et l'on voit ainsi l'utilité de faire intervenir un correctif, en rapport avec la valeur réelle de la tension artérielle.

Voulant éviter cette cause d'erreur, M. Josué (10) modifia très heureusement cette formule PDp, par l'adjonction de la notion qu'elle méconnaît, et proposa de rechercher le *travail relatif* du cœur en multipliant PDp, par le chiffre de la tension moyenne du sang dans l'artère, chiffre obtenu par la moyenne numérique des Mx et Mn — c'est-à-dire

$$\text{Travail relatif} = PDp \times \left(\frac{Mx + Mn}{2}\right)$$

Calculons, d'après cette nouvelle formule, le travail relatif du cœur dans les deux cas que nous exposions précédemment où l'on a,

1er cas. $Mx = 20$, $Mn = 16$
2e cas. $Mx = 12$, $Mn = 8$.

Le PD restant le même, 4, ainsi que le nombre de pulsations 80, le seul facteur qui apporte une variation est celui qui représente la tension moyenne, c'est-à-dire dans le premier cas = 18 et dans le deuxième 10.

On a alors,

1er cas. $4 \times 80 \times 18 = 5760$
2e cas. $4 \times 80 \times 10 = 3200$.

On voit ainsi la supériorité réelle de la formule de M. Josué sur celle de Strasbürger.

Cependant, cette dernière formule n'est pas sans être exempte de toute critique. La tension moyenne que ne fournit aucun sphygmomètre clinique, n'y est obtenue que par la moyenne numérique entre Mx et Mn; en prenant la demi-somme de ces deux chiffres. Or, c'est là, dit Marey (11), un chiffre « insignifiant ». « La connaissance de la pression moyenne du sang dans les artères, dit-il encore, pour avoir quelque utilité, doit nous apprendre avec quelle force moyenne le sang est poussé du côté des capillaires. Ce problème d'hydrodynamique ne peut être résolu que si l'on tient compte, non seulement des divers degrés de la pression sanguine, mais aussi de la durée d'application de chacun de ces degrés. Supposons, pour fixer les idées, que la pression dans un vaisseau passe alternativement par deux intensités qui correspondraient l'une, à 100 degrés, l'autre à 50 degrés; deux choses peuvent arriver : ou bien, la force égale à 100 degrés et la force égale à 50 degrés dureront toutes deux le même temps, alors la force moyenne sera exactement 75 degrés. ou bien, au contraire, la force 100 degrés sera appliquée pendant un certain temps (soit une seconde), et la force 50 degrés pendant un temps différent (soit deux secondes). Alors, la moyenne numérique, qui était exacte tout à l'heure, cessera de l'être, car elle représentera une quantité trop forte. Ce qu'il importe de connaître, ce n'est pas seulement la *moyenne numérique*, ou l'intervalle qui existe entre les maxima et les minima de la pression, mais c'est la *moyenne dynamique* de laquelle seule on pourra déduire l'effet que cette pression variable produira au point de vue du mouvement du sang. »

M. A. Lagrange (12) préfère employer une formule différente, en additionnant au produit PDp, la valeur de la tension minima, c'est-à-dire : Travail relatif = PDp + Mn.

L'idée directrice est celle de M. Josué : tenir compte de la hauteur de la tension dans l'évaluation du travail. Mais, si, dans certains cas, cette formule peut fournir une correction appréciable, il en est d'autres, où elle devient presque insignifiante.

Supposons, en effet, ces deux cas :

1er cas. Mx = 15 Mn = 5

et

2e cas. Mx = 25 Mn = 15,

où nous conservons une amplitude de pouls, PD, identique, égale 10, et où nous supposons, dans les deux cas, que le nombre de pulsations, p, reste le même, 100, par exemple.

Effectuons les calculs d'après la formule

$$\text{Travail relatif} = \text{PD}p + \text{M}n.$$

Dans le 1er cas, nous aurons :

$$\text{Travail relatif} = 10 \times 100 + 5 = 1005$$

Et dans le 2e cas :

$$\text{Travail relatif} = 10 \times 100 + 15 = 1015,$$

c'est-à-dire que, dans les deux cas, le travail relatif obtenu par cette formule reste presque identique, alors qu'en réalité, le nombre de pulsations demeurant invariable, le cœur est obligé de fournir un travail considérable pour élever la tension de (1er cas) Mx = 15, Mn = 5, à (2e cas) Mx = 25 et Mn = 15

Ainsi, d'une part, il est physiologiquement défectueux de faire intervenir le chiffre de tension moyenne, obtenu par moyenne numérique, dans la constitution du travail relatif du cœur; d'autre part, la formule imaginée par A. Lagrange, si elle présente cet avantage de ne pas employer la tension moyenne, n'apporte pas une correction suffisante. Certes, puisqu'il s'agit ici non plus de chiffres absolus, mais de chiffres relatifs, cette erreur perd de son importance pratique. Nous préférons, cependant, employer la formule suivante que nous proposons, après l'avoir expérimentée sur un grand nombre de malades soignés dans le service de M. Huchard; tout en tenant compte de la hauteur de la tension, elle tourne la difficulté en n'utilisant pas la tension moyenne et fournit cependant une correction appréciable à la formule PDp de Strasbürger.

Pour obtenir le travail relatif du cœur, nous divisons le produit PDp par le rapport de la tension maxima à la tension minima. On a ainsi la formule

$$\text{Travail relatif} = \frac{\text{PD}p}{\frac{\text{M}x}{\text{M}n}}$$

Appliquons cette formule aux deux exemples précédents.

1er cas. Mx = 20, Mn = 16

2e cas. Mx = 12, Mn = 8

on aura donc

$$\text{1}^{\text{er}}\text{ cas. Trav.} = \frac{\text{PD}p}{\frac{\text{M}x}{\text{M}n}} = \frac{4 \times 80}{1,25} = 256$$

$$\text{2}^{\text{e}}\text{ cas. Trav.} = \frac{\text{PD}p}{\frac{\text{M}x}{\text{M}n}} = \frac{4 \times 80}{1,50} = 213.$$

où les résultats sont différents du seul fait que la tension est différente, car dans les deux cas le nombre de pulsations, 80, reste le même; de même que PD reste toujours égal à 4.

Que l'on retienne la formule de M. Josué, celle de M. A. Lagrange ou celle que je propose ici, on aura des résultats comparables. Non pas que les chiffres obtenus soient les mêmes, mais ils tiennent compte de la hauteur de la tension artérielle et, par cela même, doivent être préférés à ceux fournis par la formule trop simple de Strasbürger.

En conservant, dans divers cas, un même nombre de pulsations = 100 par exemple à la minute et un même PD = 2, on peut voir que le travail fourni par le ventricule évalué d'après notre formule $\frac{\text{PD}p}{\frac{\text{M}x}{\text{M}n}}$ variera d'après la hauteur des tensions, sans cependant faire intervenir le chiffre même de la tension moyenne qu'aucun appareil ne permet d'apprécier (chez l'homme tout au moins car la chose est possible chez l'animal par introduction de canules dans

l'artère, et emploi d'un manomètre compensateur de Marey).

Soient, en effet, les cas suivants où PD $=2$, $p=100$, et où seule la tension artérielle varie.

1er cas. $Mx=20$....... $Mn=18$
2e cas. $Mx=16$....... $Mn=14$
3e cas. $Mx=12$....... $Mn=10$
4e cas. $Mx=8$....... $Mn=6$

Les chiffres par lesquels nous devrons diviser le chiffre 200, expression de PDp, vont, en s'élevant à mesure que les tensions dont ils expriment le rapport s'abaisse, et seront ainsi de 1,11 pour le premier cas, de 1,14 dans le deuxième, de 1,20 dans le troisième, de 1,30 dans le dernier.

De sorte que le nombre, représentant le travail relatif du cœur, et résultant de la division du produit 200, par des chiffres de plus en plus élevés à mesure que la tension diminue, sera de plus en plus faible ; variant de 180 dans le premier cas, à 150 dans le dernier.

L'étude de ces formules permet d'apprécier l'importance que revêt la notion de tachycardie dans les cardiopathies artérielles, importance sur laquelle notre maître, M. Huchard (13), insiste sans cesse, et le retentissement que présente ce facteur sur l'évaluation du travail du cœur.

Supposons qu'un malade après avoir présenté

1er cas. $Mx=18$ $Mn=16$ et $p=130$

présente dans la suite

2e cas. $Mx=18$ $Mn=15$ et $p=130$.

Si l'on ne considère que la valeur de PD, on pourrait croire que le PD étant plus élevé dans le deuxième cas que dans le premier, la circulation se fait dans de meilleures conditions, et que le cœur est obligé à un travail moindre.

Or, établissons les calculs d'après notre formule

$$\frac{PD \times p}{\frac{Mx}{Mn}},$$

on trouve que le travail fourni est

$$\text{dans le 1}^{\text{er}}\text{ cas } \frac{2 \times 130}{\frac{18}{16}} = \frac{260}{1,12} = 232$$

$$\text{et dans le 2}^{\text{e}}\text{ cas } \frac{3 \times 130}{\frac{18}{15}} = \frac{390}{1,20} = 325.$$

c'est-à-dire que le travail de 232 est passé à 325, et, à l'augmentation de PD, n'a donc pas correspondu une amélioration.

Mais si, au contraire, le nombre de pulsations, par suite du repos, est tombé de 130 à 80 par exemple, on a ainsi,

3e cas $Mx=18$ $Mn=15$ $p=80$,

où, grâce à cette diminution du nombre de pulsations, l'accroissement de PD correspond bien à une amélioration de l'état de la circulation, ce que montre le calcul

$$\frac{3 \times 80}{\frac{18}{15}} = \frac{240}{1,20} = 200.$$

Or, comme cette diminution de la fréquence du pouls est, en clinique, le cas le plus fréquent, il se trouve ainsi vrai, qu'en général, à un accroissement de l'écart entre Mx et Mn, au cours du traitement d'une cardiopathie avec hypertension, correspond bien une amélioration dans l'état du malade.

Ces formules ne permettant d'obtenir que des chiffres sans valeurs absolues, que d'apprécier un *travail relatif*, comme le dit M. Josué, il est donc nécessaire d'établir un chiffre moyen au-dessous duquel le travail cardiaque sera jugé insuffisant, et au-dessus duquel, il sera considéré comme excessif. En acceptant les chiffres de tension acceptés comme normaux par Janeway, Gibson, Reklinghausen, etc., chiffres que nous indique également, chez l'homme sain, notre *sphygmométroscope* (14), on aura

$Mx=12$ $Mn=8$, où, avec un pouls de 70,

$$\text{la formule } \frac{PDp}{\frac{Mx}{Mn}} \text{ fournit } \frac{4 \times 70}{\frac{12}{8}} = \frac{280}{1,50} = 186.$$

ou bien encore, $Mx=11$ $Mn=8$, ce qui avec $p=75$,

$$\text{donne } \frac{3 \times 75}{1,37} = 164.$$

Le travail relatif, obtenu à l'aide de notre formule, chez des individus normaux, oscille au voisinage de ces deux nombres 160 et 200.

Mais chez des sujets atteints d'affections variables modifiant le pouls et la tension artérielle, ces chiffres sont dépassés en plus ou en moins. C'est ainsi qu'au cours de cardiopathies artérielles nous avons pu noter des cas où l'augmentation du travail du cœur était extrême. Nous avons fréquemment noté des chiffres élevés,

422, obtenu avec $Mx=20$; $Mn=14$, et $p=100$.
595, obtenu avec $Mx=24$; $Mn=17$, et $p=120$.

A Vittel, nous avons pu constater, sur une série de malades artério-scléreux hypertendus, l'influence bienfaisante du traitement diurétique et du repos complet auquel nous les soumettions ; et nous avons ainsi noté des abaissements sensibles dans le travail du cœur, exagéré au début. Un malade atteint d'aortite légère, qui présentait à son arrivée

$Mx=18$; $Mn=14$; $p=100$

dont le travail relatif du cœur était, par conséquent, de 312, ne présenta plus, dans la suite, qu'un travail égal à 180, par suite des modifications apportées à la tension et à la fréquence du pouls :

$Mx=12$, $Mn=9$, et $p=80$

Dans ce cas, la formule de M. Josué fournit ces deux chiffres différents 6400, au début, et 2520, à la fin du traitement.

Avec celle de M. A. Lagrange, on obtient $=414$, puis 309.

Chez un autre malade atteint de cardiopathie artérielle tachy-arythmique, nous pûmes observer au début $Mx=20$; $Mn=18$; $p=130$ de travail égalant 234 et dans la suite, $Mx=12$; $Mn=10$; $p=110$, d'où un abaissemeut du travail relatif à 183.

Enfin, chez un malade diabétique, nous avons pu

noter les chiffres énormes, $Mx = 28$; $Mn = 18$; $p = 95$. Le travail relatif étant dans ce cas de 612.

Cette notion du travail relatif du cœur, bien que tout récemment introduite en clinique, est donc d'un grand intérêt; sans insister sur la valeur diagnostique que certains auteurs attachent aux variations du travail du cœur sous l'influence de l'effort, ces variations, au cours d'une cardiopathie, constituent un bon élément de pronostic. D'autre part, les chiffres que nous avons constatés montrent bien que le régime antitoxique et diurétique est vraiment au début de l'artério-sclérose le meilleur traitement de cette affection, à l'exclusion de la digitale et des autres hypertenseurs, dont l'emploi, ainsi que le conseille notre maître M. Huchard, devra être réservé pour le moment où, à la phase ultime de la maladie, le cœur, surmené par un travail excessif, défaille et succombe à la tâche.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ERLANGER. *John. Hopk. Hosp. Rep.*, 1904, p. 53-110; — ERLANGER et HOOCKER. *John. Hopk. Hosp. Rep.*, 1904, p. 145-378.

(2) JANEWAY. *The clinical study of blow pressure*, 1904.

(3) RECKLINGHAUSEN. *Arch. f. exp. Path. v. Pharm.*, 1901-1906.

(4) SAHLI. *Deut. Arch. f. kl. Med. v.*, 1904.

(5) STRASBÜRGER. *Deut. Arch. f. kl. med.*, 1905-1907.

(6) JANOWSKI. *Le diag. fonctionnel du cœur.* (Masson, 1908.)

(7) GLEY. *Traité de physiologie.*

(8) FELLNER. *Deut. Arch. f. kl. Med.*, 1905-1906.

(9) L.-A. AMBLARD. *Variations quotidiennes des tensions artérielle et artério-capillaire chez les artério-scléreux hypertendus au cours du traitement.*, Th. de Paris, 1907.

(10) JOSUÉ. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1908.

(11) MAREY. *Circulation du sang*, 1881.

(12) A. LAGRANGE. Travail du cœur, *Journ. des praticiens*, 1908.

(13) HUCHARD. *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte. — Consultations médicales. — Nouvelles consultations — Six leçons sur les maladies du cœur*, 1907. — *Traitement de la presclérose*, Ac. de méd., 15 janvier 1906.

(14) L.-A. AMBLARD. Le « sphygmométroscope », *Journ. des prat.*, 1908. — *Bull. de la Soc. de thérap.*, 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1908)

Sérothérapie antitétanique. — La discussion poursuit son cours. M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE estime que devant une maladie aussi terrible que le tétanos on doit mettre en œuvre tous les moyens propres à la prévenir ou à l'atténuer, alors même que l'efficacité de ces moyens serait sujette à discussion,

On accueille avec facilité toutes les objections faites à l'action protectrice du sérum antitétanique, tandis qu'on oppose une grande sévérité aux faits invoqués en sa faveur. C'est le sort réservé à toute action prophylactique. La guerre contre la vaccine en donne la preuve, malgré plus d'un siècle d'expérience positive.

On conteste l'action du sérum chez les animaux [chez lesquels elle est évidente. Le fait que le sérum antitétanique agit chez les animaux des espèces les plus différentes sur lesquels il a été expérimenté est capital. Il serait bien singulier que seul, entre tous les animaux, l'homme eût le privilège de ne pas subir l'action protectrice du sérum, alors que le même bacille, les mêmes conditions d'infection lui donnent le tétanos.

De longues séries d'observations, faites dans des services dans lequel le tétanos était antérieurement observé, ont montré sa disparition sous l'influence du sérum antitétanique. L'auteur a eu l'occasion d'assister à une véritable épidémie de tétanos qui parut bien avoir été enrayée par des injections persévérantes.

Plusieurs faits particuliers bien observés lui paraissent devoir être invoqués en faveur de la puissance de la prophylaxie.

Sans doute il n'est pas impossible que des sujets injectés n'aient pas bénéficié de cette protection. Mais les faits qu'on a invoqués sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit.

Si on tient compte des prescriptions mal suivies ou inexécutées, les faits dans lesquels l'action du sérum a manqué sont tellement rares qu'il est du devoir du chirurgien de ne jamais négliger pour toute plaie suspecte l'injection du sérum antitétanique. Du reste la plupart de ses ennemis, de ceux qui ont élevé des doutes sur le sérum, par une inconséquence singulière continuent à s'en servir et à donner le conseil de s'en servir, semblables en cela au médecin qui invoque contre la vaccine les arguments les plus violents et ne manque pas de faire vacciner ses enfants.

La leucoplasie buccale. — M. LANDOUZY fait une communication sur ce sujet. Des faits qu'il a observés, il résulte, pour lui, que derrière la leucoplasie buccale ou linguale, il faut toujours chercher la syphilis. Il cite plusieurs observations, celles, entre autres, de deux veuves atteintes de leucoplasie buccale dont les maris étaient morts de paralysie générale. Dans d'autres cas, c'est la leucoplasie elle-même qui a mis M. Landouzy sur la voie du diagnostic de la syphilis. Il a institué un traitement antisyphilitique et les malades ont guéri. Le tabac, cela est incontestable, intervient comme cause adjuvante; sa part de collaboration pour la production de la leucoplasie est tellement importante que le premier soin du médecin doit être d'empêcher ses malades de fumer. Mais derrière toute leucoplasie buccale, il faut chercher la syphilis.

M. FOURNIER est absolument d'accord avec M. Landouzy sur l'importance de ce signe de syphilis, la leucoplasie buccale. M. Fournier cite des exemples analogues à ceux qui ont été cités par M. Landouzy; un jeune homme de trente-quatre ans est atteint de leucoplasie; il n'avait jamais eu personnellement la syphilis. Mais certaines déformations osseuses permettent de reconnaître l'existence d'une syphilis héréditaire. Dans ce cas, c'est donc la leucoplasie qui a mis sur la voie du diagnostic.

Cette question reviendra à l'ordre du jour d'une des premières séances, plusieurs orateurs s'étant fait inscrire.

ANALYSES

MÉDECINE

L'élimination des chlorures et l'albuminurie au cours de la scarlatine. (NOBÉCOURT et MERKLEN. *Arch. de méd. des enf.*, n° 2, 1908.) — Chez les enfants qu'ils ont examinés à ce sujet, les auteurs n'ont pas constaté de rétention chlorurée, quel que fût le régime lacté, chloruré ou déchloruré. Il semblerait donc qu'en se plaçant au point de vue spécial de l'élimination du sel, on pût donner, à volonté, tel ou tel de ces régimes.

Il convient cependant de remarquer que le régime lacté est celui avec lequel l'élimination des chlorures est la plus régulière, et les crises chloruriques les plus rares. Il y a donc,

suivant les régimes, des modalités variables d'élimination chlorurée, dont on ignore actuellement la signification. D'autre part, une albumine, légère sans doute, a été observée chez tous les enfants qui n'étaient pas au régime lacté, et beaucoup plus rarement chez ceux qui y étaient soumis.

Aussi, dans la scarlatine, le régime lacté doit-il être préféré aux autres modes d'alimentation pendant les quinze ou vingt premiers jours de la maladie. Plus tard, il faut rechercher quotidiennement l'albumine et tenir compte du résultat obtenu pour instituer un régime plus varié, dont le sel ne sera pas exclu, mais où le lait occupera toujours la première place.

Il est intéressant de comparer ces données avec celles que les mêmes auteurs ont mises en évidence, au cours de la rougeole.

Dans cette maladie, l'élimination des chlorures s'effectue de la manière suivante : Avec le régime déchloruré, la quantité de NaCl, faible dès le début, diminue peu à peu ; avec le régime lacté, régime peu chloruré, et avec un régime moyennement riche en chlorures (5 gr. de NaCl par jour), il y a équilibre entre les ingesta et les excréta chlorurés (on n'observe pas, dans la rougeole, de crise chlorurique analogue à celle de la scarlatine. Pour ces raisons, il n'y a aucun inconvénient à donner dans la rougeole une petite quantité de sel, tandis que cette pratique peut être nuisible dans la scarlatine. L. BABONNEIX.

MEDECINE INFANTILE

Le chylothorax chez les enfants. (Witt H. Hermann. *Arch. of Pediatrics*, 1907, n° 9, p. 646.) — L'auteur rapporte le cas d'un enfant de quatre ans et demi qui présenta cette affection rare. Il fut pris de dyspnée vive et cyanose le 10 avril 1906. Quatre jours après il présentait les signes d'une pleurésie gauche qui est ponctionnée ; on retire 840 centimètres cubes de liquide laiteux. L'examen du liquide montre qu'il s'agit de chyle. La seule cause plausible de ce chylothorax est une chute faite par l'enfant au début de mars. On prescrit une alimentation avec le moins de graisse possible, pas de liquide et des purgations fréquentes. Cinq jours après en présence de signes de compression grave, la ponction est pratiquée à nouveau ; on retire 600 centimètres cubes de liquide. Il se reproduit très rapidement avec des signes de compression inquiétants. Pensant que les efforts causés par la dyspnée peuvent entretenir l'épanchement du chyle, on pratique par ponction l'évacuation complète de la plèvre ; on retire ainsi 1200 centimètres cubes de liquide. L'épanchement ne s'est pas reproduit.

A propos de ce cas, Sherman donne un tableau de 11 autres cas analogues non douteux et donne une étude générale très complète de la question. Il montre que beaucoup des cas publiés comme épanchements de chyle sont douteux ou erronés. Il existe en effet trois ordres d'épanchements qui se ressemblent : 1° épanchement de chyle vrai ; 2° épanchement chyliforme ; 3° épanchement lactescent.

L'épanchement lactescent est dû à l'émulsion d'albumines. L'épanchement chyliforme est dû à l'émulsion d'un mélange d'albumines et de corps gras.

L'épanchement de chyle vrai doit correspondre aux caractères suivants :

1° Il doit sa coloration à une fine émulsion de graisse ;

2° Il doit se clarifier par l'adjonction de lessive de soude et brassage avec l'éther ;

3° Il doit contenir des corps gras rares introduits dans l'alimentation ;

4° Le pourcentage des corps gras doit rester le même dans les diverses évacuations ;

5° Il contient quelques éléments cellulaires, surtout des lymphocytoses ;

6° Il contient de la lécithine et de la cholestérine.

Le sucre ne s'y trouve que d'une façon inconstante. L'étiologie est variable. Il s'agit soit d'une rupture du canal thoracique ou de ses branches, soit de son inflammation et de la transsudation à travers les parois. Ces faits ont été étudiés expérimentalement chez le chien par Kramienski, puis Schmidt-Mulbeim Sherman rapporte leurs expériences.

Les causes invoquées dans 47 cas de chylothorax étaient les suivantes :

Traumatisme	16
Pression extérieure par les tumeurs (adénites tuberculeuses)	9
Tumeur secondaire du canal	9
Thrombose de la veine sous-clavière gauche	4
Lymphangite perforante	2
Anévrisme du canal	2
Thrombose du canal	1
Opération d'adénites cancéreuses du cou	1
Obstruction des racines du canal par inflammation du mésentère	1
Insuffisance mitrale	1
Filariose	1

Le pronostic semble dépendre surtout de la nature de la cause. Presque tous les cas relevant de traumatismes ont guéri. Au contraire ceux qui relèvent d'une cause inflammatoire du conduit sont souvent mortels.

Chez un seul malade on a ponctionné successivement 29500 centimètres cubes de chyle, chez un autre 4 800 centimètres cubes en une seule ponction.

L'auteur rappelle que la ponction est indispensable. On y joindra tous les moyens de diminuer la pression dans le canal et la pression sanguine.

Il rapporte que trois fois on est intervenu pour arrêter l'effusion du chyle. Deux fois l'opération a été couronnée d'un plein succès. M. LANCE.

CHIRURGIE

Insuffisance motrice de l'estomac due à des adhérences périgastriques et duodénales. (Frank Billings. *Amer. Journ. med. sc.*, vol. CXXXIV, n° 5, nov. 1907, p. 634.) — Il y a deux causes principales de l'insuffisance gastromotrice ; l'atonie ou myasthénie, et les obstacles mécaniques à l'expulsion du contenu stomacal. Les adhérences sont le plus souvent dues à une cholécystite. L'ulcère de l'estomac et celui du duodénum peuvent aussi les provoquer, mais c'est surtout par le spasme du pylore et les cicatrices que l'ulcère trouble la mécanique de l'estomac. Les adhérences dues à d'autres lésions ulcéreuses, tuberculose, fièvre typhoïde, etc., ne siègent généralement pas dans la région de l'estomac. Les adhérences périgastriques donnent lieu à des symptômes aigus ou chroniques.

Les symptômes aigus sont surtout ceux de l'affection qui engendre les adhérences. Puis vient la période d'insuffisance relative aux symptômes d'atonie simple sans dilatation. Mais la plupart des adhérences périgastriques et duodénales sont plutôt lâches ; elles ne prennent d'importance clinique que chez ceux qui souffrent déjà de myasthénie gastrique. Si le malade est nerveux ou neurasthénique, les symptômes peuvent être très marqués ; les sujets, surtout s'ils ont entendu parler d'adhérences à l'estomac, sentent qu'ils en ont, les sentent tirer et réclament une opération, qui ne les soulage pas et amène de nouvelles adhérences.

Car ces malades ne sont pas chirurgicaux. Qu'on opère pour la cholécystite, parfait ; mais après, c'est au traitement général qu'il faut s'adresser. Très instructive à ce point de vue est l'observation relatée par Billings d'un neurasthénique opéré une première fois pour cholécystite et qui fut ensuite réopéré par trois chirurgiens qui chacun trouvèrent les adhérences du prédécesseur et les rompirent sans donner au malade plus qu'un soulagement éphémère. F. GARDNER.

FORMULAIRE

COUPEROSE REBELLE

Badigeonnage trois fois par jour avec :

Résorcine	1 gramme.
Thigénol « Roche »	2 —
Collodion	30 —

LIVRES NOUVEAUX

Traité de l'alimentation et de la nutrition à l'état normal et pathologique (1), par E. MAUREL, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le second volume du traité du professeur Maurel était attendu depuis longtemps, grâce au succès du premier; mais l'auteur n'avait nul besoin de s'excuser dans sa préface du retard apporté à la publication. Il suffit en effet de parcourir l'ouvrage pour se rendre compte de la somme prodigieuse de travail qu'il représente, du nombre incalculable de recherches et d'expériences qui en constituent le substratum. De pareilles œuvres ne peuvent être menées à bien, qu'avec le concours du temps, et le savant maître de Toulouse a agi pour le mieux en ne sacrifiant pas à la détestable rapidité de production, si en faveur de nos jours.

Ce second volume n'est qu'une étape sur la route que M. Maurel s'est tracée. Il devait en effet contenir tout ce qui a trait à l'alimentation et à la nutrition à l'état normal; mais le sujet est si vaste que l'auteur a dû se résoudre à lui consacrer deux volumes.

Dans celui qui vient de paraître, M. Maurel commence par étudier à fond ce qu'il a appelé la *ration moyenne d'entretien de l'adulte*, qui est celle de la majorité des individus; puis il aborde l'examen des différentes causes qui la font varier et dont la plus importante est l'âge. A ce propos, M. Maurel étudie minutieusement la *ration de croissance*, c'est-à-dire l'alimentation du nourrisson, puis celle de l'enfant à partir de deux ans, jusqu'à l'âge adulte.

Ces pages ne sont pas théoriques seulement, car l'auteur, pour faciliter le passage de ces données dans la pratique, a indiqué de nombreux régimes types qui deviennent de véritables guides. M. Maurel s'occupe ensuite de la longue période qui va de l'âge adulte à l'extrême vieillesse et dont la dernière partie, marquée par une véritable déchéance de la plupart de nos organes, exige des modifications profondes de l'alimentation.

Chemin faisant l'auteur s'occupe des besoins de l'organisme en eau et en matières salines qui, réunies, constituent en grande partie le *milieu intérieur* où baignent nos éléments anatomiques et dont, par conséquent, les altérations leur seront si préjudiciables.

Il nous paraît difficile qu'on puisse à l'heure actuelle s'occuper des questions relatives à l'alimentation et à la nutrition sans recourir au livre du professeur Maurel; car, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique on est assuré d'y trouver des renseignements précieux et des conseils basés sur l'expérience personnelle de l'auteur.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Alimentation et hygiène des enfants (2), par J. COMBY.

On trouvera, dans ce livre, beaucoup de renseignements et de détails très pratiques sur l'alimentation et les régimes, sur l'hygiène de l'enfance (bains, vêtements, promenades, jouets); l'ordre alphabétique, adopté par l'auteur, permet de lire immédiatement l'article que l'on désire consulter. L'ouvrage s'adresse, dit M. Comby dans la préface, non seulement aux mères de famille, mais encore aux médecins « qui n'ont pas toujours assez réfléchi aux petites questions de l'hygiène des bébés ».

L. BABONNEIX.

(1) Deuxième volume. In-8°, xv-666 pages. — Prix : 14 francs. — Paris, 1908, O. Doin.
(2) In-12, 3e édit. — Paris. Rueff.

Exploration rénale et chirurgie rénale [1re partie] (1), par G. KAPSAMMER.

Ce livre est le premier tome d'un ouvrage complet sur la chirurgie rénale. Il est entièrement consacré à l'examen physique et fonctionnel du rein.

Après avoir envisagé rapidement les symptômes subjectifs des affections rénales et les résultats fournis par l'exploration extérieure du rein, l'auteur passe en revue minutieusement tous les procédés que la clinique met actuellement à notre disposition pour serrer de plus près le diagnostic.

Il divise ces méthodes d'examen en méthodes anciennes comprenant l'étude physique et chimique de l'urine, et méthodes nouvelles qui sont la cryoscopie, les éliminations provoquées et la recherche de la conduction électrique et de la toxicité urinaire.

Le restant du volume traite du diagnostic des fonctions de chaque rein en particulier : le cathétérisme des uretères et surtout la séparation intra-vésicale des urines y sont longuement étudiés. Cette deuxième partie n'est pas seulement une mise au point fort claire de la question, en même temps qu'une critique judicieuse de l'instrumentation et des résultats obtenus ; elle contient de nombreuses expériences et des cas cliniques personnels.

Ajoutons que l'auteur est très au courant des travaux contemporains, et que l'on ne trouve pas moins de dix-huit cents indications bibliographiques, réunies à la fin du volume.

A. LEMIERRE.

NOTES POUR L'INTERNAT

ENTÉRITE TUBERCULEUSE (2)

SYMPTOMES. — Les symptômes de l'entérite tuberculeuse surviennent soit chez un sujet en bonne santé apparente jusqu'alors (entérite primitive) soit plus souvent chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire (entérite secondaire). Dans ce dernier cas, l'entérite est rarement une complication du début de la tuberculose; elle apparaît généralement à la deuxième ou à la troisième période, souvent en même temps que la fièvre hectique.

Le *début* est marqué par des douleurs et des modifications des selles; c'est une douleur continue et comme névralgique; les selles, tout en restant solides, sont plus fréquentes et les matières enduites d'une couche de mucus (Pidoux).

A la *période d'état*, le premier symptôme est la *diarrhée*. La fréquence des selles est variable; quelques malades n'ont qu'une selle liquide la nuit ou le matin; dans certains cas, on compte plus de quinze selles par jour (diarrhée colliquative). Souvent l'ingestion des aliments, en particulier des aliments froids, détermine presque aussitôt une selle. Les évacuations ont parfois un caractère pressant, jusqu'à la perte des matières au lit. Au début, les selles sont mi-liquides, mi-solides, plus tard complètement liquides, mais souvent grumeleuses ; ces grumeaux, grisâtres ou jaunâtres, du volume d'une lentille, sont des débris de tubercule caséifié ou des concrétions formées de graisse et de cristaux gras. On peut encore voir dans les selles des lambeaux de muqueuse, des masses mucoglaireuses striées de sang et des débris alimentaires non digérés. Très fréquemment, les selles se foncent, deviennent gris noirâtre, puis complètement noires; Girode a insisté sur

(1) In-8 de 432 p. — Vienne et Leipzig 1907. W. Braumüller.
(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 69, p. 825.

cette teinte noire, due à la présence dans les matières d'une petite quantité de sang provenant des ulcérations intestinales.

L'odeur des selles est spéciale, d'une fétidité presque gangreneuse, comparable à l'odeur des matières animales mises en macération depuis quelque temps (Louis).

La diarrhée persiste ainsi pendant plusieurs semaines; c'est une diarrhée de long cours (Louis). D'ailleurs l'abondance de la diarrhée est variable selon le degré des lésions intestinales. Pour expliquer la persistance et l'intensité de la diarrhée, Girode attribue une grande importance à deux lésions qu'il a décrites : les néoformations des glandes en tube de Lieberkühn, entraînant une hypersécrétion des liquides intestinaux et les oblitérations des voies lymphatiques intestinales facilitant la transsudation séreuse.

On peut retrouver dans les selles le bacille de Koch; la recherche en est relativement facile par le procédé de Strassburger ou de la double centrifugation (Cruchet).

Les *hémorragies* ne sont pas constantes; tantôt elles sont discrètes, perceptibles seulement au microscope ou par la réaction de Weber : tantôt elles modifient l'aspect des selles qui ressemblent alors à de la suie ou à de la terre délayée; il est rare que l'hémorragie soit très abondante, dans ce dernier cas elle entraîne une anémie grave et accélère la marche de l'entérite tuberculeuse. On a même signalé des hémorragies foudroyantes.

Les *douleurs* sont assez fréquentes sous forme de coliques spontanées ou provoquées par l'ingestion des aliments; sous forme de douleurs continues siégeant surtout dans le flanc droit ou dans la fosse iliaque droite.

Les *troubles gastriques* surviennent à une période avancée : inappétence, nausées et quelquefois vomissements.

Les *signes physiques* fournis par l'examen de l'abdomen ne présentent pas grand intérêt. Le ventre est habituellement plat ou déprimé, rarement météorisé. La palpation est douloureuse; on a signalé l'hyperesthésie de la paroi; plus souvent on provoque plutôt une douleur profonde, cæcale ou péri-ombilicale.

L'*état général* est toujours profondément atteint, surtout si l'entérite survient chez un tuberculeux pulmonaire déjà très affaibli. L'amaigrissement devient excessif; les sueurs sont abondantes, surtout la nuit; elles alternent parfois avec la diarrhée, ou plutôt elles sont supprimées momentanément par la diarrhée (Lœper). La fièvre est irrégulière ou hectique. Les urines sont rares, foncées, riches en urates, pauvres en chlorures, quelquefois albumineuses; l'indicanurie et la diazo-réaction d'Ehrlich sont presque constantes. L'anémie peut être très marquée.

La peau est sèche et terreuse; Guéneau de Mussy a signalé sur la face et les mains des taches pigmentaires, de teinte bronzée, quelquefois assez étendues pour qu'on y puisse voir un degré de la maladie d'Addison; cette hyperpigmentation est d'origine sympathique (Boinet).

Il est à noter que, chez les phtisiques, l'apparition de la diarrhée coïncide souvent avec la diminution de certains symptômes pulmonaires, la toux et la dyspnée.

FORMES CLINIQUES. — Quelquefois, la diarrhée est remplacée par une constipation opiniâtre; c'est la *forme coprostatique* (Galliard).

La *forme dysentérique*, avec ulcérations dans le gros intestin, est caractérisée par le ténesme rectal, la très grande fréquence des selles qui sont glaireuses ou membraneuses, souvent sanguinolentes.

Chez l'enfant, quand les ganglions mésentériques présentent des lésions très développées, c'est la *forme entéro-mésentérique*.

Enfin, l'entérite tuberculeuse peut survenir au cours d'une granulie et alors le tableau clinique rappelle celui d'une fièvre typhoïde (*forme typhoïde*). Le tympanisme abdominal et la diarrhée constituent les principaux symptômes; l'hémorragie intestinale est assez fréquente, la courbe thermique est irrégulière.

MARCHE. COMPLICATIONS. — L'entérite tuberculeuse est peut-être susceptible de guérir, chez l'enfant (Parrot); il ne faut guère compter sur cette heureuse terminaison.

L'*entérite primitive* a une marche continue, progressive; la diarrhée, une fois installée, ne cède plus et la mort arrive presque sans signes pulmonaires (Courtois-Suffit).

L'*entérite secondaire* a une évolution plus irrégulière; la diarrhée peut disparaître puis réapparaître, mais elle amène toujours le malade à la cachexie avec anémie extrême et quelquefois phlébite des membres, escare, muguet. Il est exceptionnel que les ulcérations se cicatrisent, ce qui entraînerait d'ailleurs des accidents de sténose.

La mort est quelquefois déterminée par une complication. L'*hémorragie* est rarement très abondante.

La *perforation* intestinale est le plus souvent suivie d'une péritonite circonscrite, des adhérences protégeant la grande cavité péritonéale; des douleurs localisées, parfois des vomissements, un empâtement en une région de l'abdomen indiquent le début de cette péritonite; il en résulte un phlegmon stercoral qui s'ouvre à la paroi abdominale.

Quand la perforation fait communiquer deux anses intestinales réunies par des adhérences, le principal symptôme est la lientérie.

La péritonite généralisée est beaucoup plus rare. Le début est brusque, marqué par une douleur violente, des vomissements bilieux et porracés, le ballonnement du ventre, l'arrêt des selles; la température s'abaisse, le pouls est petit et irrégulier; le malade meurt dans l'adynamie et le collapsus après deux ou trois jours. Quand la péritonite survient chez un malade cachectique, ces différents signes peuvent être à peine accusés; mais l'examen du sang dénote une leucocytose brusque très accentuée (Lœper).

Il faut encore signaler comme complications la *péritonite tuberculeuse*, la tuberculose et la dégénérescence graisseuse du foie, la généralisation du processus tuberculeux.

DIAGNOSTIC. — Quand l'entérite tuberculeuse survient au cours d'une tuberculose pulmonaire, le diagnostic est assez facile; cependant toutes les diarrhées des tuberculeux ne sont pas liées à la présence d'ulcérations intestinales. On peut observer chez ces malades une diarrhée toxique, une lientérie due à l'absence de digestion des aliments par le suc pancréatique; dans ces deux cas la diarrhée est moins tenace, n'a pas la même teinte noire que dans l'entérite tuberculeuse.

Dans l'*amyloïde* intestinale on trouve presque toujours de l'albuminurie, de l'hypertrophie du foie et de la rate.

L'entérite tuberculeuse à forme typhoïde, en cas de granulie, est à distinguer d'une *fièvre typhoïde*; on se basera sur la prostration moindre, la couleur gris noirâtre des selles, l'irrégularité de la courbe thermique qui sont en faveur de la tuberculose, mais le séro-diagnostic devra toujours être pratiqué.

L'entérite tuberculeuse primitive peut être confondue, surtout chez l'enfant, avec les *entérites* banales; quelquefois même, quand la diarrhée est très abondante et le facies très grippé, avec le *choléra* ou les infections cholériformes.

Il faut éliminer aussi les diarrhées chroniques *urémiques*, cachectiques, nerveuses; les diarrhées symptomatiques de *néoplasmes* de l'intestin : cancer, lymphadénome.

Dans la *syphilis intestinale*, la diarrhée est tenace, l'amaigrissement très marqué, mais il n'y a pas de fièvre; on recherchera les commémoratifs, les stigmates ou lésions actuelles de syphilis.

Dans ces cas douteux de diarrhée chronique, la fièvre et les sueurs nocturnes sont un signe à peu près certain de tuberculisation (Chomel).

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'entérite tuberculeuse est très sombre; survenant chez un tuberculeux, elle arrête la suralimentation, elle est une cause d'anémie et de cachexie rapide. La guérison est exceptionnelle.

TRAITEMENT. — L'alimentation consistera en viande, lait, féculents. Les principaux médicaments utiles sont les opiacés, le sous-nitrate de bismuth, les antiseptiques intestinaux, la poudre de talc; on a conseillé récemment le bleu de méthylène (Rénon) et le collargol (Netter). Dans la forme dysentérique, les lavements de nitrate d'argent calment les douleurs et diminuent la diarrhée.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité de médecine; Nouveau traité de médecine et de thérapeutique; Manuel des maladies du tube digestif;* GIRODE. Th. de Paris, 1888.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

UN PROJET D'AGRANDISSEMENT DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — L'Association corporative est obligée de changer de local. Les appartements trop étroits qu'elle occupe actuellement ne peuvent plus loger ses adhérents.

Depuis sa fondation en 1902 l'Association corporative a été et est restée un groupement d'intérêts professionnels. Elle ne comprend que des étudiants en médecine, quelles que soient leurs opinions philosophiques, politiques ou religieuses. Son action s'est strictement exercée sur le terrain corporatif, c'est-à-dire d'intérêts communs et d'union. Groupement de travail, opposé aux manifestations sans but d'un sentimentalisme exagéré, l'Association corporative a été le premier symptôme d'un état d'esprit nouveau, faisant se grouper les étudiants sur le terrain des intérêts et de la solidarité professionnelle.

Sa croissance fut rapide ; l'Association corporative groupe aujourd'hui (cotisants de l'année scolaire 1907-1908) 850 étudiants et vit sur un budget de 16000 francs.

Elle est libre, autonome, subventionnée ni par l'Etat, ni par la commune. Elle vit des cotisations de ses membres actifs et honoraires.

Les avantages que recueillent ses adhérents sont considérables : locaux spacieux, salles de travail, de lecture, bibliothèque de 3500 volumes, services de remplacements, de cession de clientèle, enseignement complémentaire, conférences pratiques de droguier, d'obstétrique, d'internat, d'externat, etc., avantages commerciaux, etc.

Au point de vue moral, l'Association corporative est connue de tous par la vigueur avec laquelle elle prend la défense des étudiants. Il suffit de rappeler son rôle dans la campagne engagée pour la réforme des études médicales, les efforts faits, les résultats déjà obtenus, la poussée d'enseignement qui partout s'organise, une vie nouvelle d'activité redonnée à la médecine, pour avoir une notion nette de la valeur de notre groupement.

L'association se propose de donner à tous les médecins les avantages qu'elle offre seulement aux étudiants en créant la Maison des médecins.

Dans ce projet, pense le comité de l'A. C., les médecins de toute la France trouveront leur intérêt. Le médecin qui vient à Paris ne sera plus isolé. Il saura où trouver tous les renseignements qui lui sont nécessaires. Viendra-t-il pour se remettre au courant ? Nulle part il ne trouvera de meilleurs renseignements sur les services à visiter, les livres à lire, les leçons à entendre. Voudra-t-il se documenter, la bibliothèque sera à sa disposition, et le service de bibliographie. Voudra-t-il se reposer, ou revoir les anciens camarades, il aura un pied-à-terre où pourra lui parvenir sa correspondance, où il sera sûr de rencontrer des amis, où il sera reçu avec la plus franche cordialité, où il sera chez lui.

La réalisation de ce projet demanderait un budget de 35 à 40000 francs. Les ressources actuelles de l'association étant de 16000 francs, il s'agit donc de trouver 20000 francs. L'A. C. estime que la publicité et les cotisations des nouveaux adhérents médecins permettraient facilement d'atteindre ce chiffre.

La parole est donc aux praticiens.

LIGUE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE. — L'assemblée générale aura lieu le mercredi 1er juillet 1908, à quatre heures, à la mairie du VIe arrondissement (place Saint-Sulpice), sous la présidence de M. Georges Clemenceau, président du Conseil, ministre de l'Intérieur.

Ordre du jour : Discours de M. Paul Strauss, sénateur, président de la Ligue ; Rapport général, par M. le docteur Aviragnet, secrétaire ; Rapport financier, par Mme Pierre Budin, trésorier ; Discours de M. Georges Clemenceau ; Vote pour le renouvellement du Conseil d'administration.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-cinquième semaine, 777 décès, au lieu de 896 pendant la semaine précédente et de 837, moyenne ordinaire de la saison. La mortalité est donc modérée.

Le nombre des décès causés par la rougeole et la scarlatine

est très voisin de la normale; toutefois le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins continue à dépasser la moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 36 au lieu de 22 pendant la semaine précédente (moyenne 29).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 97 décès, au lieu de 121 la semaine précédente, et au lieu de 107, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 180 décès (moyenne 194).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour individuels ou collectifs pour toutes les stations thermales du réseau P.-L.-M.*, notamment : Aix-les-Bains, Châtelguyon (Riom), Evian-les-Bains, Genève, Menthon (lac d'Annecy), Uriage (Grenoble), Royat (Clermont-Ferrand), Thonon-les-Bains, Vals, Vichy, etc.

1° Billets d'aller et retour individuels de 1re, 2e et 3e classes valables dix jours, avec faculté de prolongation, délivrés du 1er mai au 31 octobre, dans toutes les gares du réseau; réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes.

2° Billets d'aller et retour de famille de 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours avec faculté de prolongation, délivrés du 1er mai au 15 octobre, dans toutes les gares du réseau, sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les deux premières personnes), le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs.

Faire la demande de billets (individuels ou collectifs) quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt) à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

L'aérobisation des microbes anaérobies, par le docteur Georges ROSENTHAL. Gr. in-8 avec 2 planches hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Traitement de la tuberculose par la paratoxine, basé sur l'action antitoxique du foie, par les professeurs GÉRARD et LEMOINE, de la Faculté de médecine de Lille. In-8 carré. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA FRACTURE DE DUPUYTREN (2)

Par le docteur ALBERT GRUGET (de Laval),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — Les auteurs modernes avec Tillaux, Duplay, Kirmisson appellent fracture de Dupuytren la fracture bi-malléolaire par abduction forcée du pied. Chaput encore fait rentrer la fracture de Dupuytren dans les fractures bi-malléolaires. Celle-ci, cependant, n'est pas, à proprement parler, une fracture bi-malléolaire et les chirurgiens qui ont pris part, l'an passé à la discussion sur « le pronostic des fractures bi-malléolaires » (3), Lucas-Championnière, Reynier, Schwartz, Quénu, Walther, Routier, Potherat, Sieur, ne la rangent pas parmi ces dernières. Demême, Gaignerot (4) dans une thèse récente la décrit à part et constate que la plupart des auteurs donnent de celle-ci une définition insuffisamment nette, puisqu'ils la décrivent à l'aide de son mécanisme et non de son anatomie pathologique.

Aussi, nous basant sur ce principe, nous définirons avec cet auteur la fracture de Dupuytren de la façon suivante :

Fracture de l'extrémité inférieure du péroné à 6 ou 7 centimètres (ou plus haut encore) *du sommet de la malléole externe avec arrachement de la malléole interne.*

Disons toutefois qu'il serait peut-être injuste de distraire systématiquement la fracture de Dupuytren des fractures bi-malléolaires. Si, en effet, la fracture de Dupuytren est surtout une fracture du péroné, le trait de fracture de celui-ci haut situé, il est vrai, descend souvent au niveau de la malléole externe et même jusqu'à l'articulation, légitimant ainsi l'opinion de ceux qui continuent à classer cette fracture dans le cadre des bi-malléolaires.

Synonymie. — Malgaigne la décrivait sous le nom de « luxation tibio-tarsienne en dehors », Maisonneuve, sous le nom de « fracture par divulsion ». Elle a été appelée par Tillaux en France : *fracture bi-malléolaire par abduction*, terme qui a prévalu de nos jours. Les auteurs anglais l'appellent fracture de Pott.

Historique. — Gaignerot (5) scinde l'histoire de la fracture de Dupuytren en quatre périodes :

1. Avant Dupuytren ;
2. De Dupuytren à la période antiseptique ;
3. De la période antiseptique à la radiographie ;
4. Depuis la radiographie.

(1) Reproduction interdite.
(2) Ce travail était remis à la direction, lorsque parut celui de Chaput : « Fractures malléolaires et accidents du travail, » nous regrettons de n'avoir pu en profiter.
(3) Discussion à la Société de chirurgie de Paris, nov.-déc. 1906.
(4) GAIGNEROT. Th. de Bordeaux 1906.
(5) GAIGNEROT. Loc. cit.

1. AVANT DUPUYTREN. — L'histoire de la fracture de Dupuytren ne remonte pas uniquement à l'illustre chirurgien qui lui donna son nom. Les chirurgiens qui l'ont précédé ont presque tous étudié les fractures du péroné et du cou de pied.

J.-L. Petit est le premier à en avoir fait une étude d'ensemble dans son *Traité des maladies des os* (1723) où il écrit que les luxations du pied ne sont jamais simples et s'accompagnent toujours de fractures malléolaires.

David (1771), William Bromfield (1773), Pott dans ses *Œuvres chirurgicales* en expliquent le mécanisme et l'anatomie pathologique.

Pouteau (1787) relève aussi quelques points d'anatomie pathologique, mais n'indique aucun traitement et conseille même l'abstention.

Desault (1801) réduit deux fractures du péroné avec luxation du pied, facilement, et porte sur ces lésions un pronostic beaucoup trop optimiste.

Richerand, Charles Bell, John Howshih en étudient le traitement.

Boyer (1), en 1814, en étudie le mécanisme d'une façon telle que Dupuytren n'y a presque rien ajouté.

2. DE DUPUYTREN A LA PÉRIODE ANTISEPTIQUE. — Les premiers travaux de Dupuytren sur les fractures de l'extrémité inférieure du péroné datent de 1803 ; il fit ensuite sur ce même sujet une série de *Leçons orales de clinique chirurgicale* à l'Hôtel-Dieu qui furent publiées en 1839 par Brière de Boismont et Marx.

Il est à remarquer que Dupuytren n'a pas décrit spécialement le type de fractures qui porte son nom, puisque sur 207 observations de fractures de l'extrémité inférieure du péroné 143 seulement sont des fractures par abduction.

Josse (2), dans ses *Mélanges de chirurgie pratique*, émet sur cette fracture des idées vraiment trop sévères ; il pense que la réduction manuelle est à peu près constamment impossible et conseille d'emblée l'intervention sanglante et quelle intervention ! la résection du tibia.

Le mémoire de Maisonneuve (1840) donne une explication pathogénique de la fracture différente de celle de Dupuytren. Nous en parlerons plus loin. Disons toutefois que Nélaton et Malgaigne acceptent ses idées, et ont en plus le mérite de faire faire un grand progrès à la thérapeutique de cette lésion en appliquant d'emblée des appareils plâtrés.

Richet, dans son *Anatomie médico-chirurgicale*, semble avoir confondu et mélangé les différents types de fractures du péroné, en disant que la plupart sont bénignes et sans déplacements ou avec « si peu qu'on les soupçonne plutôt qu'on ne les affirme ».

Vient alors Tillaux qui éclaire d'un jour nouveau toute l'histoire de la fracture de Dupuytren et qui fait des fractures malléolaires une classification encore admise actuellement.

3. PÉRIODE ANTISEPTIQUE. — Déjà avant l'ère antiseptique quelques ostéotomies avaient été faites avec succès par Richet, Syme et Smith. A cette période

(1) BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, 1814.
(2) JOSSE. *Mélanges de chirurgie pratique*, 1835, p. 242.

des chirurgiens s'occupant surtout du traitement, Verneuil, Demons, Polaillon, firent des ostéotomies et des résections pour fractures mal consolidées. Duplay fait plusieurs cliniques (1) sur cette fracture publiées par Demoulin dans la *Gazette des hôpitaux* de 1893. Il inspire sur ce sujet la thèse de son élève Junot (2).

Depuis ce moment une série de thèses et de travaux paraissent sur la question.

Période radiographique. — Signalons d'abord un travail de Souligoux (3) sur le mécanisme des fractures malléolaires, la thèse de Menier (4), le travail de Mally et Richon (5), étude d'ensemble sur la fracture de Dupuytren, très documentée, où la question des amyotrophies réflexes d'origine articulaire est bien mise au point; la thèse de Gaignerot (6) et, l'an dernier, le travail du professeur Quénu sur le diastasis tibio-péronier inférieur (7), montrant toute l'importance de la radiographie pour déceler cette lésion dont les signes cliniques seuls restent toujours insuffisants à en démontrer l'existence. C'est en effet grâce à la radiographie que nous pouvons actuellement juger de l'état exact des lésions souvent complexes et reconnaître l'état de la réduction ou les causes qui y mettent obstacle. On devra l'employer systématiquement pour toutes les fractures de cette région.

II

Mécanisme et anatomie pathologique. — 1. Théorie de Maisonneuve, Boyer, Nélaton. — Dans un mouvement forcé du pied, déviation de la pointe du pied en dehors, il se fait d'abord une fracture du péroné par pression de la face externe de l'astragale sur le bord antérieur de la malléole externe, tandis que la face interne de l'astragale presse en arrière sur la malléole du tibia. Si l'effort est continu, le ligament latéral interne cède en tout ou en partie, souvent la malléole interne est arrachée. Cette lésion serait toujours consécutive à la fracture du péroné et ne pourrait se produire sans elle. Donc, dans cette théorie, lésions *primitives du côté externe* de l'articulation, les lésions internes étant *toujours secondaires*.

2. Théorie de Tillaux. — C'est à Tillaux surtout que revient l'honneur d'avoir démontré d'une façon claire le mécanisme de la fracture de Dupuytren. D'après ses observations et ses expériences cliniques, il conclut qu'à la suite d'un mouvement d'abduction forcée du pied, se produisent les lésions suivantes :

1° Le premier phénomène est l'arrachement de la malléole interne par le ligament latéral interne, qui, très solide, résiste à peu près toujours;

2° Si l'effort continue, le pied se trouvant fortement déjeté en dehors, la face externe de l'astragale vient dans toute sa hauteur faire effort contre l'extrémité inférieure du péroné. Quelquefois les ligaments tibio-péroniers inférieurs cèdent et il se produit un diastasis tibio-péronier inférieur; plus souvent ils résistent et le péroné se brise en son point le plus faible au-dessus des ligaments tibio-péroniers inférieurs, à 6 ou 7 centimètres ou plus encore de la pointe de la malléole externe, et les ligaments eux-mêmes arrachent ensuite souvent la portion du tibia sur laquelle ils sont implantés, ou se déchirent.

Donc, pour Tillaux, Dupuytren et la plupart des auteurs il y a successivement : fracture de la malléole interne, fracture de l'extrémité inférieure du péroné, et quelquefois déchirure des ligaments tibio-péroniers ou arrachement d'un coin tibial ou péronier.

3. Théorie de Souligoux (1). — Tout en admettant le mécanisme admis par Tillaux, Souligoux le modifie légèrement. L'astragale à la suite de l'arrachement de la malléole interne *bascule* un peu : son bord externe devient supérieur et répond à l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Si l'on songe que le plus souvent, un homme qui se brise les malléoles est debout, on voit que, dans cette situation, tout le poids du corps est supporté par le bord externe de l'astragale et l'articulation tibio-péronière inférieure.

Les *ligaments se brisent ou arrachent leurs insertions osseuses* et le coin astragalien, tendant à pénétrer entre les deux os, brise le péroné au point le plus faible.

D'après cette théorie, il faudrait donc admettre la constance du diastasis tibio-péronier inférieur dans la fracture de Dupuytren. Or, il suffit de voir les radiographies de ces fractures, et de lire le travail de M. Quénu, pour se rendre compte que, quoique assez fréquent dans la fracture de Dupuytren, le diastasis tibio-péronier inférieur est loin d'être constant.

4. Reste à savoir si le type de la fracture, tel que nous l'avons compris, ne peut résulter d'autres troubles physiologiques dans les mouvements du pied.

Certains auteurs admettent, en effet, que la fracture de Dupuytren peut résulter d'un mouvement d'*adduction*. L'adduction forcée, en effet, après avoir produit une fracture de la malléole externe, produit un éclatement de la malléole interne. Il y a bien, dans la plupart des cas, il est vrai, une différence dans la disposition des fragments puisqu'ici le trait de fracture péronier est plus bas et le trait de fracture tibial plus élevé, mais il est des cas où la disposition type de Dupuytren existerait et Gaignerot dans sa thèse donne *deux radiographies très nettes* des fractures de Dupuytren ayant succédé à ce mécanisme et avec disposition du pied en varus.

Anatomie pathologique. — Nous n'aurons pas à insister sur l'anatomie pathologique bien connue et non discutée.

1. Lésions osseuses. — *Péroné.* — *Trait de fracture.* Siège à 6-7 centimètres au-dessus de la pointe, souvent plus haut, 8-10 centimètres (nous rappelons que

(1) Duplay. *Gaz. des hôpit.*, 1893.
(2) Junot. Th. de Paris, 1893.
(3) Souligoux. *Revue de chir.*, 1886.
(4) Menier. 1900.
(5) Mally et Richon. *Revue de chir.*, 1902, nos 8-10.
(6) Gaignerot. Loc. cit.
(7) Le diastasis tibio-péronier inférieur, *Rev. de chir.*

(1) Souligoux. Congrès de chir., 1896.

la fracture de Dupuytren ne doit pas être considérée comme une fracture bi-malléolaire).

Il serait inexact toutefois de dire que le trait de fracture siège à telle ou telle hauteur; en parlant ainsi nous voulons dire que là est son origine. De là, le trait descend *obliquement en bas, en avant* et *en dedans*.

La fracture peut ainsi quelquefois atteindre les ligaments tibio-péroniers inférieurs et l'articulation.

Le *fragment inférieur du péroné* se déplace *en arrière* et *en dehors*.

Le *fragment supérieur du péroné* ne change pas de position et fait saillie sur la peau.

Il peut *exister plusieurs fragments* (Mally et Richon), petites esquilles au niveau du fragment supérieur.

Tibia. — Trait de fracture. Horizontal le plus souvent, rarement oblique *en haut et en dedans*; *net*; à *bord tranchant*.

Siège le plus souvent à 1 centimètre au-dessus de la pointe; quelquefois à sa base; quelquefois la malléole cède, mais *seulement ses couches superficielles* qui sont arrachées par le puissant ligament latéral interne.

Déplacement du fragment *en bas* et *en dehors*, il suit le péroné dans son déplacement.

Articulation tibio-péronière inférieure. Diastasis. — Peut rester intacte; peut présenter lésions variables.

1. Souvent le ligament tibio-péronier résistant arrache un *fragment tibial* signalé déjà par Verneuil sur la *face externe de cet os*; ce *fragment triangulaire* a été fréquemment constaté par Tillaux dans ses expériences.

Quelquefois le *ligament tibio-péronier inférieur* n'arrachera que *la couche corticale osseuse* où il s'insère le plus souvent sur *le tibia*, mais quelquefois pouvant se faire snr *le péroné* (Quénu). Si l'*arrachement est complet* on a un *véritable diastasis*; la diastase *se fait dans l'épaisseur de l'os* (Wolkmann).

Nous pouvons donc dire, avec Quénu, que « le diastasis a *pour équivalent une fracture cunéiforme du tibia* » au niveau des ligaments tibio-péroniers inférieurs.

Les *ligaments tibio-péroniers inférieurs* peuvent céder, on a alors le *diastasis pur*, le *diastasis tibio-péronier inférieur* sur lequel a insisté dernièrement M. Quénu (*Revue de chir.*, juin-juillet 1907).

Quelle est la fréquence du diastasis tibio-péronier inférieur dans la fracture de Dupuytren?

M. Quénu a passé en revue *400 clichés de la collection de la Salpêtrière* :

Fractures de jambe au quart inférieur ou au-dessous	40
— sus-malléolaires	3
— de la malléole interne seule	4
— externe inférieure du péroné	49

dont 12 fractures de Dupuytren et 9 fractures bi-malléolaires. Il a trouvé *4 exemples de diastasis*.

Sur 28 faits incontestables de diastasis tibio-péronier inférieur, M. Quénu en trouve 15 avec fracture de Dupuytren : 6 inédits et les observations de Desault, Richard, Cheyne, Polaillon, Nélaton, Hennequin, Chaput, Demoulin.

Il conclut que « loin d'être l'apanage des fractures de l'extrémité supérieure du péroné, le diastasis tibio-péronier inférieur semble plus rare dans ces fractures que dans celles de Dupuytren ».

Quel est le mécanisme de ce diastasis? Les observations et les expériences de M. Quénu l'ont amené aux conclusions suivantes :

Le mouvement forcé qui a le plus d'action sur l'écartement tibio-péronier est un mouvement d'*abduction de la pointe du pied, combiné avec un mouvement de rotation en dehors de la plante du pied.*

Il ajoute au point de vue anatomique :

1° L'arrachement du ligament tibio-péronier postérieur doit être rare et ne se rencontrer que dans les grands diastasis.

2° La rupture du ligament antérieur et interosseux et même celle du ligament antérieur seul suffit à permettre le diastasis.

Astragale. — 1° L'astragale peut *rester* en place et conserver ses rapports normaux.

2° Il suffit généralement un mouvement de translation en dehors et quitte, en partie, la surface antérieure tibiale.

3° Il peut *basculer* et offrir le bord externe de sa poulie à l'interstice tibio-péronier, enfin il peut y avoir quelquefois un véritable *enclavement* interne tibio-péronier de cet os (cas de Dupuytren, de Cheyne, d'Ollier, de Polaillon).

Telles sont les lésions anatomo-pathologiques immédiates qui se produisent au niveau de la fracture; nous aurons à parler plus loin de celles qui s'y produisent plus tard.

2. Parties molles. — 1° *Synoviale articulaire.* — Elle est souvent tiraillée, déchirée par les fragments, surtout par le fragment tibial, d'où hémarthrose avec ses conséquences.

2° *Lésions des tendons et des gaines péri-articulaires.* — Il se produit des phénomènes de distorsion violente des gaines et des tendons des péroniers latéraux, des fléchisseurs et des jambiers (Delbet). Le muscle le plus souvent intéressé serait le jambier antérieur (Mally et Richon).

3° Le *surtout fibreux* qui enveloppe le cou de pied et qui est formé de l'aponévrose renforcée sous forme de ligaments annulaires, antérieur, interne et externe, est largement déchiré au pourtour de la malléole interne.

4° Les *lésions vasculaires* manquent le plus souvent, sauf quelquefois la déchirure de la saphène interne dans les fractures ouvertes.

5° Les *lésions nerveuses* font aussi le plus généralement défaut.

6° *Lésions cutanées.* — 1. La peau est le plus souvent intacte.

2. Mais elle peut se déchirer *de dedans en dehors*, dans les fractures avec grand déplacement, sur le fragment tibial tranchant.

Elle peut être encore le siège d'une *compression progressive* par le fragment tibial supérieur dans les fractures non réduites, qui produira une escare et et transformera la fracture primitivement fermée en fracture ouverte.

Dans la statistique de Dupuytren (143 cas), une dizaine sont des fractures ouvertes, soit 7 p. 100 environ.

III

Symptômes et diagnostic. — Nous ne nous étendrons pas sur les signes de la fracture de Dupuytren qui, comme disait Trélat, « crève les yeux par la grossièreté de ses signes. »

Commémoratifs. — Le blessé raconte souvent qu'il a fait un faux pas, que son pied s'est tourné en dehors; quelquefois il a la sensation de quelque chose qui s'est rompu (Trélat). Il tombe, se relève avec peine et marche difficilement ou pas du tout. Il accuse au niveau du cou de pied de vives douleurs.

Examen. — A l'examen on note :

1. Un *gonflement* plus ou moins marqué suivant le moment auquel on voit le blessé, gonflement circonférentiel, plus marqué un peu sur les côtés du pied.

2. Une *déformation caractéristique* : le pied est porté en dehors (valgus) et en arrière. On dit qu'il y a *subluxation du pied en arrière et en dehors.*

A l'inspection, tous les signes se tirent de cette subluxation du pied en arrière et en dehors.

A. La *subluxation en dehors.* Le pied n'est plus dans l'axe de la jambe : normalement le bord interne de la rotule et le bord interne du pied sont dans le prolongement l'un de l'autre et le prolongement de la crête tibiale aboutit au second orteil (Tillaux). Dans la fracture de Dupuytren, le pied étant dévié en dehors, les *deux axes de la jambe et du pied ne se correspondent plus* : le pied est déjeté en dehors de 1, 2, 3 centimètres, quelquefois plus. Le *talon est dirigé en sens inverse* : le pied a subi un *mouvement de rotation.*

Ce déplacement en dehors est variable, quelquefois à peine marqué, déterminant dans d'autres une véritable coudure.

Ce déplacement en dehors est dû au mode d'application du traumatisme au niveau du cou de pied, à l'effort du poids du corps et à la contracture primitive des muscles péroniers.

De cette subluxation en dehors, dérivent les signes suivants :

a. Du *côté externe.* Il existe une *dépression* à 5, 6, 7, 8 centimètres au plus, 10 ou 12 (Tillaux) au-dessus de la pointe de la malléole interne : *dépression en coup de hache.*

Celle-ci est surmontée par une saillie angulaire formée par l'extrémité du fragment supérieur.

b. Du *côté interne :* le fragment supérieur de la malléole interne fait un relief très net, tranchant, menaçant la peau sur lequel elle est tendue.

c. En outre, le cou de pied est élargi dans le *sens transversal* : la *distance inter-malléolaire paraît augmentée.*

d. Enfin, cette déviation en valgus entraîne une orientation particulière du pied : la plante regarde plus ou moins en dehors et le bord interne tend à porter sur le sol.

B. *Subluxation en arrière.* — Il existe un autre déplacement non moins important sur lequel Tillaux a particulièrement attiré l'attention : c'est un déplacement *dans le sens antéro-postérieur*; le pied est *déjeté en arrière.*

Cette subluxation en arrière est due à l'action de la pesanteur, à la contraction des muscles du mollet et enfin au glissement en avant du tibia qui se porte vers le col de l'astragale (Rieffel, in Le Dentu-Delbet).

Ce déplacement antéro-postérieur a aussi des *conséquences* qui se traduisent après correction latérale du pied par trois signes :

1. Le relief formé par les tendons extenseurs en arrière desquels on perçoit une saillie osseuse formée par le bord antérieur du tibia;

2. La diminution de longueur du dos du pied;

3. La concavité exagérée de la région talonnière au niveau du tendon d'Achille.

Enfin, à l'inspection nous constatons encore des *ecchymoses*, souvent étendues, surtout marquées le long des faces externe et interne du cou de pied et pouvant remonter très haut sur la jambe.

La palpation confirme les données fournies par l'inspection.

On sent ainsi :

1. En dedans : le relief tranchant de la malléole tibiale et le fragment inférieur mobile.

En dehors : la dépression en coup de hache et la saillie du fragment supérieur au-dessous duquel pénètre facilement le doigt.

3. L' *élargissement de l'espace inter-malléolaire* : on le mesure avec le compas d'épaisseur (Malgaigne) ou avec l'instrument dont se servent les cordonniers pour prendre la mesure des chaussures (Quénu).

4. Le *ballottement astragalien* existe toujours avec netteté. Pour le rechercher, il faut empaumer le pied par sa face plantaire et le pouce fixé au-dessous d'une malléole, le médium au-dessous de l'autre, on recherchera les mouvements de latéralité.

5. La pression provoque une *douleur* exquise au niveau des traits de fracture :

a. En dehors à 6 ou 7 centimètres au plus au-dessus de la pointe de la malléole externe.

b. En dedans au niveau de la face interne de la malléole interne ou des insertions tibiales du ligament deltoïdien.

c. Enfin *au niveau de l'articulation tibio-péronière inférieure.* S'il existe une douleur exquise à ce niveau, si d'autre part, le ballottement astragalien est très marqué et l'espace inter-malléolaire très augmenté, on devra *soupçonner* un diastasis tibio-péronier inférieur compliquant la fracture, mais sans l'affirmer. Seule la radiographie lèvera les doutes.

Les autres signes de fractures : crépitation, mobilité anormale, sont inutiles à rechercher pour le diagnostic.

La *radiographie* devra toujours être faite lorsqu'on le pourra. C'est elle qui, outre qu'elle décidera s'il y a ou non diastasis, fera reconnaître l'existence d'un coin tibial externe et toutes autres causes susceptibles d'entraver la réduction ou son maintien.

Diagnostic. — Avec tous ces signes, le diagnostic s'impose le plus souvent.

Toutefois le déplacement peut manquer ou à peu près; on fera alors une exploration méthodique de la région, par la recherche des points douloureux.

La *fracture de l'extrémité inférieure du péroné simple* peut en imposer.

En effet, il existe une déviation du pied en dehors et en coup de hache.

Mais la déviation est moins marquée, le *coup de hache plus bas* et il n'y a pas de douleur sur la malléole interne.

La fracture bi-malléolaire par adduction doit aussi être éliminée.

Dans ce cas, le trait de fracture du péroné est plus bas (il est malléolaire) et le trait de fracture tibial plus haut (base de la malléole). En outre, le pied est en varus et la déformation toujours peu marquée (Berger). Il est vrai que nous avons vu qu'il existe des fractures de Dupuytren avec déviation du pied en varus. Aussi la radiographie sera ici d'un grand secours. Nous n'avons pas à faire le diagnostic avec les luxations du pied. Nous savons, en effet, que les luxations pures *sans lésions malléolaires* n'existent pas. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 JUIN 1908)

Môle hydatique et kystes racémeux. — M. Rochard fait un rapport sur deux observations adressées par M. Le Jemtel (d'Alençon). Dans le premier cas, il s'agit d'une femme dont le ventre augmenta rapidement de volume et devint le siège de vives douleurs. A la palpation, on reconnaissait l'existence d'une tumeur liquide. Au toucher vaginal, on sentait de chaque côté de l'utérus une masse grosse comme le poing; le col était mou. L'état général était mauvais; la malade avait des vomissements continuels. M. Le Jemtel fit la laparotomie. Il existait un vaste épanchement ascitique. L'utérus était mou; il pratiqua l'hystérectomie. L'utérus contenait un môle hydatique et les deux kystes juxta-utérins étaient des kystes racémeux. La malade guérit, les faits de coïncidence d'un môle hydatique avec double kyste racémeux sont assez rares.

Fistule utéro-intestinale. — Dans la seconde observation, il s'agit d'une jeune femme qui avait été accouchée par une sage-femme et qui eut des accidents puerpéraux. Un médecin fit un curetage, les accidents se calmèrent. Mais la malade perdit ses matières par le vagin. L'examen au spéculum montra que ces matières venaient par l'utérus. Une injection intra-utérine ressortit par l'anus. Il n'y avait donc plus de doutes sur l'existence d'une fistule utéro-intestinale. M. Le Jemtel fit une laparotomie sous-ombilicale et tomba sur un foyer purulent dans lequel s'ouvrait la vessie. Il mit une sonde urétrale, fit un tamponnement, et un mois après la malade était guérie. La communication entre l'utérus et l'intestin s'était fermée.

M. le rapporteur approuve l'idée chirurgicale de M. Le Jemtel qui, dans ce cas, s'est borné à mettre une sonde urétrale et à tamponner le foyer purulent.

Traitement des fractures du membre supérieur par l'élongation. — M. Morestin, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Chaput, rappelle avoir présenté un travail sur le même sujet au Congrès de chirurgie de 1902. Il y a près de dix ans, en effet, que M. Morestin a recours à ce mode de traitement.

Rupture du pancréas. — M. Guinard émet quelques doutes sur le cas récemment présenté par M. Walther au nom de M. Guillemin. Il n'est pas convaincu que, dans ce cas, il y ait eu réellement rupture du pancréas.

Œsophagoscopie. — M. Routier fait un rapport sur deux cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage traités par M. Guisez à l'aide de l'œsophagoscopie et de l'œsophagostomie.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme de vingt-sept ans qui avait avalé de la potasse caustique. Elle était atteinte de dysphagie telle qu'elle ne pouvait plus s'alimenter. Le 8 décembre elle fut endormie au chloroforme et M. Guisez pratiqua l'œsophagoscopie; il constata chez elle la présence de trois rétrécissements. Avec le concours de la cocaïne il arriva assez facilement à passer l'œsophagotomie; il put, après, passer successivement des bougies de 16, 18 et 26.

Dans une seconde séance, à l'aide de la cocaïne seule il arriva à passer une bougie n° 33, le résultat immédiat fut que les liquides purent passer.

Dans le second cas, il s'agissait d'un enfant qui avait déjà subi deux gastrostomies. Le rétrécissement se reproduisit, M. Guisez pratiqua l'œsophagotomie interne à l'aide de l'œsophagoscopie; il put passer le n° 33, l'enfant va bien; la bouche stomacale s'est fermée spontanément.

L'œsophagoscopie permet de poser un diagnostic précis et grâce à elle, le cathétérisme de l'œsophage se fait sous le contrôle de la vue.

M. Guisez a pu réunir ainsi 15 cas de guérisons. C'est donc là une méthode qui réalise un grand progrès, toutefois l'application en est difficile et il y faut une main particulièrement expérimentée.

M. Quénu reconnaît avec M. Routier que cette méthode est excellente, mais il ne faudrait pas croire qu'elle fût absolument sans danger et qu'elle réussît dans tous les cas. Il cite l'exemple d'un enfant de deux ans qui avait avalé une petite roue de chemin de fer. On fit la radioscopie qui montra bien le siège d'un corps étranger.

M. Guisez intervint et essaya sans y réussir d'introduire l'œsophagoscope, il fallut faire l'œsophagotomie et l'enfant mourut.

Dans un autre cas, un enfant de cinq ans avait avalé de l'eau seconde, il fallut recourir à la gastrotomie. M. Guisez essaya d'appliquer sa méthode et échoua; il est vrai que les parents avaient refusé l'autorisation de donner du chloroforme.

M. Quénu déclare que tout en reconnaissant les avantages de la méthode, il trouve que les manœuvres sont un peu brutales. Dans un cas où il n'y avait qu'un petit pertuis par lequel avait pu passer la sonde conductrice on laissa un petit tampon d'ouate qui boucha le pertuis, si bien qu'après la séance l'enfant ne pouvait plus rien avaler du tout.

Dans un effort de vomissement l'enfant rendit le tampon d'ouate et put ensuite avaler des liquides. Tous ces faits montrent que la méthode de M. Guisez n'est ni sans difficultés ni sans dangers.

M. Guinard considère cette méthode comme un progrès, toutefois il faut reconnaître que c'est une opération qui est très difficile et qui a ses dangers; il cite le cas d'un enfant qui était atteint d'un rétrécissement grave, qui fut traité par cette méthode et succomba le soir même; il faut que ces faits soient connus.

M. Tuffier n'hésite pas à déclarer qu'il considère cette méthode comme un grand progrès, il a fait plusieurs fois opérer M. Guisez dans son service et a été très satisfait des résultats obtenus. Mais il voudrait savoir ce que sont les suites éloignées et si les résultats obtenus sont définitifs.

M. Kirmisson joint son témoignage à ceux de ses collègues pour vanter les avantages incontestables de cette méthode.

Mais il estime qu'il ne faut pas passer sous silence les faits malheureux. Il cite le cas d'un petit enfant atteint d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, on fit la gastrostomie.

M. Guisez intervint et fit une première tentative assez heureuse, mais dans une seconde séance l'opération fut difficile, pénible, l'enfant fut pris de fièvre et succomba à une pleurésie purulente consécutive à une perforation de l'œsophage.

M. Broca comme ses collègues reconnaît la valeur de la méthode. Mais il fait observer qu'elle ne change rien au traitement consécutif qui consiste, après cette méthode comme avant, dans une dilatation extrêmement prolongée.

M. Delbet a vu M. Guisez opérer plusieurs malades dans son service. Il a constaté que lorsqu'il faut recourir à l'œsophagotomie, on ne voit plus rien du tout on se trouve exactement dans les mêmes conditions qu'avant l'invention de la méthode.

M. Routier ignorait les cas que venaient de citer MM. Guinard et Kirmisson, s'il les avait connus, il n'aurait pas manqué de les signaler dans son rapport. Quoi qu'il en soit, il est sûr qu'il s'agit là d'une opération difficile et qui n'est pas à la portée de tout le monde.

Cancer primitif de l'appendice. — M. Potherat rappelle le rapport de M. Hartmann sur cette question dans lequel il relatait 15 observations de cancers primitifs de l'appendice étudiés par M. Lecène. De ces faits et des examens histologiques pratiqués par M. Letulle il résulte que c'est une affection qui n'est pas aussi rare qu'on l'avait cru d'abord.

M. Potherat apporte un nouveau cas personnel : Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui avait présenté plusieurs crises d'appendicite aiguë. M. Potherat l'opéra et trouva l'appendice, en dedans et en arrière du cæcum, renflé en massue et d'une consistance semblable à du myxome. Le malade guérit, mais l'examen de la pièce fait par M. Letulle montra qu'il s'agissait d'un cancer primitif de l'appendice.

M. Hartmann se félicite de voir, par de nouveaux faits, confirmer la thèse qu'il a soutenue. Au reste, en Amérique, les cas de cancers de l'appendice deviennent fréquents.

Appendicite herniaire. — M. Kirmisson rappelle avoir communiqué, il y a trois ans, un cas de hernie de l'appendice. Il apporte aujourd'hui un second cas analogue : Il s'agit d'un petit garçon de cinq ans qui portait une légère tuméfaction dans la moitié droite du scrotum, c'était un cordon arrondi qui se trouvait au-dessus du testicule et qui en était indépendant.

Le diagnostic porté fut celui de hernie de l'appendice. L'opération a confirmé le diagnostic.

Dans le premier cas de M. Kirmisson, il s'agissait d'une hernie appendiculaire siégeant dans un sac herniaire, lequel contenait une certaine quantité de liquide; dans le second cas il n'y avait pas trace de sac, l'opération a conduit directement sur les éléments du cordon; il y avait quelques adhérences entre ces éléments et l'appendice.

Ces cas de hernies isolées de l'appendice sans sac sont très rares. Dans un travail publié par Bérard dans la *Gazette des hôpitaux*, on n'a pu n'en réunir que 18 cas.

Parmi les présentations, nous signalerons un cas de **rétraction de l'aponévrose palmaire**, opéré sans suture et avec succcès par M. Routier; un cas de **luxation de la quatrième vertèbre lombaire sur la cinquième** par M. Legueu; l'observation très intéressante d'une jeune fille de vingt ans, qui était atteinte de **ganglions tuberculeux du cou** et qui, à la suite de l'extraction de chicots, fut prise d'hémorragies formidables, épistaxis, hématuries, etc., qui furent complètement arrêtées après deux injections de sérum frais de cheval; enfin un **gros sarcome du pharynx avec ganglions cervicaux**, enlevé par M. Morestin par la voie suprahyoïdienne avec reconstitution complète du pharynx.

ANALYSES

MÉDECINE

Le diabète maladie infectieuse. (*Policlinico, Sez. pratica*, 27 oct. 1907.) — A propos de cette question très controversée le professeur Feletti (de Catane) expose les recherches qu'il a entreprises et au cours desquelles il a répété les expériences de Topfer contre les conclusions desquelles von Noorden s'était élevé.

Le diabète étant supposé être une maladie infectieuse d'origine intestinale, Feletti a administré à des chiens et à des lapins par la voie buccale de petites quantités de fèces de diabétiques très diluées dans du bouillon stérile et maintenues quelques jours à l'étuve. Au bout d'un certain temps apparut chez les animaux une glycosurie qui dura quelques jours alors que l'administration de matières fécales d'individus non diabétiques donna un résultat négatif.

L'auteur a recherché ensuite si dans les fèces, le sang et les urines des diabétiques, il était possible de rencontrer un micro-organisme cultivable et capable de produire la glycosurie chez les animaux. Après de multiples tentatives infructueuses il aurait pu isoler de l'urine d'un diabétique grave un microbe dont la culture sur bouillon produisait constamment une glycosurie de quelques jours chez les lapins et les chiens, que l'introduction fût faite par voie gastrique ou endoveineuse. Une nouvelle introduction de la culture reproduisait chaque fois la glycosurie.

Les caractères de culture et morphologiques de ce micro-organisme semblent le rapprocher du « streptococcus pyogenes ureæ » de Roosing.

Le professeur Feletti ne prétend pas avoir découvert l'agent spécifique du diabète sucré, mais il insiste sur l'importance des faits que nous venons de résumer.

A. Gaullieur l'Hardy.

CHIRURGIE

Splénectomie pour hémisection complète traumatique de la rate. (MM. Le Moine et Lévêque. *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 511.) — L'opération fut pratiquée, chez un jeune homme de dix-sept ans, à la suite d'un coup de pied de cheval. L'examen du sang, fait les cinq jours suivants, montra : légère chloro-anémie avec réparation rapide, leucocytose avec réaction lymphoïde caractérisée par l'accroissement des mononucléaires, la surcharge basophile et la transformation de certains en plasmazellen; réaction lymphoïde caractérisée par la polynucléose, l'éosinophilie légère, avec poussée de myélocytes et d'hématies nucléées.

L. Alquier.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude de la thérapeutique des calmants et des hypnotiques. (Krieger et van der Velden. *Deuts. med. Wochens.*, 1907, n° 6.) — Les auteurs se sont livrés à des recherches cliniques sur un nouveau dérivé de l'urée, le bromural, corps qui présente des propriétés tenant à la fois de celles des bromures alcalins et des valérianates, par suite de sa constitution chimique : c'est en effet le monobromisovalérianylurée. Il se comporte surtout comme un sédatif du système nerveux, entraînant par là-même le sommeil. Leurs résultats peuvent être divisés en trois groupes :

Dans le premier groupe, on n'observait chez les patients que des troubles légers du sommeil ; en général, ils s'endormirent tous après absorption de 0gr30 (une tablette) du médicament, dans un espace de temps de cinq à vingt-cinq minutes et, à de rares exceptions près, ils dormirent toute la nuit. Ils s'éveillèrent le lendemain, tout à fait frais et dispos, sans présenter de traces d'action secondaire. Jamais ils ne signalèrent de symptômes désagréables du côté de l'estomac. Ils n'accusèrent

jamais de rêves, ni d'engourdissement analogue à l'ivresse et n'éprouvèrent le matin aucun symptôme d'euphorie.

Le second groupe comprend des cas plus sérieux, où il fallut des doses plus importantes (une à deux tablettes et plus); chez tous, l'effet du médicament fut notoire, mais il semblait n'avoir d'influence que pour amener le sommeil. Son action cessait après trois à cinq heures, où elle était interrompue par la douleur, ou la toux, ou tout autre symptôme. Lorsqu'on fait prendre le médicament tous les jours, on obtient sensiblement le même résultat, et on n'a pas observé davantage d'actions secondaires désagréables.

Dans le troisième groupe enfin, comprenant des cas de délire typhique, d'états urémiques, d'angine de poitrine, de psychoses neurasthéniques, on ne put obtenir aucune action calmante ou hypnotique, même à des doses allant jusqu'à 1 gramme. On peut en conclure à sa très minime action narcotique.

Les auteurs en concluent que le bromural agit comme hypnotique à la dose de 0g60 (deux tablettes) en moyenne et 0g30 dans les cas les plus légers, et cela dans l'espace de cinq à vingt-cinq minutes. Des doses plus fortes n'offrent pas une action plus intense. Cette action dure de trois à cinq heures, et, dans les cas où le sommeil dépasse cette durée, on peut admettre que le sommeil naturel s'est substitué au sommeil artificiel. Le sommeil provoqué par le bromural n'offre aucune différence avec le sommeil naturel et on ne peut jamais y relever de phénomènes anormaux, tant au point de vue subjectif qu'objectif; enfin, la chute rapide de son action semble démontrer qu'il est rapidement éliminé ou détruit.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

1° Combattre l'hypertension dans sa cause par la prescription d'un régime alimentaire qui réduise au minimum la quantité des toxines (Huchard); beaucoup de laitage et de légumes, viandes bien cuites en petite quantité et jamais le soir;

2° Combattre l'hypertension dans ses effets par la médication vaso-dilatatrice et hypotensive : trinitrine (de IV à X gouttes de la solution alcoolique au centième) ou nitrite de soude (10 à 20 centigrammes par jour);

3° Favoriser de bonne heure l'élimination des toxines par un agent diurétique qui soit inoffensif pour le rein : « Pipérazine granulée effervescente » (de 1 à 3 mesures pro die, quinze jours par mois).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROJET DE LOI AYANT POUR BUT DE DONNER L'AUTONOMIE AUX FACULTÉS ET AUX ÉCOLES DE MÉDECINE

Voici le texte de la proposition de loi qui vient d'être déposée par M. Jean Durand, député de l'Aude :

« ARTICLE PREMIER. — A dater du 1er janvier qui suivra la promulgation de la présente loi, il sera fait recette au budget de chaque Faculté ou Ecole de médecine des droits d'étude, d'inscription, de bibliothèque, de travaux pratiques, d'examens et de certificats acquittés par les étudiants, conformément aux règlements, des legs, dons, subventions de l'Etat, des villes, associations ou individus.

Les ressources provenant de ces recettes ne pourront être affectées qu'aux objets suivants : dépenses de laboratoires, bibliothèques et collections; construction et entretien des bâtiments, création de nouveaux enseignements; paiement des professeurs, œuvres dans l'intérêt des étudiants.

La somme annuelle inscrite au budget de l'Instruction publique comme subventions aux Facultés et Ecoles de médecine sera inscrite au même budget pendant dix années.

Les droits de diplôme ou de visa seront seuls perçus au profit du Trésor.

ART. 2. — Les professeurs ordinaires des Facultés et Ecoles de médecine sont nommés par le ministre de l'Instruction publique, sur la désignation de leurs pairs réunis en conseil de la Faculté.

La Faculté est administrée par le conseil des professeurs, qui nomme le doyen et les professeurs secondaires.

Le doyen représente la Faculté dans ses rapports avec l'Etat.

DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE. — Pour être docteur en médecine, il faut avoir effectué :

Six ans d'études médicales à la Faculté ou Ecole de médecine, pendant lesquels quatre années de présence quotidienne à l'hôpital et une année au moins d'internat des hôpitaux;

Et subi avec succès les examens suivants : 1° un examen médical (examen de deux malades, observation résumée écrite avec conclusion diagnostique et étude thérapeutique); 2° un examen chirurgical (dans les mêmes conditions que ci-dessus); un examen obstétrical (examen d'une femme enceinte, avec observation résumée écrite); 3° un examen élémentaire de médecine spéciale (deux malades).

Le jury d'examen comprend : un professeur ordinaire; un professeur secondaire; un président désigné et délégué par l'Etat, ayant voix prépondérante.

Le président, à la fin des séries d'examens, fait au ministre un rapport qui est inséré au *Journal officiel*. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 JUILLET 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Rieffel; — (2e série) : MM. Gley, Branca et Mulon; — M. André Broca, suppléant.

Mardi 7 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Prenant, Gley et Cunéo; — (2e série) : MM. Quénu, Launois et Langlois; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Rénon et Gouget; — (2e série) : MM. Raymond, Claude et Castaigne; — M. Balhazard, suppléant.

Mercredi 8 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Rieffel; — (2e série) : MM. Gley, Branca et Mulon; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 9 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Prenant, Langlois et Cunéo; — (2e série) : MM. Gley, Launois et Morestin; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 10 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Rieffel; — (2e série) : MM. Gley, Branca et Mulon; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 11 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Prenant, Gley et Cunéo; — (2e série) : MM. Quénu, Langlois et Morestin; — M. Brumpt, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Claude et Castaigne; — (2e série) : MM. Albert Robin, Gouget et

Jeanselme; — 3e série) : MM. Gilbert Ballet, Fernand Bezançon et Nobécourt; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 8 juillet 1908, à une heure. — M. Georgocopoulos. Hémispasme facial et alcoolisation locale. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Roger et Sicard.) — M. Minot. Des accidents causés par l'emploi industriel de l'électricité et des moyens à employer pour y remédier. (MM. Déjerine, président; Brissaud, Roger et Sicard.) — M. Moneger. Essai sur la pathéogénie et le traitement de l'emphysème pulmonaire et de sa dyspnée. (MM. Roger, président; Brissaud, Déjerine et Sicard.) — M. Lautaret. Des anévrismes traumatiques de l'arcade palmaire superficielle et de leur traitement. (MM. Reclus, président; Segond, Gosset et Ombrédanne.) — M. Laberne. Contribution à l'étude du traitement des adénites tuberculeuses (méthode de Bier modifiée). (MM. Segond, président; Reclus, Gosset et Ombrédanne.) — M. Rio. La loi sur les accidents du travail et les complications des entorses du pied. (MM. Segond, président; Reclus, Gosset et Ombrédanne.) — M. Vaton. Myosite scléroïde (considérations historiques et thérapeutiques). (MM. Segond, président; Reclus, Gosset et Ombrédanne.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mai 1908.) Afranio Peixoto : Climat et maladies du Brésil. — G. Brouardel : Le médecin et les accidents du travail. — Benon et Vladoff : Les amnésies asphyxiques par pendaison, strangulation, submersion, au point de vue clinique et médico-légal. — P. Leroy : La responsabilité et l'hystérie.

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1908.) Méry et Terrien : Bouillie de malt et lait caillé. — Clemente Ferreira : Diète féculente et régime lacto-farineux. — Boissonnas : Allaitement maternel. — Dufestel : Tuberculose et gymnastique respiratoire. — Apert et Dubois : Idiotie amniotique familiale.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 4, avril 1908.) Braun : Les troubles fonctionnels du cœur et la tuberculose chez le soldat. — Delamare : Destruction des mouches et des moustiques par le formol. — Vallet : Note sur l'utilisation du chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans les formations sanitaires. — Vack et Armeilla : Les eaux thermales de Bourbon-l'Archambault dans le traitement des maladies chroniques du système nerveux (*suite*). — Dubujadoux : Perforation intestinale au neuvième jour d'une typhoïde. Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et de l'intestin. Phénomènes prolongés d'obstruction et de circulus viciosus. — Tranchant : Deux suicides par coups de feu à balle; fractures de plusieurs os du crâne; destruction d'une notable partie du cerveau. — (N° 5, mai.) Folley et Yverneault : Note sur l'étiologie du paludisme à Beni-Ounif (Sud-Oranais). — Coste et Piussan : Considérations sur quelques cas de méningite cérébro-spinale épidémique. — Le Guellinel de Lignerolles : Modifications du brancard roulant à fourches et roues de bicyclettes (modèle 1907). — Frilet : La suppression des lits de camp. Leur remplacement par des lits-brancards individuels d'un type susceptible de servir aussi dans les formations sanitaires de l'avant.

Archives générales de chirurgie. — (N° 4, 25 avril 1908.) Denéchau : Les suites réelles de la gastro-entérostomie au cours de l'ulcère de l'estomac et de ses complications (*fin*). — Mauclaire et Jacoulet : L'infarctus hémorragique de l'intestin par oblitération veineuse ou artérielle (*fin*). — A. Lapointe et Raymond : Le cancer du canal hépatique et du confluent hépato-cholédoco-cystique (*fin*).

Bulletin médical. — (N° 42, 27 mai 1908.) Raymond : Le tremblement essentiel héréditaire. — (N° 43, 30 mai.) Barbier et Boudon : Recherches statistiques sur la fréquence de la tuberculose chez les enfants parisiens hospitalisés. — Granjux : Le rôle de la contagion interhumaine dans la genèse de la fièvre typhoïde dans l'armée. — (N° 44, 3 juin.) Vaillard : Sur les injections préventives de sérum antitoxique dans la prophylaxie du tétanos. — Le Dentu : De quelques points relatifs à la pathogénie et à l'étiologie des difformités congénitales de la face. — (N° 45, 6 juin.) Balthazard, Granjux, Brouardel : La question de l'état antérieur dans les accidents du travail à la Société de médecine légale. — Guinard, Küss, Barbier et F. Bezançon : Des hémostatiques dans le traitement des hémoptysies. — (N° 46, 10 juin.) Comby : Appendicite chronique chez les enfants. — Sergent et Grenet : Hémorragie méningée. Mort subite au cours d'une ponction lombaire. Anévrisme cérébelleux. — (N° 47, 13 juin.) Barrié et Lian : Des hémorragies dans la leucémie myéloïde. Danger des injections hypodermiques. — Collin : Sur un cas d'angine à muguet. — (N° 48, 17 juin.) Kelsch : Quelques réflexions sur la pathogénie et la prophylaxie de la tuberculose. — Le Dentu : Abcès gazeux du foie compliqué d'hépaptoptose.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 21, 21 mai 1908.) Dekeyser : Choses du Siam. — Libotte : Thérapeutique hydrothérapique dans les névrites et les névralgies. — (N° 22, 28 mai.) G. Bouché : Physiologie pathologique de l'épilepsie. — H. Coppez : Sur les affections oculaires simulées. — (N° 23, 4 juin.) Hustin : Exploration clinique et symptomatologique des affections pancréatiques. — Stordeux et François : Un cas de thymus persistant et fortement hypertrophié, compliquant une maladie de Basedow. — (N° 24, 11 juin.) Ley : L'allaitement prolongé dans le traitement des maladies nerveuses et mentales. — Vandervelde : Adénopathie trachéo-bronchique et mésentérique. Péritonite fibrino-purulente. Diagnostic erroné de maladie amyloïde.

Montpellier médical. — (N° 17, 26 avril 1908.) Rimbaud et Rivis : Paralysie du nerf scapulaire avec atrophie des muscles sus et sous-épineux. — Hédon : La paralysie isolée du moteur oculaire externe au cours des otites.

Presse médicale. — (N° 40, 16 mai 1908.) G.-L. Faure : La cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus. — Albert Deschamps : L'asthénie cardiaque et son traitement par les injections de sérum dans la région dorsale droite. — (N° 41, 20 mai.) B. Weill, Hallé et Henri Lemaire : Caractères de l'immunité passive conférée par la sérumthérapie.

Therapie der Gegenwart. — (Mars 1908.) R. von Reuvers : Traitement de la lithiase biliaire. — F. Umber : Un nouvel astringent actif de l'intestin, le tannyl. — Ed. Aronsohn : Sur le traitement médicamenteux des malades fébricitants. — Hans Naumann : Traitement physique de l'asthme. — Hugo Davidsohn : Des dangers de l'emploi irrationnel des bains lumineux électriques (Glühlihtbädes). — Richard Mühsam : Inoculation tuberculeuse des gaines tendineuses chez les gardé-malades. — F. Karewski : Un médecin peut-il être rendu responsable d'avoir omis un examen radioscopique. — Walther : Mauvaises suites de l'emploi thérapeutique des pessaires. — (Avril.) C. Menge : Traitement de l'endométrite chronique. — Paul Linser : Pathogénie de la goutte. — B. Laquer : Des postes de secours et des soins pour alcooliques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

IIe CONGRÈS DES PRATICIENS (tenu à Lille les 25-28 juin 1908). — Le IIe Congrès des praticiens vient de se terminer. Ouvert le 25 juin dans la salle de la Société industrielle, à Lille, il a réuni environ 200 congressistes représentant pour la plupart de nombreux groupes médicaux.

Après un discours du docteur Coppens, président du Comité d'organisation, on a procédé à l'élection du bureau. Ont été nommés :

Présidents d'honneur : MM. Dubuisson, Coppens, Olivier et Reymond;

Président : M. Gairal;

Vice-présidents : MM. Caudrelier, Declercq, Lambin, Jeanne, Lande, Monprofit, Motais et Cosse;

Secrétaire général : M. Aubert.

Dans un prochain numéro, nous publierons le compte rendu des travaux du Congrès.

GUERRE. — APPEL DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE EN 1908. — Le nombre des médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1908 sera fixé, dans chaque grade, aux chiffres ci-après indiqués :

RÉSERVE (période de quatre semaines).

Médecins-majors de deuxième classe........	10
Médecins aides-majors de première classe....	75
Médecins aides-majors de deuxième classe....	384
Total........	469

ARMEE TERRITORIALE (période de deux semaines).

Médecins-majors de deuxième classe........	27
Médecins aides-majors de première classe....	254
Médecins aides-majors de deuxième classe....	67
Total........	348

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1908 se répartissent entre les divers corps d'armée conformément aux indications du tableau inséré au *Bulletin officiel* du ministère de la Guerre, en date du 22 juin 1908 (partie supplémentaire).

La convocation et l'instruction des médecins de réserve et de l'armée territoriale seront assurées dans les conditions fixées par l'instruction du 28 décembre 1898 sur l'administration des officiers de réserve et des officiers de l'armée territoriale (dispositions spéciales au service de santé, art. 16, 17, 18 et 19), sous réserve des modifications ci-après :

La durée de la période d'instruction sera réduite, s'il y a lieu, pour chaque médecin de réserve ou de l'armée territoriale, dans les conditions fixées par la circulaire du 27 mars 1906 portant modifications au règlement ministériel du 16 juin 1897 sur le recrutement, la répartition, l'administration et l'inspection des officiers de réserve et de l'armée territoriale.

Il demeure entendu que les exercices spéciaux du service de santé en campagne rentrent dans la catégorie des séances pratiques d'instruction qui, aux termes de cette circulaire, sont de nature à faire bénéficier les officiers y ayant assisté d'une réduction de la période normale d'instruction.

D'autre part, pour les médecins de réserve ou de l'armée territoriale affectés aux formations sanitaires, les directeurs du service de santé reçoivent la latitude de les convoquer, pendant une partie ou même la totalité de leur période d'instruction, dans certains centres où seraient organisées des conférences sur les règlements concernant le service de santé militaire, des démonstrations du matériel sanitaire de mobilisation et enfin, si possible, des applications sur le terrain du fonctionnement des formations sanitaires de campagne.

Ces convocations seront appliquées de préférence aux médecins aides-majors de première classe de réserve ou de l'armée territoriale susceptibles d'être proposés pour le grade supérieur, et l'instruction pratique qui leur sera ainsi donnée pourra tenir lieu du cours préparatoire prévu par la circulaire de 22 févrir 1902.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont d'ailleurs autorisés à demander des changements de lieu de convocation ou des stages sans solde dans les conditions arrêtées par l'article 18 visé ci-dessus et libellé ainsi qu'il suit :

« C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu, de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

Ce directeur statue sur les demandes dont il s'agit, à moins qu'elles ne tendent à l'accomplissement d'une période normale d'instruction ou d'un stage sans solde dans un corps d'armée autre que celui auquel les intéressés sont affectés.

Dans ce cas, les demandes, instruites d'abord par le directeur du service de santé du corps d'armée d'affectation, sont soumises à l'appréciation du général commandant le corps d'armée, qui les transmet, au cas d'acceptation, au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel les médecins désirent être convoqués.

Ce général statue sur les demandes qui lui sont adressées après avoir pris l'avis du directeur du service de santé du corps d'armée. »

Il est entendu également que si les médecins d'un grade déterminé venaient à faire défaut, le directeur du service de santé du corps d'armée convoquerait à leur place les médecins de grade immédiatement inférieur.

— Par décret en date du 23 juin 1908, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Marty, maintenu médecin-chef de l'hôpit. milit. de Toul; Cahier, médecin-chef de l'hôpit. milit. du camp de Châlons.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Darré, désigné pour pour l'hôpit. milit. du camp de Châlons; Prieur, maintenu médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte d'Orléans; Uffoltz, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Langres; Petit, à l'hôpit. milit. de Toulouse.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Manceaux, maintenu au 4e zouaves; Donnadieu, au 64e d'inf.; Moutet, au 4e tirailleurs algériens; Sire, au 39e d'art; Moinet, au 114e d'inf.; Lanusse, Troussé, au 16e d'art.; Dormand, désigné pour le 2e génie; Laine, maintenu au 40e d'art.; Thooris, au 104e d'inf.; Loustalot, au 1er zouaves; Cauvet, au 92e d'inf.; Blum, au 42e d'inf.; Meyer, au 29e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Demanneville, maintenu au 8e hussards; Boussenot, au 106e d'inf.; Carret, au 8e d'inf.; Moursou, désigné pour le 3e d'inf.; Feldmuller, maintenu au 1er bat. d'inf. légère d'Afrique; Bertrand, au 27e d'inf.; Petit, désigné pour les hôpit. de la dvision d'Oran; Métoz, maintenu au 149e d'inf.; Piétrement, au 9e dragons; George, désigné pour le 118e d'inf.; Coudeyras, maintenu au 133e d'inf.; Derappe, au 69e d'inf.; Bailly, au 69e d'inf.

INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE BERCK. — En huit jours, du 17 au 24 août, enseignement de l'orthopédie indispensable et du traitement des tuberculoses externes, par le docteur Calot, en dix leçons suivies d'exercices pratiques. — Ecrire à M. le docteur Privat (à Berck-Plage).

Introduction physiologique à l'étude de la philosophie. Conférences sur la physiologie du système nerveux de l'homme, faites à la Faculté des lettres de Montpellier, par J. Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. Préface de M. Benoist, recteur de l'Académie de Montpellier. In-8 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine, avec 47 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 4, avril 1908.) Pierre Sébileau : L'appareil suspenseur du larynx. — Marcel Lermoyez : De la valeur de la rhino-laryngologie en pathologie générale. — Eric Ruttin : Des indications de l'opération radicale bilatérale spécialement au point de vue du résultat fonctionnel. — Henri Caboche : Contribution à l'étude de l'antrotomie précoce au cours de certaines suppurations aiguës de l'oreille moyenne (antrites aiguës latentes et antrites douloureuses). — Hélot : Exploration diaméatique du sinus maxillaire avec le stylet.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 235, 10 avril 1908.) Barcat et André Delamarre : Le radium dans le traitement des névralgies et des névrites. — Belot : Röntgenographie et röntgenoscopie. Les agents physiques dans le diagnostic et le traitement des traumatismes articulaires et osseux. — Haret : La radiographie dans le traitement des névralgies. — Zimmern et Delherm : Le traitement des névralgies et des névrites par l'électricité. — (N° 236, 25 avril.) Béclère : Sur l'aide apportée au diagnostic et à la localisation des abcès dysentériques du foie par l'exploration radiologique. — Lanari : Traitement de l'hyperhidrose palmaire par les rayons X. — H. Bordier : Lois de la répartition des quantités de rayons X émises par une ampoule dans les différentes directions. — — A. Zimmern : L'électrocautère froid de Forest. — (N° 237, 10 mai.) H. Bordier et Th. Nogier : Recherches expérimentales sur la lampe à vapeur de mercure et en quartz (lampe de Kromayer). — Aubertin et Beaujard : Sur le mécanisme de la leucopénie produite expérimentalement par les rayons X. — Carlo Luraschi : Dans quelles conditions est possible la radiographie de la moelle épinière ? — G. Massiot : Technique électrothérapique. Complexité des formes de courants utilisés actuellement par le médecin électricien, exemple de simplification par l'emploi du pupitre électrothérapique.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 4, avril 1908.) Hallion : Les excitants de la sécrétion pancréatique et le mécanisme duodénal de leur action. — Grossmann : Sur l'épigastralgie d'origine artérielle. — Pariset : Le diabète arthritique, son mécanisme physiologique par excès du pouvoir amylolytique du sang.

Archives de médecine navale. — (N° 5, mai 1908.) Foucault : Sur les vomiques dans leurs relations avec les abcès dysentériques du poumon et du foie. — Cazamian : Les plaies contuses de jambe dans la marine. — Guibaud : La parasitologie de la dysenterie. — Thémoin : Le service de santé de la marine russe pendant la guerre russo-japonaise. — Guéguen : Note sur le képhir. Sa genèse, procédés d'obtention, sa préparation à l'hôpital maritime de Brest.

Archives générales de médecine. — (N° 4, avril 1908.) P.-E. Launois : Hémorragie mortelle par rupture de varices œsophagiennes chez un cirrhotique. — G. Étienne : Infection catarrhale non suppurée des glandes salivaires, non spécifique. — Sabrazès et Lafforgue : La ligue ombilico-mamelonnaire à l'état normal. — J. Brault : Les parasites animaux cuticoles sous les tropiques, leur distribution géographique.

L'EAU ET LES ÉCHANGES CUTANÉS

Par M. CHIRAY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et A. LAMARRE (d'Evian).

L'hydrothérapie, c'est-à-dire l'emploi de l'eau dans l'art de guérir, paraît être l'une des plus anciennes méthodes thérapeutiques, si toutefois elle n'est pas la première. Sans remonter aux temps les plus reculés de l'histoire de la médecine, on trouverait d'innombrables preuves de cette antique faveur dans les vestiges d'établissements romains que possèdent la plupart des stations thermales tant en France qu'en d'autres pays d'Europe.

Et pourtant, bien que connue et employée de tous temps par les médecins, l'hydrothérapie n'est pas devenue à l'heure actuelle un procédé curatif véritablement sûr dont l'emploi, fondé sur des bases scientifiques rigoureuses, conduit à des résultats toujours prévus. L'empirisme, avec ses surprises et ses incertitudes, règne encore ici en maître et l'on ne pourrait dire si nous en savons actuellement beaucoup plus que Gallien (1) sur les indications des bains dans les fièvres.

Pourtant de nos jours un mouvement important a orienté les recherches vers la physiothérapie, et il est difficile de comprendre comment et pourquoi s'est perpétuée notre ignorance à l'égard du principal des agents de la thérapeutique physique. Ce n'est pas que les travaux manquent sur ce sujet. Maints auteurs ont tenté de préciser les effets physiologiques de l'hydrothérapie sur tel ou tel organe, sur le cœur et la pression artérielle, la respiration et l'exhalaison pulmonaire, la diurèse. Mais presque tous s'en sont tenus à leurs premières constatations d'où dérivaient d'ailleurs des indications et des contre-indications à l'emploi des eaux. Il eût pourtant été intéressant de ne pas se contenter de ce premier résultat pratique et de pousser un peu plus loin l'analyse des faits. Peut-être aurait-on trouvé ainsi à la base des phénomènes observés des actions et réactions organiques plus complexes qu'on ne l'imagine d'après la lecture des auteurs qui, sans preuves comme sans restrictions, attribuent les effets observés à l'action du système nerveux.

L'importance de cette action ne saurait faire l'objet d'un doute, mais encore est-il qu'il faut expliquer par quels ressorts elle est mise en jeu et par quel moyen elle atteint le résultat observé. Telle est l'étude que nous nous sommes proposée. Nous voudrions dans une série de recherches tenter d'élucider un peu le mécanisme physiologique des effets organiques produits par l'hydrothérapie.

Notre conviction est que de ces recherches peuvent ressortir d'importantes sanctions pratiques et nous sommes persuadés que du jour où la thérapeutique physique par l'eau sera employée de façon plus rationnelle, on pourra lui demander beaucoup plus et en attendre des effets plus constants.

Dans ce travail initial, nous avons abordé seulement un des côtés de la question et nous nous sommes limités à l'*étude des fonctions de la peau en regard des pratiques hydrothérapiques courantes*. La peau élimine-t-elle ou absorbe-t-elle d'une façon quelconque sous l'influence de l'eau ? Qu'élimine-t-elle et qu'absorbe-t-elle ? Par quoi et comment sont régis ces divers phénomènes d'absorption ou d'élimination? Pour répondre à ces multiples interrogations, nous avons institué un grand nombre d'expériences dont nous relaterons quelques-unes ici, nous efforçant surtout d'en dégager les lois générales qui président aux échanges transcutanés produits sous l'influence de l'hydrothérapie.

Afin d'apporter plus de méthode dans ce travail, il nous a paru nécessaire d'étudier séparément les mutations de l'eau et celles des sels. Nous envisagerons donc :

I. Les échanges hydriques;

II. Les échanges salins.

I

Echanges hydriques. — LE PREMIER PROBLÈME QUI S'OFFRAIT A NOS INVESTIGATIONS ÉTAIT DONC LE SUIVANT : DANS QUELLE MESURE DES ÉCHANGES HYDRIQUES PEUVENT-ILS S'ACCOMPLIR A TRAVERS LA PEAU SOUS L'INFLUENCE DES BAINS ET DES DOUCHES ? — C'est là une question qui n'est pas absolument neuve, car elle a déjà maintes fois préoccupé les physiologistes et médecins surtout vers le milieu du siècle dernier.

Ils ont, pour la résoudre, dû recourir à divers moyens. La méthode des pesées a surtout été employée. Elle consiste à comparer le poids du malade avant et après le bain. On peut considérer les recherches de Fleisher (1) poursuivies avec le plethysmographe de Mosso comme une modification de ce procédé.

Les résultats obtenus ont été variables suivant les auteurs : les uns constatent une augmentation, les autres une diminution, d'autres enfin le maintien du poids au *statu quo;* certains se défiant de la méthode des pesées ont tenté d'apprécier l'absorption de l'eau par les modifications des urines.

Tous ceux qui ont usé de ce criterium ont observé qu'après un bain ou une douche les urines sont beaucoup moins denses et moins colorées. C'est une règle absolue ou à peu près. Mais est-il permis d'en déduire que de l'eau ait été absorbée par la peau? Quelques-uns enfin se sont adressés à des preuves indirectes. C'est ainsi que Hebra, laissant pendant plusieurs heures des malades dans des bains, a constaté qu'ils arrivaient à souffrir de la soif, ce qui démontrait à son sens que l'eau ne pénétrait pas dans l'organisme. Sappey, voulant aussi prouver l'absence d'absorption dans les conditions normales, garnit de peau humaine l'extrémité de deux tubes de verre et les remplit d'eau. Dans le premier tube la peau était intacte, et dans le second, privée de la couche cornée

(1) DAREMBERG. *OEuvres de Gallien*, « De la méthode thérapeutique », t. II, p. 706. Edition Baillière (1856).

(1) FLEISHER. *Untersuchungen über das Resorptions vermogen Erlangen* (1877),

de l'épithélium. Du premier l'eau s'écoulait lentement, tandis que dans l'autre le niveau se maintenait intact. Sappey tenait cette expérience pour décisive contre l'hypothèse de l'absorption par la peau normale : « L'une des membranes se comporte à la façon d'un crible et l'autre à la façon d'une lame de verre. »

En somme, la question de l'absorption de l'eau par la peau dans les bains et douches a été résolue par les auteurs dans des sens différents. Certains l'ont niée absolument comme Seguin (1), Poulet (2), J. Currie (3), Fleisher, Hebra, Sappey; d'autres l'ont admise avec ou sans réserve. Mdaden (4), Bill (5), Collard de Martigny (6), Vierordt (7), Berthold (8), Homolle (9), Duriau (10), L. Hebert (11), Villemin (12). Il faut reconnaître que ces derniers sont les plus nombreux bien que leurs résultats restent fort contradictoires.

Le premier, Duriau a cependant montré qu'on peut dans une certaine mesure expliquer l'incohérence des diverses constatations en tenant compte de la température des bains. Après lui, Edwards (13), Gerdy (14), Béclard (15) ont également affirmé qu'au-dessous d'une certaine température la peau absorbe de l'eau, tandis qu'au-dessus elle en exhale. Entre ces deux cas extrêmes ils admettaient un point d'équilibre. Mais les recherches de ces auteurs ne les ont pas conduits à mettre en cause d'autres facteurs que la durée et la température des bains pour rendre compte de la divergence des effets observés, et cela nous paraît absolument insuffisant; d'ailleurs, même en ce qui concerne les règles qu'ils ont établies sur l'action de la température, il ne nous semble pas que leurs conclusions soient inattaquables. On voit, en somme, que la question n'est pas nettement résolue du fait des travaux antérieurs, puisque les uns admettent l'absorption de l'eau par la peau, tandis que d'autres la nient, ne lui accordent qu'une très minime importance ou ne la croient possible qu'à la faveur des érosions cutanées.

Dans cette revue des résultats auxquels sont arrivés les divers expérimentateurs, nous ne tenons naturellement compte que de ce qui a été fait sur l'homme. Bien que certains travaux aient démontré l'extraordinaire puissance d'absorption que peut acquérir la peau des animaux déshydratés, nous n'osons conclure de l'animal à l'homme à cause de la différence de structure que présente leur tégument externe.

Au début de nos recherches, le premier point à résoudre était de fixer la méthode que nous adopterions pour apprécier les échanges hydriques transcutanés. Nous nous sommes arrêtés à la pesée encore qu'elle soit passible de critiques très justifiées. Et d'abord c'est, quoi qu'il en paraisse, un procédé très délicat, nécessitant de grands soins, des instruments précis, bien réglés et non plus ou moins rouillés comme sont si fréquemment les balances mises à la disposition des baigneurs. De plus, la pesée expose à de multiples erreurs ceux qui acceptent ses données sans restrictions. Elle laisse ignorer la valeur des échanges lorsque ceux-ci dans le cours d'une même séance se font soit alternativement, soit simultanément dans les deux sens, absorption et exhalation, si bien qu'ils arrivent à se compenser dans d'autres cas. Elle peut faire croire à tort à l'absorption. Ainsi l'inhibition épidermique pourrait augmenter le poids si l'on négligeait d'essuyer la peau jusqu'à très complète siccité. Inversement la pesée pourrait faire penser à tort que de l'eau s'est éliminée à travers la peau si l'on ne tenait compte de l'évaporation respiratoire. En effet, celle-ci cause une déperdition d'eau sinon considérable, du moins appréciable. Dans une cabine de bains où l'état hygrométrique reste nécessairement très élevé, l'exhalation ne saurait prendre de grandes proportions. Assurément la différence serait plus forte dans une atmosphère sèche; aussi nous sommes-nous gardés d'imiter ceux qui, pour leurs expériences, organisaient des appareils permettant au sujet de respirer l'air extérieur. Enfin, si l'on s'en rapporte aux chiffres de Béclard qui, actuellement encore, sont admis par beaucoup d'auteurs, on voit que pour une heure la déperdition pulmonaire peut atteindre 30 à 40 grammes. Comme les différences observées par nous sont très supérieures à ces chiffres, elles ne sauraient être infirmées par eux, d'autant qu'en matière d'absorption cutanée dans le bain, s'il faut tenir compte de la déperdition pulmonaire, c'est pour l'ajouter au chiffre brut de la pesée, et par conséquent mettre le gain réel au-dessus du gain apparent (1).

(1) Seguin. Mémoire sur les vaisseaux absorbants, lu à l'Académie des sciences le 3 mars 1792, *Ann. de chimie et de physique*, Paris 1814, t. XC, p. 185 et t. XCII, p. 46.

(2) Poulet. *C. r. de l'Académie des sciences*, 3 mars 1856.

(3) J. Currie. *Medical report on the effects of water cold and warm as a remedy in fever and other diseases*, Liverpool 1798, 3e édit. 1804.

(4) Madden. Au experimental inquiry into the physiology on cutaneous absorption, in *Medico-chirurgical Rewiew*, t. XXIX, 1838.

(5) Bill. Observations on cutaneous absorption with experiments, in *Transact. of the medico-chirurg. society of Edinburgh*, t. II, 1826.

(6) Collard de Martigny. *Recherches expérimentales et critiques pour servir à l'histoire de l'absorption*, in Nouv. biblioth. méd., 1827 t. III.

(7) Vierordt. *Zeits. f. rationelle Med.*, t. VII, 1849.

(8) Berthold. Versuchen uber die Aufsaugungsthätigkeit der Haut, *Müller's Arch. f. Anat.*, 1838.

(9) Homolle. Expériences sur l'absorption par le tégument externe, in *Union méd.*, t. VII, 1853.

(10) Duriau. Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation par le tégument externe, *Arch. gén. de méd.*, février 1856.

(11) Hébert. *De l'absorption par le tégument externe*, Th. de Paris, 1861.

(12) Villemin. Recherches expérimentales sur l'absorption par le tégument externe, in *Arch. gén. de méd.*, juillet 1863 et mai 1864.

(13) Edwards. *De l'influence des agents physiques sur la vie*, 1863, chap. III et IV.

(14) Gerdy. Recherches expérimentales relatives à l'influence des bains sur l'organisme, *Arch. gén. de méd.*, 9e série, t. I, p. 452, 1858.

(15) Béclard. Recherches expérimentales sur les conditions physiques de l'endosmose des liquides et gaz, *C. r. de l'Académie des sciences*, 1851.

(1) Edwards a montré que deux grenouilles privées d'eau pendant un certain temps, puis plongées dans un bain sans que l'eau puisse être absorbée autrement que par la peau, gagnent en peu de temps la première 1/15, la seconde 1/3 de son poids.

Une autre erreur dans l'interprétation de la pesée pourrait encore résulter de ce fait que l'eau est absorbée à la faveur des plaies ou ulcérations cutanées. Cette erreur que plusieurs auteurs ont signalée semble particulièrement plausible d'après l'expérience de Sappey que nous relatons plus haut. Mais la peau ne se comporte pas de même *in vivo* et *in vitro*. Nous nous sommes assuré à plusieurs reprises que, en ce qui concerne l'absorption hydrique (nous ne parlons que de celle-là), l'état de la peau ne modifie en rien les résultats. Qu'avant le bain on décape énergiquement la peau des sujets avec une solution caustique d'alcool et d'ammoniaque et que l'on détermine ainsi de multiples érosions ou bien que l'on commence le bain sans aucun de ces préparatifs, les résultats sont absolument identiques. Il faut donc écarter cette cause d'erreur.

Il en est encore une autre qu'a signalée Demarquay (1) et qui ne nous paraît guère plus sérieuse. C'est l'absorption réalisée au niveau des muqueuses glando-préputiale et anale. On a peine à comprendre que de ce fait une grosse différence puisse être créée.

En somme, on le voit, la pesée pour peu que l'on discute ses données, reste une méthode assez précise dans les recherches que nous nous sommes proposées. Si l'on veut limiter au minimum la zone d'erreur qu'elle comporte, il faut surtout s'efforcer de ne comparer que des résultats de même ordre. Il faut toujours opérer dans des conditions identiques à la même heure du jour, à jeun, et en faisant précéder l'immersion d'une légère friction humide. Il faut veiller à ce que la dessiccation parfaite soit obtenue, et dans ces conditions on peut tenir pour probable que la différence de poids à l'entrée et à la sortie du bain décèle à peu près l'exhalation ou l'absorption hydrique à travers la peau.

A l'aide de la méthode des pesées, nous avons pratiqué un très grand nombre d'expériences qu'il serait fastidieux de rapporter dans le détail. A titre d'exemple, et pour fixer les idées, nous allons seulement en citer un certain nombre qui ont pu être pratiquées en séries, soit sur l'un de nous (sujet *a*), soit sur un patient volontaire (2) [sujet *b*]. Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous :

A. Série de bains chauds a 38 degrés

En 40 minutes le sujet	*a*	perd	400, 400 et 900 gr.	
—	*b*	—	300 à 500 grammes.	
En 20 minutes —	*a*	perd	500 à 600	—
—	*b*	—	140 à 20	—
En 10 minutes —	*a*	perd	150 à 25	—
—	*b*	—	100 à 60	—

B. Série de bains tièdes a 34 degrés

En 40 minutes le sujet	*a*	gagne	150 et 50	—
—	*b*	—	0 et 100	—
En 20 minutes —	*a*	gagne	100 et 100	—
—	*b*	—	100 et 100	—
En 10 minutes —	*a*	gagne	130 et 150	—
—	*b*	—	100 et 120	—

(1) Demarquay. *Union méd.*, 3e série, t. I, 1867.

(2) Nous adressons ici nos très vifs remerciements à M. Corre et à M. Sartory qui ont bien voulu collaborer à nos recherches par de nombreuses analyses et même se sont aimablement soumis à nos expérimentations.

De ces premières constatations choisies parmi beaucoup d'autres semblables, il importe de tirer des conclusions.

1. *Dans les mêmes conditions physiques, hygrométriques, et avec la même eau, deux sujets poursuivant une longue série d'expériences ont, dans un certain nombre de cas, pris du poids dans le bain tandis que d'autres fois ils en perdaient.* — Lorsqu'ils ont diminué, on peut admettre qu'ils ont exhalé à travers la peau une certaine quantité d'eau. Lorsqu'ils ont augmenté, l'absorption directe paraît tout aussi probable. Nous considérons comme très important ce pouvoir absorbant de la peau ; il a été mis en doute par quelques-uns, tout à fait à tort à notre sens. Sa constatation très nette dans presque tous les cas de bains à 34 degrés nous permet de penser qu'il existe là un moyen intéressant de faire pénétrer de l'eau dans l'organisme.

2. *Le sens des échanges hydriques transcutanés est d'abord réglé par la température des bains.* — Au-dessus d'un certain point les sujets d'expérience perdent du poids, tandis qu'au-dessous ils en prennent.

Entre ces deux extrêmes existe une température d'équilibre pour laquelle on ne constate ni gain ni perte de poids. C'est ce que Duriau appela le *point isotherme*.

Les recherches des divers auteurs qui ont essayé de déterminer ce point ont donné des résultats fort variables. On a indiqué en effet 22 degrés (Edwards), 25 (Duriau), 28 à 30 (Béclard), 36 (Gerdy). Nos expériences nous ont montré que pour le sujet *a* le point isotherme se place vers 36 et pour *b* vers 35 degrés. Le point isotherme est toujours le même pour un sujet donné vis-à-vis d'une eau donnée. C'est en effet une véritable constante organique ainsi que nous avons pu nous en assurer. On pourrait se demander pourquoi deux sujets vis-à-vis d'une même eau ont des points isothermes différents. Nous ne saurions l'expliquer de façon complète. Toutefois nous pouvons dire que les différences d'un sujet à un autre, dans les mêmes conditions de temps, de température et surtout d'eau, ne sont pas très considérables, il nous a paru que ces *différences évoluent parallèlement avec la sensibilité thermique inhérente à chaque individu*. On sait en effet que celle-ci varie considérablement d'un sujet à l'autre. L'appréciation du froid et du chaud reste toujours quelque chose de relatif ne correspondant pas exactement aux indications thermométriques. Tel expérimentateur a pu supporter un bain à 45 degrés, alors qu'un autre éprouve des tendances syncopales à 38 degrés. L'un aura des frissons et une sensation pénible à 34 degrés, alors qu'un autre considérera encore cette température comme assez élevée. Chez un même individu on voit même la sensibilité thermique se modifier avec l'âge et s'accommoder de moins en moins des températures inférieures. Or, *les variations de la sensibilité thermique nous ont paru liées à celles du point isotherme*.

C'est là une loi nouvelle et assez intéressante sur laquelle personne, à notre connaissance, n'a jusqu'ici attiré l'attention. Les sujets dont le point isotherme est

peu élevé ne s'accommodent en général que des bains à température basse. Ceux dont le point isotherme est, toutes choses égales, d'ailleurs assez haut, semblent rechercher au contraire les bains de thermalité plus haute. Il semble donc, en d'autres termes, que suivant la plus ou moins grande perméabilité de dehors en dedans que présente à l'eau le revêtement cutané, les sensations de froid ou de chaud se déploient sur l'échelle thermométrique et qu'on pourrait résumer ceci en disant : *Le coefficient de sensibilité thermique de la peau varie parallèlement à son pouvoir absorbant vis-à-vis de l'eau.*

Une deuxième question se pose en ce qui concerne l'action des bains chauds. On peut se demander si la température agit en toutes circonstances de la même façon sur la peau, c'est-à-dire si l'action propre des bains n'est pour rien dans les phénomènes d'exhalation cutanée. Pour s'en rendre compte, il suffit de soumettre le même sujet à des bains successifs et de même température et durée, mais de qualité différente : bains d'eau, bains d'air sec, bains d'air humide. Nous avons souvent observé, comme autrefois Legueu, que la perte de poids est, toutes choses égales d'ailleurs, plus considérable dans une étuve humide ou sèche que dans un bain. On ne saurait expliquer ce fait sans admettre que l'exhalation cutanée est partiellement compensée par la pénétration de l'eau dans le bain. C'est donc une nouvelle preuve de l'absorption.

3. *L'absorption ou l'exhalation de l'eau par la peau ne varient pas seulement avec la température de l'eau, mais encore avec la durée d'application des bains et douches.*

Toutefois il ne faudrait pas croire que, suivant la loi posée par Duriau, l'intensité des échanges soit directement proportionnelle à la durée d'application. En effet, nous avons pu constater, contrairement à nos prévisions que le maximum d'effet n'a pas toujours été obtenu par les bains les plus longs. Les différentes durées avaient été graduées du simple au double, mais les chiffres obtenus ne reproduisent pas cette proportionnalité. Il nous a semblé que, suivant les cas, *on obtient le maximum d'effet à une température donnée pour une durée donnée et qu'au delà de ce temps l'intensité d'action décroît rapidement.* Cette loi se vérifie aussi bien pour l'exhalation que pour l'absorption.

4. *Le point isotherme, la durée d'application du bain ne sont pas encore les seuls éléments du problème des mutations hydriques. Il en est un dernier, et peut-être le plus important, c'est la qualité de l'eau.* Pour n'en avoir pas tenu compte, les auteurs se sont heurtés à une telle incohérence de résultats que malgré tous leurs efforts ils n'ont pu en dégager aucune loi un peu générale. C'est ainsi par exemple que les extraordinaires divergences dans la détermination du point isotherme ne peuvent guère s'expliquer que par la différence des eaux employées. Sans doute, en présence d'une même eau, deux sujets peuvent avoir un point isotherme différent, mais l'écart sera d'un très petit nombre de degrés, tandis que celui des auteurs va de 22 à 36 degrés. Nous avons eu récemment la démonstration péremptoire du rôle joué par les qualités de l'eau dans cet ordre de recherches. Ayant tenté de reprendre la série de nos expériences avec une eau très différente de la première, tant par ses propriétés physiques que chimiques, nous sommes arrivés, malgré des conditions expérimentales rigoureusement semblables, à des résultats tout à fait différents, mais qui pourtant aussi bien dans un cas que dans l'autre, restaient fort comparables entre eux pour la même eau. Un exemple fera mieux saisir ce fait. Avec la première eau, le sujet *a* dans un bain de quarante minutes perdait régulièrement de 400 à 900 grammes. Avec la seconde, il n'a jamais pu perdre plus de 30 à 50 grammes. Avec la première, dans un bain de quarante minutes à 34 degrés, il prenait jusqu'à 150 grammes. Avec la seconde, dans les mêmes conditions le gain ne dépassait guère 60.

Chaque eau possède donc au point de vue de la perméabilité cutanée des qualités différentes. A quoi tiennent ces propriétés spéciales ?

Tout d'abord il est très probable que le *mouvement de l'eau* peut exercer une action puissante. A cet égard l'eau de rivière et surtout l'eau de mer représentent un milieu plus actif que l'eau dormante et l'on sait d'ailleurs que pour un sujet immobile l'eau froide animée de mouvements est plus difficilement supportée à égalité de température que l'eau morte. Il est probable d'après la loi que nous avons posée que cela correspond à des différences d'absorption, et il serait intéressant d'étudier plus complètement à ce point de vue les bains de mer et de rivière. Mais il faudrait avoir soin de se placer dans des conditions expérimentales analogues, c'est-à-dire exiger des sujets l'immobilité. C'est seulement dans ce cas que les bains froids de rivière sont moins bien supportés à température égale que les bains en baignoire. Si le sujet s'agite, se livre à des exercices, l'inverse se produit ; le bain d'eau courante est mieux supporté. Mais dans ce cas il est probable qu'il se produit une exhalation d'eau à travers la peau et qu'à cause de cela la sensibilité thermique n'est pas désagréablement impressionnée.

Un autre élément extrêmement important parmi les qualités qui rendent une eau plus ou moins absorbable par la peau, *c'est la densité.* L'expérience suivante suffit à le démontrer péremptoirement : en ajoutant 5 kilos de sel marin aux 200 litres qu'on utilisait pour le bain des sujets *a* et *b*, la densité se trouvait augmentée sensiblement, les autres conditions demeurant identiques. Les résultats comparatifs furent très différents.

En quarante minutes, à 38 degrés, *a* perd de 400 à 900 dans l'eau simple. Dans les mêmes conditions, il gagne 10 à 20 grammes dans l'eau salée.

En vingt minutes, à 38 degrés, *a* perd de 500 à 600 dans l'eau intacte. Il gagne 50 grammes dans l'eau salée.

On voit qu'avec une eau plus dense le point isotherme s'abaisse, puisqu'au lieu de perdre à 38 degrés le sujet *a* prend du poids. Ceci explique que les bains de mer chauds soient, à durée et température égales, moins fatigants que les bains d'eau douce.

D'autres expériences ont encore confirmé ces constatations :

En quarante minutes, à 34 degrés, *a* gagnait de 50 à 150 dans l'eau normale. Avec l'eau salée il prend 220.

En vingt minutes, à 34 degrés, *a* gagnait 100 grammes dans l'eau normale, il augmentait de 150 dans l'autre.

La pénétration est donc plus accentuée à 34 degres et c'est encore là une preuve que le point isotherme est abaissé. Ceci se retrouve dans d'autres phénomènes d'absorption organique. Pour n'en citer qu'un exemple, rappelons que l'on ajoute du sel aux lavements d'eau tiède dans les cas où l'on veut faire absorber de l'eau par l'intestin. D'ailleurs l'action de la densité est quelquefois perçue par certains organismes sensibles. Quelques sujets éprouvent dans des eaux légères un grand bien-être et au contraire une sensation pénible de pesanteur et de constriction dans l'eau très dense. Peut être ces sensations correspondent-elles à l'absorption plus rapide de l'eau ou simplement à la plus forte pression ressentie. D'ailleurs nous admettons volontiers qu'en ce qui concerne l'absorption, si la densité a une action, c'est parce que parallèlement à elle s'élève la *pression* exercée par l'eau.

La *pression de l'eau sur les téguments* est en effet un autre élément important des mutations hydriques transcutanées. Nous avons comparé à cet égard les bains et les douches et il nous a semblé qu'à toutes choses égales d'ailleurs l'absorption est beaucoup plus marquée dans la douche que dans le bain. Sur ce point nos expériences n'ont cependant pas été suffisamment poussées, mais nous rappellerons à l'appui de notre opinion que les auteurs qui autrefois entreprirent des recherches avec l'hydrofère constatèrent unanimement l'absorption par ce moyen.

On le voit, les qualités agissantes propres de l'eau sont complexes. La mobilité et la densité sont les principales, mais sont-elles les seules? Nous ne le pensons pas. Il existe certainement encore en dehors de ces éléments un « quidquid ignotum » qui nous échappe et qui donne à chaque eau son activité particulière. C'est un point encore obscur, qui nous préoccupera dans des recherches ultérieures ; néanmoins dès maintenant nous voyons que chaque eau possède, indépendamment de sa température et de sa durée d'application, un ensemble de qualités connues ou inconnues qui la rendent plus ou moins apte à traverser la peau. C'est ce que l'on pourrait appeler le *potentiel osmotique extérieur*. Ce facteur a, nous l'avons indiqué, une importance capitale dans l'action des eaux. Peut-être pourra-t-on arriver un jour à l'exprimer en chiffres, et ce serait certainement un élément important dans l'exercice de l'hydrothérapie.

En opposition avec le *potentiel osmotique extérieur* que commandent les éléments énumérés se trouve un *potentiel osmotique intérieur*. La perméabilité du derme est sous la dépendance de l'équilibre moléculaire intérieur. Or celui-ci chez l'homme normal se maintient à peu près fixe, ainsi que l'ont vérifié par certains côtés MM. Achard et Lœper (1). C'est parce que le potentiel osmotique intérieur se maintient fixe normalement, que si dans nos expériences nous ne modifions pas le potentiel osmotique extérieur nous obtenons toujours les mêmes résultats.

Mais si maintenant fixe le potentiel osmotique extérieur nous faisons varier l'autre, nous pourrons alors obtenir toute une série d'effets divergents. Malheureusement nous ne connaissons qu'un petit nombre des influences susceptibles de faire varier l'équilibre moléculaire intérieur et si nous constatons facilement les rétentions ou décharges minérales, les variations de l'eau dans l'organisme, nous ne savons pas comment et par quoi sont réglées ces manifestations d'un mécanisme régulateur. Il nous est donc difficile d'étudier expérimentalement les variations de potentiel osmotique intérieur. Pourtant nous pensons que si celui-ci s'abaisse, c'est-à-dire si l'organisme se trouve dans un équilibre moléculaire tel qu'il devient avide d'eau, les courants d'échange se feront plus volontiers de l'eau du bain vers l'organisme. Ils seront de sens contraire si le potentiel osmotique intérieur s'élève, c'est-à-dire si l'équilibre moléculaire normal est détruit par une trop grande rétention d'eau. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons soumis des sujets au bain tiède et frais ou à la douche après un séjour prolongé à l'étuve dans laquelle ils perdaient de fortes quantités d'eau. Ainsi nous pensions abaisser leur potentiel osmotique intérieur avant l'action du bain. Nous avons alors constaté que l'absorption devenait beaucoup plus intense. Ainsi, par exemple, un sujet après avoir perdu 800 grammes dans l'étuve prenait sous l'influence d'une simple douche tiède près de 300. On pourrait rapprocher de ces données expérimentales les constatations faites sur les malades atteintes d'hypertension artérielle, malades chez lesquels le potentiel osmotique intérieur est certainement abaissé, parce qu'ils sont le plus souvent en état d'insuffisance rénale latente ou avérée. Si ceux-ci varient, peu à peu l'état s'améliore sous l'influence de bains dans des eaux de faible densité et sans pratiquer la cure de boisson. C'est sans doute qu'en absorbant ainsi une grande quantité d'eau, ils la rendent abondamment ensuite par une diurèse et réalisent de ce fait une sorte de lavage de ce milieu intérieur sans passer par l'intestin.

L'expérience inverse serait intéressante. Il faudrait savoir si, lorsque le potentiel osmotique intérieur s'élève, on réalise plus facilement l'élimination de l'eau à travers la peau. Il serait, par exemple, assez important de pouvoir soumettre à l'action des bains chauds des malades en état de rétention hydrique œdémateux plus ou moins avérés. Nous ne l'avons pu faire à notre grand regret. Toutefois nous en avons assez dit pour montrer ce que cette méthode est susceptible de donner.

Lorsque l'on possédera des règles fixes relativement au potentiel osmotique intérieur ou extérieur, il sera facile de produire à volonté l'absorption ou l'exhalation cutanée suivant les indications du moment. Cette conception dépasse même les limites de la physiologie cutanée. Elle peut s'appliquer à toutes les variétés d'absorption organique et en particulier à l'absorption digestive et l'on comprend de suite

(1) Achard et Lœper. *C. r. de la Soc. de biol.*, 30 mars 1901, p. 382.

que suivant l'effet à obtenir, pénétration ou exhalation d'eau, il n'est pas indifférent de donner des lavements tièdes, chauds ou froids, des lavements d'eau distillée ou d'eau salée. Enfin on ne saurait oublier que ces mutations hydriques peuvent avoir des conséquences importantes. A l'absorption ou à l'exhalaison d'eau par la peau ou par les membranes organiques se rattachent de façon intime les mutations des substances et sels qui sont en solution. C'est là le second point du problème que nous nous sommes posé. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JUIN 1908)

Le dérivé acétylé de l'atoxyl dans la maladie du sommeil. — M. Paul SALMON. Depuis que l'atoxyl s'est révélé médicament capable d'agir dans diverses trypanosomiases et spirilloses pathogènes, il était tout indiqué d'étudier, soit les élément composants, soit les dérivés de l'anilarsinate.

M. Paul Salmon a étudié l'action du dérivé acétylé et il a pu constater qu'elle est incontestable contre le *trypanosoma gambiense*.

D'autre part, on peut, chez les animaux, administrer des doses du dérivé acétylé quatre fois plus fortes que les doses d'atoxyl. On ne peut savoir encore si cette diminution de toxicité se retrouvant chez l'homme permettra de réaliser un progrès dans la thérapeutique de la maladie du sommeil.

L'élasticité vasculaire et ses variations. — M. Gabriel ARTHAUD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JUIN 1908)

Rhumatisme chronique avec autopsie; ses rapports avec la tuberculose. — M. SOUQUES communique les résultats de quatre autopsies de rhumatisme chronique.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de soixante-sept ans, chez lequel le rhumatisme avait débuté à l'âge de vingt ans, au cours d'une dysenterie. Dix ans plus tard, seconde poussée qui amène la généralisation à toutes les jointures, l'ankylose et l'hospitalisation. Une injection de tuberculine ne provoqua aucune réaction. L'autopsie révéla l'existence d'une granulie pleuro-pulmonaire récente, l'intégrité macroscopique et microscopique du corps thyroïde et des arthrites sèches avec épaississement fibreux de la synoviale et soudure des extrémités osseuses.

Le second concerne un rhumatisme du type ankylosant généralisé, datant de quinze ans et terminé par tuberculose aiguë (pneumonie caséeuse). Il n'avait pas réagi à la tuberculine.

Le troisième concerne un malade, atteint de rhumatisme chronique depuis près de cinquante ans, qui n'avait pas réagi à la tuberculine. A l'autopsie, on ne constata aucune lésion tuberculeuse. Il en est de même d'un quatrième cas.

Dans aucun de ces quatre cas, il ne saurait être question de rhumatisme tuberculeux. Dans les deux derniers, la nécropsie a montré l'absence de tubercules. Les deux premiers malades sont, il est vrai, morts de tuberculose aiguë, mais il s'agit là de complication ultime, survenue chez des infirmes qui, depuis de longues années, étaient immobilisés dans un lit d'hôpital et exposés par conséquent à la contagion.

A propos de ces quatre faits, l'auteur discute la spécificité de la réaction tuberculinique, rappelle les recherches récentes de F. Arloing et de Fritz et conclut à la non-spécificité de cette réaction.

Scarification et haute fréquence combinées et thérapeutique dermatologique. — MM. ZIMMERN et LOUSTE exposent les résultats obtenus depuis quelques mois par l'action combinée des scarifications linéaires suivis immédiatement d'applications de haute fréquence.

Ils ont été surpris de la rapidité d'action de ce traitement et des résultats esthétiques obtenus.

Après avoir traité les lupus érythémateux et tuberculeux dont ils présentent deux exemples, ils ont étudié leur méthode:

1° A toutes les affections cutanées, où la méthode des scarifications était seule employée;

2° A toutes les ulcérations torpides phagédéniques, chancrelleuses, et aux ulcérations syphilitiques rebelles au traitement.

Dans un travail ultérieur, ils exposeront, avec leurs résultats cliniques, les recherches histologiques et anatomo-pathologiques qu'ils ont entreprises parallèlement

De l'hémiplégie pleurétique. — MM. P. LEREBOULLET et A. TOURNAZ rappellent qu'au cours des pleurésies, et surtout après thoracentèse, on peut observer des accidents nerveux divers et notamment des hémiplégies; celles-ci, souvent passagères, ont été considérées comme étant souvent de nature réflexe, rapprochées des paralysies fonctionnelles et regardées dans quelques cas comme relevant de l'hystérie. Un cas, récemment suivi par MM. Lereboullet et Tournaz, montre que, même lorsque l'hémiplégie est bénigne et passagère, elle peut relever d'une cause organique. Chez un malade atteint de pleurésie séro-fibrineuse, une thoracentèse évacue 1200 grammes de liquide, nécessitée moins par les signes objectifs pleuraux que par les symptômes d'asthénie cardiaque secondaire; quatre jours plus tard, à la suite d'un ictus, le malade devient hémiplégique, mais cette hémiplégie reste très atténuée et les symptômes moteurs disparaissent rapidement. Malgré cette bénignité apparente, la recherche des signes décrits par M. Babinski montre des signes positifs d'hémiplégie organique : signe du peaucier, flexion exagérée de l'avant-bras sur le bras, signe de l'orteil, signe de l'éventail. Ces signes disparurent eux-mêmes après quelques semaines. Les conditions dans lesquelles est survenue cette hémiplégie organique curable permettent de la considérer comme due vraisemblablement à une embolie minime; elle peut être aussi rapprochée des hémiplégies passagères survenant chez des cardiaques et, comme elles, attribuée à des modifications circulatoires cérébrales résultant dans ce cas de la disparition brusque du liquide pleural; ce fait serait alors comparable à un cas de MM. Achard et Ramond où l'hémiplégie survint à la suite d'une polyurie. Qu'elle soit liée à une embolie ou à des troubles circulatoires cérébraux, il s'agit d'une hémiplégie organique et non, malgré l'apparence clinique, d'une hémiplégie fonctionnelle ou réflexe.

Hémorragie de l'isthme de l'encéphale. Troubles respiratoires. Hypertension terminale. — MM. JOSUÉ et PAILLARD rapportent l'histoire d'un malade qui, entré à l'hôpital dans un coma complet et récent, mourait le soir même, après avoir présenté des vomissements, des troubles respiratoires et de l'hypertension. Le rythme de la respiration était ralenti, scandé, avec une pause de quelques secondes entre l'inspiration et l'expiration, puis entre celle-ci et la nouvelle inspiration. La pression sanguine, normale le matin, était montée à 26 centimètres de mercure dans l'après-midi, puis elle tombait immédiatement après et le malade mourait. Il n'y avait pas de paralysie.

L'autopsie a montré une hémorragie massive de la protu-

bérance et de la partie supérieure du bulbe, se prolongeant en haut dans les pédoncules cérébraux.

L'absence de lésions cardiaques, artérielles et surrénales permet d'affirmer que l'hypertension est la conséquence et non la cause de l'hémorragie de l'isthme de l'encéphale. L'élévation de la pression artérielle est attribuable à l'excitation du centre bulbaire de Ludwig, par l'hémorragie ou par l'asphyxie.

Ce cas que les auteurs relatent doit être rapproché des crises vasculaires hypertensives décrites par Pal dans le tabes et surtout de l'hypertension terminale que cet auteur a observée dans diverses lésions de l'encéphale.

Sporotrichose à type gommeuse symétrique. Sporo-agglutination positive. — MM. Sicard et Descomps ont observé une forme clinique spéciale de sporotrichose, la forme gommeuse à localisation bilatérale, régulière et symétrique. Ils ont pu également chez leur malade rechercher la sporo-agglutination de MM. Widal et Abrami qu'ils ont trouvée positive, malgré la recherche faite en période de convalescence après une cure iodurée.

Syphilide lichénoïde. — M. le docteur Alex. Renault présente deux malades : le premier est atteint de cette forme rare de syphilide papuleuse, qui, en raison de la petitesse de ses éléments, a été désignée sous le nom de syphilide lichénoïde.

Pour distinguer cliniquement la syphilide lichénoïde du lichen vrai, M. le professeur Fournier a proposé quatre points de repère, tirés de la configuration, de l'état de surface, de la rénitence des éléments éruptifs, enfin de l'existence ou non du prurit.

Le lichen vrai est polygonal ; la syphilide lichénoïde, arrondie ou ovalaire.

La surface du lichen vrai est miroitante, brillante ; elle est rouge jambon dans la syphilide lichénoïde.

L'élément du lichen n'est pas infiltré dans la peau, contrairement à celui de la syphilis.

Le lichen enfin est prurigineux ; comme toutes les autres syphilides, celle qui simule le lichen ne provoque aucune démangeaison.

Or, chez le malade en question, le dernier signe seul permet d'établir le diagnostic. Les caractères objectifs de son éruption sont en tout semblables à ceux du lichen vrai.

La confusion serait donc fatale, si l'on s'en rapportait seulement aux attributs morphologiques.

Le second malade est plus curieux, en ce sens qu'il offre à la vue des lésions cutanées très rares.

Sa peau est recouverte de cicatrices, reliquats d'ulcérations spécifiques anciennes, mais surtout de petites saillies blanches, confluentes à la partie inférieure du thorax et aux bras.

Or voici l'histoire de ce malade. Il y a huit ans, il a été atteint d'une syphilis grave. Dès la période secondaire, ses téguments ont été criblés de papules et d'ulcérations.

Les pertes de substance ont laissé les cicatrices, disséminées en maints endroits. Mais les papules, au lieu de disparaître, comme il est de règle, sans laisser de traces, ont abouti aux petites élevures blanches qui émaillent particulièrement les bras.

Bref, il s'agit de cicatrices hypertrophiques, séquelles rarissimes des syphilides précoces, puisqu'on en cite que quelques exemples dans la littérature dermatologique.

On est même en droit de supposer que, dans le cas particulier, il a existé, dès la seconde période, non des papules, mais de véritables tubercules gommeux qui, en dilacérant la trame conjonctivo-élastique du derme, ont laissé des traces ineffaçables.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1908)

L'ovo-amylase. — M. Roger. Le jaune d'œuf renferme un ferment qui saccharifie l'amidon et qui est remarquable par la lenteur et la longue durée de son action. Au bout d'un mois la fermentation n'est pas terminée.

Ce qui constitue surtout à singulariser l'ovo-amylase, c'est sa solubilité dans l'éther. En épuisant du jaune d'œuf par de l'éther ordinaire ou de l'éther absolu, en évaporant le dissolvant à 38 ou 39 degrés, on obtient un extrait capable de saccharifier l'amidon. Suivant la dose utilisée, la quantité de sucre sera plus ou moins considérable, pouvant atteindre et dépasser 0cc05 pour 10 centimètres cubes d'eau amidonnée à 1,5 p. 100.

Comme les ferments véritables, l'extrait éthéré perd son pouvoir par le chauffage à 80 ou 100 degrés.

Quand le jaune d'œuf a été épuisé par l'éther, le résidu repris par l'eau abandonne à ce liquide un autre ferment saccharifiant. Enfin la masse qui reste après épuisement par l'éther et par l'eau est encore capable de saccharifier l'amidon.

On pourrait croire, d'après ces résultats, que le jaune d'œuf renferme trois ferments distincts : l'un soluble dans l'éther, le second dans l'eau, le troisième insoluble dans ces deux liquides. En réalité, il s'agit d'un seul et même ferment, qui adhère aux différentes substances du jaune d'œuf. La partie fixée sur les matières grasses ou plutôt sur les lipoïdes leur est tellement unie qu'elle est entraînée par l'éther ; elle constitue ainsi un corps spécial, une *zymolipoïde*, dont l'étude pourra conduire à la solution de certaines questions ressortissant à l'histoire générale des fermentations

Immunité du lirot vulgaire en hibernation à l'égard de la maladie du sommeil. Action du froid sur le « trypanosoma inopinatum » in vivo et in vitro. — M. E. Beumpt. Les lirots inoculés avec le *trypanosoma gambiense* meurent en quelques semaines. Si pendant la durée de leur maladie on parvient à leur faire prendre leur sommeil hibernal, les trypanosomes disparaissent et l'animal est guéri, mais n'a pas l'immunité.

Des expériences comparatives faites avec le *trypanosoma inopinatum* très pathogène pour les grenouilles ont montré à l'auteur le rôle considérable mais non exclusif des phagocytes dans le mécanisme de cette immunité.

Rôle de la tension artérielle dans la production de l'athérome expérimental ; l'étude de l'action simultanée de l'adrénaline, substance hypertensive et de l'extrait aqueux de gui, substance hypotensive. — Les résultats obtenus conduisent M. R. Gaultier à conclure que, pour entraîner des lésions d'athérome, l'adrénaline agit comme certaines autres substances, le plomb par exemple, plus par action toxique que par élévation de la tension artérielle, cette dernière n'intervenant qu'à titre d'adjuvant. Aussi l'emploi des hypotenseurs lui semble-t-il justifié dans la thérapeutique de l'artériosclérose, non seulement à titre de traitement symptomatique pour juguler les phénomènes morbides engendrés par une élévation de tension exagérée, mais encore à titre de médication pathogénique en annihilant l'action adjuvante d'une tension artérielle déréglée dans le déterminisme de l'athérome.

Action immédiate de la saignée sur le nombre des leucocytes. La rétention leucocytaire. — MM. Jean Camus et Ph. Pagniez ont déjà montré qu'un abaissement brusque de la pression artérielle est suivi en quelques instants d'une diminution importante du nombre des leucocytes du sang circulant.

Etudiant la teneur du sang en leucocytes au cours et à la fin des saignées, ils ont pu constater un phénomène de cet ordre. Alors qu'une petite saignée qui laisse intacte la pression artérielle ne modifie pas sensiblement le chiffre des leucocytes,

une saignée abondante ou des saignées faibles répétées entraînent une leucopénie immédiate qui se manifeste avec la baisse de la pression artérielle et s'accentuent parallèlement à celle-ci.

On peut constater par exemple que chez un chien le nombre des leucocytes est de 4500 avec une pression de 15; la pression est amenée à 13 par la saignée, les leucocytes tombent à 3000: la pression est amenée à 8, les leucocytes tombent à 1 200.

Les globules rouges ne subissent pendant ce temps que des variations nulles ou insignifiantes. La leucopénie existant non seulement dans le territoire capillaire, mais aussi dans le système artériel ou veineux, il en résulte que le nombre de leucocytes qui sortent au cours d'une saignée abaissant la pression ne reste pas le même du commencement à la fin. Plus la saignée influence la pression, et plus la leucopénie est marquée, puis il y a rétention leucocytaire. Au cours d'une expérience, la proportion des leucocytes aux globules rouges qui était de 1 p. 720 au début, était devenue de 1 p. 2900 à la fin.

Les leucocytes retenus, qui vraisemblablement restent adhérents aux parois vasculaires, sont ultérieurement remis en circulation et il y a là un facteur négligé jusqu'à présent qui, suivant toute vraisemblance, doit être pris en considération dans l'interprétation de la leucocytose post-hémorragique, observée par tous les auteurs le lendemain d'une saignée.

Modifications histologiques des glandes à sécrétion interne par ingestion prolongée d'extrait hypophysaire. — MM. L. Hallion et Alquier. Quatre lapins ont ingéré des doses de poudre d'hypophyse de bœuf variant de 5 à 40 centigrammes par jour, pendant neuf à treize mois. Trois ont succombé spontanément sans avoir présenté de signes morbides, le quatrième a été sacrifié. Dans les principaux viscères, pas de lésions comme on en trouve dans les infections ou intoxications, rien dans le foie ou le rein qui puisse retentir sur l'état histologique des glandes à sécrétion interne.

Les modifications observées dans celles-ci n'ont pas toutes la même importance; les organes génitaux sont en pleine activité et sans lésions; l'état des surrénales, de l'hypophyse, des îlots de Langerhans, du pancréas, varie d'un animal à l'autre. Au contraire, la thyroïde présente des modifications profondes, constantes, et d'autant plus intenses que l'extrait hypophysaire avait été donné plus longtemps et à doses plus élevées; les vésicules sont très réduites de volume, pauvres en colloïde; la glande est très atrophiée en poids et en volume.

Sérum de Trunecek et athérome expérimental. — Contrairement à l'opinion soutenue par M. Trunecek, et conformément à la théorie de MM. Lévi et Hallion, MM. J. Teissier et L. Thévenot concluent, de leurs expériences, que le sérum de Trunecek, même injecté dans le sang à dose élevée, n'empêche nullement la production de l'athérome expérimental. L'action hypertensive de l'adrénaline est donc distincte de son action athéromatogène.

Pouvoir hémolytique du mercure colloïdal électrique. — Pour Mme Bourguignon et M. Stodel, une solution de mercure colloïdal stabilisée a un pouvoir hémolytique un peu plus faible que celui de l'eau distillée, tandis qu'une solution de mercure colloïdal électrique stabilisée et isotonique n'est pas hémolytique.

Digestion rapide par la papaïne à haute température de quelques tissus animaux. — Pour M. Pozerski, la papaïne est un ferment digestif agissant avec une intensité maxima vers 81 degrés; il se distingue donc, par ce caractère, des autres ferments protéolytiques, tels que la pepsine et la trypsine.

L'épaississement du tissu conjonctif du myocarde. — Pour M. Babes, il faut admettre, en dehors d'une augmentation peu étendue du tissu conjonctif du cœur, des scléroses étendues avec hypertrophie du muscle cardiaque très variée dans ses origines comme dans ses localisations; de plus, à la suite d'une hypertrophie avec sclérose étendue, le cœur de certains individus est tout près de devenir insuffisant, fait qui explique l'apparition, dans ces cas, de dilatation cardiaque ou même de mort subite, à la suite d'infections ou de fatigues minimes.

Autres communications :

Structure du poil. — M. Retterer.

Isolement et étude d'un bacille intermédiaire au bacille d'Eberth et en paratyphique A de Bryon et Kaiser. — M. Faroy.

Sur les opsonines et les antiphagines dans l'infection pneumococcique. — MM. Tchistovitch et Jourevitch.

Reproduction expérimentale du bouton d'Orient chez le singe. — MM. Nicolle et Sicre.

Un argument contre la régénération autogène des nerfs. — MM. Wertheimer et Dubois.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 JUILLET 1908

THÈSES

Jeudi 9 juillet, à une heure. — Mlle Maugeret. Cholécysto-pancréatite. Essai de pathogénie. (MM. Dieulafoy, président; Hutinel, Rénon et Nobécourt.) — M. Réveillaud. La tuberculose au point de vue social. (MM. Dieulafoy, président; Hutinel, Rénon et Nobécourt.) — M. Desmars. Pneumonie du sommet chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Rénon et Nobécourt.) — M. Sahut. De la polyurie essentielle chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Rénon et Nobécourt.) — M. Crespin. Contribution à l'étude du tétanos chronique. (MM. Debove, président; Raymond, Claude et Castaigne.) — M. Jubien. Rétention d'urine par coprostase. (MM. Debove, président; Raymond, Claude et Castaigne.) — M. Martignon. Le traitement du tétanos par les injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie. (MM. Debove, président; Raymond, Claude et Castaigne.) — M. Lorne. Etude sur la pneumonie franche du premier âge. (MM. Raymond, président; Debove, Claude et Castaigne.) — M. Ali Khan. Choléra en Perse. Prophylaxie et traitement. (MM. Chantemesse, président; Gilbert, Desgrez et Balthazard.) — M. Gillard. Contribution à l'étude de la vulgarisation du sublimé et de ses dangers. (MM. Gilbert, président; Chantemesse, Desgrez et Balthazard.) — M. Bajan. Etude sur l'uretéro-anastomose et l'uretéro-entérostomie dans les sections de l'uretère. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Bar et Hartmann.) — M. Signoret. Les injections sous-congénitales en thérapeutique oculaire. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Bar et Hartmann.) — M. Graziani. Les fausses gastriques d'origine utéro-ovariennes et menstruelles. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Bar et Hartmann.) — M. Bourgoin. Des kystes paradentaires, leur traitement par l'énucléation. (MM. Albarran, président; Quénu, Marion et Auvray.) — M. Gautier. Les hématuries dans le rein mobile. (MM. Albarran, président; Quénu, Marion et Auvray.) — M. Courcieras. Les adhérences péricæcales d'origine appendiculaire. (MM. Quénu, président; Albarran, Marion et Auvray.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 75. — JEUDI 2 JUILLET 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 2 JUILLET 1908. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret du 23 juin 1908, ont été affectés :

Médecins-majors de première classe. — MM. Verdier, passe aux hôpit. de la division d'Oran; Hugard, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Dijon.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Ramally, passe au 106e d'inf.; Barisien, aux hôpit. de la division d'Oran; Finot, au 155e d'inf.; Tardos, au 124e d'inf.; Sonrier, au 116e d'inf.; Le Roux, au 150e d'inf.; Capillery, au 25e d'art.; Oberlé, aux hôpit. de la division d'Oran; Faure, au 1er hussards; Bertelé, à l'Ecole d'application de l'artillerie et du génie à Fontainebleau; Martin, au 17e dragons; Gabrielle, au 3e hussards; Fabre, au 21e bat. de chass. à pied; Ser, au 17e bataillon de chass. à pied; Marland, au 2e bataillon d'art. à pied; Mayrac, au 14e bataillon d'art. à pied.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Barthélemy, passe au 4e bataillon d'inf. légère d'Afrique; Grenier, au 19e d'inf.; Zemb, au 8e d'inf.; Renaud, à la compagnie saharienne du Tidikelt; Lacoste, au 8e d'art.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Perret, passe au 99e d'inf.; Jeandin, au 31e d'inf.; Pagnier, au 89e d'inf.; Christiany, au 2e étranger; Contant, au 15e chasseurs à cheval; Lancelot, au 10e d'art.; Renoux, au 16e chasseurs à cheval; Rouzaud, aux hôpit. de la division d'Oran; Fonvieille, au 150e d'inf.; Roussille, aux hôpit. de de la division d'Oran; Clot, au 19e bataillon de chass. à pied.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. — Programme de la session de Bruxelles (6, 7, 8 et 9 août 1908). — Jeudi 6 août, huit heures du soir : Réception par la Fédération dentaire belge, à la taverne de la Régence, place Royale, Bruxelles.

Vendredi 7 août, neuf heures du matin : A la maison des médecins. Assemblée générale d'ouverture. Première séance du Conseil exécutif; — de deux heures à six heures : Séances des diverses commissions; — à huit heures trente du soir : Réunion au Waux-Hall, rue Royale. Concert.

Samedi 8 août, neuf heures du matin : Démonstrations et présentations diverses par MM. Brophy (de Chicago), Korbitz (de Berlin), Totwen (de Saint-Pétersbourg), Solbrig et Platschick (de Paris), etc. ; — de deux heures à quatre heures : Séances des diverses commissions; — de quatre heures à six heures : deuxième séance plénière du Conseil exécutif; — à sept heures du soir : banquet à la Taverne royale, rue d'Arenberg.

Dimanche 9 août : Excursion à la Forêt de Soignes; déjeuner offert par la Fédération dentaire nationale de Belgique; visite du parc de Tervueren et du musée du Congo. — Thé offert par M. Bon, dentiste à Tervueren.

Les confrères qui doivent prendre part à cette session sont priés d'en informer au plus tôt M. le docteur Rosenthal, président de la Fédération dentaire belge, 1, place du Trône, Bruxelles.

Les réceptions et fêtes des jeudi, vendredi et dimanche sont offertes gratuitement aux membres de la F. D. I.

UN ATTENTAT CONTRE LE MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE DE VILLEJUIF. — Le docteur A. Marie, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Villejuif, a été victime, avant-hier, d'une tentative de meurtre : un ancien pensionnaire de l'asile a tiré sur lui plusieurs coups de revolver. Heureusement les blessures reçues par notre confrère ne sont pas très graves.

Voici, d'après le *Temps*, comment ce drame s'est produit.

Dimanche, dans l'après-midi, un homme, âgé d'une trentaine d'années, correctement vêtu, se présentait au pavillon qu'habite avec sa famille le docteur Marie, près du principal corps de bâtiment de l'asile. Le médecin étant, ce jour-là, en

tournée d'inspection dans le Cher, la bonne invita le visiteur à repasser le lendemain, son maître devant rentrer dans la nuit.

Lundi, vers trois heures de l'après-midi, le visiteur se présenta de nouveau. Le docteur Marie se promenait dans le jardin, en compagnie de sa femme et du docteur Riche, de l'asile de Bicêtre. Il rejoignit l'inconnu dans le bureau où il avait été introduit et le pria de lui faire connaître l'objet de sa visite.

— J'ai quelque chose à vous remettre, dit le visiteur.

Et en même temps, sortant de sa poche un revolver, il tira à bout portant une première balle qui, heureusement amortie par un portefeuille, ne pénétra point profondément; le médecin tomba et le forcené tira encore cinq coups de son arme; deux balles atteignirent le docteur Marie au côté droit de la poitrine et à la hanche droite.

Au bruit des détonations et aux cris poussés par le docteur, Mme Marie, le docteur Riche et le jardinier accoururent. On se précipita sur l'agresseur, qui, d'ailleurs, n'opposa aucune résistance. On le désarma et on le conduisit dans une salle de l'asile, où il fut gardé jusqu'à l'arrivée du commissaire de police.

Pendant ce temps, le docteur Riche, aidé des internes de l'asile, donna les premiers soins à son collègue. Il constata qu'aucune des blessures n'était grave.

Le commissaire de police de Gentilly procéda à l'interrogatoire du meurtrier. C'est un ancien pensionnaire de l'asile de Villejuif, nommé Louis Garinet, ancien serrurier. Il avait été en traitement pendant quelques mois dans le service du docteur Marie : il était atteint de la manie de la persécution. En sortant de l'asile, il s'engageau au 2e zouaves, puis il fut réformé. Il apprit alors le métier de serrurier, mais ne travailla que fort irrégulièrement.

Louis Garinet, sur qui on a trouvé un couteau à cran d'arrêt, avait refusé tout d'abord de faire connaître les mobiles de sa tentative de meurtre, ne voulant parler qu'assisté d'un avocat. Finalement, il déclara qu'il avait voulu tuer le docteur Marie parce que celui-ci l'avait gardé à l'asile comme aliéné; il ajouta qu'il ne regrettait point son acte.

Louis Garinet a été conduit à l'infirmerie du Dépôt, où il va être soumis à l'examen d'un médecin aliéniste.

Victime du devoir professionnel. — Le docteur Hall Edwards, qui, en soignant ses malades et en faisant des expériences avec les rayons X, a dû subir plusieurs amputations, et auquel le roi Edouard VII, sur la proposition de son gouvernement, accordait récemment une pension, a subi hier matin une nouvelle opération.

Au mois de février dernier, son bras gauche, qui avait été attaqué par le « dermatitis des rayons X », fut amputé au-dessus du coude. L'opération ne réussit pas à arrêter le progrès du mal, qui se manifesta dans la main droite. Hier, on a dû procéder à l'amputation des doigts de la main droite.

Le docteur Hall Edwards s'occupait récemment de la composition d'un ouvrage sur le « dermatitis », ouvrage qui, croit-on, est presque terminé. (*Le Temps.*)

Clinique médicale de l'Hopital Laennec (cours de vacances) [professeur L. Landouzy]. — Un cours clinique et pratique, techniques et manœuvres diagnostiques, commencera le lundi matin 31 août 1908, et comportera 24 leçons, faites le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2, dans les salles, à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale Laënnec, par MM. Marcel Labbé, agrégé; Léon Bernard et Laignel-Lavastine, médecins des hôpitaux; Lortat-Jacob, Salomon et Vitry, chefs de clinique; Henri Labbé, chef de laboratoire; sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Programme des cours. — *Lundi 31 août.* — Matin : Technique d'exploration des fonctions rénales. Diagnostic de l'insuffisance rénale. Syndromes fonctionnels rénaux. — Soir : Récolte des urines. Examen chimique des urines. Principes minéraux... Principes organiques. Azote total. Urée. Coefficients urinaires.

Mardi 1er septembre. — Matin : Examen histo-bactérioscopique des urines. Diagnostic de la tuberculose rénale. — Soir : Examen chimique des urines : phénols; sulfo-éthers. Indican. Diazo-réaction. Principes anormaux. Sucre et dérivés. Acétone. Acide b-oxybutyrique, etc.

Mercredi 2 septembre. — Matin : Eploration des fonctions surrénales. Diagnostic de l'insuffisance surrénale. Syndromes surrénaux. — Soir : Examen chimique des urines. Principes anormaux. Albumines. Pigments biliaires, urobiline. Nutrition et matière alimentaire.

Jeudi 3 septembre. — Matin : Technique d'exploration des fonctions hépatiques. Diagnostic de l'insuffisance hépatique. Syndromes hépatiques. — Soir : Valeur nutritive des aliments. Choix raisonné des denrées alimentaires.

Vendredi 4 septembre. — Matin : Syndrome d'hypolycémie. Sa pathogénie et son traitement. — Soir : Régimes alimentaires dans l'état normal et dans les états pathologiques. Relations entre les analyses urinaires et les régimes alimentaires. Régimes d'épreuve urinaire.

Samedi 5 septembre. — Matin : Interprétation clinique des analyses d'urine. Leur valeur diagnostique. — Soir : Analyse du suc gastrique et des matières fécales. Technique et résultats.

Lundi 7 septembre. — Matin : Bactérioscopie et cytoscopie des liquides séreux de l'organisme, pleural, péritonéal, articulaire, péricardique, céphalo-rachidien. Techniques, constatations, interprétation. — Soir : Diagnostic de la tuberculose. Examen des crachats; Inoculation. Injection de tuberculine. Séro-diagnostic.

Mardi 8 septembre. — Matin : Diagnostic de la tuberculose. Stade bacillaire; stade tuberculeux. Formes larvées, atypiques. Lésions non folliculaires — Soir : Examen du sang. Numération des globules rouges et des leucocytes. Dosage de l'hémoglobine. Préparations de sang sec.

Mercredi 9 septembre. — Matin : Diagnostic des états typhoïdes : dothiénentérie, paratyphoïde, typhobacillose, fièvre ondulante méditerranéenne. Culture du sang. Inoculation du sang. Examen des fèces. Séro-diagnostic. — Soir : Formules hémo-leucocytaires. Valeur diagnostique des leucocytoses.

Jeudi 10 septembre. — Matin : Diagnostic clinique et bactériologique des angines. Examen direct, cultures. — Soir : Diagnostic des adénopathies et des splénopathies. Leucémie et adénie. Radiothérapie.

Vendredi 11 septembre. — Matin : Les signes révélateurs de la syphilis en évolution et de la syphilis larvée. Valeur diagnostique de la leucoplasie buccale. Recherches du tréponème. Des syndromes radiculaires. De l'inégalité pupillaire. Technique de la recherche des modes de la sensibilité. — Soir : Les syndromes de l'insuffisance hématique. Ochrodermie. Oligémie. Chlorose. Anémies pernicieuses.

Samedi 12 septembre. — Matin : Diagnostic des états tabétiques frustes. Névralgies et névrites. Syndromes méningés. — Soir : Exploration de l'appareil circulatoire. Cardiographie. Sphygmographie. Sphygmo-manométrie. Les syndromes vasculaires.

Le montant du droit à verser est de 100 francs pour les douze jours de cours. Sont admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés dès à présent jusqu'au 31 août 1908, au secrétariat de la Faculté, guichet no 3, les mardis, jeudis et samedis de midi à trois heures.

L'EAU ET LES ÉCHANGES CUTANÉS [1]

Par M. CHIRAY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et A. LAMARRE (d'Evian).

II

Echanges chimiques. — La question des échanges chimiques au niveau de la peau sous l'influence des bains et douches a, comme la précédente, été abordée par un certain nombre d'auteurs. Mais malheureusement tous se sont limités à un seul côté du problème. Ils n'ont envisagé que l'absorption des sels et médicaments dilués dans l'eau des bains et ne se sont nullement préoccupés des échanges de sens inverse.

Pour déceler l'absorption chimique ils ont eu recours à divers moyens : la méthode des pesées, l'examen des urines, la recherche des effets physiologiques spécifiques de certaines substances telles que feuilles de digitale, extrait de belladone ou de quinquina. Naturellement nous ne rappelons ici que ce qui a trait à l'absorption des substances en solution aqueuse, car il existe une multitude d'expériences relatives à l'absorption des sels et médicaments dissous dans l'alcool, l'éther, le chloroforme ou la vaseline. On s'est en outre préoccupé de la perméabilité de la peau aux gaz, mais nous nous limitons à l'absorption des substances solubles dans l'eau et nous ne tenons compte que de ce qui a été fait chez l'homme, ne croyant pas plus ici que pour les échanges hydriques avoir le droit de conclure de l'animal à l'homme.

Les résultats auxquels sont arrivés les auteurs en ce qui concerne les échanges chimiques dans les bains sont, bien qu'incomplets, plus concordants que pour les précédents. Seuls de tous les auteurs, Westrumb, puis Bérard ont admis une large pénétration des substances salines en dissolution dans l'eau des bains. Presque tous les autres nient complètement cette pénétration. Ainsi en est-il de Homolle (2), Duriau (3), Reveil (4), L. Hébert (5), Demarquay (6), Parisot (7), parmi les plus anciens, et plus près de nous de Paschkiss et Obermayer (8), Maas (9) et Ritter (10). Tous admettent que jamais on ne voit passer dans l'organisme les substances en dissolution, que ce soient des sels tels que iodure, ferrocyanure, chlorate de potasse, carbonate ou arséniate de soude, ou des substances végétales telles que belladone ou digitale. Jamais on ne retrouve les premières dans les urines et jamais on n'observe les effets physiologiques des secondes.

Quelques auteurs ont cependant conclu à la possibilité d'une absorption très légère et incertaine, tels par exemple L. Ossian Henry (1), Delore (2), Willemin (3) et plus récemment Kopff (4) et Muller (5). Presque toujours il s'agissait d'expériences conduites avec des solutions d'iodure simple. Kopff a cru observer la pénétration des solutions de sublimé et Muller des solutions de sels plombiques.

D'une façon générale on peut dire que toutes les fois où l'on a signalé une absorption sérieuse, il existait des circonstances accessoires qui faussaient l'expérience. Tantôt la peau n'était pas intacte, l'épiderme était détruit ou même le tégument externe se trouvait entamé par de larges ulcérations. Ainsi en est-il dans les cas d'empoisonnements par des compresses d'eau blanche. Tantôt il existait des causes d'erreur du fait que le sujet avait pu ingérer par les voies respiratoires la substance qu'on retrouvait dans l'urine. D'autres fois enfin la pénétration était indubitable, mais on avait utilisé la pression comme cela eut lieu autrefois dans les expériences de Sereys (6) avec l'hydrofère ou plus récemment de Paschkiss et Obermayer (7), de Valentin Iuhl (8) avec les pulvérisations.

En somme, il ressort de ces recherches que normalement la peau est peu ou pas perméable aux substances contenues en solution dans les bains.

Nos expériences ont jusqu'ici confirmé cette constatation. Nous avons soumis un certain nombre de sujets à des bains contenant tantôt 100 grammes d'iodure de potassium, tantôt 125 grammes de ferrocyanure de potassium, tantôt 5 kilos de sel marin. Les urines des six heures consécutives étaient recueillies. Jamais nous n'avons pu déceler le moindre passage des substances salines. Pourtant nous ne tenons pas ces résultats pour définitifs. Nos expériences ont été faites à un moment où nous n'avions pas encore établi très nettement l'importance qu'exercent sur le sens des courants d'échange transcutanés divers facteurs tels que température, durée du bain, potentiel osmotique intérieur et extérieur (pression, densité de l'eau). Nous pensons, en nous aidant de ces notions, arriver à faire pénétrer les solutions salines à travers la peau saine. Si nous espérons obtenir quelque chose dans cette voie, c'est que

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 74, p. 879.
(2) Homolle. Loc. cit.
(3) Duriau. Loc. cit.
(4) Reveil. *Recherches sur l'osmose et l'absorption par le tégument externe chez l'homme dans le bain*, gr. in-8°, Paris 1865.
(5) L. Hébert. Loc. cit.
(6) Demarquay. Loc. cit.
(7) Parisot. Recherches expérimentales sur l'absorption par le tégument externe. Académie des sciences, 15 août 1863.
(8) Paschkiss et Obermayer. *Centralbl. f. klin. Med.*, XII, p. 65 et 69.
(9) G. Maas. *Ueber d. Resorption fein zerstaûbte Flüssigkeiten d. mensch., Haut.*, Wurtzburg Dissert., 1886.
(10) Ritter. Zur Frage der Hautresorption, *Berl. klin. Wochens.*, 1886, n° 47.

(1) E. Ossian Henry. *Essai sur l'emploi médical et hygiénique des bains*, Th. de Paris, 1855.
(2) Delore. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1863, t. LVII.
(3) Willemin. Recherches expérimentales sur l'absorption par le tégument externe de l'eau et des substances solubles. Académie de médecine, 19 mai 1863.
(4) Kopff. Zur Frage uber die Resorption durch du Haut, *Przelad Lekarski*, 1886, nos 43, 44, 45.
(5) Müller. *Arch. f. Wissensch. u. pract. Thierheilk.*, 1887, t. XVI, p. 309.
(6) Sereys. *De l'absorption par le tégument externe*, Th. de Paris, 1862.
(7) Pascakiss et Obermayer. Loc. cit.
(8) Valentin Iuhl. Untersuchungen ueber das Resorptions vermogen der menschlichen Haut fur zerstaubte Flüssigk, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1886, 514-523.

nous savons par exemple que le bain d'eau de mer dont le potentiel osmotique est fort élevé est suivi d'une très sensible augmentation des chlorures urinaires (1). De plus, nous savons que de tout temps on a insisté sur la nécessité de donner les bains de sublimé très chauds, car des accidents ont été signalés dans les cas où ces bains étaient pris tièdes. Il nous semble donc que même dans les conditions normales la peau doit être perméable aux solutions salines, mais nous n'en avons pas encore nettement déterminé les conditions.

Nos recherches nous ont donné des résultats plus intéressants en ce qui concerne *l'exhalaison des solutions salines à travers la peau*. Pour l'étudier nous avons fait ingérer à nos sujets en expérience certains sels faciles à identifier tels que l'iodure et nous avons cherché à les déceler dans l'eau des bains. Nous nous sommes en outre préoccupés de l'exhalaison de certains sels normaux dans l'organisme tels que le chlorure de sodium. Ces recherches comportent une cause d'erreur. Normalement la sueur renferme une notable proportion de chlorures. Il faut donc décaper soigneusement la peau avant le bain et la débarrasser des sels qui pourraient y être demeurés adhérents. De plus, il faut tenir compte de la quantité de chlorure contenue normalement par l'eau du bain et savoir qu'elle peut varier d'un jour à l'autre.

Nous avons utilisé dans ces recherches les notions précédemment acquises, c'est dire que, cherchant à produire l'exhalaison, nous avons toujours donné des bains chauds à 38 degrés prolongés pendant quarante minutes.

En ce qui concerne les chlorures, nous avons constamment retrouvé dans l'eau du bain une plus grande quantité de sels après qu'avant. Toutefois ces quantités sont presque toujours minimes et leur mesure devient particulièrement minutieuse quand il s'agit de les étudier dans 200 litres d'eau. Nous ne voulons donc pas encore actuellement donner de chiffres définitifs. Nous poursuivrons cette étude avec des méthodes plus précises.

Si la recherche des substances minérales normales de l'organisme présente certaines difficultés, il n'en est pas de même pour les substances anormales telles que l'iode. Sans doute l'iode et les substances médicamenteuses peuvent s'éliminer par la sueur, mais les plus récents travaux de Kellermann (2) tendent à prouver que ces exhalaisons médicamenteuses sont très minimes. Or nous avons pu constater en particulier pour l'iode qu'elles deviennent extrêmement intenses sous l'influence de certaines conditions. Un sujet qui absorbe 5 grammes d'iodure de potassium et qui prend ensuite dans une eau très peu dense un bain chaud prolongé, exhale par la peau une telle quantité d'iode que dans un litre de l'eau du bain on peut obtenir des cristaux caractéristiques et des vapeurs iodées. Le calcul fait après dosage semble montrer que presque tout l'iode passe dans l'eau.

(1) LEFORT. *Ann. de la Soc. d'hydrologie*, 1858.

(2) KELLERMANN. Elimination de l'iode par les urines et la sueur, *Rousski Vratch*, 1907.

Pour prévenir toute objection nous ferons remarquer qu'aucun doute ne pouvait s'élever relativement à la voie d'élimination de l'iode dans ces cas. On ne pouvait lui attribuer une origine urinaire.

En somme, il résulte de ces expériences que les chlorures, que certains médicaments comme l'iode peuvent très facilement s'éliminer par la peau.

Il peut donc exister une exhalation des solutions salines comme il existe une exhalation de l'eau sous l'influence des bains.

Avant de terminer ces considérations, nous voudrions encore soulever *le problème du mécanisme physique* qui préside aux échanges hydriques et chimiques que nous avons signalés.

En matière d'exhalation, toute l'eau qui passe est-elle fournie par les glandes sudoripares ou n'y a-t-il pas une partie qui s'élimine directement à travers l'épiderme? Cette dernière conception est, on le sait, assez volontiers acceptée par les physiologistes. Par contre, il est très probable que les substances salines ne s'éliminent guère qu'au niveau des glandes. On sait par exemple que dans l'urémie l'urée peut être excrétée par la peau et passe principalement au niveau des glandes sébacées, c'est pourquoi les plaquettes d'urée se déposant sur les poils produisent un aspect qui rappelle le givre. Ainsi donc l'eau filtrerait à travers la peau et les glandes sudoripares, les sels seraient excrétés par les glandes sébacées et dans l'ensemble ces fonctions de la peau rappellent tout à fait celles du rein. Comme pour celui-ci les phénomènes d'excrétion cutanée comporteraient un double mécanisme, filtration pure et simple d'une part, et d'autre part osmose et sécrétion.

Et ce rapprochement est encore plus intéressant quand on songe aux liens intimes qui relient les deux émonctoires. On sait depuis longtemps qu'en provoquant l'exhalaison cutanée par les bains on facilite la diurèse chez les malades.

En ce qui concerne l'absorption cutanée, le mécanisme est plus délicat à fixer, nous pensons cependant qu'ici encore il faut faire intervenir des phénomènes d'osmose et des phénomènes de résorption glandulaire. Pour l'eau, il est évident qu'il s'agit surtout et avant tout d'osmose. Ce que nous savons de l'influence de la densité des bains suffirait à le justifier. Pour les sels, il pourrait se faire qu'il s'agisse non seulement d'osmose, mais de résorption. On connaît en effet la loi posée par Claude Bernard : Toute glande est susceptible de résorber les produits qu'elle peut sécréter.

III

Conclusions. — Les conclusions qui ressortent de cette première série de recherches nous paraissent extrêmement importantes par l'ensemble des problèmes qu'elles soulèvent.

En ce qui concerne les mutations hydriques sous l'influence des bains, nous avons établi :

1. Que ces mutations existent ;

2. Qu'elles consistent en absorption au-dessous d'un point fixé pour une eau et un sujet donnés, en exhalaison au-dessus de ce point. Le point fixe est dit point isotherme ;

3. L'intensité des échanges n'est proportionnelle à la durée des bains que dans une certaine mesure. Au delà d'une demi-heure à une heure, l'intensité d'action décroît très vite ;

4. L'intensité des échanges est encore subordonnée à deux facteurs que nous avons nommés le potentiel osmotique intérieur et extérieur, ce dernier comprenant la densité, la pression de l'eau et sans doute aussi quelques autres éléments inconnus ;

5. En faisant varier comme il convient les divers facteurs sus-indiqués, on peut assez facilement et suivant les indications thérapeutiques provoquer l'exhalaison ou l'absorption d'eau. Il est indiqué en particulier, lorsqu'on recherche l'absorption, d'employer des eaux très denses, des températures plutôt basses et d'élever le potentiel osmotique intérieur en déshydratant le sujet autant que possible ; si au contraire l'on cherche à provoquer l'exhalation, il faut employer des bains chauds prolongés et des eaux peu denses.

On voit toutes les applications que peuvent comporter ces règles au cours des maladies. Peut-être expliquent-elles certaines actions depuis longtemps connues, telles que celles des bains froids dans les pyrexies graves. Peut-être suggéreront-elles des pratiques nouvelles utiles aux malades.

En ce qui concerne les mutations chimiques :

1. Nous sommes convaincus, sans l'avoir pu démontrer, qu'en utilisant les constatations relatives aux mutations hydriques il doit être possible de réaliser l'absorption cutanée des médicaments et substances en solution dans les bains et douches.

2. Par contre, nous croyons avoir démontré que l'on peut facilement obtenir l'exhalaison des sels normaux de l'organisme et même des substances anormales telles que l'iodure. Il suffit, pour obtenir ces effets, d'employer des bains chauds avec des eaux peu denses afin de faciliter l'exosmose et la sécrétion. Ces constatations ont une grande importance. On peut en effet se demander si l'on n'aurait pas là un puissant adjuvant de la thérapeutique toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir une désintoxication organique. On peut même supposer que, dans des cas extrêmes, comme par exemple chez des urémiques, on obtiendrait des résultats remarquables avec des bains chauds d'eau distillée. C'est malheureusement une pratique bien difficile, surtout avec les très grandes baignoires dont on dispose et qui nécessitent une très grande quantité d'eau. On voit enfin que, pour tous les sujets soumis à une intoxication professionnelle, le bain chaud quotidien ne sert pas seulement à empêcher la pénétration par la peau de parcelles toxiques qui s'y sont déposées au cours du travail. Il pourrait aussi avoir pour effet de débarrasser l'organisme d'une partie des poisons accumulés pendant le jour et soulagerait ainsi d'autant la tâche un peu lourde imposée aux reins.

MÉDECINE PRATIQUE

SUR UNE INDICATION A L'EMPLOI DU PYRAMIDON A LA FIN DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par MM. L. Rimbaud et A. Rives.

L'emploi du pyramidon dans le traitement de la fièvre typhoïde est loin d'avoir remplacé la balnéation froide dans tous les cas où celle-ci peut facilement être appliquée. Ses heureux effets antithermiques sont balancés en effet par un certain nombre d'inconvénients qui arrêtent beaucoup de médecins, en particulier la production de sueurs profuses, la tendance au collapsus qui en résulte ; enfin la perturbation apportée à la courbe thermique, ce qui prive le médecin des renseignements les plus précieux sur l'évolution de la maladie. Mais, alors même que l'on rejetterait le pyramidon comme agent thérapeutique exclusif de la dothiénentérie, on devrait le conserver comme agent occasionnel dans certaines circonstances déterminées.

MM. L. Rimbaud et A. Rives indiquent, d'après des courbes de température relevées dans le service de clinique de M. le professeur Grasset, un heureux emploi de pyramidon à la fin de l'évolution thermique de la fièvre typhoïde (1). Dans huit cas de dothiénentérie au cours de l'épidémie récente, ils ont constaté que la convalescence a été précédée d'une période assez longue pendant laquelle la température oscillait de quelques dixièmes autour de 37 degrés, cependant que les malades avec un état général excellent, sans l'ombre de complication, aspiraient anxieusement à l'apyrexie complète et à l'alimentation consécutive. Ces oscillations n'atteignaient pas 38 degrés le soir, souvent elles passaient au-dessous de 37 degrés le matin, mais la ligne générale de la courbe cessait de s'abaisser, et aucune tendance ne se manifestait de la disparition complète de ce symptôme importun. MM. Rimbaud et Rives ont pu voir que si, dans ces conditions, l'apyrexie était acquise *artificiellement* par le moyen du pyramidon, elle se maintenait *naturelle* après la cessation du médicament. Deux jours après l'absorption du dernier cachet, le malade se réjouissait d'une alimentation enfin plus substantielle et la convalescence était définitivement acquise.

Le schéma moyen de ces courbes est le suivant : après une période plus ou moins longue, plus ou moins accidentée de températures élevées, après les oscillations du stade amphibole, il se passe quelques jours ou même plus d'une semaine où la température du soir se maintient au-dessus de 37 degrés, sans rémission durable d'un jour sur l'autre. Puis le pyramidon commence à être donné et ce soir-là la courbe descend plus bas que le matin. Dans les cas les plus favorables, la température ne dépasse plus 37 degrés, même quand la médication est supprimée, en général au bout de trois jours.

Ce petit moyen thérapeutique n'est pas employé dans le service du professeur Grasset systématiquement pour toutes les fins de dothiénentérie. Chaque fois que l'évolution descendante de la courbe est régulière, l'abstinence thérapeutique est la règle. Il faut, pour indiquer l'usage du pyramidon, une courbe en quelque sorte « paresseuse et attardée » qui se traîne au-dessus de 37 degrés sans tendance à en finir. La dose employée est en général de 0,45 centigrammes, divisée en trois prises dans la journée; cette dose était répétée trois jours de suite.

Il est infiniment probable que, laissée à elle-même, l'évolution naturelle de la maladie aboutirait au même résultat. Quel est donc l'avantage du pyramidon ? C'est d'abord et surtout d'abréger de quelques jours cette période pénible d'attente qui précède la convalescence; c'est de permettre d'en

(1) Soc. des sc. méd. de Montpellier, avril 1908.

finir vite avec ces reliquats de fièvre si énervants pour le malade comme pour le médecin. D'ailleurs, peut-être le pyramidon agit-il non seulement comme antithermique, ce qui est incontestable, mais aussi comme antipyrétique en favorisant la destruction et l'oxydation de toxines non encore éliminées, mettant ainsi peut-être le malade à l'abri d'une rechute imminente.

Peut-être que tout autre antithermique (quinine, antipyrine) produirait le même effet. Il est évident qu'il n'y a là rien de spécifique au pyramidon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1908)

Anesthésiques locaux. — M. Reclus fait un rapport sur un travail de M. Couteaud relatif aux nouveaux anesthésiques locaux. A cette occasion, M. Reclus retrace l'histoire de l'anesthésie locale, rappelle ses recherches déjà anciennes sur cette question et s'étonne, avec raison, que ses collègues ne l'aient pas plus souvent suivi dans cette voie, au lieu de recourir à des procédés beaucoup moins simples et beaucoup plus dangereux, tels que la rachianesthésie.

Au début de ces recherches, il n'existait que la cocaïne à l'aide de laquelle M. Reclus a fait plus de dix mille opérations sans un seul cas de mort. Il rappelle les conditions indispensables pour ce mode d'anesthésie, conditions qui malheureusement n'ont pas toujours été suivies, d'où l'explication de désastres qui auraient pu être évités! Le malade doit être couché et rester couché une heure au moins après l'anesthésie. L'injection doit être continue, tous les plans qui doivent être incisés doivent être anesthésiés; si, par exemple, on doit inciser le périoste, il faut successivement anesthésier la peau, l'aponévrose, le muscle, les troncs nerveux, le périoste. Il ne faut jamais dépasser la dose de 20 centigrammes et recourir à des solutions très étendues. Avec ces précautions, la méthode présente toute sécurité.

Après la cocaïne est venue la stovaïne qu'on a accusée, bien à tort, de déterminer des gangrènes, d'être vaso-dilatatrice et d'exposer ainsi aux hémorragies. M. Pouchet a prouvé qu'elle était neutre. Elle n'a jamais provoqué de gangrène. Mais la stovaïne est un peu moins analgésiante que la cocaïne.

Est venu alors le mémoire de M. Couteaud sur l'association de la cocaïne et de la stovaïne. Cette fusion entre la branche aînée et la branche cadette des anesthésiques locaux est des plus heureuses. Elle augmente le pouvoir analgésique des deux substances sans augmenter leur pouvoir toxique. M. Reclus emploie le mélange d'un quart de cocaïne avec trois quarts de stovaïne.

Devant les résultats complètement satisfaisants que M. Reclus obtient depuis si longtemps, il se demande comment il se fait qu'il n'ait pas été suivi par ses collègues. Il fait le procès de la rachianesthésie qu'il condamne absolument et dont il rappelle les méfaits qui ont été si bien mis en lumière dans la dernière discussion à la Société de chirurgie. Sans nier en quoi que ce soit les bienfaits merveilleux de l'anesthésie générale par le chloroforme et l'éther, il estime que, devant les dangers incontestables de cette anesthésie, le devoir des chirurgiens et le droit des opérés devraient être de recourir à un mode d'anesthésie efficace et toujours inoffensif dans les cas, très nombreux, où il peut suffire.

M. Labbé, qui se félicite d'avoir eu M. Reclus pour interne, a pu personnellement apprécier les bienfaits de l'anesthésie locale, alors qu'une récente congestion pulmonaire contre-indiquait l'anesthésie générale. M. Reclus a pu lui arracher un ongle sans qu'il éprouvât la moindre douleur.

Prophylaxie du tétanos. — Nous revenons à la discussion sur la prophylaxie du tétanos. M. Labbé, qui était inscrit depuis plusieurs séances, a pu se rendre compte une fois de plus que les absents ont toujours tort. En effet, après le discours de M. Lucas-Championnière qui a dit excellemment tout ce que M. Labbé pensait lui-même, il aurait pu se dispenser de prendre la parole.

Toutefois, des circonstances particulières ont fait que M. Labbé s'est toujours intéressé à cette question, aussi bien au point de vue de la chirurgie vétérinaire qu'au point de vue de la chirurgie humaine.

Etant voisin du haras du Pin, il a vu pendant de longues années les chevaux castrés mourir du tétanos. On a été jusqu'à incriminer les vétérinaires. M. Le Hallo, qui avait obtenu de très bons résultats ailleurs, fut appelé au Pin et n'eut pas plus de succès que ses prédécesseurs.

Arrive, avec Nocard, la sérothérapie antitétanique : depuis 1895, époque à laquelle on a commencé à recourir à la sérothérapie antitétanique chez le cheval, il n'y a plus eu un seul cas de tétanos aux haras du Pin.

De pareils faits se passent de commentaires. Pourquoi la sérothérapie antitétanique, si efficace chez le cheval, échouerait-elle chez l'homme ? M. Labbé rappelle ici nombre de faits déjà connus, tels que la disparition du tétanos dans le service de M. Bazy et d'autres chirurgiens qui ont suivi son exemple. Il cite le fait d'une grande dame qui, par suite d'un accident de voiture, tomba sur le sol, près d'une station de voitures, sol souillé de déjections de chevaux; Jules Simon appela auprès de cette dame M. Labbé qui trouva plusieurs plaies souillées et proposa une injection préventive de sérum antitétanique. Simon ne voulait pas en entendre parler. M. Labbé insista, fit l'injection. La blessée n'eut pas le tétanos.

M. Labbé ne croit pas que les chirurgiens aient le droit de priver leurs blessés de ce moyen capable de leur éviter la plus terrible de toutes les complications des plaies, le tétanos.

Il rappelle que les morsures de chiens peuvent aussi avoir leur danger au point de vue du tétanos.

Pour M. Labbé, la pratique de la sérothérapie antitétanique s'impose aux chirurgiens; l'abstention est une faute.

M. Vaillard reprend les arguments qu'il a déjà présentés. Puisque la prophylaxie du tétanos s'obtient si nettement chez les animaux domestiques, pourquoi ne s'obtiendrait-elle pas de même chez l'homme?

Il est vrai qu'il y a eu des insuccès; mais que signifient ces insuccès mis en parallèle avec tant de faits qui plaident en faveur de l'efficacité de la sérothérapie ? Faut-il pour cela lui refuser tout crédit? Est-ce que d'autres sérums n'ont pas aussi quelques déchets à leur actif? On meurt encore de la diphtérie, de la rage. Est-ce cependant une raison pour nier l'efficacité des sérums antidiphtéritique et antirabique. Que sont devenues, à l'égard de ces deux sérums, les résistances d'antan?

M. Vaillard répond successivement à MM. Le Dentu, Lucas-Championnière et Reynier. Il réfute les divers arguments invoqués par ce dernier et fait observer que, pour réfuter les faits apportés par M. Reynier, il ne peut que répéter les arguments qu'il a fait valoir dans sa première communication. Les insuccès signalés par M. Reynier ne sont pas imputables au sérum.

Il est bien entendu que son pouvoir prophylactique est de courte durée et qu'il faut renouveler les injections. M. Reynier considère cette pratique comme impossible. Que sont ces petits inconvénients à côté de la grande chance que l'on a d'empêcher une aussi terrible maladie que le tétanos?

M. Le Dentu a parlé des troubles sériques; il est vrai qu'on observe parfois des œdèmes, des exanthèmes, et plus particulièrement l'urticaire des arthralgies. Ces accidents sont bien peu de chose, s'ils doivent préserver du tétanos. Ils disparaissent d'ailleurs rapidement.

La sérothérapie antitétanique a fait amplement ses preuves

en médecine vétérinaire. Son efficacité est indiscutable. Pourquoi serait-elle inefficace chez l'homme?

M. Reynier rappelle que tous les faits invoqués par MM. Le Dentu, Lucas-Championnière et Labbé en faveur de l'efficacité de la sérothérapie antitétanique sont des faits négatifs; tandis que les faits qu'il a apportés sont des faits positifs d'insuccès du sérum. On cherche à diminuer la valeur de ces faits. Ils sont cependant indiscutables. M. Reynier a apporté 17 cas de tétanos survenus chez des malades qui avaient reçu l'injection de sérum antitétanique. Il apporte 3 nouveaux cas, dont un qui lui a été communiqué par M. Tuffier et les deux autres par des chirurgiens de la province.

M. Reynier estime donc que M. Vaillard va trop loin en condamnant absolument les chirurgiens qui n'ont pas recours à l'injection préventive de sérum antitétanique. A l'heure actuelle, rien n'autorise encore un pareil langage et nous avons le droit de rester sur une certaine réserve.

Précautions à prendre avant de laisser pénétrer des ouvriers dans des fosses ou dans des puits. — M. Gréhant fait une communication sur ce sujet.

Dans une catastrophe récente qui eut lieu impasse Letort, trois ouvriers en pénétrant dans une fosse sont morts subitement; un pompier se fit attacher avec une corde, descendit et dut se faire remonter aussitôt pour éviter un empoisonnement mortel.

Le professeur de physiologie générale du Muséum a fait une série de recherches comparatives avec des mélanges titrés d'hydrogène sulfuré et d'air, afin de mesurer les doses toxiques dans l'air.

Dans un mélange d'hydrogène sulfuré et d'air formé dans une cloche de verre tubulée de 50 litres munie d'un ventilateur électrique, un cobaye tombe sur le flanc en quinze secondes, de violentes convulsions ont lieu ; au bout de quarante-cinq secondes, arrêt définitif des mouvements respiratoires, mort foudroyante.

Dans des mélanges à 1/200, 1/400, 1/600, 1/700, les cobayes meurent en un temps un peu plus long qui varie entre trois et neuf minutes.

Dans un mélange à 1/1 000, un cobaye a été pris de convulsions; au bout de quinze minutes, on l'a retiré de la cloche; on lui a fait respirer de l'oxygène; l'animal a survécu.

Dans un mélange à 1/1 000, un cobaye ne présente aucun phénomène, ni aucune convulsion pendant une expérience qui a duré vingt minutes.

M. Gréhant démontre de nouveau qu'il est absolument nécessaire, avant de faire descendre des ouvriers dans un puits ou dans une fosse, d'y introduire d'abord une cage contenant un cobaye; si l'animal meurt, il faut faire appel aux pompiers qui sont toujours prêts à venir en aide à l'humanité, qui renouvelleront l'air et le rendront respirable.

— Au début de la séance, M. le président a prononcé l'éloge d'Auguste Reverdin, membre correspondant, récemment décédé. Il a rappelé les importants travaux de Reverdin sur les greffes épidermiques, l'extirpation du goitre, l'antisepsie et l'asepsie, l'invention de son ingénieuse aiguille, etc., etc.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 27 juin 1908)

Conclusion sur les différentes formes de rééducation motrice dans le traitement des affections nerveuses. — M. Dagron rappelle que dès les premières applications des traitements mobilisateurs, les affections nerveuses étaient soignées par le massage avec rééducation motrice. Toutes les maladies nerveuses bénéficient de ce traitement, car il faut surtout conseiller de soigner les symptômes (paralysies, hyperesthésies, contractures, etc.). L'auteur pense que l'ataxique devient un mauvais terrain de rééducation quand il a perdu la sensibilité générale.

Goutte saturnine chez une jeune pastelliste. — M. H. Forestier relate l'histoire d'une femme peintre qui a présenté des manifestations d'intoxication saturnine professionnelle, caractérisée par des poussées subaiguës de goutte ayant cédé à une cure de douches, massages, faite à Aix-les-Bains et combinée à une cure diurèse.

Végétations adénoïdes et poussée inflammatoire des ganglions cervicaux et médiastinaux. — M. Golesceano rapporte deux observations qui montrent qu'avant toute opération, il faut faire la sélection pathogénique des causes des troubles localisés dans la voie naso-pharyngée.

M. Dubar confirme par une nouvelle observation concernant un enfant de trois ans et demi la nécessité qui s'impose de rechercher l'état ganglionnaire des médiastins chez les enfants qui ont des végétations adénoïdes et particulièrement chez les jeunes enfants. La nécessité est absolue de préciser la part qui incombe à l'infection générale, à la compression locale, aux troubles locaux intra-thoraciques sans les confondre avec les troubles communément provoqués par les végétations adénoïdes.

Sur le rhumatisme tuberculeux (Suite de la discussion). — M. Verchère dit que le rhumatisme tuberculeux aigu de Poncet est un pseudo-rhumatisme, n'est pas du rhumatisme tel qu'on doit le concevoir; il est constitué par une forme particulière d'arthrites tuberculeuses avec ou sans bacilles, pouvant se guérir ou se continuer sous forme d'arthrites chroniques qui sont des formes sèches de tuberculose chroniques avec ou sans persistance de bacilles de Koch et pouvant présenter toutes les variétés des lésions ostéo-articulaires que l'on attribuait à tort au rhumatisme vulgaire. Ces lésions se présentent en particulier chez les individus arthritiques et légitiment l'ancienne opinion de l'antagonisme de l'arthritisme et de la tuberculose, contrairement à la conclusion qu'en tire M. Poncet.

L'électroionisation dans l'épilepsie et dans le tabes. — M. Ch. Schmidt.

Le régime sec dans les gastro-entérites infantiles. — M. Gallois trouve qu'on a exagéré le rôle de l'infection dans la production des gastro-entérites de l'enfance. Il considère que la dyspepsie est le fait capital et que s'il se produit secondairement une infection, elle est préparée par la dyspepsie et la suralimentation. Comme traitement, il ne se préoccupe pas de désinfecter le tube digestif, il réduit l'alimentation et applique le régime sec. Chez les enfants, ce régime sec amène souvent la guérison d'entérites en vingt-quatre heures.

Formule : Une cuillerée à café de fromage dit petit-suisse, battu avec une cuillerée à soupe de lait et du sucre. On donne une cuillerée de cette crème toutes les deux heures.

M. Margain croit possible que, dans les diarrhées à pastorelle, les mouches domestiques servent d'agents de transmission: il se pourrait donc qu'avec les moustiquaires on puisse enrayer les épidémies de gastro-entérite.

M. Georges Rosenthal fait remarquer qu'il faut séparer la réduction du régime et la substitution au lait du fromage qui contient des ferments et des bactéries lactiques, favorables à la désinfection de l'intestin.

Fracture d'une vertèbre cervicale. — M. Hughes (des Arcs).

Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'utérus. — Mlle le docteur Robineau (du Havre).

ANALYSES

MEDECINE INFANTILE

Contribution à l'étude du syndrome antiscorbutiforme des jeunes enfants (maladie de Barlow). [G. Bouchot. Th. de Paris, 1906; Jacques, éditeur.] — Maladie trop peu connue encore de la masse des praticiens, le scorbut infantile a donné et donne encore lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. Il importe donc d'en étudier la symptomatologie de très près et de la dépister surtout dans ses formes atténuées ou frustes. L'auteur expose donc pour ainsi dire les petits signes du scorbut infantile; au premier rang il place la pseudo-paralysie douloureuse.

La querelle pathogénique qui s'est élevée au sujet de cette maladie n'est pas encore éteinte. Deux théories se partagent la faveur des cliniciens, MM. Netter et Ausset en sont en France les deux champions. Le premier soutient l'identité de nature avec le scorbut de l'adulte; le deuxième en fait une forme hémorragique du rachitisme. L'auteur partage les idées de M. Netter.

Dans le chapitre de l'étiologie, M. Bouchot expose longuement la question du lait stérilisé et des laits humanisés ou pasteurisés.

Ce n'est pas, dit-il, par la destruction dans le lait stérilisé d'un principe antiscorbutique, mais au contraire par la présence de poisons scorbutigènes, qu'il faudrait expliquer son action.

Tout est donc, jusqu'à présent, à revoir et à compléter par de nouvelles observations. Mais par contre pratiquement la diététique donne, en dehors de toute théorie, des résultats thérapeutiques très rapides et très brillants.

V. GARDETTE.

CHIRURGIE

Cancers multiples consécutifs à la dermatite des rayons X. (Charles Allen Porter et Charles J. White. *Ann. of surg.*, vol. XLVI, n° 5, nov. 1907, p. 649-671.) — La mort d'un des premiers radiologistes d'Amérique, Fuchs, survenue à la suite de la généralisation d'un cancer dû aux rayons X a remis la question en actualité. Aux 5 cas relevés dans la littérature, 5 autres cas sont ajoutés en résumé et 1 est détaillé tout au long. Sur ces 11 histoires, 5 se terminent par la mort, et 6 par des mutilations plus ou moins étendues. Le cas rapporté en détail est particulièrement intéressant et décourageant.

Un jeune confrère commença ses travaux avec les rayons X en mars 1896; à ce moment on ne connaissait pas le danger et l'on ne se protégeait pas.

Dès novembre, il eut une sérieuse et douloureuse dermatite qui s'aggrava énormément en avril 1897. En juillet 1897, on fit des greffes sur le sommet de l'index gauche qui était le siège d'un ulcère torpide. Elles prirent et poussèrent. En août, l'on greffa avec succès la face dorsale de tous les doigts des deux mains. Malgré une interruption de plus d'un an dans les travaux de radiologie, de nouveaux ulcères apparurent; on les greffa aussi avec succès. En 1902, nouveaux ulcères que l'on greffa encore. Les greffes ne prirent pas et l'examen histologique montra une dégénérescence cancéreuse évidente. La même année, il fallut amputer les deux auriculaires.

D'octobre 1902 à juin 1905, une douzaine d'opérations furent pratiquées, amputations de doigts des deux mains, excisions de nombreuses surfaces kératosiques ou ulcérées. En juin 1905, il y eut une amélioration notable pour la première fois depuis huit ans. Malheureusement elle ne dura que trois mois. La série d'ulcères, de greffes et d'amputations recommença. En avril 1907, après *dix ans de traitement et vingt-cinq opérations* sous éther, l'état est le suivant :

Main gauche : Pouce sain et fonctionnant bien, index raide, mais sans ulcères, médius et annulaire manquants, manque la phalangette de l'auriculaire. Sur le dos de la main, quelques kératoses, mais pas d'ulcérations. Main droite : pouce utile, mais petite ulcération à la base, et le bord interne est couvert d'épithélium épaissi. Index en flexion avec, en son milieu, une ulcération manifestement maligne (a été amputé en juin). Médius raide. Quelques granulations en voie de guérison sur sa face dorsale. L'annulaire et l'auriculaire manquent. Nombreuses kératoses, mais pas d'ulcérations sur le dos de la main. La face palmaire des deux mains est normale. Les ganglions axillaires sont gros, mais stationnaires.

Dans ce cas, il y eut des épithéliomas depuis le premier en 1902. L'ulcération précéda toujours le cancer de trois à six mois.

Porter relate aussi un second cas de dermatite chronique, mais beaucoup moins grave où il y eut développement d'une tumeur que Wright diagnostiqua sarcome fuso-cellulaire. Ces cas nous montrent quelle arme dangereuse à manier peuvent être les rayons X et quelle prudence est de mise.

Le traitement des dermatites radiologiques peut se résumer ainsi : Pour l'atrophie de la peau et les télangiectasies, rien à faire; pour les modifications hypertrophiques, kératoses ou verrues, traitement ordinaire; s'il échoue, résection et greffes. Pour les fissures récidivantes, la greffe est le meilleur traitement. Toutes les ulcérations que le traitement ne fait pas fermer en trois mois doivent être enlevées et examinées très soigneusement; du résultat dépend le radicalisme du traitement ultérieur; greffe ou amputation.

Ces accidents se voient sur des ouvriers de la première heure; leur nombre ira très certainement en diminuant régulièrement. *Dans tous les cas, toute ulcération persistante due aux rayons X, doit être enlevée.*

White a examiné 43 préparations du cas relaté plus haut; la dernière de cette longue série était celle qui montrait le processus le plus actif, ce qui n'est guère encourageant. Presque tous les types connus de déviation épidermique s'y trouvent et les altérations protoplasmiques, ainsi que les dégénérescences sont des plus variées et des plus intéressantes. Un fait surprenant est l'absence de pigmentation qui, d'ordinaire, joue pourtant un rôle si important dans les dermatites des rayons X et leurs séquelles épithéliomateuses.

F. GARDNER.

Invagination rétrograde d'une appendicite tuberculeuse primitive. (Cornil, Kuss et Guimbellot. *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 487.) — L'opération fut pratiquée à la suite d'une crise aiguë d'appendicite, survenue chez un homme de dix-sept ans. L'appendice était invaginé dans son premier segment, dilaté. Histologiquement, les glandes sont parfaitement conservées, la couche sous-jacente est infiltrée de leucocytes; les follicules, augmentés de volume, présentent des cellules géantes typiques; on trouve, enfin, des follicules tuberculeux dans la musculeuse et le tissu sous-péritonéal, qui est très enflammé et bourré de leucocytes mono et polynucléaires.

L. ALQUIER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un cas de maladie de Friedreich suivi d'autopsie. (Lhermitte et Artom. *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 556.) — Les lésions fasciculaires se limitent aux cordons postérieurs, complètement dégénérés dans les régions dorsale inférieure, lombaire et sacrée. Les racines postérieures sont prises à un moindre degré jusqu'aux ganglions, les leptoméninges, épaissies au niveau des cordons postérieurs, sans la névrite radiculaire de Nageotte. Les lésions de la substance grise étaient étendues et profondes, et comprenaient les cornes antérieures, postérieures et la colonne de Clarke; les cellules des ganglions rachidiens étaient respectées. Aux lésions essentielles de la maladie (cordons postérieurs et col. de Clarke), peuvent s'ajouter d'autres, variables suivant les cas.

L. ALQUIER.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Blatter für Klinische Hydrotherapie. — (N° 4, avril 1908.) WINTERUTZ : Froid et albuminurie lordotique. — WEISS : Sur la question de l'alimentation par le lait cru.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 17, 26 avril 1908.) ARNOLD : Sur le traitement de la méningite épidémique par le sérum antiméningococcique. — (N° 18, 2 mai.) LUBLINSKI : Pseudopériostite angionévritique.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 17, 26 avril 1908.) LEVAÏ : Sutures nerveuses secondaires. — (N° 18, 3 mai.) SCHULHOF : Sur l'état actuel du diagnostic et du traitement de la sciatique.

Presse médicale. — (N° 43, 27 mai 1908.) GOUGEROT et CARAVEN : Sporotrichose spontanée du chien. Gommes hypodermiques ; péritonite granuleuse et gommes hépatiques. — M. LETULLE : Botryomycose. — LEGUEU : Appendicectomie lombaire. — (N° 44, 30 mai.) DEBOVE : Paralysies et névralgies syphilitiques précoces. — DUJARIER : Sur la chirurgie des voies biliaires. — (N° 45, 3 juin.) GILBERT et JOMIER : Cellules hépatiques claires. Travées hépatiques normales. — DELBET : Un symptôme des perforations appendiculaires. — LEROUX : Traitement de l'amygdale enchatonnée. Nouveau morceleur à érigne. — (N° 46, 6 juin.) H. LABBÉ : Interprétation des analyses urinaires. Echanges azotés. — F. LEMAITRE : Du chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans la pratique chirurgicale journalière. — (N° 47, 10 juin.) DIEULAFOY : Escares multiples et récidivantes depuis deux ans et demi aux deux bras et au pied. Amputation du bras gauche. Discussion sur la nature des escares. Pathomimie. — (N° 48, 13 juin.) P. HARDOUIN : Traitement d'urgence de l'ostéomyélite aiguë des adolescents. — M. BERTHOUMEAU et A. DAGUIN : Les propriétés purgatives de la phénolphtaléine. — (N° 49, 17 juin.) LANDOUZY : Métier et habitats des blanchisseurs dans leurs rapports avec la tuberculose. — COURMONT : La désinfection départementale. — A. ZIMMERN : Causerie électrique. Propriétés physiques et mode d'application des courants de haute fréquence.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 20, 16 mai 1908.) LANNOIS et CHAVANNE : Formes du syndrome de Ménière. — (N° 21, 23 mai.) Maurice BOULAY et H. LE MARC'HADOUR : Les paresthésies laryngées. — PIÉTRI : Statistique opératoire du service de M. le professeur E.-J. Moure, du 1er décembre 1904 au 31 décembre 1907), à l'hôpital du Tondu (*suite*). — (N° 29, 30 mai.) FOURNIER et SARGNON : Sténose laryngée chez une enfant tubarde-canularde ; laryngostomie. — PIÉTRI : Statistique opératoire du service de M. le professeur E.-J. Moure (1904-1907) à l'hôpital du Tondu (*fin*). — (N° 23, 6 juin.) H. LUC : Application de l'anesthésie locale à la cure radicale de l'antrite maxillaire suppurée. — (N° 24, 13 juin.) MOURE et BOUYER fils : Des troubles neuro-congestifs en oto-rhino-laryngologie (manifestations cliniques, traitement). — CADIOT et MANDOUL : Emphysème palpébral au cours d'une sonnerie de trompette.

Revue médicale de l'Est. — (N° 10, 15 mai 1908.) DUFOUR : Les idées d'un physicien sur la science. — A. SABOTIER : De l'hypertrophie infantile. — (N° 11, 1er juin.) A. HERGOTT : Considérations sur l'érysipèle chez le nouveau-né. — A. SABOTIER : De l'hypertrophie infantile.

Revue neurologique. — (N° 9, 15 mai 1908.) Georges GUILLAIN : La dégénération des cordons postérieurs de la moelle associée à la dégénération descendante du faisceau pyramidal chez les hémiplégiques. — Alexandre STCHERBACK : Signe de Babinski et dissociation des réflexes profonds et cutanés, provoqués expérimentalement chez l'homme. Valeur séméiologique du réflexe dorsal du pied. — (N° 10, 30 mai.) SOUQUES et HARVIER : Névrose sécrétoire.

Tribune médicale. — (N° 21, 23 mai 1908.) L. BERNARD et J. TROISIER : Sur un cas d'intoxication saturnine avec méningite, anémie et ictère. — (N° 22, 30 mai.) E. MOSNY et M. PINARD : Pleurésie purulente interlobaire consécutive à un pneumothorax chez un tuberculeux. — VAQUEZ : Traitement des épanchements pleuraux récidivants par les injections gazeuses. — (N° 23, 6 juin.) Maurice LŒPER et Ch. ESMONET : Traitement de quelques dyspepsies intestinales (dyspepsies par déficit). — (N° 24, 13 juin.) SAVARIAUD : Les accidents de la sérothérapie antitétanique.

NOTES POUR L'INTERNAT

ASTHME

L'asthme est une névrose respiratoire caractérisée par des crises de dyspnée survenant par accès et accompagné de troubles vaso-sécrétoires des muqueuses des voies aériennes; dans l'intervalle des accès, la respiration s'exécute d'une façon normale. La crise, la dyspnée, les troubles vaso-sécrétoires sont les éléments fondamentaux de l'asthme; l'absence de lésions pulmonaires est aussi un caractère important.

ÉTIOLOGIE. — L'asthme est une affection de tous les âges, puisqu'on l'observe chez l'enfant, exceptionnellement chez les nourrissons de quelques mois et même de quelques semaines; mais il est surtout fréquent à l'*âge adulte* et chez l'homme ; en général, il s'atténue et ne fait plus son apparition dans la vieillesse.

Les malades appartiennent, pour la plupart, à la classe aisée ou riche ; ce sont souvent des orateurs, des avocats, des professeurs.

L'*hérédité* a une très grande importance dans l'étiologie de l'asthme : hérédité similaire ou plus souvent hérédité de l'herpétisme et du neuro-arthritisme. Les graveleux, les goutteux, les migraineux engendrent des asthmatiques ; chez un même sujet, rhumatisme, goutte, hémorroïdes, gravelle, migraine sont des affections que l'asthme peut remplacer et qui réciproquement peuvent remplacer l'asthme ; ce sont des expressions différentes d'une même diathèse (Trousseau).

Les *causes occasionnelles* de l'accès sont un peu variables pour chaque asthmatique. Certains climats amèneront chez un malade une plus grande fréquence des accès. En général, le séjour dans des lieux bas et humides, les brusques variations de température, les temps pluvieux sont peu favorables. Certaines odeurs, celles du foin, d'une rose, de la poudre d'ipéca, suffisent parfois à provoquer un accès ; on cite même un cas où un accès d'asthme fut provoqué par la vue d'une rose artificielle chez une personne habituellement très sensible au parfum de cette fleur. Les émotions, les fatigues intellectuelles peuvent aussi déterminer l'apparition d'un accès.

Il faut enfin signaler des cas qui constituent des formes de transition entre l'asthme essentiel ou nerveux et les asthmes symptomatiques; ce sont ceux dans lesquels l'asthme paraît lié à une affection nasale (polypes, lésions de la pituitaire, végétations adénoïdes), à une hypertrophie des amygdales, quelquefois à des lésions gastriques ou utérines; cet asthme est toujours une névrose, la lésion nasale, gastrique ou utérine

n'est que le point de départ du réflexe qui occasionne l'éclosion de la crise.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Il n'y a pas de lésion de l'asthme; aux quelques rares autopsies de malades ayant succombé pendant l'accès, on a trouvé seulement de l'exsudat fibrineux dans les bronches. Mais, après de nombreux accès d'asthme, surviennent habituellement des lésions pulmonaires, puis cardiaques; les alvéoles du poumon ont perdu leur élasticité, ont été distendues par la dyspnée; l'asthmatique est devenu un emphysémateux, et dans une dernière période, c'est un cardiaque. On trouve alors à l'autopsie les lésions d'emphysème, de bronchite chronique, de congestion pulmonaire, de dégénérescence du muscle cardiaque avec dilatation du cœur droit et lésions d'asystolie.

Les théories pathogéniques de l'asthme ont été nombreuses; pour expliquer la dyspnée, Laënnec admettait une tuméfaction de la muqueuse bronchique; Beau, une obstruction des bronches par les mucosités; Parrot, une attaque de nerfs de nature sécrétoire.

On donne aujourd'hui le rôle le plus important au spasme des muscles de Reissessen et au spasme des muscles inspirateurs.

Le *spasme des bronches* par contraction des muscles de Reissessen n'explique pas pourquoi la dyspnée est surtout marquée à l'expiration; à cette objection, on répond que la pression exercée sur le poumon par la paroi thoracique pendant l'expiration rétrécit davantage les bronchioles. Il semble aussi que le spasme bronchique devrait diminuer le volume des poumons; or, c'est l'inverse qui se produit; mais le fait s'explique parce que, si les bronches sont rétrécies, les alvéoles sont distendues.

Le *spasme des muscles inspirateurs* porte principalement sur le diaphragme; les inspirateurs accessoires, scalènes, sterno-cléido-mastoïdien, trapèze, sont aussi en spasme, ainsi qu'on peut le constater à l'examen du malade.

Il faut, pour expliquer l'asthme, réunir ces deux théories du spasme des muscles bronchiques et du spasme des muscles inspirateurs, l'un ou l'autre ayant, selon les cas, la plus grande influence. Le catarrhe consécutif à la crise d'asthme provient de troubles nerveux vaso-dilatateurs et sécrétoires.

La nature purement nerveuse de l'asthme s'explique par un réflexe; le point de départ du réflexe doit être cherché dans des régions très variables, muqueuse pituitaire, domaine du pneumogastrique, quelquefois il est inconnu; le centre du réflexe est aux centres respiratoires bulbaires ayant, du fait de l'hérédité similaire ou neuro-arthritique, une irritabilité spéciale.

D'après certains auteurs, le centre respiratoire peut être directement impressionné par le contact d'un sang adultéré, par l'uricémie dans la goutte. Huchard rapproche l'asthme nerveux de la dyspnée ptomaïnique; l'asthme nerveux serait le résultat d'une intoxication; si les accès sont souvent nocturnes, c'est que, les urines de la nuit étant moins toxiques que celles du jour, l'organisme est pendant la nuit plus intoxiqué.

SYMPTOMES. — La crise d'asthme survient habituellement la nuit. Elle est souvent annoncée par quelques sensations *prodromiques* que l'asthmatique ayant eu plusieurs accès reconnaît bien; les deux plus fréquentes sont un goût de salive difficile à définir et une pesanteur spéciale de l'estomac avec éructations et bâillements après le repas du soir. Dans d'autres cas, on observe de la céphalée, de l'excitation cérébrale ou de la torpeur, une sensation d'irritation des voies respiratoires avec toux sèche. Le malade qui s'est couché et endormi est réveillé brusquement après deux ou trois heures de sommeil, quelquefois un peu plus tard entre deux heures et six heures du matin; il ressent alors un malaise indéfinissable, puis une oppression qui augmente rapidement et devient angoissante; souvent il se lève, ouvre la fenêtre pour aspirer un peu d'air frais en faisant effort de tous les muscles inspirateurs; d'autres malades sont assis, penchés en avant, les mains appuyées sur un meuble ou sur les genoux, évitant de parler; la face est bouffie, cyanosée, les yeux saillants et injectés, les pupilles dilatées; la peau est baignée de sueur. Après une à trois heures de dyspnée et d'angoisse extrêmes, l'air pénètre mieux et l'expiration devient plus facile, l'élément catarrhal apparaît avec toux et expectoration; puis la crise se termine, le malade a souvent alors une émission d'urines abondantes, peu colorées, et il s'endort. La crise d'asthme a donc deux périodes : période de dyspnée, période de déclin avec catarrhe.

La *dyspnée* a des caractères spéciaux. Le nombre des mouvements respiratoires n'est pas augmenté; il est même le plus souvent diminué, jusqu'à sept ou huit mouvements par minute. Le rythme respiratoire est modifié : l'inspiration est lente et pénible, mais c'est surtout l'expiration qui est très difficile et très prolongée, pouvant devenir quatre fois plus longue que l'inspiration ; ce type de dyspnée est très spécial, car dans la plupart des affections des voies respiratoires, c'est l'inspiration qui est ralentie et pénible, l'expiration s'effectuant presque par la seule élasticité des poumons. Cette difficulté de l'expiration dans la crise d'asthme reconnaît pour cause le spasme des muscles inspirateurs; la poitrine du malade, remplie d'air au maximum, est très dilatée et ne peut se vider; les espaces intercostaux sont élargis; le spasme du diaphragme augmente tous les diamètres du thorax et se traduit parfois par une véritable crampe sur toute la circonférence du rebord costal; les muscles scalènes, sterno-cléido-mastoïdien, trapèze, sont aussi en contracture et font saillie sous la peau.

Les *signes physiques* fournis à cette période de dyspnée par l'examen des poumons sont : à l'inspection, la forme globuleuse du thorax et l'immobilité des parois; à la percussion, une sonorité normale ou exagérée; à l'auscultation, la diminution du murmure vésiculaire et la prolongation de l'expiration.

Cette période de dyspnée dure une ou deux heures, quelquefois plus, puis la dyspnée diminue et la crise d'asthme arrive à la *période catarrhale*. La toux est d'abord quinteuse, pénible, pour expulser des crachats compacts et collants (crachats perlés); elle devient ensuite plus grasse, plus facile, avec rejet de mucosités plus abondantes.

Les crachats perlés sont de petits grains durs comme des grains de fécule ou de petits filaments allongés analogues à des fragments de vermicelle cuit; on y voit, surtout à la loupe de petits bouchons opalescents, secs, élastiques, résistant à l'écrasement.

On y a trouvé un exsudat spiroïde (Curschmann) formé de pelotons de filaments muqueux enroulés en spirale et ayant à leur centre une petite cavité remplie d'air; des cristaux décrits par Leyden et identiques à ceux que Charcot a observés dans le sang et la moelle osseuse de certains leucémiques, cristaux octaédriques constitués probablement par des phosphates organiques; des leucocytes éosinophiles ou cellules d'Ehrlich. Tous ces éléments n'ont aucun caractère spécifique et se retrouvent dans d'autres affections.

Le trouble sécrétoire n'est pas toujours circonscrit à la muqueuse trachéo-bronchique et laryngée; la pituitaire peut être atteinte, parfois d'une façon exclusive, avec éternuements et catarrhe nasal; la conjonctive présente quelquefois des phénomènes analogues.

A cette période catarrhale, on entend, en auscultant les poumons, des râles ronflants et sibilants, mélangés de râles humides vers la fin de la crise ; mais les râles sibilants sont toujours les plus nombreux.

Pendant toute la crise, le *cœur* reste régulier ; le *pouls* relativement calme, parfois un peu ralenti ou accéléré. La *fièvre* est exceptionnelle, sauf dans le jeune âge ; on a signalé quelquefois un abaissement de température, sans doute par imminence de l'asphyxie.

On note assez souvent quelques *troubles gastro-intestinaux*. Le malade ressent du malaise au creux épigastrique; il a des éructations, et, quand l'attaque est sévère, il n'est pas rare de le voir vomir une bile verte ou jaune; le trouble intestinal le plus fréquent est la tympanite qui s'accompagne habituellement de constipation (Parrot).

Les *urines*, rares et foncées pendant la crise, deviennent abondantes et claires quand elle se termine.

Après la crise, le malade s'endort; le lendemain matin, il ne reste qu'un peu de fatigue générale. Mais habituellement l'accès d'asthme n'est pas unique; la nuit suivante, un second accès se produit à la même heure, et il en est ainsi pendant plusieurs nuits; cet ensemble d'accès constitue l'*attaque d'asthme*.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE-CASSETTE

N° 76. — SAMEDI 4 JUILLET 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 4 JUILLET 1908. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU CLINICAT. — Sont nommés à la suite du concours qui vient de se terminer :

Médecine infantile : M. Roger Voisin, chef de clinique titulaire; M. Paisseau, chef de clinique adjoint.

Thérapeutique : M. Claret, chef de clinique adjoint.

Maladies cutanées et syphilitiques : M. Fouquet, chef de clinique titulaire; M. Druelle, adjoint.

Chirurgie : M. de Martel de Janville, chef de clinique titulaire.

Maladies nerveuses : M. Touchard, chef de clinique titulaire ; M. Lhermitte, adjoint.

Ophtalmologie : M. Cantonnet, chef de clinique titulaire; M. Coutelas, adjoint.

Médecine : MM. Gaultier, Rathery, Thaon, Rivet, chefs de clinique titulaires ; MM. Nathan, Trémolière, Halbron, Pater, adjoints.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 27 juin 1908, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Gouzien.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Piron.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Maurras, Lépine, Ferrandini.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Butin, Comméléran, Fauquet, Duran, Kernéis, Bourret, Trautmann.

LOI DU 2 JUILLET 1908 PORTANT MODIFICATON DES ARTICLES 29, 30 ET 31 DE LA LOI DU 21 GERMINAL AN XI SUR L'ORGANISATION DES ÉCOLES DE PHARMACIE. — Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ARTICLE UNIQUE. — Les dispositions des articles 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal an XI sur l'organisation des écoles de pharmacie sont abrogées et remplacées par les dispositions ci-après :

ART. 29. — En vue d'assurer l'application des lois et règlements en vigueur sur l'exercice de la pharmacie et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse, notamment de vérifier la bonne qualité des produits et de rechercher la fabrication et le débit sans autorisation légale des préparations ou compositions médicinales, il sera procédé, au moins une fois l'an, à l'inspection des officines des pharmaciens, des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, des magasins de droguistes, herboristes et épiciers, des coiffeurs et parfumeurs, des dépôts d'eaux minérales naturelles, des fabriques et des dépôts d'eaux minérales artificielles, généralement de tous les lieux où sont fabriqués, entreposés ou mis en vente des produits médicamenteux ou hygiéniques.

Les pharmaciens, droguistes et tous détenteurs de produits médicamenteux ou hygiéniques seront tenus de présenter les drogues et compositions qu'ils auront dans leurs magasins, officines, laboratoires et leurs dépendances.

ART. 30. — Un règlement d'administration publique désignera les autorités qualifiées pour effectuer les inspections et visites spéciales prévues à l'article 29 ci-dessus et précisera les pouvoirs qui leur seront conférés par ledit article.

L'inspection des officines de pharmaciens et des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires ne pourra être confiée qu'à des agents pourvus du diplôme de pharmacien.

ART. 31. — Un règlement d'administration publique déterminera les règles de procédure applicables aux substances médicamenteuses et hygiéniques en ce qui concerne les prélèvements d'échantillons, les analyses, expertises et saisies nécessaires à l'exécution de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes.

LE COMMERCE DE L'OPIUM. — Le groupe antialcoolique du Sénat, réuni sous la présidence de M. Delpech, a décidé qu'une proposition de loi visant l'interdiction du commerce de l'opium serait déposée à la rentrée prochaine sur le bureau du Sénat.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Bataille, sénateur du Puy-de-Dôme, et de M. le professeur Lennander (de Copenhague).

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux:* **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate »	Sesqui-oxyde de fer.	
— de chaux		0.08
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

TUBERCULOSE — ASTHME — ANÉMIE — CHLOROSE — DIABÈTE

ARRHENAL
CHIMIQUEMENT PUR
ADRIAN

GOUTTES à 2 millig. 12 à 20 par jour
AMPOULES à 50 — 1 à 2 —
COMPRIMÉS à 25 — 1 à 3 —
GRANULES à 1 centig. 2 à 6 —

9, Rue de la Perle, Paris.

IODO-MAÏSINE

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL des DOCTrs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION
PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne.* — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
PHie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

NUTRIGÈNE

Albumose. — Peptone de viande pure.
SOLUBILITÉ PARFAITE. — Suralimentation
Soc. des Prods ANIOS, 7, r. Grande-Allée, Lille.

ONGLES INCARNÉS

Guérison radicale par
la **CARNEGINE**
Ttes phies. REMANDE, phn, 10, rue du Pré St-Gervais, Paris.
Echant. grat. à MM. les doct.



Déposé
Antisclérosine

Le nouveau **SPÉCIFIQUE** de
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
Echantillons et Bibliographie médicale gratis sur demande.
POISSON, pharmacien
Dépôt général : A. **KRAUS**, 10, rue Marbeuf, PARIS



AFFECTIONS PULMONAIRES TUBERCULOSE

Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable, elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.



GYNÉCOLOGIE, DERMATOLOGIE
TUBERCULOSE
AFFECTIONS RHUMATISMALES

ICHTHYOL

MARQUE DÉPOSÉE.

PRESCRIRE **ICHTHYOL**
Exiger le Produit authentique.
MONOGRAPHIES ET FORMULAIRE :
Société française de Produits sanitaires,
35, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

GRANULES de DIGITALINE
1 à 2 par jour — DIGITALINE FRANÇAISE
APPROUVÉE par l'ACADÉMIE de MÉDECINE

d'HOMOLLE et QUEVENNE

SOLUTION de DIGITALINE
CRISTALLISÉE au 1/1000e = 1 milligramme par 50 gouttes. — 14, Rue des Beaux-Arts, Paris.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA FRACTURE DE DUPUYTREN (2)

Par le docteur ALBERT GRUGET (de Laval),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

IV

Evolution. Pronostic. Complications. — Le pronostic de la fracture de Dupuytren est un des chapitres de la pathologie des fractures qui ont fait couler le plus d'encre. Dernièrement encore, il était l'objet de longues discussions à la Société de chirurgie (3) à laquelle prirent surtout part Chaput, Berger, Lucas-Championnière, Quénu, Walther, Demoulin, Potherat et Sieur.

I. Disons d'abord que jusqu'à l'avènement de l'ère antiseptique, le PRONOSTIC VITAL devait souvent être réservé pour les fractures ouvertes. Les suppurations prolongées, la septicémie, la gangrène gazeuse, le tétanos amenaient souvent la mort du blessé. Il n'en est plus ainsi de nos jours. Aussi nous parlerons uniquement du pronostic *fonctionnel*.

II. PRONOSTIC FONCTIONNEL. COMPLICATIONS ET SUITES. — Le pronostic de la fracture de Dupuytren est *toujours sérieux*. Il est curieux de voir l'optimisme de Dupuytren (4) qui, mieux placé que personne pour les juger, puisqu'il eut une statistique de plus de 140 cas, estime « qu'elles guérissent sans difficulté et sans difformité en un mois de traitement ».

La plupart des chirurgiens, sauf peut-être Richet (5), qui accuse même Dupuytren d'avoir été trop pessimiste, n'ont point partagé son avis, et en ont apprécié la gravité.

Jotte (6) va jusqu'à refuser les tentatives de réduction manuelle et conseille d'emblée l'opération sanglante.

Malgaigne, Tillaux, Reclus, Duplay et son élève Junot ont tous fait des réserves sur le pronostic.

L'an dernier, lors de la discussion provoquée par Chaput sur « le pronostic des fractures bi-malléolaires », tous les chirurgiens ont été de cet avis.

Il existe en effet de nombreux facteurs de gravité : *immédiats*, *secondaires* et *tardifs*.

A. *Facteurs de gravité immédiate.* — 1. La fracture de Dupuytren est une fracture *articulaire* « doublement articulaire » le plus souvent [Delbet (7)]. L'arrachement de la malléole interne ouvre l'articulation; le trait de fracture du péroné peut descendre jusqu'à elle. La cavité articulaire est ainsi en rappor avec des surfaces osseuses arrachées et qui saignent : d'où hémarthrose, d'où lésions articulaires ultérieures.

2. Le traumatisme produit des lésions au *niveau des gaines tendineuses qui sont en rapport intime avec l'articulation*. Il y a eu une sorte de « distorsion violente », des gaines péri-articulaires (Delbet). Les tendons du jambier postérieur, du jambier antérieur, des fléchisseurs et des péroniers, sont avec leurs gaines tiraillés et quelquefois dilacérés; il en résulte une impotence musculaire plus ou moins longue.

3. La fracture de Dupuytren est quelquefois une fracture *ouverte* :

a. Celle-ci peut avoir lieu d'emblée, le fait est rare;

b. Plus souvent, la perforation est *secondaire*. Si la réduction n'a pas été faite ou faite insuffisamment, il y a pression de *dedans en dehors* au niveau de la peau par le bord saillant, tranchant de la malléole tibiale, puis ulcération et ouverture.

4. Un autre facteur de gravité est la *difficulté* fréquente qu'*on a à reduire et surtout à maintenir réduit*. Cette difficulté est due à des causes diverses.

Et d'abord il est une lésion fréquente dans la fracture de Dupuytren, sur laquelle les auteurs n'ont pas suffisamment insisté. Nous voulons parler du diastasis tibio-péronier inférieur.

M. Quénu a insisté dans un travail récent (1) sur l'importance de cette lésion articulaire au point de vue du pronostic de ces fractures.

Il a montré que le diastasis tibio-péronier inférieur n'est pas spécial à la fracture du péroné au quart supérieur (fracture par diastasis de Maisonneuve), mais qu'il peut coexister avec toutes les variétés de fractures malléolaires et avec la fracture de Dupuytren; celle-ci paraissant même être celle qui s'accompagne le plus souvent de diastasis.

Chaput, Demoulin, Sieur partagent l'avis de M. Quénu.

Celui-ci admet que le diastasis tibio-péronier inférieur est souvent :

1° Une cause de difficulté de réduction immédiate;

2° Une cause qui va en s'aggravant à mesure que l'on s'éloigne de l'accident.

1° Cause de *difficulté immédiate*, par suite : *a.* De l'*interposition fibreuse* formée par les ligaments tibio-péroniers inférieurs;

b. De l'interposition de *parcelles osseuses* (*fractures parcellaires* par arrachement) du tibia ou moins souvent du péroné, arrachées souvent par ces ligaments. C'est ainsi qu'il existe souvent un *fragment tibial* enlevé à *la face externe* du tibia, sur lequel déjà Verneuil et Tillaux et bien d'autres depuis avaient attiré l'attention et qui peut être une cause empêchant la réduction manuelle et commandant l'intervention sanglante;

c. Par suite, enfin, de l'*ascension et de la bascule de l'astragale* qui, comme dans le cas de Chaput, « est basculé de telle sorte que le bord externe de la trochlée s'est introduit dans le diastasis ».

---

(2) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 73, p. 867.

(3) Le pronostic des fractures bi-malléolaires, *Bull. de la Soc. de chir.*, nov.-déc., 1902.

(4) DUPUYTREN. *Leçons orales faites à l'Hôtel-Dieu*, 1839, 2e édit., t. I, p. 434.

(5) RICHET. *Anat. méd.-chir.*, 1868, p. 1 878.

(6) JOTTE. *Mélanges de chir. prat.*, 1839, p. 296.

(7) Pierre DELBET. *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, août-sept. 1897, p. 240.

(1) QUÉNU. *Loc. cit.*

2° *Cause de difficulté secondaire.* — L'irréductibilité de la fracture de Dupuytren avec diastasis s'accentue à mesure que l'on s'éloigne de l'accident.

En effet, des fragments interposés adhèrent aux parties voisines, mais « en outre, dit le professeur Quénu, il intervient une complication nouvelle, c'est la formation autour des pointes arrachées et tout spécialement entre les deux os, des *productions osseuses*, de *véritables ostéomes* semés par l'arrachement périostique; non seulement ces ostéomes augmentent encore l'écartement du cou de pied, mais ils rendent difficile et même impossible l'action chirurgicale qui devra se borner à la correction des axes ».

5. La fracture de Dupuytren est grave encore en raison de la *facilité avec laquelle la correction se déplace sous l'appareil.*

Ce sont là les déformations qualifiées par Berger (1) « de secondaires » par opposition aux *déformations primitives* par persistance de la non-réduction et aux déformations *tardives* qui apparaissent un temps plus ou moins long après la levée de l'appareil.

Ces déformations secondaires seraient, d'après Berger, les plus fréquentes. « Comme tous les chirurgiens, j'ai obtenu des échecs dans ce genre de fracture; ils ont été dus à la tendance invincible que le déplacement présente à se reproduire sous les appareils les mieux faits, par suite de la pression lente et prolongée des fragments sur les parties molles. » (Soc. de chir., 28 nov. 1906.)

6. Enfin, les *déviations tardives* constituent encore un facteur de gravité considérable.

Les déviations du pied pendant la convalescence alors qu'au moment de l'ablation de l'appareil, la correction était parfaite, sont relativement fréquentes.

La déviation se fait *alors en valgus*, mais on a signalé des *déviations en varus* (Demons-Walther, Gaignerot). Le plus souvent, elle tend à reproduire ce qui existait au moment de l'accident. Or, on sait que le *moindre degré de valgus peut être une cause d'impotence fonctionnelle parfois considérable.*

Quelle est l'explication de ces déviations tardives ?

On a attribué le fait à l'action prépondérante des péroniers latéraux sur le jambier antérieur et le jambier postérieur, tiraillés au moment de l'accident et, de ce fait, atteints d'une parésie plus ou moins marquée.

L'exploration électrique des muscles faite attentivement par Mally et Richon (2) ne permet pas d'accepter cette opinion.

Ces auteurs ont toujours constaté que s'il existe une amyotrophie plus ou moins marquée des jambiers, celle des péroniers est non moins manifeste.

La cause est donc due simplement *au poids du corps*. Mais, comme le remarquent encore ces auteurs, pour que ces désordres puissent se produire, il faut que :

a. Les muscles et les ligaments ne suffisent plus à leur rôle de soutien ;

(1) Berger. Soc. de chir., nov. 1906.

(2) Mally et Richon. Loc. cit.

b. Les cals soient insuffisants.

a. Or, les muscles sont atteints de parésie amyotrophique, comme l'ont montré ces auteurs;

b. Quant aux cals, ils sont insuffisants. Il se passe là ce qui se passe dans nombre de fractures articulaires, le *col reste fibreux* ou son *ossification reste incomplète* (Hennequin-Delbet). La radiographie le prouve en montrant une zone claire au niveau du cal [cas de Delbet (1)].

Quelle est la cause de cette insuffisance du cal?

Delbet admet diverses causes :

1° La fracture de Dupuytren est une fracture articulaire; or, ces fractures se consolident mal (fractures du col du fémur, de la rotule).

2° Petitesse des fragments inférieurs (surtout le tibial), ce sont des esquilles.

3° Trop faible vascularisation de ces fragments.

4° Ceux-ci ne présentent qu'une seule face revêtue de périoste.

Cette insuffisance générale du cal serait elle-même, d'après Mally et Richon, sous la dépendance du système nerveux. « Il est logique d'admettre, disent ces auteurs, que l'excitation centripète d'origine articulaire, qui est capable d'altérer si profondément les cellules des cornes antérieures de la moelle, est capable d'altérer aussi les centres trophiques qui président à la nutrition des ligaments et des cals. »

Pour Lucas-Championnière, cette insuffisance du cal serait due à des causes très différentes : elle résulterait d'un défaut de nutrition de l'os par immobilisation trop prolongée (Soc. de chir., 21 nov. 1906).

7. *Atrophies musculaires : amyotrophies réflexes d'origine articulaire.* — Celles-ci ont été particulièrement étudiées par Mally et Richon et par Mally. L'atrophie porte non seulement sur les muscles de la jambe, mais même sur le quadriceps crural. Les muscles présentent un certain degré de parésie et une sensibilité marquée à la fatigue.

Les caractères de ces amyotrophies réflexes sont d'ailleurs ainsi résumés par ces auteurs :

1° Atrophie-parésie;

2° Modifications quantitatives des excitabilités faradique et galvanique qui sont diminuées sans réaction de dégénérescence;

3° Phénomènes spasmodiques.

Ce sont les caractères que Charcot assignait à l'amyotrophie réflexe et qu'il nommait « paralysie spasmodique amyotrophique ».

8. *Déviations primitives.* — Elles existent lorsque la correction n'a pas été faite, ou a été faite insuffisamment. On a alors un véritable *pied bot traumatique* dont la fréquence est signalée dans les thèses de Junot (1893), de Louart (1896), de Menier (1900). Nous ne reprendrons pas ici ce que nous avons dit sur le déplacement secondaire et les causes des difficultés de la réduction.

9. Signalons enfin les raideurs articulaires, les douleurs locales et à distance après la marche même dans les membres en longue attitude, l'ankylose, l'articulation tibio-tarsienne et les troubles trophiques

(1) Pierre Delbet. Loc. cit.

cutanés, le mal *perforant plantaire* qui a été signalé comme suite éloignée de la fracture de Dupuytren et, enfin, la possibilité d'une tuberculose articulaire chez les gens prédisposés.

V

Traitement. — Nous étudierons successivement :

I. Le traitement immédiat;

II. Le traitement secondaire (pendant l'appareil);

III. Le traitement tardif des déviations et des cals vicieux.

I. Traitement immédiat. — Doit être étudié dans les fractures simples, compliquées.

A. *Fractures simples.* — Deux indications à remplir : 1° réduire; 2° maintenir réduit.

1° La *réduction*. Quand faut-il la faire ?

Le plus tôt possible, car l'hémarthrose est moins marquée et on évite ainsi les lésions de la peau par le fragment tibial.

Faut-il anesthésier ?

Si la réduction est facile, on s'en passera, mais si on a quelque difficulté, il faudra anesthésier. La plupart des chirurgiens qui se sont occupés de la question, l'an dernier, à la Société de chirurgie, se sont prononcés pour l'anesthésie dans ces cas.

Delbet repousse l'anesthésie au chloroforme qu'il juge dangereux chez les alcooliques, il emploie la rachistovaïne; de même Chaput, Lucas-Championnière donnent le chloroforme et 1 centigramme de morphine avant si le sujet est alcoolique.

Schwartz, Reynier emploient le chloroforme. Walther fait une heure avant la chloroformisation une injection de scopolamine-morphine.

Comment réduire? — Il faut *d'abord supprimer la contracture musculaire.* Pott, Tillaux avaient déjà insisté sur ce fait : mettre la jambe en flexion sur la cuisse et mettre la cuisse en flexion sur le bassin. Puis, saisissant le pied solidement, on corrigera :

1. Le *valgus* en portant fortement *en dedans* et *en rotation interne.* On ne se contentera pas de ramener le pied dans l'axe de la jambe (Chaput, Walther), mais on fera une *hypercorrection*;

2. Le *diastasis*, s'il existe, par une pression avec les pouces sur la malléole péronière;

3. La *déviation en arrière*, en saisissant le talon et en le repoussant en avant tout en rehaussant le cou-de-pied en sens inverse. Le talon sera pris à pleines mains, porté en bas, puis en avant, ensuite le pied est amené en adduction forcée et enfin mis à angle droit (Tillaux).

2° *Contention.* — Quelques chirurgiens ne veulent pas appliquer d'emblée un appareil définitif.

Berger place un appareil de Scultet, Schwartz emploie l'appareil de Dupuytren modifié. L'appareil de Dupuytren appliqué momentanément à la campagne, lorsqu'on n'a rien sous la main, peut rendre des services, mais il ne corrige pas complètement la déviation en arrière et permet le déplacement rapide des fragments. On le rejettera donc en principe; sa description étant faite partout, nous n'insisterons pas.

Actuellement, presque tous les chirurgiens emploient d'emblée les appareils plâtrés. Tous sont bons; l'essentiel est de bien les appliquer et de *maintenir soi-même la réduction pendant toute la durée de la dessiccation.*

Nous recommanderions toutefois l'appareil plâtré de Mally et Richon, auquel Sieur donne la préférence et qui semble parfait au point de vue de la contention des fragments.

B. *Fractures compliquées.* — Le traitement sera celui des fractures compliquées en général. Houzel (1817), dans un cas semblable, fit immédiatement une suture de la malléole interne au fil d'argent; il eut un bon résultat. La question de la suture immédiate se pose, en effet, dans ces conditions. A l'hôpital, bien outillé, dans les cas de fracture largement ouverte, la suture pourra être faite.

II. Traitement secondaire (*pendant le plâtre*). — On fera radiographier de nouveau sous l'appareil pour s'assurer de la réduction. Si celle-ci est mauvaise, on enlèvera l'appareil et on en fera un autre après correction.

Dans les jours suivants, on surveillera la jambe, et si l'appareil tend à devenir un peu lâche, on en refera un autre. On sera amené ainsi, par suite du dégonflement du membre, à en faire quelquefois trois ou quatre ou davantage.

Combien de temps laisser l'appareil? — Lucas-Championnière (1), pour qui la non-consolidation du cal tient à un défaut de nutrition de celui-ci sans l'appareil, l'enlève au bout de quinze jours à trois semaines et fait de la mobilisation et du massage. La plupart des chirurgiens le laissent *un minimum de quarante jours* : Chaput, quarante à cinquante jours pour les fractures moyennement graves; cinquante à soixante pour les fractures graves, Schwartz, Delbet, Reynier, quarante-cinq à cinquante jours. Walther le laisse un minimum de cinquante à soixante jours.

Tous sont d'accord enfin pour *défendre au blessé de se servir de sa jambe dès la levée de l'appareil.* C'est alors à ce moment que conviennent le massage et la gymnastique. On ne permettra la marche que quinze jours, trois semaines après l'ablation de l'appareil (Walther), en s'étant, au préalable, assuré de la solidité du cal.

Dans tous les cas, il sera bon de faire porter pendant les premières semaines de marche un appareil de soutien : appareil silicaté ou orthopédique.

III. Traitement tardif des déformations et des cals vicieux. — Il existe deux traitements possibles : orthopédique et chirurgical.

1. *Traitement orthopédique.* — Il est la plupart du temps insuffisant.

Toutefois, pour Walther (2), certaines déformations peu marquées sont bien corrigées par le port d'une *semelle oblique spéciale* et de bons brodequins. Nous savons, du reste, que certaines déformations ne sont pas incompatibles avec la marche; si la correction

(1) Lucas-Championnière. *Gaz. des hôpit.*, 3 juillet 1896.

(2) Walther. Soc. de chir., nov. 1906.

des axes a été obtenue, le blessé pourra marcher souvent même avec un déplacement et des déformations énormes.

2. *Traitement chirurgical.* — La plupart du temps on devra recourir à l'intervention chirurgicale.

Il existe différents procédés ayant chacun leurs indications : l'*ostéoclasie*, l'*ostéotomie*, la *résection*, l'*astragalectomie* partielle ou totale.

A. L'*ostéoclasie* peut être manuelle, instrumentale.

L'ostéoclasie *instrumentale* est jugée dangereuse par la plupart des chirurgiens (Duplay).

L'ostéoclasie *manuelle*, admise par Duplay, Kirmisson, est repoussée par Pierre Delbet; « elle n'est plus de mise depuis que la chirurgie a cessé d'être brutale. » Toutefois, dans les cas récents, elle peut rendre des services (Obs. de Demoulin et Junot, ostéoclasie au trente-quatrième jour).

B. *Ostéotomie.* — L'ostéotomie peut porter sur le péroné seul, sur le tibia seul, sur les deux à la fois.

1° L'*ostéotomie linéaire du péroné* faite par Smith pour la première fois, puis par Mayer, Richet, Diederichs, Gérard-Marchant, Terrillon, Reynier, est actuellement faite d'une façon courante dans les services hospitaliers.

Elle est généralement insuffisante pour obtenir la correction.

2° L'*ostéotomie linéaire du péroné et du tibia* (Gangolfe, Delbet) donne de meilleurs résultats. L'ostéotomie oblique suit le trait de fracture. Delbet *passe au niveau du col* qu'il résèque même, Championnière passe *au-dessus* du col.

3° L'ostéotomie oblique du péroné avec ostéotomie cunéiforme du tibia (Vautrin) paraît être bien souvent l'opération de choix.

4° L'ostéotomie linéaire du tibia seul (Lejars, 1 cas) a pu quelquefois être suffisante pour corriger le déplacement.

La *suture* ou l'*enchevillement* dans les cas où la réduction ne se maintiendrait pas après la résection osseuse, devront être faits.

C. *Résection tibio-tarsienne.* — Fut faite par Polaillon, Demons, Doyen, Lejars, Kirmisson et d'autres.

« Très bonne opération, dit Kirmisson, *lorsqu'on peut conserver les deux malléoles*; elle est encore bonne quand on ne sacrifie pas la malléole externe, sinon c'est une très mauvaise intervention. »

D. *Astragalectomie.* — Dans certains cas d'ankylose, ou d'*enclavement astragalien*, c'est la seule intervention possible (Michaux, Lafourcade, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1894; Batut, 1899).

Choix de la méthode. — L'ostéotomie linéaire doit être le *premier temps* de l'intervention :

1° On commencera par le côté externe (Duplay, Junot, Delbet). Le péroné mis à nu, on résèque le cal (Delbet) ou on sectionne à l'ostéotomie parallèlement à lui à 1 centimètre au-dessus (Championnière).

2° Si la réduction n'est pas suffisante, on fait une seconde section sur la malléole interne et on procède comme pour le côté externe. On obtient ainsi souvent la réduction.

3° Sinon, on dénudera la face *antérieure* du cou-de-pied; on recherchera les causes de la non-réductibilité : fragment cunéiforme du tibia, ostéomes du *ligament tibio-péronier inférieur*; *saillies ostéophytes du bord antérieur du tibia.* On *les enlèvera* et alors, le plus souvent, on pourra réduire.

4° Si la réduction est encore impossible, on sera contraint de faire une résection partielle tibio-tarsienne ou une astragalectomie. Le pansement sera fait sans drainage et on placera un appareil plâtré fenêtré au niveau des incisions.

BIBLIOGRAPHIE

J.-L. Petit. *Traité des maladies des os*, 1723; — *Traité des maladies chirurgicales*, 1774.

David. Mémoire présenté à l'Académie royale de chirurgie, 1771.

Desault. *Œuvres chir.*, 1783.

Boyer. *Traité des mal. chir.*, 1814.

Dupuytren. *Leçons orales de clin. chir.*, 1839.

Maisonneuve. *Arch. gén. de méd.*, 1840; — *Clin. chir.*, 1863.

Malgaigne. *Traité des fract. et des luxations*, 1847.

Tillaux. *Bull. de l'Acad.*, 1872; — *Gaz. des hôpit.*, 1886; — *Clin. chir.* — *Anat. topographique.*

Smith. *Amer. med. Times*, New-York 1860, p. 57.

Voillemier. *Clin. chir.*, 1862, p. 69.

Richet. *Leçons clin. sur les fractures de jambe*; — *Union méd.*, 1875.

Dunant. Th. de Paris, 1876.

Le Dentu, Desprès, Sée, Labbé, Nicaise. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1880.

Le Fort. *Bull. gén. de thérap.*, mars 1886.

Sébileau et Blaise. *Arch. gén. de méd.*, 1886.

Doyen. *Bull. de la Soc. de chir.*, fév. 1888.

Bertaux. Th. de Nancy, 1891.

Kirmisson. *Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur*, Paris 1890.

Gangolphe. *Lyon méd.*, 1890 et 1891.

Lejars. *Sem. méd.*, 1893, p. 262.

Junot. Th. de Paris, 1893.

Davin. Th. de Paris, 1893.

Duplay. *Gaz. des hôpit.*, 1893.

Huber. Th. de Lyon, 1894.

Louart. Th. de Paris, 1896.

Souligoux. *Revue de chir.*, 1896, p. 916.

Kirmisson, Reynier et Picqué. *Bull. de la Soc. de chir.*, fév. 1898.

S. Duplay. *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, 1900.

Pierre Delbet. *Clin. chir.*, 1899, p. 232.

Dagron. Rapport à la Soc. méd.-chir., Paris 1900.

Menier. Th. de Paris, 1900.

Savariaud. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1901, p. 397.

Mally et Richon. *Revue de chir.*, août, sept., oct. 1902.

Pierre Delbet. Cals vicieux du cou-de-pied, *Revue de chir.*, 1902, p. 689.

Marlier. Congrès de chir., 3 oct. 1894.

Gérard-Marchant. *Revue d'orthop.*, 1894, p. 31.

Monod. *Revue d'orthop.*, 1901.

Chaput. *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 1899; — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1906, p. 658, 660, 676, 927, 938, 941, 975, 1042, 1047.

Gaignerot. Th. de Bordeaux, 1906.

Foisy. *Ann. méd.-chir. du Centre*, 7 avril 1907.

Quénu. Le diastasis tibio-péronier inférieur, *Rev. de chir.*, juin-juillet 1907.

N. B. — On trouvera sur cette question et en particulier sur les myotrophies réflexes d'origine articulaire une bibliographie très complète dans le travail de Mally et Richon (*Revue de chir.*, 1902). Nous nous sommes borné ici à citer les travaux ayant plus directement trait à la fracture de Dupuytren.

IIe CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE (1)

(*Lille, 25-28 juin 1908.*)

Séance d'ouverture.

M. Bigo-Danel, président d'honneur du Comité de patronage local, prononce une allocution dans laquelle il rappelle l'utilité de former des Commissions mixtes comprenant des médecins, des assureurs, des industriels et des mutualistes pour résoudre les conflits qui peuvent se présenter.

M. Dubuisson, président du Comité de vigilance, prend ensuite la parole. Il fait allusion aux campagnes menées récemment contre le corps médical et en particulier à celle qui a eu lieu au sujet des médecins-experts.

M. Coppens, président du Comité d'organisation, remercie les congressistes venus au Congrès de tous les points de la France. Il déclare que l'expérience a démontré qu'à la justice de leur cause les praticiens devaient ajouter leur force résultant de leur groupement et de leur organisation professionnelle.

Le bureau définitif du Congrès est nommé. M. Gairal est nommé par acclamations président du IIe Congrès des praticiens.

M. Gairal remercie le Congrès de l'avoir élu à titre de président de l'Union des Syndicats médicaux, de cette union qui fait la force du corps médical et qui nous permettra de faire triompher nos revendications.

I. Rapport de la sous-commission de l'enseignement. — M. Leredde prend la parole au nom de la sous-commission d'enseignement du Comité de vigilance. Il rappelle les décisions de celle-ci :

« L'hôpital centre d'enseignement, enseignement technique et enseignement des spécialités, suppression de l'agrégation et privat-docentisme, autonomie des Facultés et Ecoles de médecine. »

Il déclare que la Commission a été guidée dans tous ses actes par l'intérêt des étudiants et par la volonté de faire disparaître tout esprit de corps et de caste dans le corps médical.

II. Rapport de la sous-commission du libre choix. — M. Cosse (de Tours), au nom de la sous-commission du libre choix, expose les revendications de celle-ci.

M. Boudin soulève la question de l'enseignement déontologique dans les Ecoles et Facultés de médecine. Une discussion s'engage entre de nombreux membres du Congrès.

M. le professeur Lande déclare que l'enseignement de la déontologie existe déjà dans certaines écoles. Le Congrès confirme les vœux adoptés l'année dernière en déclarant que cet enseignement doit se faire d'accord avec les syndicats médicaux.

M. Aubert (de Lille), secrétaire général du Congrès, résume son rapport.

III. L'hôpital aux indigents. — M. Motais (d'Angers) soulève la question de l'admission des malades non indigents dans les hôpitaux.

Après une longue discussion, à laquelle prennent part MM. Lande, Le Fur, Régis, Labadye, le Congrès confirme les vœux du premier Congrès des praticiens et déclare que les médecins n'ont pas à faire de transaction sur ces questions et admet ce vœu :

« Les hôpitaux étant fondés pour les indigents doivent être exclusivement réservés aux indigents, sauf en cas d'urgence et à titre provisoire pour les autres malades. »

Séance du vendredi 26 juin 1908 (matin).

Sur les réformes de l'enseignement médical.

I. Rapports sur la réorganisation des études médicales. — M. Gassot (de Chevilly) expose les travaux de la Commission ministérielle de réforme et se félicite de certaines concessions faites aux praticiens. Mais il regrette les décisions de la Commission ministérielle en ce qui concerne le recrutement du corps enseignant (maintien et perennité de l'agrégation).

M. Surmont (de Lille) expose les travaux de la Commission nommée par le Syndicat médical de Lille. Le point essentiel du rapport de M. Surmont est la nécessité qu'il y a à ne laisser l'étudiant pénétrer à l'hôpital qu'après avoir fait des études anatomiques, histologiques et physiologiques complètes.

M. Duret (de Lille) approuve dans l'ensemble le rapport de M. Surmont.

M. Sorel (de Dijon) déclare que la question essentielle sur laquelle le Congrès doit délibérer ce matin est la question de la suppression de l'agrégation votée déjà par le premier Congrès. M. Sorel s'oppose à tout titre d'Etat et déclare que la sélection des professeurs ne doit se faire que par l'enseignement lui-même et au cours de cet enseignement sans aucun concours qui isole ceux qui enseignent des autres.

M. Sicard défend le système des diplômes en ce qui concerne le recrutement des médecins légistes.

M. Leredde (de Paris) appuie les opinions émises par M. Sorel; il déclare que le système des concours est un système démoralisant pour les étudiants dès le début de leurs études et rappelle que jamais aucune attaque personnelle n'a été faite depuis le début du mouvement de réforme contre une personne quelconque, mais que le système administratif est mauvais et doit être supprimé de manière définitive. Il rappelle que l'échec de M. Duret à l'agrégation en 1883 a été un scandale public après beaucoup d'autres.

M. Bouissou (de Marseille) défend les certificats de médecine sanitaire.

M. Delpeut (de Rambouillet) réclame un concours à l'entrée des études médicales.

M. Le Fur (de Paris) appuie les propositions de MM. Sorel et Leredde et déclare que le Congrès a à choisir entre le système administratif et le système des Facultés autonomes.

M. Mencière réclame la suppression de l'agrégation avec quelques réserves.

M. Nuyts demande que l'art dentaire soit réservé aux médecins et que la stomatologie soit enseignée aux étudiants en médecine.

M. le professeur Lemoine (de Lille) s'élève contre l'immoralité profonde du système des concours. Il déclare également que l'institution du décanat doit être transformée pour éviter la formation de partis dans le corps enseignant. Il demande le renouvellement annuel du doyen.

M. Oui demande que la période des études pré-pathologiques durent un an et non dix-huit mois.

M. Dufour combat les opinions de M. Sicard sur le diplôme de médecin légiste. Il réclame la suppression des diplômes spéciaux.

M. Tourtourat (de Paris) appuie les opinions de M. Delpeut.

M. Motais (d'Angers) se rallie à la suppression de l'agrégation en admettant le principe des concours.

II. Des diplômes et certificats spéciaux. — M. Coppens dépose un vœu s'appuyant sur les décisions du premier Congrès des praticiens et réclamant la suppression totale et définitive de tous les titres et diplômes spéciaux.

(1) Le Congrès a réuni environ 1 500 congressistes (et non 200 comme une erreur typographique nous l'a fait dire). Les délégués des nombreux groupements médicaux que nous avons signalés représentaient 9 743 médecins (chiffre officiel).

Comme conclusion, l'Assemblée vote le vœu suivant de M. Coppens :

« Considérant, d'une part : 1° que le Congrès de Paris a condamné tous les certificats et diplômes spéciaux ; 2° que rouvrir la discussion sur ce point serait diminuer la portée d'un acte qui doit être définitif ; considérant d'autre part : 1° que le certificat d'études médicales supérieures est maintenu sous le titre d'admissibilité à l'agrégation et les diplômes spéciaux sous la dénomination « titres universitaires » ; 2° qu'il y a lieu d'élever à nouveau une protestation énergique au nom de toute la France médicale ; décide : Toutes mesures nécessaires seront prises pour que satisfactions légitimes soient accordées, pleines et entières. »

Le Président met aux voix les conclusions du rapport de M. Surmont et les vœux annexes.

Sur la demande de MM. Sorel et Le Fur, le vote sur la *question de l'agrégation* a la priorité.

A la majorité, le Congrès maintient la décision du premier Congrès des praticiens relative à la *suppression de l'agrégation.*

Il adopte ensuite les conclusions suivantes de M. Surmont :

1° Que la réforme des études médicales soit au plus tôt réalisée dans le sens indiqué par le rapport qui lui a été soumis;

2° Hostile à toute création dans les Facultés d'un enseignement supérieur distinct de l'enseignement professionnel, mais soucieux de faciliter les progrès de la science française, le Congrès émet le vœu que soient mises à la disposition des professeurs les ressources suffisantes pour leur permettre de pousser dans la voie des travaux scientifiques personnels les travailleurs qui désirent acquérir des connaissances spéciales dans les diverses branches de la science médicale ;

3° Que la policlinique médicale et la policlinique chirurgicale soient ajoutées à la liste des cliniques spéciales avec stage obligatoire ;

4° Qu'il soit créé dans les Facultés un cours de thérapeutique des maladies par les agents physiques ;

5° Que l'enseignement de l'anatomie soit complété par des démonstrations sur l'homme vivant ; celui de la physiologie par l'étude des procédés cliniques d'exploration appliqués à l'individu sain ;

6° Que l'étudiant en médecine ne soit envoyé à l'hôpital qu'après y avoir été préparé par l'étude complète et pratique de l'anatomie, de la physiologie, de l'histologie, de la physique et de la chimie médicales, ainsi qu'il a été spécifié dans le cours du rapport ;

7° Que les médecins, membres du Parlement, veuillent bien prendre en mains la défense auprès des pouvoirs publics de la réforme des études médicales préconisée dans ce rapport.

Enfin, au troisième de ces vœux, le Congrès a adopté l'addition des vœux suivants :

1° Obligation des études médicales complètes pour l'exercice de l'art dentaire, de la stomatologie ;

2° Enseignement de la stomatologie dans toutes les Facultés, au même titre que les autres spécialités ;

3° Réorganisation des services hospitaliers de stomatologie, sous la direction de médecins spécialistes et enseignement pratique de la stomatologie à l'Ecole des hôpitaux.

Séance du vendredi 26 juin 1908 (soir).

I. Référendum posé aux praticiens de province sur les questions d'enseignement. — M. Regnault expose les résultats de son enquête sur l'enseignement clinique en province. Il a reçu des réponses d'un grand nombre de médecins de province. Les vœux suivants sont votés :

Les stagiaires doivent être attachés dans tous les hôpitaux au service de garde. L'enseignement de l'anatomie pathologique et de la bactériologie doit se faire à l'hôpital avec laboratoire central.

II. L'organisation de l'hôpital, centre d'enseignement clinique. — M. Lafontaine expose les grandes lignes de son rapport sur l'*hôpital centre d'enseignement clinique.* Il a étudié complètement l'organisation possible de l'enseignement technique et pratique dans les hôpitaux de Paris. Tous les élèves doivent remplir le rôle actif spécifié par le premier Congrès des praticiens. Le stagiaire doit disparaître. Les élèves doivent être répartis en petit groupe dans les services, rendant service aux malades par le travail fait en commun avec le chef de service. La création de moniteurs ou d'assistants est indispensable. En somme, l'organisation doit se rapprocher de celle des services d'accouchement tels qu'ils fonctionnent à l'heure actuelle, mais à la conception actuelle de la Faculté-monument, il faut opposer la conception du Ier Congrès des praticiens, la Faculté décentralisée étant partout où il y a des matériaux d'enseignement.

Les vœux de M. Lafontaine sont adoptés : tout hôpital privé ou public, toute clinique importante doit devenir un centre d'enseignement.

III. Recrutement du personnel médical dans les hôpitaux français, anglais et allemands. — M. Maire prend la parole sur le *recrutement du personnel des hôpitaux à l'étranger et en France* et demande la nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux sans concours par une commission administrative.

MM. Rachet et Sorel proposent un amendement auquel le rapporteur se rallie, d'après lequel ces médecins seraient nommés par un concours sur titres après avoir été présentés par des délégués des groupements médicaux de la région.

IV. De l'autonomie des Facultés et Ecoles de médecine et de l'enseignement médical. — M. Le Fur, rapporteur, expose son rapport sur l'*autonomie des Facultés et Ecoles de médecine.* Il déclare qu'aucune des réformes votées par le Congrès des praticiens de l'année dernière et celui de cette année n'est possible sans la liberté administrative des écoles. Les écoles doivent avoir l'autonomie budgétaire et disposer de leurs fonds ; elles doivent organiser sous la pression de l'opinion médicale l'enseignement technique et pratique qui n'existe pas à l'heure actuelle. Il expose que le système de l'autonomie existe dans tous les pays du monde, sauf en France. M. Leygues lui-même, l'ancien ministre, s'est rallié au système d'autonomie des Universités indépendantes et rivales les unes des autres.

M. Oui, professeur à la Faculté de Lille, prend la parole et déclare que les Facultés jouissent d'une liberté qui est même trop grande sur certains points à l'heure actuelle. Elles ont besoin d'une direction et d'une autorité plus grande. Il conteste certains points du rapport de M. Le Fur.

M. Jeanne présente quelques observations sur la situation financière.

M. Sorel fait observer à M. Oui que si les Facultés jouissent de la liberté dont il prétend qu'elles sont pourvues à l'heure actuelle, elles auraient dû depuis longtemps faire la réforme qu'à l'heure actuelle elles réclament.

M. Leredde déclare que les écoles actuelles ne sont pas des écoles professionnelles ; elles ne peuvent le devenir qu'à la condition de l'autonomie.

M. Lafontaine dit que si les Facultés avaient l'autonomie toutes les réformes devraient être accomplies depuis longtemps.

M. Leredde répond à M. Oui et fait observer que les Facultés ne trouvent pas d'argent autour d'elles parce qu'elles ne sont pas des personnes morales.

M. Le Fur réfute les assertions de M. Oui.

Le Congrès passe au vote et adopte à une grande majorité les conclusions suivantes et le vœu ci-dessous proposés par le rapporteur.

CONCLUSIONS. — L'autonomie des Facultés et des Ecoles de médecine, c'est-à-dire de l'enseignement médical, est une des réformes les plus importantes qui se trouvent posées en ce moment devant le corps médical français.

L'étude de l'autonomie dans les pays étrangers et dans nos anciennes Universités françaises, car elle a existé autrefois chez nous, montre que cette méthode est parfaitement applicable en France, à la condition que nous consentions à modifier notre conception étatiste et néfaste de notre enseignement médical, et en général de notre enseignement supérieur; il suffit, suivant la parole de M. Leygues, que nous revenions au beau système que la France avait créé, au XIIIe siècle, d'*Universités autonomes et rivales*, jalouses de leur éclat et de leur prospérité, système qui a été imité partout en Europe, alors que seuls nous l'avons abandonné.

Le RÉGIME ACTUEL de nos Universités françaises, s'il offre un certain nombre d'avantages sur l'organisation napoléonienne de l'Université, présente en revanche plusieurs *inconvénients* sérieux : 1° la dépendance des Facultés et Ecoles de médecine vis-à-vis du Conseil de l'Université et surtout du Conseil supérieur de l'Instruction publique, incompétents en l'espèce, ce qui peut amener des conflits remarquables; 2° l'impossibilité où elles sont de profiter de toutes leurs ressources, une partie de leurs recettes revenant à l'Etat; 3° la séparation du corps médical officiel et non officiel, profondément regrettable à tous les points de vue.

Tous ces inconvénients relèvent d'ailleurs d'une cause unique : nos Universités sont des corps artificiels qui ont été créés de toutes pièces par l'Etat, imposés par voie administrative, et n'ayant aucune vie propre, tandis qu'elles doivent être des corps vivants, indépendants, qui doivent résulter d'un groupement réel et spontané de Facultés et Ecoles ayant des intérêts communs.

Les AVANTAGES DU RÉGIME DE L'AUTONOMIE seraient les suivants : 1° autonomie budgétaire complète; 2° nomination des professeurs par les Facultés, leur paiement par la Faculté et les élèves; 3° élargissement du corps enseignant et institution du *privat-docentisme*; 4° développement de l'enseignement médical libre, des cours complémentaires et de perfectionnement, de l'enseignement des spécialités; 5° encouragement donné aux travaux originaux, et par là même relèvement de la science médicale française; 6° interscolarité et circulation des professeurs et des élèves dans les différentes Facultés françaises, même à l'étranger; 7° orientation du stage et des examens dans un sens pratique; introduction de l'élément praticien dans les jurys d'examens, sévérité plus grande dans les examens et par là même diminution de la pléthore médicale; 8° création d'un *Conseil médical supérieur* par le groupement spontané des représentants du corps enseignant des praticiens et des élèves, Conseil où seraient discutées toutes les questions concernant l'enseignement médical (programmes, organisation des examens, du stage, etc.) : la création de ce Conseil médical supérieur entraînant par là même la suppression du Conseil supérieur de l'Instruction publique, organisme centralisateur et incompétent.

Enfin, le dernier avantage du régime de l'autonomie qui ne serait pas le moins apprécié, est qu'il permet de réaliser toutes les méthodes que nous venons d'indiquer, réclamées par le corps médical tout entier, et de combler toutes les lacunes de notre enseignement médical, *sans qu'il en coûte un sou à l'Etat*.

En face de cette méthode simple et pratique, faisant appel seulement à des initiatives privées et ne demandant rien à l'Etat, la méthode adverse, c'est-à-dire la *méthode administrative et étatiste*, ne saurait évidemment soutenir la comparaison; elle a d'abord contre elle l'expérience, son passé étant négatif, et son impuissance absolue, en ce qui concerne la réalisation des réformes médicales réclamées depuis si longtemps; elle est ensuite frappée de stérilité puisqu'elle exige de l'Etat des services pécuniaires que celui-ci est incapable de faire.

La question de l'autonomie est maintenant posée devant le corps médical tout entier : le Ier Congrès des praticiens en avait accepté le principe; les syndicats médicaux, les sociétés professionnelles et scientifiques ont émis en sa faveur des vœux nombreux. Il faut maintenant l'imposer aux pouvoirs publics par un grand mouvement d'opinion médicale. Il appartient au IIe Congrès des praticiens d'étudier les *moyens d'action* qui provoqueront cette réforme capitale nécessaire à la vitalité de notre enseignement médical français.

VŒU. — Le Congrès des praticiens de Lille :

Convaincu que l'exécution des réformes de l'enseignement médical réclamées par le Ier Congrès et la Commission permanente, et en particulier l'organisation d'un enseignement pratique et technique, à la fois professionnel et scientifique, *nécessaire à tout étudiant en médecine sans exception*, exigent l'autonomie et la liberté des Facultés et Ecoles de médecine,

Se rallie au principe de l'autonomie sous les garanties de contrôle de l'Etat et du corps médical indiquées dans le rapport qui lui a été soumis,

Approuve le projet de loi présenté aux Chambres,

Fait appel aux organismes professionnels, aux syndicats médicaux, à la presse médicale, et aux maîtres de nos écoles pour appuyer ce projet et en assurer le succès prochain, dans l'intérêt des étudiants en médecine et de l'enseignement médical en France.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1908)

La tuberculose inflammatoire. — Il était aisé de prévoir que M. PONCET ne resterait pas sans répondre à ceux de ses collègues qui ont pris la parole, dans la dernière séance, au sujet de sa communication. La note dominante des diverses argumentations que nous avons résumées était qu'il y avait quelque peu d'exagération dans les propositions émises par M. Poncet. C'est à ce reproche d'exagération qu'il a répondu dans cette séance, et il l'a fait avec un talent d'exposition et d'argumentation tout à fait remarquable.

Qu'a-t-on surtout demandé à M. Poncet? C'est de donner des preuves, soit histologiques, soit expérimentales, que les affections qu'il englobait dans la tuberculose étaient bien réellement des affections de nature tuberculeuse. Or, ces preuves, il ne peut les donner par la raison bien simple qu'elles n'existent pas. Dans toutes les infections, qu'il s'agisse de syphilis, de morve, de tuberculose, il y a des formes atténuées dans lesquelles il est impossible de donner ces preuves histologiques ou expérimentales. Pourquoi serait-on plus exigeant pour l'infection tuberculeuse que pour les infections d'autre nature? Est-ce que bien souvent le contrôle histologique ne fait pas défaut dans la syphilis comme dans beaucoup d'autres infections? M. Poncet réclame donc pour la tuberculose le droit de faire ce que fait la syphilis, qui ne se manifeste pas seulement par les gommes.

La tuberculose inflammatoire est née, dans l'esprit de M. Poncet, de cette notion philosophique. Mais il y a aussi de nombreux faits cliniques qui plaident en faveur de cette notion. Qu'il s'agisse d'arthrite sèche ou de sténose fibreuse du pylore, le processus est de même ordre et de même nature. Il s'agit, dans ces cas, d'inflammations d'origine tuberculeuse, non encore caractérisées. M. Poncet rappelle ici un grand nombre de faits cliniques qu'il a déjà cités. Il suffit, dit-il, de

regarder pour voir et il cite de nombreux exemples de tuberculoses inflammatoires, allant depuis la simple congestion jusqu'à la sclérose sans qu'il soit possible, dans ces faits, de déceler le moindre caractère histologique.

M. Poncet rappelle que M. Tuffier a cité des faits de ce genre, en les considérant comme très rares, alors que M. Poncet les croit, au contraire, très fréquents. Tout le monde admet aujourd'hui avec M. Landouzy que presque toutes les pleurésies sont d'origine tuberculeuses. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les autres séreuses que la plèvre, pour les séreuses articulaires en particulier? Des deux côtés, ce sont les mêmes réactions physiologiques : pourquoi ne seraient-ce pas aussi les mêmes réactions pathologiques?

Mais M. Poncet va plus loin et admet la même conception pour les viscères. L'endocardite tuberculeuse a fait son chemin et est aujourd'hui reconnue par tous les médecins. Voyez les récentes discussions qui ont eu lieu à la Société médicale des hôpitaux. Il en est de même pour le foie, de même pour les néphrites interstitielles, presque toutes considérées aujourd'hui comme de nature tuberculeuse. Ce sont là des faits d'observation clinique. C'est sur ce même terrain clinique que s'est placé M. Poncet pour dire : Il y a une tuberculose inflammatoire sans signature histologique, c'est-à-dire une tuberculose uniquement caractérisée par les lésions banales de l'inflammation.

N'est-ce pas sur la clinique seule que s'est autrefois appuyé Bouillaud, bien avant le microscope, pour décrire l'endocardite rhumatismale?

Devant les faits communiqués par M. Poncet, on a demandé des preuves histologiques ou expérimentales. A cela M. Poncet répond qu'il s'agit de tuberculose atténuée, pour laquelle on ne saurait exiger les preuves histologiques ou expérimentales qu'on est en droit de demander à la tuberculose virulente. Les tuberculoses atténuées ne sont pas dans l'obligation de fournir les preuves qu'on doit demander aux tuberculoses virulentes.

D'ailleurs, ajoute M. Poncet, en matière de tuberculose on peut dire que l'histologie a fait bien souvent banqueroute, et M. Poncet fait ici le procès du microscope qui bien souvent met le clinicien dans l'erreur. Quant à la preuve bactériologique, on sait bien que le bacille de Koch ne se rencontre pas toujours facilement même dans les tuberculoses les mieux avérées. Si dans les tuberculoses les plus suppuratives on ne trouve pas le bacille de Koch, pourquoi voudriez-vous qu'on le trouvât dans les tuberculoses inflammatoires, formes les plus atténuées de la tuberculose? Et cependant on en a trouvé. M. Poncet rappelle ici la communication faite à l'Académie de médecine par M. Delbet qui, grâce au procédé de Jousset, a pu trouver le bacille de Koch dans la sérosité provenant d'une arthrite à allures cliniques rhumatismales.

A M. Kirmisson, M. Poncet répond qu'il n'y a pas absolument de raisons de repousser le lipome tuberculeux, comme il l'a fait. Il en est de même pour bien d'autres affections. Qui oserait nier aujourd'hui le rachitisme à base tuberculeuse? L'origine tuberculeuse de la scoliose? Récemment, dans le service de Sénator, on a constaté que 70 p. 100 des enfants scoliotiques étaient des tuberculeux.

Enfin, M. Poncet procède par le même raisonnement pour le rétrécissement fibreux du pylore. Il rappelle une observation de M. Tuffier : Une jeune femme est atteinte de sténose pylorique; M. Tuffier pratique une gastro-entérostomie. La malade va bien pendant trois ans, puis elle meurt cachectique tuberculeuse, avec des ganglions caséeux tuberculeux intra-abdominaux. Pourquoi ne pas admettre que chez cette femme la sténose pylorique était de même nature que les lésions qui l'ont emportée?

M. Poncet réclame pour les lipomes, comme pour les sténoses, le droit d'être d'origine tuberculeuse.

En résumé, le reproche qu'on a fait à M. Poncet d'englober dans la tuberculose une foule d'affections qu'on n'est pas habitué à y mettre, loin de le faire revenir sur cette opinion, n'a fait au contraire que la confirmer dans son esprit et plus que jamais il maintient ses premières propositions.

M. Quénu fait observer avec raison que toutes les idées émises par M. Poncet ne sont pas nouvelles. Il y a longtemps que M. Quénu lui-même a montré que la tuberculose atténuée est susceptible de donner lieu à de l'arthrite sèche, que les rétrécissements fibreux, que les lipomes pouvaient être d'origine tuberculeuse. De même pour les séreuses, pour les viscères, pour les rétrécissements fibreux de l'intestin grêle, il est possible que la tuberculose intervienne. Mais il n'est pas possible d'en fournir la preuve scientifique. C'est à tort que M. Poncet a parlé de la banqueroute du microscope. Il s'agit de procédés de contrôle dont les pouvoirs sont limités. Mais il ne faut pas dire que le microscope ait fait faillite. La comparaison établie par M. Poncet entre les grandes séreuses et les séreuses articulaires n'est pas exacte. On ne saurait se baser sur des analogies purement anatomiques pour conclure à une assimilation des lésions portant sur la plèvre et des lésions portant sur une synoviale articulaire.

De ce qu'on a constaté des lésions d'arthrite sèche chez des individus devenus ultérieurement tuberculeux, M. Poncet conclut que l'arthrite sèche était elle-même tuberculeuse. C'est là un argument que n'accepte pas M. Quénu. Or cet argument se retrouve sans cesse dans les communications de M. Poncet. M. Landouzy a constaté que la tuberculose était fréquente chez les enfants trachéotomisés. Il s'agit là d'une action purement mécanique. M. Poncet va-t-il en conclure que la diphtérie ou la trachéotomie sont de nature tuberculeuse? Il serait trop long de passer en revue toutes les affections que M. Poncet voudrait faire rentrer dans le cadre de la tuberculose. A côté de lésions banales ou à la suite de lésions banales peut toujours survenir la tuberculose, surtout dans certaines conditions hygiéniques ou sociales. Il ne s'ensuit pas que ces lésions banales primitives soient elles-mêmes de nature tuberculeuse. Il se peut que M. Poncet n'ait pas tort; mais il doit prouver scientifiquement qu'il a raison. Jusqu'à présent, il ne nous a pas donné ces preuves scientifiques.

M. Broca craint que M. Poncet ne se soit laissé un peu trop entraîner par son imagination. Il arrive à faire ce raisonnement : « Dans les faits que j'invoque vous ne trouverez jamais de bacilles de Koch, donc il s'agit de tuberculose. » Mais pareille conclusion porte à réfléchir; est-ce que l'importance des bacilles de Koch en matière de tuberculose serait une erreur datant de vingt-six ans?

Toutefois ce qui pourrait, dans une certaine mesure, donner raison à M. Poncet, c'est qu'on sait que sur 100 cadavres ramassés au fond de la Seine ou sous les automobiles on trouve 79,5 p. 100 de tuberculeux. Mais M. Poncet va un peu loin en voulant nous démontrer que du moment qu'un individu est tuberculeux, tout ce qu'il a ou a eu doit être tuberculeux.

M. Broca fait une comparaison peut-être un peu risquée entre la tuberculose et la blennorragie. Tout le monde, dit-il, a eu la blennorragie; en suivant le raisonnement de M. Poncet, on pourrait en induire que les accidents survenus après la blennorragie sont d'origine gonococcique.

En somme, M. Poncet s'est appuyé sur des raisonnements philosophiques ou métaphysiques. A ce propos, M. Broca lui rappelle cette citation de Voltaire : quand deux hommes causent ensemble et se comprennent, ils font de la physique. Quand ils ne se comprennent plus, ils font de la métaphysique. M. Poncet a fait de la métaphysique.

M. Reclus, tout en insistant avec M. Broca sur la fréquence excessive de lésions tuberculeuses trouvées dans les nécropsies, ne saurait suivre M. Poncet dans la voie où il s'est engagé. Il fait entrevoir quelles seraient les conséquences d'une

pareille opinion, si elle était adoptée, au point de vue de la loi sur les accidents du travail. Tous les accidentés deviendraient des tuberculeux et l'on voit d'ici où une semblable conception entraînerait les compagnies d'assurances. Comme ses collègues, M. Reclus demande à M. Poncet d'apporter ses preuves.

M. Delbet a continué ses recherches sur les affections articulaires et leurs rapports possibles avec la tuberculose. En dehors des deux cas qu'il a communiqués à l'Académie, il n'en a plus jamais trouvé d'autres. Il est possible que M. Poncet ait raison, mais il manque à ses assertions des preuves scientifiques.

Il arrive parfois à la Société de chirurgie que la partie de la séance la plus intéressante est celle qui est consacrée aux présentations. Mais une fâcheuse coutume s'est établie depuis quelque temps : les présentateurs viennent se mettre contre le bureau, la face tournée vers M. le président; tous les assistants suivent le présentateur et font cercle autour de lui et du bureau, si bien que nous autres, pauvres journalistes, relégués de l'autre côté de la barrière, ne voyons plus que des dos et n'entendons plus un mot.

Voilà pourquoi nous ne rendons pas compte des présentations avec toute l'exactitude désirable.

Au nom de mes collègues journalistes, j'appelle sur ce fâcheux état de choses toute la bienveillante et ferme attention de M. le président.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 JUILLET 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Rieffel et Branca; — (2e série) : MM. Nicolas, Gley et Thiéry; — M. Mulon, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Brissaud, Legry et Sicard; — (2e série) : MM. Letulle, Retterer et Lœper; — M. Proust, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Zimmern; — (2e série) : MM. Roger, Macaigne et André Jousset; — M. Ombrédanne, suppléant.

Mercredi 15 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Pouchet, Legry et Proust; — (2e série) : MM. Monod, Desgrez et Macaigne; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Déjerine, Letulle et Zimmern; — (2e série) : MM. Joffroy, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Ombrédanne, suppléant.

Jeudi 16 juillet. à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Pouchet, Fernand Bezançon et Marion; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Ricard et Richaud; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 17 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Pouchet, Gosset et André Jousset; — (2e série) : MM. Thoinot, Desgrez et Lecène; — (3e série) : MM. Pierre Marie, Ombrédanne et Zimmern; — M. Branca, suppléant.

2e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Brissaud, Legry et Macaigne; — (2e série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Lœper; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 18 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Joffroy, André Broca et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Desgrez et Castaigne; — (3e série) : MM. Gilbert, Auvray et Balhazard; — (4e série) : MM. Alb. Robin, Achard et Morestin; — (5e série) : MM. Quénu, Letulle et Richaud; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Gougst et Nobécourt; — (3e série) : MM. Chantemesse, Jeanselme et Fernand Bezançon; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 15 juillet 1908, à une heure. — M. Péchin. Contribution à l'étude de la puériculture avant la naissance. Etude statistique du poids des enfants nés à la clinique Baudelocque de 1890 à 1907. (MM. Pinard, président; Pierre Marie, Retterer et Couvelaire.) — M. Bax. Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis dans un dispensaire d'enfants malades. (MM. Pinard, président; Pierre Marie, Retterer et Couvelaire.) — M. Avenier. La méningite zonateuse. (MM. Pierre Marie, président; Pinard, Retterer et Couvelaire.) — M. Chevalier. Traitement de la névralgie du trijumeau par les injections locales d'alcool. (MM. Brissaud, président; Roger, Gley et Lœper.) — M. Leriche. Contribution à l'étude étiologique des méningites séreuses aiguës. (MM. Roger, président; Brissaud, Gley et Lœper.) — M. de la Vallée. Essai de prophylaxie des affections contagieuses du dispensaire de la caisse des écoles du VIIe arrondissement (1, rue Oudinot). (MM. Roger, président; Brissaud, Gley et Lœper.) — M. Laporte. De l'emploi des pâtes en dermatologie. (MM. Roger, président; Brissaud, Gley et Lœper.) — M. Demanche. L'injection paratyphique des voies biliaires. Etude d'un bacille paratyphique. (MM. Roger, président; Brissaud, Gley et Lœper.) — M. Auger. Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose orchi-épididymaire. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Lecène.) — M. Canu. Trépanation préhistorique et rondelles craniennes. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Lecène.) — M. Boissière. Contribution à l'étude des sarcomes de l'intestin grêle, et en particulier du sarcome d'origine vitelline. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Lecène.) — M. Juin. Contribution à l'étude du traitement des simusites maxillaires chroniques (la méthode endo-buccale de Sébileau). (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Lecène.)

Jeudi 16 juillet, à une heure. — M. Mion. Etude des phénomènes dits de préréaction consécutifs à l'exposition de la peau aux rayons de Röntgen et au rayonnement des sels de radium. (MM. Bouchard, président; Chantemesse, Langlois et Desgrez.) — M. Parrot. De la prophylaxie de la variole aux colonies. (MM. Chantemesse, président; Bouchard, Langlois et Desgrez.) — M. Prevel. L'ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde et de la tuberculose. (MM. Chantemesse, président; Bouchard, Langlois et Desgrez.) — M. Basset. Etude médicale sur l'ouvrier mineur. (MM. Chantemesse, président; Bouchard, Langlois et Desgrez.) — M. Butterlin. Les lymphangites tertiaires de la verge. Considérations sur quelques états éléphantiasiques, en particulier le syphilome hypertrophique diffus. (MM. Dieulafoy, président; Gilbert, Albert Robin et Rénon.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 7 juillet, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 20 juillet 1908.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 77. — MARDI 7 JUILLET 1908. 81e ANNÉE. MARDI 7 JUILLET 1908. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lacouture.

Médaille d'or de l'Internat. — Voici la composition du jury du concours pour la médaille d'or de l'Internat : Juges titulaires : MM. Bouvet, Picot, Courtin, Princeteau, Lagrange. Lamacq, Lefour ; — Juges suppléants : MM. Auché, Moussous, Villar, Denucé, Badal, Rocaz, Rivière.

— LYON. — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Kocker, Mangini, Bacca et Bovier (*ex æquo*), Bouget, Simon, Garnier, Montibert, Farge, Marcel Durand, Raymond, Badolle, Girard et Voudouris (*ex æquo*), Clen, Couturier, Laffay, Albert Badolle, Brunet, Mlle Théobald, MM. Sauty, Sigeot, Bardin, Martin, Rouvier, Rigaud, Gaillard. Champel, Brissot, Mlle Calemboen, MM. Imbert, Richard (tous trois *ex æquo*), Salle, Sigaud, Buche et Claude (*ex æquo*), Bachelard, Bonnet, Michaud, Barjavel, Archimbaud.

Externes suppléants : MM. Pelloux, Sulhé, Chapuis, Lautier, Charral, Chenut, de Gauvin et Vulliet (tous trois *ex æquo*), Bousson, Paul Durand, Barroncelli, de Mourgue et Raymond (*ex æquo*), Daujat, Thomasset, Vernet, Martin de Laulerie, Passelègue, Sylvestre, Eugène Girard, Robert.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Les chaires de matière médicale et d'anatomie sont déclarées vacantes.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. le docteur Courtellemont est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— DIJON. — M. le docteur Bellier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — RÉCOMPENSES DÉCERNÉES POUR SERVICES A L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Delelis (de Saint-Venent), Pennetier (de Rouen), Harmann (de Reims).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Leray (de Rennes), Ghisgand (d'Aubry), Odinet (de Paris).

LE BLANC DE CÉRUSE. — La commission des composés de plomb au Sénat a chargé M. Pédebidou, son rapporteur, de demander à M. Viviani, ministre du travail, s'il est exact, comme le bruit en a couru, qu'il a l'intention de déposer à la rentrée d'octobre un projet de loi tendant à l'interdiction de la céruse pour les travaux de peinture à l'extérieur. Au cas où la réponse du ministre serait affirmative, la commission ajournerait l'examen des textes dont elle est actuellement saisie.

M. Pédebidou a aussitôt rempli sa mission auprès du ministre du travail, qui lui a déclaré qu'il n'avait pas du tout l'intention de saisir le Parlement d'un nouveau projet de loi concernant la céruse.

M. Viviani a même insisté auprès du rapporteur pour qu'il obtienne du Sénat l'inscription à l'ordre du jour de la séance de mardi prochain de la discussion du projet de loi interdisant l'emploi de la céruse dans les travaux de peinture à l'intérieur, déjà voté par la Chambre.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-sixième semaine, 823 décès, au lieu de 777 pendant la semaine précédente et de 837, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole, qui avait été fréquente depuis le dernier automne, présente maintenant des chiffres voisins de la moyenne. Le chiffre des cas nouveaux (329 au lieu de la moyenne 316) est le plus faible qui ait été noté depuis le commencement de l'année. La scarlatine est en diminution également. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 229 ; la moyenne est 165.

LA PRÉVOYANCE MÉDICALE AU CONGRÈS DES PRATICIENS. — La Société de secours mutuels « la Prévoyance médicale », qui compte 4 000 membres, a offert aux congressistes un déjeuner au Palais-Rameau.

Quatre cents médecins avaient répondu à son appel. MM. les docteurs Philippeau et Richard-Lesay ont fait valoir les avantages qu'il y a, pour les jeunes médecins, à adhérer à la Prévoyance médicale.

Ils ont été longuement applaudis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Mitivié, président de l'Association mutuelle des aliénistes de France.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 20, 16 mai.) E. CAMELOT : Angio-fibrome du ligament large, de 15 kilos. Ablation suivie de l'hystérectomie totale. Guérison. — A. LE GLAND : Sur un cas de kyste amygdaloïde du cou. — (N° 21, 23 mai.) DELASSUS : Pleurésie purulente latente. Empyème tardif avec résection de deux côtes. Opération d'Estlander consécutive avec résection de sept portions de côte. Guérison rapide. — Henri DEHERRIPON : Kyste ovarien droit inclus dans le ligament large coexistant avec un fibrome utérin gauche. — (N° 22, 30 mai.) René DESPLATS : Un cas de tumeur maligne volumineuse et inopérable de la région parotidienne, opérée et fulgurée, qui présente actuellement les apparences de la guérison. — POULAIN : Phlegmon de la paroi abdominale chez une puerpérale, consécutif à l'emploi de la méthode de Crédé. — (N° 23, 6 juin.) Carlos LEPOUTRE : Des fistules uretéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie abdominale. Rôle de la cystoscopie et du cathétérisme des uretères dans le diagnostic. — SABLÉ : Sur un cas d'hystérie saturnine suivie de polynévrite. Guérison de la polynévrite, persistance des troubles hystériques.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 28 avril 1908.) WEBER : Recherches physiologiques parallèles chez l'homme et le chien. — MÜLLER et PEISER : Nouveaux points de vue sur le traitement des processus de suppuration. — BRUNN : Sur de nouvelles tentatives pour l'amélioration et la simplification de la désinfection des mains. — ESSER : Sur la symptomatologie et l'étiologie de la maladie de Barlow. — NIETER : Sur la question du métatyphus. — HORIUCHI : Préparations nutritives spécifiques envisagées au point de vue de la précipitation spécifique. — GERET : Le suc de viande Puro. — ALBU : Le traitement de la pérityphlite. — FRANKENBURGER : Sur la question du traitement dans les sanatoriums et ses indications. — GROSSE : Un cas d'intoxication consécutif à l'usage de thiosinamine. — RIEHL : L'examen direct de la muqueuse gastrique. — AXMANN : Un nouveau procédé d'examen pour la comparaison des sources radiantes actiniques. — DAVIDSOHN : Sur la technique de la radiothérapie. — HERZBERG : Un nouveau procédé pour faciliter l'accouchement. — FAULHABER : Sur une amélioration des seringues à injections avec piston de verre. — JACOB : Sur l'importance de la cure de Karel en cas de troubles circulatoires graves et le traitement de l'obésité. — BACMEISTER : Sur la genèse des calculs biliaires. — (N° 18, 5 mai.) SELHEIM : L'œil de l'accoucheur. — MERKEL : Quelques points techniques pour la pratique de l'examen du sang par la méthode d'Ulenluth. — SCHOTT : Sur la question de l'exagération aiguë de l'effort du cœur. — HERTZ : Contribution à l'action protéolytique du pus stérile. — SCHOTTELIUS : Le diabète sucré pendant la grossesse comme indication à l'interruption de la grossesse. — REICHMANN : Sur l'étiologie, l'anatomie et le diagnostic de l'atrophie aiguë du foie. — KOCH : Sur l'étiologie et le traitement des hernies viscérales. — ZUISSER : Le traitement des ulcérations vénériennes par les irrigations chaudes. — PILTZ : Intoxication par le lysol en injection intra-utérine. — WEISSWANGE : Abcès du rein après la gonorrhée ; néphrotomie ; guérison. — WITTHAUER : Injections de gélatine et d'eau salée contre les hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde. — KRETZSCHMAR : Un nouvel instrument pratique de recherche médicale. — FRANKENBURGER : Sur la question du traitement dans les sanatoriums et ses indications. — MORO et MANDELBAUM : Nouveaux points de vue sur le traitement de processus de suppuration. — (N° 19, 12 mai.) SANGER : Les symptômes en foyer dans les affections diffuses du cerveau. — KNAPP : Progrès dans le diagnostic des tumeurs du cerveau. — EHRHARDT : Sur l'emploi de gomme comme adjonction à l'anesthésique dans l'anesthésie lombaire. — NIETER : Sur la présence de bacilles typhiques dans le liquide céphalo-rachidien pendant la fièvre typhoïde. — HECHT : Sur la signification de la stéarrhée chez les nourrissons. — GROSSMANN : Sur le traitement opératoire des hernies pendant l'enfance. — COUZEN : Sur la signification du réflexe achilléen. — PROWAZEK : Remarques sur la connaissance des microorganismes pathogènes « chlamidozoa ». — SIEVERS : Expériences et recherches sur la photographie en trois couleurs de Lumière. — KAEFER : Sur le traitement des fractures de l'avant-bras. — TELLER : Sur le traitement du décubitus. — LEVINGER : Un polype congénital chevelu du pharynx. — LŒNING et STIEDA : Sur la gastroscopie. — PAULL : Cataplasme « recidivivum ». — (N° 20, 19 mai.) SCHRIDDE : Sur l'histogenèse de la leucémie myéloïde. — STURSBERG : Contribution critique et expérimentale à la question de l'emploi de la stase de Bier dans les méningites. — PFANNDLER et MORO : Sur un complément hémolytique dans le lait de femme. — SCHÖNE : Substances spécifiques fixant le complément dans le sérum des porteurs de bacilles typhiques. — KAMMERER : Tentative d'une nouvelle méthode clinique de fixation des opsonines. — EMMERICH : Sur la signification clinique de la réaction cutanée et percutanée à la tuberculine chez l'adulte. — RABINOWITCH : Sur l'anatomie pathologique de la fièvre récurrente. — MÜLLER : Traitement sérothérapique de la fièvre puerpérale. — ZEISSL : Le traitement de l'acné rosacée. — NAGEL : Sur la pratique de l'allaitement et son influence sur l'évolution de l'enfant. — LENK : Sur la question de la faculté d'allaiter. — MUCK : Sur la signification clinique du tissu des amygdales palatines enflammé chroniquement et non hypertrophié. — KOWNATZKI : Trouble de l'accouchement par fixation vaginale. Opération césarienne classique. — LANDMANN : Un cas rare d'idiosyncrasie contre le blanc d'œuf de poule, avec contribution à l'emploi du suc de viande Puro. — GRÜNEBERG : Sur le traitement de la diathèse hémorragique chez le nouveau-né. — NEUWIRTH : Sur la tendinite ossifiante traumatique. — BOTTSTEIN : Contribution au traitement interne par l'arrhovine dans la gonorrhée aiguë et chronique de l'homme. — KNAPP : Progrès dans le diagnostic des tumeurs cérébrales.

Province médicale. — (N° 20, 16 mai 1908.) MOUSSOUS : De la pathogénie de l'ictère idiopathique du nouveau-né (érythrodermie ictérogène). — ETIENNE : La pleurésie chez les vieillards. — (N° 21, 23 mai.) FINCK (de Vittel). Un cas de pleurésie goutteuse. — G. GROSS et M. BARTHÉLEMY (de Nancy) : Stérilisation des gants de caoutchouc par les vapeurs de formol. — J. TOURNEUX (de Toulouse) : Sur une diverticulite para-urétrale. — (N° 22, 30 mai.) SPILLMANN et J. PARISOT : Ectopie du cœur dans la plèvre par suite de rupture du péricarde. — (N° 23, 6 juin.) JABOULAY : Epilepsie post-traumatique. Traumatisme cranien datant de treize ans. Crises d'épilepsie d'origine réflexe. Résultats obtenus par la trépanation dans des cas analogues. — LAFFORGUE : Septicémies d'origine rhino-pharygienne. — (N° 24, 13 juin.) Maurice PATEL : Sur le traitement des sections traumatiques de la membrane thyro-hyoïdienne. — Jules GUICHARD : Pathogénie du pouls lent permanent, rôle du faisceau de His.

DU ROLE DE L'URICÉMIE

DANS LA

PATHOGÉNIE DES PHLÉBITES CONSTITUTIONNELLES (1)

Par le docteur Ernest POULAIN,
Lauréat de l'Académie de médecine, médecin consultant
à Bagnoles-de-l'Orne.

Depuis les premières recherches de Mauriceau, la question de la pathogénie des phlébites est une de celles qui ont suscité les plus nombreuses et les plus intéressantes controverses. Aujourd'hui encore, si le groupe des phlébites infectieuses semble nettement dissocié et suffisamment connu, l'infection, pour beaucoup d'auteurs, ne peut expliquer toutes les thromboses. D'ailleurs, cette hésitation est pleinement justifiée puisque la recherche des micro-organismes, dans les parois des veines oblitérées ou dans le caillot, a été parfois négative.

De cette contradiction, il semble bien résulter que le rôle des agents infectieux dans la pathogénie des phlébites n'est pas encore élucidé dans tous ses détails et qu'il est juste d'attribuer à l'influence du terrain, qu'il soit créé par une hérédité veineuse manifeste, par des lésions vasculaires préexistantes, ou par une toxicité permanente du liquide sanguin, un rôle prépondérant dans la pathogénie et l'évolution des lésions vasculaires.

Pour Bezançon et Widal (2), la notion de l'infection ne résume pas toute l'étiologie des maladies des veines. « Bien que nous ne possédions encore, à ce sujet, disent-ils, qu'un petit nombre de données précises, nous commençons à comprendre le rôle des agents toxiques dans la pathogénie veineuse. »

Vaquez (3) affirme qu'à côté des phlébites infectieuses il semble en exister d'autres qui ne relèvent pas, au moins directement, d'un processus infectieux. « Certains poisons, dit-il, peuvent déterminer des altérations des parois des veines et permettre ainsi à une phlébite d'évoluer. Ces phlébites se rapprochent alors de celles que l'on peut déterminer expérimentalement en produisant des lésions aseptiques des veines ; elles aboutissent rarement à l'oblitération du vaisseau. C'est de la sorte que la goutte et le saturnisme sont des causes non douteuses de phlébite à évolution souvent latente, mais dont la réalité paraît certaine, bien que leurs lésions soient encore mal connues. »

Les phlébites constitutionnelles n'ont donc pas une origine microbienne. Dans l'inflammation du revêtement endothélial qui se manifeste au cours de différents états constitutionnels et de certaines diathèses, la théorie microbienne ne semble pas pouvoir être vraisemblablement invoquée. Il en est tout particulièrement ainsi pour la phlébite goutteuse qui reste le véritable type des phlébites constitutionnelles et toxiques, procédant par crises, comme l'a écrit tout dernièrement Ducastel (1), et ne provoquant que de très légères réactions fébriles.

« Ce qui nous corrobore aussi dans l'idée d'une phlébite non microbienne, dit cet auteur, c'est la marche par poussées, par récidives, des lésions et de leurs métastases. En effet, s'il s'agissait d'une infection, ce ne pourrait être qu'une infection hyperseptique qui donne l'aspect d'une semblable mobilité ; mais alors, il y aurait une évolution plus alarmante, plus bruyante. »

L'infection ne pouvant être incriminée, on a été tout naturellement amené à se demander si une diathèse, qui possède une action sclérosante si marquée, ne pouvait se localiser sur les parois des vaisseaux et y déterminer un processus inflammatoire aigu. Chez les goutteux, chez certains arthritiques, la toxicité du sang peut produire une action irritative manifeste sur la membrane interne des parois veineuses. L'agent pathogène de ces accidents n'est autre chose que l'acide urique et ses dérivés.

Au même titre que les autres intoxications chroniques qui, portant leur action sur les artères, expliquent la fréquence des artérites de toute nature dont l'histoire clinique est ancienne, l'intoxication complexe de la goutte atteint tout le système vasculaire. Chez les goutteux d'ancienne date, les altérations des vaisseaux sont autant à redouter que les lésions du rein. Et, si la sclérose et la friabilité du système artériel sont attestées par la fréquence des hémorragies cérébrales, les lésions scléreuses des veines, bien étudiées par Thiébault (2), peuvent s'accompagner d'accidents récidivants qui se traduisent par des poussées de phlébites en étage, dont la forme insidieuse est souvent déconcertante par sa longue durée et ses complications.

Soit qu'elles se localisent sur les parois artérielles ou sur les parois veineuses, les lésions vasculaires des podagres sont considérées comme un épisode au cours d'une maladie chronique puisque, comme le disent avec raison Jaccoud et Labadie-Lagrave (3), les accès de goutte et les manifestations fluxionnaires ou autres qui accidentent la vie du goutteux ne sont qu'un épiphénomène au cours d'un processus pathologique. Par l'épaississement des parois vasculaires qu'il provoque, le processus irritatif amène la disparition des vasa-vasorum, supprime leur fonction nourricière et met les membranes en état de moindre résistance.

Au cours de ses tentatives de production de phlébites infectieuses, par des cultures atténuées de staphylocoques et de streptocoques, Vaquez (4) a précisément constaté que les lésions expérimentales guérissaient vite quand la tunique externe était intacte.

(1) Cet article est extrait d'un ouvrage : *Etiologie et pathogénie des phlébites*, couronné par l'Académie de médecine (prix Mège, 1907).

(2) Bezançon et Widal. *Traité* de Brouardel et Gilbert, t. VI, p. 69

(3) Vaquez. *Manuel de médecine* de Debove et Achard, p. 40.

(1) Ducastel. *Contribution à l'étude de la phlébite goutteuse*, Th. de Paris, 1904.

(2) Thiébault. *Des lésions veineuses chez les artério-scléreux*, Th. de Nancy, 1890.

(3) Labadie-Lagrave. Art. goutte du *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*.

(4) Vaquez. Phlébite des membres, *Clinique médicale de la Charité*.

Si, dans l'évolution des phlébites, les lésions vasculaires des artério-scléreux peuvent jouer le même rôle que la desquamation artificielle de l'endo-veine, elles présentent toutefois, avec ces dernières, une différence capitale. En effet, lorsque la nutrition de la veine n'est pas altérée, elle se cicatrise rapidement. Quand, au contraire, cette fonction physiologique est amoindrie, les cellules endothéliales ne résistent pas et ne phagocytent plus, pour ainsi dire, l'élément infectieux ou toxique.

Dans le processus pathogénique qui nous occupe, l'intoxication uricémique retentit, tout d'abord, sur la paroi veineuse où l'on rencontre des dilatations variqueuses et des lésions phlébo-scléreuses. Mais, en dehors de ces altérations anatomiques, les modifications persistantes de la masse sanguine, profondément troublée par les produits d'une nutrition ralentie et viciée, peuvent agir aussi, pour ainsi dire d'une façon aiguë, pour provoquer une phlébite.

Au moment des crises de goutte aiguë, alors que, suivant Bouchard, il se fait une véritable décharge de sels uratiques, le sang, surtout lorsqu'il chemine lentement au contact d'une paroi veineuse irrégulière, sclérosée, semée de dilatations variqueuses, peut, dans une certaine mesure, irriter l'endothélium vasculaire au même titre que des matières septiques. Telle est l'opinion de Follin qui admet qu'une irritation mécanique de longue durée entraîne l'inflammation des veines.

Dans ces conditions, il n'est pas illogique de supposer que si des concrétions uratiques peuvent se déposer dans les articulations des podagres, elles sont également susceptibles de s'accrocher à la paroi des vaisseaux, des veines superficielles notamment, dans un diverticulum variqueux ou encore au niveau d'un pli de flexion ou d'une bifurcation vasculaire, et de se traduire par l'apparition d'un noyau d'induration qui reste souvent limité et unique.

Quant à la dose de principes toxiques susceptible de produire la thrombose, elle peut sensiblement varier, selon le degré de résistance des parois. L'on peut supposer, avec raison, que si, pour provoquer la phlébite goutteuse par exemple, il est nécessaire que le sang soit chargé d'une certaine quantité d'urates, cette proportion doit aller en décroissant à la suite de chaque inflammation successive. Après chaque poussée, la veine restant plus ou moins lésée, la dose pourra être moins forte ; de là, pensons-nous, l'origine de ces récidives qui deviennent, chez le même sujet, toujours de plus en plus fréquentes.

Pour Glénard (1), les corps étrangers fournissent un point d'appel pour la formation d'un réticulum fibrineux. Cet auteur a démontré le fait lorsque, après avoir isolé un segment de vaisseau entre deux ligatures et constaté que le sang contenu demeurait liquide, il vit s'opérer la coagulation de ce contenu en y introduisant une parcelle de platine.

Nous savons encore que Chauveau provoquait la formation de caillots dans le cœur d'un cheval vivant à l'aide de petits corps étrangers qu'il y portait par la jugulaire incisée. Ces observations sont publiées dans la thèse de Poulet (1).

Enfin, il n'est pas inutile de rappeler aussi que, chez le goutteux, la fibrine augmente en raison directe de l'hyperacidité des humeurs; le rapport entre l'acidité et la coagulabilité étant connu, la coagulation du sang se trouve encore favorisée du fait même de l'augmentation des acides organiques. Pour Troisier (2), Vogel admettait que la quantité de fibrine du sang montait et baissait en raison inverse de l'alcalinité du sérum sanguin. Gardner avait prétendu que, dans l'accès de goutte, la fibrine était diminuée. Lecorché, après avoir étudié avec soin l'hématologie de la goutte, pense au contraire que, dans l'accès de goutte, comme dans toute inflammation, il y a une plus grande quantité de fibrine, mais qu'en dehors des poussées aiguës le taux de la fibrine est normal.

L'uricémie, considérée comme une auto-intoxication, envisagée comme l'agent pathogène, non seulement des manifestations goutteuses articulaires et viscérales, mais aussi des accidents qui peuvent atteindre les vaisseaux veineux, nécessite une étude attentive. Au cours d'une attaque de goutte et pendant toute la vie du goutteux, l'analyse du sang et des urines présente une grande importance et peut faciliter le diagnostic.

Cet acide urique, nous l'avons retrouvé, en excès, dans les nombreuses analyses que nous avons pratiquées chez des goutteux et chez des arthritiques porteurs de phlébites dont la cause était restée ignorée.

Au lieu de la moyenne normale de 0g60, le taux de l'acide urique éliminé dans les vingt-quatre heures peut atteindre 1 gramme, 1g50 et même 2 grammes. En ce qui concerne l'urée, on trouve une augmentation correspondante qui peut s'élever à 35 et 40 grammes par jour. L'acide oxalique et l'acide phosphorique sont également en excès.

Ces modifications ne se rencontrent pas seulement chez les goutteux, mais aussi, avec des variations plus ou moins grandes, chez les arthritiques, surtout chez ceux de la classe riche dont l'alimentation est trop copieuse et le régime trop animalisé.

Ces caractères urologiques : augmentation de l'acide urique et diminution de l'urée, sont l'apanage des malades dont la nutrition est ralentie ; ils sont fréquents chez les citadins, hommes du monde, diplomates ou financiers, artistes et savants, soit qu'il existe chez eux une influence héréditaire ou un genre de vie (excès de table, surmenage intellectuel ou suppression des exercices physiques) susceptibles de faire dévier la nutrition ou de ralentir les combustions.

De plus, dans ces cas particuliers, il s'agit souvent encore de gens dont les réactions organiques de défense sont au-dessous de la normale, de par le surmenage ou la fatigue. Chez tous ces sujets, la présence du phosphate acide de soude, en excès dans

(1) Frantz Glénard. *Contribution à l'étude des causes de la coagulation spontanée du sang à l'issue de l'organisme*, Th. de Paris, 1875.

(1) Poulet. *Recherches sur les caillots du cœur*, Th. de Montpellier, 1866.

(2) Troisier. *Phlegmatia alba dolens*, Th. d'agrég., 1880.

l'organisme, tient en dissolution une forte proportion d'urate de soude qui, se dédoublant par refroidissement, laisse précipiter soit l'acide urique, soit des urates acides en cristaux.

Les considérations que nous venons de passer en revue ne sont pas purement théoriques; elles présentent le grand avantage de se trouver d'accord avec les faits. Elles découlent des nombreuses observations que nous avons recueillies et qui se modèlent plus ou moins sur la suivante.

Un goutteux ou un arthritique variqueux voient, sans cause apparente, survenir du côté des veines superficielles des membres inférieurs, les saphènes en particulier, des poussées inflammatoires déterminant des segments d'induration plus ou moins étendus. Ce cortège symptomatique, que nous avons précédemment décrit (1), a évolué constamment avec des caractères subaigus, le plus souvent sans réaction fébrile et sans complications emboliques ou autres.

De plus, ces goutteux, ces arthritiques ont présenté, au cours d'une période de plusieurs années, trois, quatre et même six et sept récidives de phlébites, offrant toujours les mêmes caractères cliniques. L'analyse des urines, soit au cours de la poussée inflammatoire vasculaire, soit en dehors d'elle, quoique en moindre abondance dans ce dernier cas, a constamment décelé la présence en excès de l'acide urique et des urates de soude.

Ces malades sont, en quelque sorte, toujours en puissance de phlébite, puisque la présence de l'acide urique dans le sang est une cause d'irritation permanente pour leurs vaisseaux. Il suffit d'une fatigue légère, d'une station debout un peu prolongée, d'une contusion même à distance pour provoquer la thrombose. Il nous a été donné d'observer une phlébite de la saphène interne, survenue à la suite d'un traumatisme du genou droit.

Toutes ces phlébites constitutionnelles, qu'elles soient vraiment secondaires, comme les phlébites aseptiques des variqueux ou qu'elles surviennent, sans cause appréciable chez des rhumatisants chroniques, des arthritiques, ont une ressemblance, une parenté diathésique qui les rapprochent de la phlébite goutteuse, nous voulons dire de la phlébite constitutionnelle typique.

En ce qui concerne les goutteux, il semble bien que les sujets, chez lesquels la maladie affectionne les jointures et qui présentent nettement les déformations caractéristiques, soient moins prédisposés à la phlébite. Les poussées, du côté des petites jointures des mains et des pieds, sont susceptibles d'agir comme un dérivatif favorable. De même, les rhumatisants chroniques, porteurs des phlébites que nous avons observées, ne présentaient pas ou présentaient rarement les déformations articulaires caractéristiques.

Pour Léonardi (2), « le rhumatisme, tant aigu que chronique, peut porter son action sur les canaux veineux; il agit de deux manières différentes : ou bien à grand fracas, solennellement, déterminant une phlébite, c'est une véritable attaque rhumatismale veineuse; ou bien lentement, insidieusement, mais ayant pour aboutissant la déformation chronique des veines, c'est le rhumatisme chronique veineux. »

(1) Poulain. *Des phlébites constitutionnelles*, 1897.

(2) Léonardi. *Pathogénie nerveuse des varices chez les femmes enceintes*, Th. de Paris, 1888.

On pourrait, au même titre, au cours de la vie d'un podagre, dissocier nettement deux catégories d'accidents : lésions goutteuses articulaires (goutte articulaire) de beaucoup les plus fréquentes, et lésions vasculaires (goutte veineuse) dont les formes et l'intensité varient avec l'hérédité et les prédispositions individuelles.

La vraisemblance des diverses considérations pathogéniques que nous venons de passer en revue semble être démontrée par l'observation suivante offerte par 17 malades habitant la même ville, tous arthritiques et gros mangeurs qui, dans l'espace de dix ans, ont été successivement atteints, sans cause apparente, de phlébites particulièrement récidivantes des veines superficielles des membres inférieurs. Malgré les plus minutieuses recherches, la cause de ces phlébites et de ces récidives n'a pu être découverte; ces malades n'avaient jamais été atteints d'accidents imputables à la goutte héréditaire ou acquise. En poursuivant nos recherches, nous avons appris qu'ils mangeaient tous beaucoup de viande, faisaient constamment bonne chère, buvaient des vins généreux au cours des nombreux dîners qui se succédaient, sans trêve, pendant chaque saison d'hiver. Pendant ce laps de temps, les urines présentaient habituellement, ainsi que ces malades l'ont déclaré, un dépôt plus ou moins abondant de sable rouge.

De plus, tous ces malades pouvaient être considérés comme des arthritiques veineux. Ils avaient, pour ainsi dire, les veines à fleur de peau et présentaient une fragilité, une vulnérabilité particulières de leurs parois. Au cours d'un interrogatoire attentif, cette infériorité physiologique, cette susceptibilité se retrouvaient à chaque instant. Dans les commémoratifs, on découvrait aussi, chez plusieurs d'entre eux, soit une hérédité veineuse manifeste, soit des phlébites familiales (1), soit encore, chez les femmes, de véritables phlébalgies apparaissant pendant la durée des règles et même après le port d'un objet quelconque, sac, ombrelle, etc.

C'est donc, très vraisemblablement, au régime carné intensif — susceptible à la longue, comme l'a judicieusement fait remarquer Huchard, grâce aux toxines vaso-constrictives qu'il introduit chaque jour dans l'organisme, de produire les lésions du cœur et des vaisseaux — qu'il faut attribuer les récidives de phlébites dont il vient d'être question.

Les produits d'une nutrition viciée peuvent, comme nous l'avons vu, irriter l'endothélium des vaisseaux veineux au même titre que les agents infectieux, et ce, surtout chez les arthritiques que la diathèse prédispose déjà aux altérations vasculaires.

Nous avons trouvé une autre preuve de ces déductions pathogéniques en recherchant la phlébite dans la clientèle de la campagne où nous avons été surpris de voir combien cette complication est relative-

(1) Edgar Hirtz et Hannequin. Hérédité veineuse. Phlébites familiales, *Bull. méd.*, 1er mai 1901.

ment peu fréquente. Et pourtant les gens de la campagne sont souvent porteurs de varices énormes et négligent fréquemment de faire usage d'un appareil de contention. Chez eux, les varices se compliquent d'ulcères, tandis que la phlébite demeure une exception. Cette dissemblance dans la fréquence des accidents du côté des veines provient très vraisemblablement de la différence considérable qui existe dans le régime alimentaire; chez les citadins, l'abus de la bonne chère provoque les manifestations goutteuses et la phlébite, alors que ces accidents sont rares chez les habitants de la campagne, malgré leur constitution arthritique.

Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que l'observation d'un régime approprié, avec diminution des aliments carnés et suppression de certains végétaux susceptibles d'accroître encore l'hyperacidité des humeurs, a fait, sinon disparaître, du moins diminuer très largement le sable rouge des urines, et surtout supprimé les récidives de phlébites dans les cas que nous venons de signaler. Ce régime est logique et s'impose chez les goutteux et les arthritiques porteurs de phlébites puisque l'hyperacidité humorale, en diminuant la solubilité de l'acide urique et des urates, favorise l'apparition de la goutte, des tophi, des coliques néphrétiques, etc.

En dehors de quelques exceptions, concernant des malades peu enclins à se soumettre à un régime prolongé, les autres sujets dont nous avons parlé n'ont pas présenté de récidives de phlébites depuis cinq et six ans, et ce, malgré la fréquence antérieure, presque annuelle, de ces accidents.

Sans donner à ces considérations la valeur de conclusions formelles, il nous semble possible d'admettre qu'en dehors de certaines manifestations infectieuses aiguës ou suraiguës, les plus fréquentes d'entre toutes, dont l'évolution n'échappe pas d'ailleurs à l'influence du terrain, on peut attribuer à la toxicité du liquide sanguin véhiculé une action irritative manifeste sur la paroi interne des vaisseaux veineux. Dans certains cas, chez les goutteux notamment, cette toxicité peut être attribuée à l'acide urique susceptible de créer des dépôts uratiques dans les replis valvulaires ou sur les parois des veines et de provoquer ultérieurement l'apparition d'une phlébite.

Enfin, cette toxicité est réellement agissante — nous ne saurions trop insister sur ce fait — quand elle rencontre différents états veineux comportant : soit des lésions antérieures, soit une simple prédisposition inhérente à une hérédité familiale, soit même des vices d'hygiène et de régime; en ce qui concerne les phlébites constitutionnelles, c'est-à-dire celles de la goutte, des états arthritiques et variqueux, les conditions que nous venons de signaler sont éminemment favorables et deviennent particulièrement efficaces.

CONTRE LES DOULEURS RHUMATOIDES

Essence de Wintergreen.....	5 grammes.
Poudre d'encens...........	1 —
Essence de lavande.........	XX gouttes.
Menthol....................	5 grammes.
Baume opodeldoch...........	30 —

En frictions.

LES MOUVEMENTS ACTIFS

AVEC

RÉSISTANCES PROGRESSIVES

Par M. Paul de CHAMPTASSIN.

Dans la *Presse médicale* du 6 juin 1908, M. Durey a présenté à l'occasion de « récentes discussions dans les Sociétés savantes » un dispositif de fortune et une technique pour « mouvements actifs avec résistances graduées », qu'il utiliserait actuellement dans le service de M. Tuffier.

Je ne pense pas être démenti en disant que les « récentes discussions » auxquelles l'auteur fait allusion concernent la communication (1) que j'ai faite à la Société de chirurgie le 11 décembre 1907 en collaboration avec mon maître Rochard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et dont la discussion s'est poursuivie pendant les séances des 18 décembre 1907, 8 janvier, 19 février, 4 et 11 mars 1900.

C'est pourquoi je pense utile de rappeler que j'ai décrit ce même procédé de fortune, par une poulie et des résistances graduées, dans la *Presse médicale* du 8 avril 1905 (2).

Je disais : « Pour permettre d'obtenir pratiquement la contraction volontaire d'un muscle ou d'un groupe de muscles, il existe un grand nombre d'appareils mécaniques. Quelques-uns répondent à des indications précises et demandent un dispositif spécial (travail des fléchisseurs ou des extenseurs des doigts, par exemple). Mais, pour le plus grand nombre des muscles (biceps, triceps, quadriceps, etc.), je me suis servi souvent, et avec succès, d'un appareil assez simple pouvant se prêter à diverses combinaisons, mais dont le principe peut être ramené au schéma ci-après.

Une corde inextensible passe sur une poulie de réflexion. L'extrémité inférieure de la corde porte un crochet ou tout autre dispositif pouvant permettre la suspension du poids à soulever; l'autre extrémité se termine par une poignée s'adaptant facilement par ses dimensions à la forme et à la grandeur de la main du sujet. S'il s'agit des muscles des membres inférieurs, la poignée est remplacée par un étrier qui s'adapte au pied par un jeu de boucles; le sujet travaille debout ou couché, suivant le muscle en action.

Cet appareil « de fortune » qui doit être considéré comme un pis-aller, car il rend la mobilisation beaucoup trop brutale, en ne permettant pas la suppression de la contraction statique et de la contraction frénétrice, était alors utilisé pour nos travaux relatifs au traitement des amyotrophies, dans le service du docteur Rochard, à l'hôpital Tenon, et dans celui du docteur Queyrat, à l'hôpital Cochin.

Ce « même appareil » de fortune a été en outre décrit et présenté à la Société médicale des hôpitaux

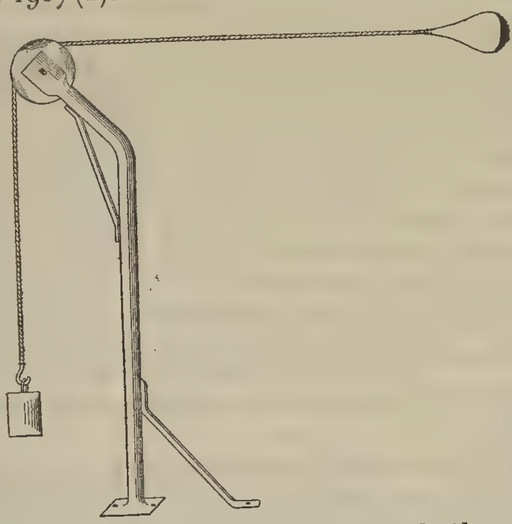
(1) Rochard et Paul de Champtassin. Traitement des hémarthroses du genou par la ponction, la mobilisation immédiate et l'application de la méthode de la progression des résistances.

(2) Paul de Champtassin. Traitement des dystrophies musculaires et des dystrophies générales par les mouvements actifs.

par le docteur Queyrat, dans la séance du 26 juillet 1907 (1).

Il n'y a donc dans la description de M. Durey que le rappel d'un dispositif déjà décrit, et pour lequel je ne revendique pas d'ailleurs une priorité quelconque, car il y a bien longtemps que des dispositifs à poulie ont dû être utilisés dans un but analogue.

Aussi n'est-ce point à titre de priorité absolue que je rappelle cet appareil « primitif »; il n'a été qu'un acheminement vers la création d'appareils plus précis, destinés à réaliser d'une manière aussi douce et économique que possible pour le muscle atrophié, la théorie du « travail musculaire avec progression des résistances », décrits depuis 1904 dans plusieurs travaux et communications, personnelles ou en collaboration avec mon maître Rochard, et notamment dans un autre article de la *Presse médicale*, paru le 10 août 1907 (2).



Appareil médico-cinésique du docteur Paul de Champtassin, à résistances progressives et frein de détention.

Et maintenant que la résistance soit représentée par des poids suspendus ou bien, comme dans mon dispositif, par un sac que l'on remplit progressivement de grenailles de plomb, cela n'a pas grande importance, encore qu'il soit certainement plus facile d'avoir à sa disposition pour un appareil de « fortune » des poids (que l'on trouve dans les plus modestes cuisines) et qui ont l'avantage d'être *tarés*, ce qui ne paraîtra pas superflu pour une méthode de « résistances graduées », que la grenaille de plomb, que l'on ne peut utiliser qu'*au jugé*.

Que la poulie de réflexion soit fixée sur une tige coudée, ayant pour but d'écarter la corde du lit où cette tige est attachée, pour éviter l'accroc des poids lorsque le malade exécute des mouvements trop brusques qui font balancer le poids au bout de la corde, ou que ce soit, comme dans le dispositif de M. Durey, une poulie fixée par une vis de pression à un barreau du lit avec l'inconvénient de mettre la corde presque au contact.

Que la corde soit de la « drisse de flamme » (corde tressée) ou du cordeau (corde tordue) que recommande M. Durey et qui a l'inconvénient d'imprimer au poids suspendu un mouvement de rotation propice au balancement dont je parle plus haut.

Que le dispositif d'appui du pied soit une boucle souple, facile à confectionner avec de la toile, prenant un bon point d'appui sous la voûte plantaire, ou bien avec planchette rembourrée de coton et dont la corde doit serrer le cou-de-pied pour lutter contre la tendance naturelle de la planchette *rigide* à tomber.

Que ce soit encore... Mais, en réalité, toutes ces considérations de détail n'ont pas une valeur bien grande et ne méritent pas de retenir l'attention, puisqu'il s'agit d'un appareil de « fortune »; et qu'il est bien évident qu'avec des dispositifs aussi primitifs, ce n'est pas l'appareil qui vaut, mais le médecin traitant et parfois même un peu la malade.

Par ailleurs, des échecs multiples montrent bien que les traitements de cette nature ne peuvent pas être l'objet d'applications courantes de la part des praticiens, car ils nécessitent une technique précise, variable suivant les espèces, et qui demande, en définitive, hormis les cas faciles et heureux, une réelle spécialisation.

(1) Queyrat. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1er août 1907.

(2) Paul de Champtassin. Poids lourds ou poids légers.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 3 juillet 1908)

Rhumatisme tuberculeux. — M. A. Poncet. Des quatre sujets dont M. Souques a entretenu la Société dans sa récente communication sur le *rhumatisme chronique*, deux étaient des tuberculeux avérés, comme l'a montré l'autopsie. Chez ces deux malades, il s'agissait, on le voit, d'un *rhumatisme tuberculeux à type ankylosant.*

L'auteur a donc le même pourcentage, aujourd'hui accepté, de 50/100 de rhumatismes tuberculeux chroniques sur 100 rhumatismes chroniques (Roque-Teissier).

Quant à la fréquence de ce rhumatisme, elle est en rapport avec celle de la tuberculose.

Maladie du sommeil à forme médullaire. Troubles mentaux et paraplégie guéris par l'atoxyl. — MM. Nattan-Larrier et Sézary présentent un malade qui a été atteint d'une trypanosomiase à forme médullaire dont il est actuellement guéri. La maladie contractée au Congo remonte à deux ans. Elle s'est manifestée d'abord par des troubles mentaux (impulsions motrices, délire). La paraplégie, ébauchée une première fois en Afrique, s'est établie quelques jours après le retour du malade en France. Elle s'accompagnait d'atrophie musculaire, de diminution des réflexes, de troubles sphinctériens, du signe de Babinski, d'escarre sacrée. De plus, les muscles thénar et hypothénar des mains étaient intéressés. Aucun trouble important de la sensibilité. En même temps, il y avait des troubles mentaux (apathie, amnésie rétrograde). Le trypanosome a été trouvé dans le sang au cours d'un accès fébrile.

Malgré le pronostic très sombre qu'on était en droit de porter, il y a trois mois, les troubles paralytiques et mentaux ont guéri sous l'influence des injections d'atoxyl. Cette curabilité de la paraplégie d'origine médullaire au cours de la trypanosomiase est un fait digne de remarque.

Sporotrichose nodulaire disséminée à forme fébrile sporo-agglutination positive. — MM. L. Brodier et Fage

présentent un malade atteint de cette forme bien connue de sporotrichose; mais ce qui dans le cas particulier est intéressant, c'est l'ensemble des phénomènes généraux qui accompagnèrent pendant deux mois l'évolution des gommes : fièvre, céphalalgie, amaigrissement considérable. Ces troubles s'améliorèrent en même temps que les lésions cutanées et disparurent tout à fait sous l'influence de l'iodure.

La sporo-agglutination de Widal et Abrani fut des plus nettes, bien que les lésions soient à peu près toutes cicatrisées à l'heure actuelle.

Opsonines et sporotrichose. — M. Caussade, au nom de M. Milhit, fait la communication suivante :

« Les communications de MM. Widal et Weil sur la présence du sporotrichum dans le sang, et de MM. Widal et Abrani sur la séro-agglutination de ces sporotrichoses, nous ont engagé à rechercher s'il n'y aurait pas aussi dans le sérum des sporotrichosiques un pouvoir opsonique électif. La méthode employée fut celle de Wright et Douglas; l'émulsion de spores sporotrichosiques fut préparée suivant la méthode de M. Widal pour l'agglutination; cette émulsion fut faite peu concentrée.

Deux sérums normaux furent d'abord essayés vis-à-vis de cette émulsion. Le résultat fut la constatation d'un pouvoir opsonique assez faible : 0,63 et 0,54, en moyenne par conséquent 0,6.

Ce premier résultat permet donc de conclure à la présence dans le sérum normal d'une très faible quantité d'opsonine favorisant la phagocytose de la spore du sporotrichum, puisque cette phagocytose, dans le cas où l'on ne met en contact que des leucocytes et des spores sans sérum, atteint à peine 0,20 (phagocytose spontanée).

Ceci fait, nous avons mesuré le pouvoir opsonique de trois échantillons de sérum de sporotrichosiques. L'un d'eux, le premier mentionné, provient de la malade que M. Fage vient de présenter à la Société, et dont l'agglutination est considérable. Le second provient du service des isolés n° 21 à l'hôpital Saint-Louis (séro-agglutination très rapide). Le troisième, du service des hommes de M. Balzer (séro-agglutination positive).

Le pouvoir opsonique du premier malade est 1,20, son indice 2.

Le pouvoir opsonique du second malade est 0,87, son indiée 1,45.

Le pouvoir opsonique du troisième malade est 0,72, son indice 1,20.

Soit en résumé dans les trois cas un pouvoir opsonique assez nettement supérieur à la normale et un indice supérieur à l'unité, surtout dans le premier cas (la malade de M. Fage). Il était intéressant de signaler ce pouvoir opsonisant des sérums normaux et des sérums de sporotrichose envers les spores de la sporotrichose. »

Insuffisance surrénale aiguë au cours du cancer des surrénales. — MM. Galliard et Cawadias.

Hémorragies surrénales et œdème aigu des poumons au cours d'une néphrite aiguë érysipélateuse. — M. Lœderich.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 2 juillet 1908)

Le creux sus-claviculaire dans la paralysie de la branche externe du spinal. — MM. Sicard et Gy montrent l'importance pour le diagnostic de la transformation du creux sus-claviculaire en excavation, au lieu d'un simple méplat, comme d'ordinaire, dans la paralysie de la branche externe du spinal.

Conservation des contractions statiques chez les Parkinsoniens. — Mlle Dyloff insiste sur la discordance existant entre la force que ces malades peuvent opposer aux mouvements qu'on essaie de leur imprimer, et la gêne des mouvements actifs, qui n'est pas due à la paralysie. — M. Souques remarque qu'il n'y a pas de proportion entre la contracture et l'impotence fonctionnelle chez ces malades. — M. Meige estime que la contraction permanente des antagonistes gêne les mouvements volontaires de chaque muscle. — M. Déjerine montre une malade présentant une déformation de la main, absolument anormale, dans la maladie de Parkinson.

Aphasie hystérique. — MM. Raymond et Sézary présentent une femme de quarante-quatre ans, atteinte d'aphasie hystérique. Elle est dans l'impossibilité absolue de parler, mais peut dire les mots en série, réciter et chanter, lire à haute voix, et répéter une phrase facile. Il n'y a ni cécité ni surdité verbales, l'écriture est facile, et la malade répond par écrit, avec complaisance et exubérance, aux questions qu'on lui pose. En insistant, on peut lui faire dire quelques mots et lui faire désigner certains objets qu'on lui présente.

Troubles trophiques consécutifs à des injections d'alcool. — MM. Lévy et Baudouin. Chez un homme de vingt-sept ans, qui avait obtenu une accalmie de huit mois, grâce à des injections d'alcool, la névralgie faciale ayant récidivé, deux injections, peut-être trop rapprochées, d'alcool furent suivies de la nécrose du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, avec chute de quatre dents. La sédation habituelle fut d'ailleurs obtenue, et le malade se réjouit du résultat. Cependant les auteurs pensent que les injections d'alcool doivent être réservées aux cas réellement graves et faites avec la plus extrême prudence. — M. Sicard pense, au contraire, qu'il faut pratiquer les injections dès le début et que les accidents sont de peu d'importance. En pratiquant l'injection dans le ganglion de Gasser, chirurgicalement dénudé, il a vu se développer le syndrome sympathique, d'ailleurs sans troubles fonctionnels.

Causes d'erreur dans la recherche de la restauration de la sensibilité, après section des nerfs. — MM. Babinski et Tournai se sont livrés, dans un cas d'apparente restauration de la sensibilité, après section des nerfs de l'extrémité supérieure, à une étude approfondie des causes d'erreur; les principales sont la suggestion et l'ébranlement de parties éloignées.

Réflexe plantaire contro-latéral hétérogène. — MM. Klippel et P. Weil. Chez 35 p. 100 des hémiplégiques ayant le signe de Babinski, l'excitation plantaire du côté sain provoque la flexion de l'orteil du côté malade. Chez 22 p. 100 des sujets sains, cette excitation provoque la flexion des deux côtés.

Aphasie de Broca. — MM. Déjerine et Tinel montrent une malade atteinte d'aphasie presque complète, sans aphasie sensorielle, ni troubles intellectuels. Elle reconnaît tous les mots, mais ne peut les associer, et ne comprend pas les phrases. L'aphasie et des crises d'épilepsie jacksonienne que présentait cette malade s'améliorent par le traitement spécifique.

Hémiplégie droite avec troubles marqués de la sensibilité. — MM. Klippel et Sehrzueeff. Chez un sujet présentant, depuis quatre ans, une hémiplégie peu considérable, existent des troubles marqués des sensibilités, superficielles et profondes, des organes des sens avec perversion de la sensibilité thermique; la chaleur n'est pas perçue, le froid donne la sensation de douleur diffuse. — M. Babinski se demande s'il est possible d'observer la dissociation syringomyélique dans les lésions situées entre l'écorce et la couche optique.

Myasthénie et paralysie. — MM. Claude et Vincent. Ce dernier présente longuement le malade, atteint de myasthénie avec paralysie, en particulier de la déglutition, et chez lequel une biopsie a montré les lésions de l'atrophie simple. — Puis M. Claude reprend en quelques phrases précises les particu-

larités intéressantes : le début brusque des accidents ne doit pas faire rejeter le diagnostic de myasthénie; il l'a observé deux autres fois; l'atrophie musculaire et la réaction de dégénérescence, enfin l'absence de la réaction myasthénique, remarquables chez ce sujet, ont été signalées par d'autres auteurs; le malade a de l'insuffisance surrénale, caractérisée par la ligne blanche, de l'hypotension artérielle, enfin l'exagération de la toxicité urinaire.

Leucocytose céphalo-rachidienne sans troubles nerveux. — M. VINCENT. Deux cas de syphilis dans lesquels le traitement n'a pas eu raison de la lymphocytose. — M. SICARD répond qu'il en est toujours ainsi, et qu'il n'a jamais vu rétrocéder la lymphocytose par le traitement spécifique.

Troubles nerveux ressemblant à la syphilis sans signe d'Argyll. — M. BALLET. Depuis dix ans, céphalée persistante, troubles de la vue et de l'ouïe, de la mémoire et de l'intelligence, décoloration des bords de la papille, à l'ophtalmoscope, probablement par œdème papillaire ancien, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, sans signe d'Argyll.

Névropathie, ecchymophilie, albuminurie. — MM. LÉVY et TOURNAI. Une femme de vingt-huit ans présente une fragilité excessive des téguments qui sont le siège d'ecchymoses pour la moindre pression; c'est une nerveuse, et ces accidents sembleraient hystériformes, si l'existence d'une néphrite indubitable ne venait mieux en rendre compte.

Un cas d'encéphalo-myélite. — MM. BRISSAUD et GY. A la suite d'embarras gastrique, un malade présenta une paralysie des quatre membres, des muscles innervés par le spinal, le facial et des muscles oculomoteurs, avec troubles de la sensibilité et des sphincters, la ponction lombaire donna un résultat négatif. Ces troubles guérirent en quelques semaines.

Cyphose post-gravidique. — M. ROSE. Une femme de quarante ans présente, depuis cinq ans, une cyphose dorsale survenue à la suite d'une grossesse. Elle est régulière, progressive, ne ressemble ni au mal de Pott, ni à la spondylose rhizomélique, ne s'accompagne pas de signes de rhumatisme, ni d'ostéomalacie. Elle ressemble à la cyphoscoliose hérédo-traumatique de Kümmel et Bechterew, mais sans traumatisme. Il y a des déformations du bassin qui pourraient ressembler à celles du rachitisme tardif, mais sans déformations des membres.

La tiiodine dans le traitement du tabes. — M. SCHMIERGELD a obtenu, sous l'influence d'injections intra-musculaires de tiiodine, l'amélioration rapide des symptômes douloureux, mais sans modifications des troubles objectifs de la sensibilité.

Mal de Pott. Paralysie des membres, flasque aux supérieurs, sans spasmodicité nette aux inférieurs. Myélite incomplète. — MM. ALQUIER et RENAUD. Un homme de quarante ans, atteint de mal de Pott cervico-dorsal, fut pris de paralysie flasque des membres supérieurs, avec atrophie musculaire prédominante dans le domaine du plexus brachial inférieur, et précédée de douleurs radiculaires. Quatre ans après, s'ajouta une paralysie totale des membres inférieurs, des muscles de l'abdomen et du tronc, avec anesthésie au-dessous d'une horizontale passant par les seins. Cette paralysie s'accompagnait d'incontinence, puis de rétention des urines; les réflexes des membres inférieurs étaient simplement vifs; pas d'autre spasmodicité qu'un léger degré d'hypertonie de certains muscles, au palper. L'autopsie montra une myélite très incomplète, avec dégénérations ascendantes et descendantes, relativement légères, très disproportionnées d'avec l'intensité des symptômes. De même, les nerfs du membre supérieur étaient beaucoup moins lésés que n'aurait permis de le supposer l'intensité de la paralysie et de l'atrophie, les cellules des cornes antérieures du renflement cervical étaient en chromatolyse légère avec pigmentation.

Tumeurs de l'hémisphère droit du cerveau. Hémiplégie droite, par compression de l'hémisphère gauche par le droit. — M. CLUNET. L'hémisphère droit présente trois tumeurs sur sa convexité, l'ensemble de l'hémisphère est augmenté de volume, et refoule en masse l'hémisphère gauche, d'où paralysie droite, par compression de la capsule interne gauche. — M. BALLET fait remarquer que tout le névraxe est asymétrique chez ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1908)

Revision du lymphosarcome. Note préliminaire. — MM. H. DOMINICI et L. RIBADEAU-DUMAS. Sous le terme de *lymphosarcome*, on désigne une tumeur formée par des cellules libres de grande taille à noyau simple ou bourgeonnant situées dans des mailles lymphatiques circonscrites par un réticulum conjonctif à travées épaisses. Le lymphosarcome se différencie du sarcome et du lymphadénome. Les difficultés du diagnostic tiennent à ce que les néoplasies n'ont pas toujours une structure uniforme. Le lymphadénome à réticulum épaissi, à grandes cellules, le sarcome à cellules dissociées, simulent par places le lymphosarcome. Enfin il existe des pseudo-lymphosarcomes inflammatoires où s'intriquent les processus inflammatoires et néoplasiques. A côté de ces lésions s'édifierait la tumeur désignée sous le nom de lymphosarcome. On verra dans une note ultérieure ce que l'on doit penser de l'authenticité du lymphosarcome.

Action sur le sang et les organes hématopoiétiques de divers colloïdes et sels d'argent. — MM. L. RIBADEAU-DUMAS et R. DEBRÉ ont cherché si les colloïdes d'argent tels que le collargol et la lysargine imprimaient au sang et aux organes hématopoiétiques des modifications semblables à celles qui ont été décrites par MM. Achard et Weill, Robin et Weill après l'emploi d'électrargol et si les injections de sel d'argent, safol, nitrate d'argent donnaient des résultats comparables. Or les réactions sont à peu près identiques pour l'électrargol et le collargol, plus faibles pour la lysargine. Elles sont médiocres avec les sels d'argent.

Des rémissions dans l'augmentation progressive de la concentration moléculaire des humeurs de l'organisme. — M. JAVAL a rapporté des cas où, chez le malade, l'hypertonicité des humeurs de l'organisme allait toujours en s'accentuant; il en est d'autres où la concentration moléculaire, après des crises d'hyperconcentration, revient à la normale. Ces rémissions sont relativement rares : c'est que la diminution du Δ, lorsqu'elle atteint certaines limites et surtout lorsqu'elle se prolonge, indique un trouble tellement grave dans les échanges osmotiques qu'elle conduit rapidement à la mort.

L'hypertonicité du sérum et par suite celle des humeurs est un des symptômes de l'insuffisance cardio-rénale. On la rencontre surtout dans les périodes terminales des maladies du cœur ou des reins, mais elle n'est pas l'apanage exclusif des cardiopathies ou des néphrites constituées; on peut la voir se produire au cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, du diabète.

Le fait de constater, à un moment quelconque de l'évolution de ces maladies, une hypertonicité des humeurs ou des sérosités constitue donc un élément fâcheux du pronostic.

Le bacille du tétanos se multiplie-t-il dans l'intestin? — M. H. VINCENT. Ses recherches ne lui ont pas permis de vérifier le bien fondé de l'opinion de Sormani, Verhoogen et Baert, etc., d'après laquelle le bacille du tétanos, absorbé par les herbivores avec l'herbage, se multiplierait dans l'intestin de ces animaux. Il est facile de s'assurer, par la culture, par l'examen microscopique et par l'inoculation, que les excré-

ments de cheval ne renferment que de rares bacilles. Il est nécessaire de faire l'inoculation des matières à un grand nombre d'animaux pour obtenir un résultat positif.

Introduites dans l'estomac du cobaye ou du lapin, les spores tétaniques diminuent de nombre. Dans l'intestin, les prélèvements du contenu intestinal faits douze heures après n'ont pas confirmé la multiplication des mêmes spores. Les herbivores et les granivores sont donc des dépositaires, mais non des foyers de pullulation du microbe du tétanos.

La culture du bacille dans les sucs pancréatique ou entériques, ou dans leur mélange, est très faible. Elle est nulle si on additionne ces liquides d'un peu de bile. On s'explique donc pourquoi l'intestin n'est pas favorable à la multiplication du germe tétanique. Celui-ci prolifère plus probablement dans le milieu extérieur, le fumier, la boue, les débris végétaux, surtout en été, et grâce à la complicité des bactéries avides d'oxygène.

Action antiendotoxique du sérum antidysentérique préparé par inoculation intraveineuse de cultures vivantes seules. — M. Dopter. Le sérum antidysentérique préparé par MM. Maillard et Dopter est obtenu à l'aide d'inoculations alternées de toxine et de cultures dans les veines. M. Dopter montre par des expériences sur la souris adulte qu'un sérum obtenu par inoculation intraveineuse de bacilles seuls possède, au même titre que le précédent, les propriétés antimicrobiennes et antiendotoxiques requises pour que ce sérum soit vraiment actif. Les résultats obtenus chez l'homme sont identiques à ceux qui ont été publiés antérieurement. Ces faits expérimentaux et cliniques confirment donc pleinement les données avancées par Besredka sur la nécessité de l'introduction dans les veines de l'animal des produits destinés à obtenir l'immunisation contre les microbes à endotoxine; ils montrent en outre que l'introduction de toxine dans les veines n'est pas indispensable pour avoir un sérum antiendotoxique; l'inoculation de bacilles seuls suffit pour lui conférer cette propriété.

Réaction de Bordet-Gengou dans ses rapports avec l'immunité naturelle contre le charbon. Influence des propriétés physico-chimiques des sérums. — MM. L. Boidin et N. Fiessinger ont recherché par la méthode de Bordet-Gengou s'il existait une sensibilisatrice dans le sérum des animaux naturellement immunisés contre le charbon. Ils n'ont constaté de fixation nette qu'en présence du sérum de chien. Ils ont constaté encore que cette fixation était bien plus considérable quand on employait un sérum lactescent (lactescence naturelle, alimentaire, développée par le chauffage à 68 degrés, par l'adjonction de lécithine). L'influence de la lactescence était bien moins nette chez l'homme. Les auteurs pensent que si ces expériences ne vont pas à l'encontre d'une sensibilisatrice naturelle chez le chien, il faut se demander si l'exagération de la fixation du complément par les bactéridies en présence du sérum de cet animal n'est pas due à un état physico-chimique spécial du sérum.

Influence de la voie d'administration sur les doses minima mortelles d'ouabaïne. — M. Maurel. 1° Chez la grenouille, l'ouabaïne est 12 fois plus toxique par la voie musculaire que par la voie gastrique; 2° pour le lapin, elle est 40 fois plus toxique par la voie hypodermique que par la voie gastrique, et par la voie veineuse, elle ne l'est pas 3 fois plus que par la voie hypodermique.

Pouvoir immunisant de l'antigène cholérique soluble dans l'alcool. — MM. Levaditi et Mutermilch. L'antigène cholérique est soluble dans l'alcool à 85 degrés et résiste à l'ébullition. Ces propriétés peuvent être mises en évidence non seulement par des expériences *in vitro*, mais aussi par l'injection des extraits alcooliques et des extraits chauffés aux animaux. Cette injection provoque en effet, chez le cobaye et surtout chez le lapin, l'apparition d'anticorps bactériolytiques, d'agglutinines, d'opsonines thermostabiles et de substances capables de déterminer le phénomène de la fixation du complément.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSODOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'HYPOSYSTOLIE

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 4 ou 5 jours. Interrompre 8 à 15 jours, puis reprendre. Les doses de 1/10 de milligramme poursuivies 10 jours et interrompues 10 jours sont encore préférables.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 JUILLET 1908

THÈSES

Jeudi 16 juillet, à une heure (suite et fin.) — M. Dutheil. Contribution à l'étude de l'hémiplégie précoce à la période secondaire de la syphilis. (MM. Dieulafoy, président; Gilbert, Albert Robin et Rénon.) — M. Berkovitch. De l'obésité d'origine génitale chez la femme (rapports avec l'adipose douloureuse). (MM. Gilbert, président ; Dieulafoy, Albert Robin et Rénon.) — M. Poyet. Leucoplasie laryngée. (MM. Albert Robin, président; Dieulafoy, Gilbert et Rénon.) — M. Ciuciu. Préservation de l'enfant par le grand air. (MM. Hutinel, président ; Ribemont-Dessaignes, Claude et Brindeau.) — M. Rogery. Contribution à l'étude des pleurésies dans la scarlatine. (MM. Hutinel, président; Ribemont-Dessaignes, Claude et Brindeau.) — M. Herbay. Traitement général de l'infection puerpérale. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Claude et Brindeau.) — M. Plivard. De la méningite tuberculeuse au cours de la grossesse. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Claude et Brindeau.) — M. Morellet. Contribution à l'étude de la phlébite typhique. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Auvray et Morestin.) — M. Beaujeu. Indications et contre-indications de l'opération de la cataracte choroïdienne. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Auvray et Morestin.) — M. Haas. Les fonctions neuro-rétiniennes dans le tabes. (MM. de Lapersonne, président ; Pozzi, Auvray et Morestin.) — M. Maillard-Brune. Refuges, maternités, bureaux d'admission secrets comme moyens préservateurs des infanticides. (MM. Thoinot, président ; Gilbert Ballet, Balthazard et Brumpt.) — M. Marmion. Education contemporaine de la psychiatrie : La pathologie mentale, le médecin aliéniste et l'aliéné au commencement du xxe siècle. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Balthazard et Brumpt.) — Mlle Joffé. Essai sur le rhumatisme cérébral. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Balthazard et Brumpt.) — M. Jousset. Transmission de la tuberculose dans les rapports sociaux. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Balthazard et Brumpt.) — M. Lesnaud. Symptômes, diagnostic et traitement de l'agglutination du col utérin pendant l'accouchement. (MM. Bar, président; Hartmann, Lenormant et Jeannin.) — M. Minon. Dystocie par les calculs de la vessie (contribution à l'étude). (MM. Bar, président; Hartmann, Lenormant et Jeannin.) — M. Masure. Péritonites puerpérales généralisées. (MM. Bar, président; Hartmann, Lenormant et Jeannin.) — M. Duchazeaubeneix. Des infections des seins durant l'allaitement et de leur traitement par la glace. (MM. Bar, président ; Hartmann, Lenormant et Jeannin.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le Conseil municipal de Paris vient de renvoyer à l'examen de sa cinquième commission la proposition suivante de M. Le Marchand :

« L'Administration est invitée à écarter tout projet relatif à la création d'une annexe de la Faculté de médecine de l'Hôtel-Dieu et à répartir comme il est dit ci-dessous les locaux provenant de la communauté :

1° Rétablissement de la maternité ;

2° Création de nouvelles salles de malades ;

3° Réinstallation du réfectoire du personnel ;

4° Affectations de salles pour le triage du linge sale et pour le dépôt des effets des malades ;

5° Mise à la disposition du personnel désirant demeurer locataire de l'Assistance publique des chambres situées dans cette partie. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Après concours, M. le docteur Lacouture est nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — M. le docteur Petitjean est nommé professeur suppléant à la chaire de médecine clinique.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — L'Académie a décerné le prix Carlier (1 000 francs) à MM. les docteurs Cazalis (en littérature Jean Lahor) et Lucien Graux, directeur de la *Gazette des eaux*, pour leur ouvrage intitulé : « L'Alimentation à bon marché, saine et rationnelle. »

Toutes nos félicitations à nos excellents confrères.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par arrêté ministériel, M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, et M. le professeur Bouchard, membre de l'Institut, sont nommés pour quatre ans membres de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instrnction publique.

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER (Pas-de-Calais, France). — DOUZE LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE OSSEUSE ET ARTICULAIRE, par MM. MÉNARD, chirurgien en chef, CALVÉ et ANDRIEU, chirurgiens assistants. — Ces cours auront lieu du 1er au 12 août 1908. Ils seront accompagnés de présentations de malades, de démonstrations pratiques, d'examens de pièces anatomiques et d'épreuves radiographiques.

Droit d'inscription : 50 francs. S'inscrire chez MM. Calvé et Andrieu, à l'Hôpital maritime.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M.* — Toutes les gares du réseau P.-L.-M. délivrent, toute l'année, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres ; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres ; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet.

Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en oignant à cet envoi une consignation de 10 fr.

Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 30 mai 1908.) LAMBINET : Deux cas d'anémie aiguë par ankylostomasie chez la femme. — BRŒCKAERT : Contribution à l'étude des anévrismes cirsoïdes de la tête.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1908.) DUBREUILH et PETGES : Des alopécies congénitales circonscrites. — HAMEL : Traitement des syphilides par les injections mercurielles locales.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 5, mai 1908.) LANNOIS et CHAVANNE : Formes cliniques du syndrome de Ménière. — BOULAY et LE MARC'HADOUR : Les paresthésies pharyngées. — PEREZ : Bactériologie, étiologie et prophylaxie de l'ozène. — ESCAT : Polynévrite sensitivo-sensorielle grippale. — GLOVER : Explication anatomo-clinique de la mort subite dans la lésion du pneumogastrique avec hémiplégie laryngée.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, mai-juin 1908.) Fr. MEEUS : Epilepsie et délire chronique. Contribution à l'étude des psychoses combinées. — SOUTZO fils et P. DIMITRESCO : D'une classe d'alcooliques chroniques amoraux, envisagée au point de vue de la responsabilité légale. — G.-G. DE CLÉRAMBAULT : Notes sur le régime des aliénés en Angleterre (1er article).

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 238, 25 mai 1908.) DE KEATING HART : La fulguration dans le traitement du cancer. — DELHERM : La fulguration dans un épithélioma cutané; résultats deux ans après. — Francesco GHILARDUCCI : Nouvelle machine statique pour radiographie et électrothérapie. — (N° 239, 10 juin.) H. GUILLEMINOT : Absorption des rayons X et des rayons de radium par les tissus; actions biochimiques correspondantes. — ARGENSON et BORDET : Le traitement de quelques affections articulaires, périarticulaires, cutanées par l'électrolyse de l'hyposulfite de soude. — ESTANAVE : Ecran stéréoradioscope. — DELHERM et LAQUERRIÈRE : Présentation d'un appareil portatif (de la maison Gaiffe) donnant une contraction progressive.

Archiv für Kinderheilkunde. — (Tome XLVIII, fasc. I à II.) BAGINSKI : Contributions cliniques. — H. KLOSE : Manière de localiser, par la radiographie, les tumeurs cérébrales de l'enfant. — JACOBIN : Remarques sur les femmes qui allaitent. — MOST : Topographie de l'appareil lymphatique dans l'organisme infantile, et sur sa signification clinique. — TORDAY : Asile d'enfants d'Etat de Budapest. — ARKAWIN : Vomissement périodique.

Archives générales de médecine. — (N° 5, mai 1908.) LESAGE et CLÉRET : De l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile. — Pierre BONNIER : L'entérite et la muqueuse nasale. — André LAGRANGE : Essai de sphygmotonométrie clinique appliquée au diagnostic du rétrécissement mitral.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 7 mai 1908.) KOLLE, HELLER et DE MESTRAL : Sur la fixation de la valeur du sérum antidysentérique. — STRUBELL : Sur la technique opsonique. — COOK : Sur la diète d'albumine et de graisse dans le traitement de l'insuffisance motrice de l'estomac. — HALASZ : Lactosurie alimentaire dans les affections gastriques. — FRIEDMANN : Sur l'indication de l'avortement provoqué pour cause de maladie psychique. — PFALZ : Sur la transplantation précoce dans les brûlures des paupières. — RIETSCHEL : Sur les farines et les aliments aux farines chez les nourrissons et leur action sur les échanges. — FORNET : La réaction de Weissermann-Neisser-Brücke dans la syphilis. — (N° 20, 14 mai.) FREUND : Sur l'insuffisance des contractions utérines et leur traitement. — ULENLUTH et WIEDANZ : Recherches sur l'action préventive de l'atoxyl comparée à celle du mercure dans la syphilis expérimentale du lapin. — SCHÖNBERG : La tuberculose du sommet du poumon en image Röntgen. — SCHLAYER : Valeur de la radioscopie pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — DOLD : Le procédé de Müller pour distinguer le pus tuberculeux du pus à coccus au moyen du réactif de Millon, mérite-t-il d'être employé? — FISCHLER : Sur la question de l'urobilinurie. — DETERMANN : La viscosité du sang dans l'administration de l'iode. — NOTTHAFT : Un cas de psoriasis familial. — KAFEMANN : La douleur dans la perforation de l'appendice dans la cavité abdominale libre. — FRIEDMANN : Sur l'indication de l'avortement provoqué pour cause de maladie psychique (*suite*). — DAVIDSON : L'usage des rayons Röntgen dans les blessures graves. — KNIDLER : Une pipe à inhalation réglable. — (N° 21, 21 mai.) RAECKE : Diagnostic et traitement des troubles mentaux chroniques des enfants. — FRIEDMANN : Sur les indications de l'avortement provoqué pour cause de maladie mentale. — FORSEHBACH : Parabiose et diabète pancréatique. — BAUMANN et GRŒDEL : Deux cas d'affection pulmonaire à la suite d'un accident. — GRÖNDHAL : Un cas d'emphysème intestinal. — GEBELE : Sur le pronostic et le traitement de la péri- et de la para-appendicite. — PAWLOWSKY : Sur la glossite aiguë staphylococcique. — KREIBICH : Nævus curvi systématisé. Nævus de la cornée. Cataracte juvénile. Modifications graves du fond de l'œil. — NAPP : Traitement de la syphilis par la quinine. — SCHINDLER : Traitement des ongles malades par les rayons Röntgen. — SCHMIDT : Emploi du milliampèremètre dans le dosage des rayons Röntgen. — (N° 22, 28 mai.) RIEDEL : L'opération précoce dans la cholécystite aiguë grave. — SCHULTHESS : Recherches sphygmobolométriques chez l'homme sain et malade. — KNAPP : Simulation d'une paralysie du toucher. — LANZ : Prostatectomie en deux temps et anesthésie locale. — PLAGEMANN : Ostéomyélite aiguë circonscrite intra-articulaire de la symphyse sacro-iliaque. — RAUENBUSCH : Contribution au traitement de la pseudarthrose de la jambe. — FRANKENSTEIN : Oblitération complète du vagin. — LANGFELLNER : Bottine spéciale pour pied plat. — MÜLLER : Le procédé de différenciation du pus tuberculeux et du pus à cocci au moyen du réactif de Millon est-il applicable?

(*Voir la suite, p. 933.*)

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

PERFORATIONS TYPHOIDIQUES

Par le docteur F. MOTY,
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

La perforation spontanée de l'intestin grêle dans la fièvre typhoïde se présenterait une fois sur environ trois cents cas, si l'on s'en rapporte aux statistiques américaines, citées par M. Quénu, à la Société de chirurgie; mais il est bien certain qu'elle est beaucoup plus fréquente en France et en Algérie et qu'on peut estimer à 1 sur 100, sans s'éloigner beaucoup de la vérité, sa proportion dans le total des fièvres typhoïdes de notre pays. Il semble même qu'elle soit observée de plus en plus souvent à mesure qu'elle est mieux connue; c'est donc avec raison qu'elle se classe parmi les complications de la fièvre typhoïde à côté des hémorragies intestinales.

Le traitement chirurgical des perforations typhoïdiques est entré dans la pratique depuis environ dix ans, puisque, en 1904, Cazin (de Boulogne) réunissait déjà le chiffre important de 358 opérations de cette nature; c'est pourquoi nous nous proposons de résumer ici les enseignements qui se dégagent de la récente discussion de la Société de chirurgie et de notre pratique personnelle sur les perforations typhoïdiques.

I

L'indication de l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales repose sur trois conditions fondamentales; l'aptitude du péritoine à triompher rapidement d'une infection dans ses premiers stades à condition qu'on ait facilité sa tâche phagocytaire en le débarrassant des matières infectantes passées dans sa cavité; cette aptitude se manifeste cliniquement de la manière la plus éclatante par la fermeture, en quelques jours après l'ouverture, des abcès appendiculaires les plus infects ou des parois abdominales incisées pour le traitement des péritonites aiguës au début.

La deuxième condition, c'est que la maladie qui a déterminé la perforation ne soit pas fatalement mortelle par elle-même, et la troisième c'est qu'il soit possible d'obtenir la fermeture de la perforation.

En conséquence, dès que le diagnostic de perforation typhoïdique sera posé, il sera indiqué d'aller à la recherche de la lésion et de fermer, d'une manière ou d'une autre, la communication entre le canal intestinal et la cavité péritonéale, à condition que l'état général du malade ne s'y oppose pas et que les lésions intestinales ne se montrent pas réfractaires à toute tentative chirurgicale.

Nous allons donc passer rapidement en revue les signes capables de servir au diagnostic de la perforation.

II

Le premier est incontestablement la douleur brusque et vive ressentie par le malade; ce signe est presque constant et nous ne l'avons jamais vu manquer, mais il existe quelquefois sans qu'il y ait de perforation; il sera donc toujours utile de bien déterminer le siège de la douleur initiale, qui se généralise bientôt à tout le péritoine, mais qui débute au voisinage de l'ombilic, et d'observer le malade avec soin, à partir de ce moment, en se tenant prêt à intervenir, sans délai, aussitôt que d'autres signes viendront confirmer le premier.

Ces signes sont ceux de la péritonite et nous ne voulons pas nous y arrêter longuement; mais nous insistons sur l'avantage que l'observation attentive du pouls a sur tous les autres; nous le considérons comme décisif toutes les fois que se pose la question de péritonite par perforation d'une nature quelconque; on a bien signalé des cas où la perforation fut suivie d'un ralentissement appréciable du pouls; mais ce fait est tellement exceptionnel qu'il n'infirme pas la règle; il me paraît attribuable, soit dit en passant, à une action sur le plexus solaire et serait à rapprocher du ralentissement que l'on observe à la suite des contusions abdominales. Il est d'ailleurs très essentiel d'éviter l'influence de toutes les causes perturbatrices si l'on veut que la marche du pouls conserve toute sa valeur.

Parmi les signes moins constants, mais dont la recherche ne doit pas être négligée, il y a lieu de mentionner l'arrêt des selles diarrhéiques et les troubles de la miction signalés par mon collègue et ami Sieur; le premier de ces signes doit être considéré comme défavorable, puisqu'il indique que la fièvre typhoïde est encore en pleine évolution.

La confusion la plus ordinaire a trait aux appendicites perforantes survenant au cours de la fièvre typhoïde. J'ai eu l'occasion d'en observer un cas très typique; les signes ordinaires de la fièvre typhoïde étaient assez caractéristiques, la séro-réaction était positive et, vers le dixième jour de la maladie, apparut une péritonite qui rappelait celle des perforations typhoïdiques, mais il y avait moins de soudaineté dans l'attaque, et j'hésitai trois jours avant d'intervenir, car le pouls restait stationnaire; la situation finit par s'aggraver et je fis une laparatomie latérale droite. Celle-ci me conduisit sur un appendice perforé entouré de pus; l'intestin grêle, à part quelques plaques de congestion, était intact, les ganglions mésentésiques peu développés. L'appendice fut enlevé, le péritoine nettoyé et drainé, et l'état du malade s'améliora aussitôt, mais pour peu de temps, car il succombait quatre jours après. Nous nous demandions s'il y avait eu réellement fièvre typhoïde; l'autopsie nous montra cependant quelques rares ulcérations avec congestion des plaques de Peyer; nous avions donc eu affaire à une appendicite aiguë survenant au début d'une fièvre typhoïde; on connaît la gravité de cette catégorie d'appendicites qui se présentent dans les conditions les plus défavorables (fièvre typhoïde en activité), malgré la simplicité de l'intervention. Nous aurions pu éviter la confusion en analysant mieux la physionomie de l'attaque, mais l'erreur n'était pas importante, car ce que nous combattions, c'était, avant tout, la péritonite, et l'intervention n'était qu'une dernière

ressource sur la valeur de laquelle on ne pouvait avoir d'illusion.

Sans entrer dans d'autres détails, nous ferons remarquer que la perforation est le plus souvent évidente ; elle se traduit, outre la douleur et les signes indiqués plus haut, par une altération presque instantanée des traits du malade sur le sens de laquelle on se trompe rarement.

Mais s'il est absolument rare qu'une perforation passe inaperçue, il est, au contraire, assez fréquent de voir d'autres accidents, indépendamment de l'appendicite, simuler une péritonite par perforation, puisque dans la statistique américaine, citée par M. Quénu, et portant sur 93 interventions, elle manquait 19 fois, c'est-à-dire dans 20 p. 100 des cas ; nous pensons que bon nombre de ces pseudo-perforations rentrent dans la catégorie des infections aiguës d'origine intestinale dont l'histoire est encore mal connue et sur lesquelles M. Quénu a également plusieurs fois appelé l'attention des chirurgiens.

III

Médecins et chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que plus la fièvre typhoïde est près de son terme, plus le pronostic des perforations s'améliore par ce fait que de nouvelles perforations deviennent de moins en moins probables et que la résistance du malade augmente avec le temps.

La gravité de la fièvre typhoïde entre également en balance, car plus l'atteinte portée par elle à la constitution du sujet est profonde, moins il a de chances de réagir victorieusement contre son infection péritonéale.

L'état et l'étendue des lésions perforantes intestinales qui ne correspondent pas du tout à la gravité des symptômes généraux de la maladie, doivent également influencer le pronostic : une petite perforation, sur un intestin bien conservé, sera plus facile à obturer que des ulcérations larges ou multiples sur un intestin devenu trop friable pour supporter une suture.

La formation d'adhérences a été quelquefois invoquée pour expliquer la guérison spontanée de perforations supposées ; mais ce qui doit rendre sceptique à l'égard de ces cas, c'est que la fièvre typhoïde semble diminuer beaucoup la puissance agglutinante du péritoine et que les adhérences sont bien moins étendues dans les perforations typhoïdiques que dans l'appendicite. Ce fait résulte peut-être en partie de la mobilité de l'intestin et de la fixité relative de l'appendice ; la péritonite se généralise très vite dans le premier cas et produit une sorte de sidération du péritoine, ce qui ne s'observe qu'exceptionnellement dans l'appendicite et la cholécystite.

L'âge de la perforation entre également en ligne de compte ; presque tout le monde s'accorde sur ce point que plus l'intervention est précoce, meilleur est le pronostic, et s'il y a des opinions discordantes, cela tient sans doute à ce que les cas où l'on est intervenu tard étaient les moins graves.

Le degré de la péritonite et sa généralisation plus ou moins complète sont également d'importants facteurs ; les chances seront certainement meilleures si la péritonite n'est pas encore très étendue et si le péritoine n'a pas perdu toute sa force de résistance ; ce fait plaide encore en faveur de l'intervention hâtive.

Mais, quelque favorables que soient, tant au point de vue de la période de la fièvre typhoïde qu'à celui de la limitation de la péritonite et de l'état de l'intestin, quelque favorables, dis-je, que soient les conditions dans lesquelles a lieu l'intervention, celle-ci reste toujours d'un pronostic très sombre, car l'organisme épuisé déjà par la maladie doit surmonter encore l'épreuve d'une péritonite et d'un traumatisme.

On pourrait, dans ces conditions, se demander légitimement s'il est bien indiqué d'intervenir puisque de nombreux chirurgiens reconnaissent avec loyauté n'avoir abouti qu'à des échecs ; on le pourrait d'autant plus que d'autres observateurs ont noté des guérisons sans intervention ou par simple ouverture d'abcès consécutifs ; mais la confusion est si facile entre une perforation typhoïdique et une appendicite aiguë qu'on ne peut accepter qu'avec beaucoup de réserve le diagnostic de perforation de l'iléon dans les cas qui ont guéri. Les statistiques décourageantes ne doivent pas non plus désarmer le chirurgien comme le démontrent définitivement celles des hôpitaux d'Amérique ; on peut certainement faire rentrer ces interventions dans ce que l'on a lugubrement nommé la chirurgie de moribond, mais quand elles se présentent comme le seul remède du mal, doit-on se refuser à cette tentative suprême, ne dût-elle avoir à son actif que de très rares succès ? Nous ne le pensons pas.

Dans les conditions où se présentent généralement les perforations, un certain temps est nécessaire pour préparer la salle d'opération ; pendant la durée de ces préparatifs on aura soin d'assurer la diète absolue du patient, on observera le pouls à plusieurs reprises, et après un dernier examen sur la table d'opération, si aucun changement favorable n'est apparu, on devra procéder le plus rapidement possible à l'ouverture de l'abdomen, après avoir chloroformé prudemment le malade.

IV

L'ouverture de l'abdomen peut se faire sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic ou sur la ligne blanche externe droite ; le premier procédé est plus avantageux pour l'assèchement de la cavité péritonéale, le second se prête mieux à la fixation de l'anse perforée à la peau ; on se basera sur cette donnée pour arrêter son choix.

Une fois le péritoine ouvert, il s'écoule souvent une certaine quantité de liquide plus ou moins coloré par la bile et quelquefois des matières fécales ; il est donc avantageux de protéger la plaie opératoire par des compresses phéniquées ou au sublimé bien exprimées ; on assèche le mieux et le plus vite possible les anses que l'on a devant soi et en se dirigeant vers le cæcum on ne tarde pas à rencontrer des flocons fibrineux disséminés sur les surfaces séreuses et faiblement adhérents ; quand on a trouvé le cæcum, on remonte le cours de l'intestin grêle et l'on ne

tarde pas à trouver la perforation souvent très petite au centre d'une plaque rouge, sur la paroi de l'iléon opposée à l'insertion du mésentère; cette découverte s'est toujours faite dans mes observations en moins de temps qu'il n'en faut pour décrire la manœuvre; mais il n'en est pas toujours ainsi, la perforation du cæcum a été signalée au moins une fois, il ne faut donc pas admettre trop vite l'absence de perforation parce qu'on a quelque difficulté à la trouver.

Quand la lésion a été bien reconnue et que l'anse perforée a été isolée et entourée de compresses stériles, trois cas peuvent se présenter : l'intestin est en état de supporter une suture, ou bien il est assez friable, mais étant donné son épaisseur on peut espérer qu'une suture à distance consolidée par l'épiploon sera suffisante pour aveugler la perforation en raison de ses petites dimensions, ou enfin la perforation siège sur une paroi mince sans vitalité et ne se prêtant à aucune espèce de réunion.

C'est aux observations comprises dans le premier cas qu'appartiennent les résultats qui ont justifié l'audace des chirurgiens qui osèrent les premiers tenter la cure opératoire des perforations typhoïdiques; malheureusement l'intestin se présente rarement dans d'aussi bonnes conditions; ordinairement les fils coupent les tuniques pour peu qu'on les serre, même s'ils sont appliqués à un centimètre des bords de la perforation et l'on se rend compte de l'impossibilité de fermer celle-ci par une suture ordinaire à étages. Tels sont les cas les plus fréquents.

En plaçant à distance un fil en bourse ou deux fils en croix, on arrive cependant assez facilement à fermer la perforation d'une manière plus ou moins satisfaisante, mais il faut ensuite renforcer cette fermeture précaire avec une frange épiploïque voisine. Comme la fixation de l'épiploon fortement amaigri et sans consistance n'est pas chose facile, je crois bon de suturer préalablement le pédicule de la frange choisie au mésentère de l'intestin malade afin d'éviter les tiraillements qui pourraient la déplacer; on ramène ensuite la petite masse épiploïque sur la perforation et on la fixe par quelques points; le fil adopté pour les sutures intestinales, coton, lin, soie, catgut, convient pour toute cette partie de l'intervention; il importe seulement de veiller à l'asepsie des fils posés après la fermeture de l'intestin.

Ce procédé nous a donné une fermeture définitive chez l'un de nos opérés enlevé le quatorzième jour par une infection résultant de deux foyers purulents, l'un dans le petit bassin, l'autre sous le foie; son exécution n'offre aucune difficulté, mais il ne faut serrer le fil qu'autant qu'il est nécessaire et comprendre dans ses anses le moins de vaisseaux possible.

Dans le troisième cas toute fermeture paraît impossible, eu égard à l'état de l'anse perforée, et il faut choisir entre divers procédés de fortune tels que l'accolement de l'anse malade à une autre au moyen de quelques points; la résection de l'anse et la suture latérale ou autre des deux bouts de l'intestin sectionné; l'affrontement de l'anse perforée à la peau comme l'a exécuté Escher (de Vienne); ce dernier procédé paraît le plus sûr, il a donné à Escher deux succès sur trois cas.

Une fois l'intervention terminée en ce qui concerne l'intestin, on ferme l'abdomen par les moyens les plus rapides, tels que deux ou trois fils de laiton ou d'argent, en un seul plan, car il est plutôt avantageux de permettre la filtration des liquides péritonéaux à travers la fente abdominale; la désunion des parois abdominales trop exactement suturées est en effet presque constante, et je crois prudent d'entrer dans la voie que nous indique la nature. Le drainage sera largement assuré du côté du petit bassin et au-dessous du foie; le pansement sera fait suivant les indications spéciales au procédé choisi, mais il sera toujours épais et assez serré pour empêcher l'éventration et on le renouvellera dès qu'il sera traversé ou qu'il répandra de mauvaises odeurs.

V

Le sérum sera largement employé avant et après l'intervention, et le malade soumis pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures à une diète absolue, n'absorbera ensuite que des liquides en quantité minime jusqu'au moment où les signes de péritonite auront disparu. Le sort de ces opérés dépend en effet surtout de l'évolution de leur péritonite et celle-ci présente une gravité spéciale à la fin d'une fièvre typhoïde; c'est elle qui emporte la plupart des malades, et ceux qu'elle épargne ont encore à compter avec la fièvre typhoïde elle-même et l'infection générale qu'elle a causée, beaucoup meurent de pneumonie, d'autres présentent des parotidites infectieuses ultimes, etc.

Cependant l'intervention a toujours un côté consolant, c'est qu'elle procure au malade un soulagement très appréciable, ainsi que l'a signalé mon collègue Mignon, et que je l'avais noté moi-même à la suite des ruptures intestinales par coup de pied de cheval. C'est pourquoi nous restons partisan de l'intervention dans les perforations intestinales. Les malades qui sont aux prises avec cette grave complication peuvent être considérés comme fatalement voués à la mort si l'on n'intervient pas, tous ceux que l'on sauvera devront donc être comptés à l'actif de l'intervention tandis que ceux que l'on perdra auront succombé à leur fièvre typhoïde ou à leur péritonite après avoir au moins bénéficié d'un soulagement appréciable avant leur dernier soupir, grâce à cette intervention.

MÉDECINE PRATIQUE

LA STOVAÏNE COMME MOYEN DE FAIRE AVORTER LA FLUXION DENTAIRE (1).

La fluxion dentaire (périostite alvéolaire), si toutefois le dentiste n'intervient pas par l'extraction de la dent ou de la racine cariées, est généralement abandonnée à elle-même. Tout au plus essaie-t-on d'en hâter l'évolution par des applications chaudes et émollientes.

On peut pourtant faire mieux. En effet, la *stovaïne* appliquée *en poudre* sur la tuméfaction gingivale bientôt après l'apparition de celle-ci, non seulement supprime la douleur,

(1) *Le Scalpel.*

permettant de la sorte au malade de vaquer à ses occupations habituelles, mais comme le montre l'expérience, elle est souvent susceptible d'empêcher le développement de l'abcès. Elle fait avorter la fluxion dentaire.

Ce résultat, qu'on ne saurait obtenir avec aucun autre analgésique, tient à la remarquable et précieuse propriété de la stovaïne d'agir puissamment même en tissus enflammés. Or, on connaît le rôle important de l'irritation dans la genèse de l'inflammation et de la suppuration. L'irritation, la douleur, une fois calmées, le processus inflammatoire peut être enrayé.

Dans la périostite alvéolaire, on prescrira la stovaïne en paquets de 0g05, dont le contenu sera appliqué directement sur le siège du mal, cette application pouvant être faite simplement avec le doigt ou au moyen d'une mince couche de coton hydrophile sur laquelle on répand la stovaïne. Le malade tiendra la bouche fermée et s'abstiendra d'avaler la salive qu'il s'efforcera de cracher le plus tard et le moins souvent possible. L'effet analgésique de la stovaïne ne tarde pas à se produire et il est plus ou moins persistant. Une fois qu'il s'est dissipé, le malade procède à une nouvelle application de stovaïne en poudre et ainsi de suite.

Ces applications pourront être répétées plus ou moins fréquemment, suivant le cas, sans danger d'intoxication. De fait, la quantité de stovaïne, substance très peu toxique, peut être administrée par la bouche à la dose de 0g20 et même plus par jour, sans le moindre inconvénient.

Lorsque la dent malade, cause de périostite alvéolaire, présente une cavité cariée, facilement accessible, on y introduira une boulette de coton imbibée du mélange ci-dessous formulé :

Stovaïne .... }
Acide phénique neigeux .... } *ââ* 1 gramme.
Menthol.................... }

Ce pansement seconde efficacement l'action des applications gingivales de stovaïne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JUIN 1908)

Les épistasis bulbaires d'origine nasale. — M. Pierre Bonnier. Une irritation minime provenant de la périphérie nerveuse, ou de l'écorce ou de tout autre point des centres, peut produire un véritable *énervement*, c'est-à-dire une variation considérable dans le potentiel de tonicité de certains autres centres.

Quand cet énervement circule de noyau en noyau, en avalanche, avec un effet croissant, il y a saisissement, attaque de tout un domaine nerveux, jusqu'à épuisement de l'avalanche. C'est l'épilepsie (de ἐπιλαμβάνω, je saisis, je fonds sur...). A partir du point où l'avalanche devient sensible, il y a *aura*.

Mais quand cet énervement ne fait pas avalanche, mais au contraire s'exerce d'une façon presque continue et durable, chronique, avec ou sans paroxysmes, sur des centres déséquilibrés, le plus souvent affaiblis par leur résistance au cours d'une maladie aiguë antérieure, il y a ce que M. Bonnier propose d'appeler *épistasie* (de ἐπιστάω, je reste sur...).

Cet énervement continu, prolongé, chronique de certains centres fonctionnels, sous une influence souvent très distante dans la distribution nerveuse provenant des variations dans le potentiel nerveux, en hypertonie, hypotonie ou paratonie, est la formule physiogénique de la plupart des maladies chroniques, dans lesquelles, sans lésion organique initiale ou consécutive, se maintient pendant des années un véritable *sabotage* fonctionnel.

Le nerf trijumeau a des centres et des racines dans toute la hauteur du bulbe. Il est, surtout à cause de son large déploiement périphérique et des nombreuses susceptibilités de la muqueuse nasale, capable de provoquer dans tous les segments bulbaires des épistasies de ce genre. La plus connue est l'*asthme des foins*, dont le point de départ est en général dû à une irritation de la partie antérieure du méat moyen. Les troubles dysménorrhéiques et cardiaques sont plutôt liés à la tête du cornet inférieur.

En cautérisant systématiquement d'une façon très légère sur une cinquantaine de personnes *la partie supérieure et antérieure du cornet inférieur*, M. Bonnier est arrivé à cette conviction que cette région de la muqueuse nasale, si elle peut faire, comme les autres, épistasie à différents étages du bulbe, est plus en rapport anatomiquement avec la région des centres digestifs, et que bien des cas d'*entérite chronique* seront guéris par traitement nasal aussi facilement que l'asthme des foins ou la dysménorrhée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1908)

Diabète pancréatique. — M. Gley fait un rapport sur un travail de M. Gellé (de Lille) relatif à l'origine et à la nature du diabète pancréatique. M. Gellé a étudié les lésions du pancréas dans le diabète pancréatique. Son travail se divise en trois parties : dans la première il décrit les lésions du pancréas diabétique; dans la seconde les lésions dans les exclusions pancréatiques et dans la troisième les relations entre le pancréas diabétique et le pancréas pathologique. Le travail de M. Gellé est accompagné de nombreuses photographies.

La perle de l'émail. — M. Galippe, en son nom et au nom de M. Malassez, fait une communication sur ce sujet.

Sous ce nom on a décrit, en stomatologie, des corpuscules sphériques recouverts d'émail que l'on trouve sur les racines des grosses molaires, à une distance plus ou moins considérable de la couronne. Cette anomalie est d'une extrême rareté. L'examen microscopique a montré que ces perles d'émail, que l'on croyait uniquement constituées par ce tissu, renfermaient en outre de la dentine et que par conséquent on ne pouvait attribuer leur formation à un simple rappel à l'activité localisé à un point de la membrane interne de l'organe adamantin, mais à un travail qui se serait produit à une période antérieure à celle à laquelle se forme la dentine, c'est-à-dire à la période de formation du bulbe. Etudiant la formation des tubercules normaux et supplémentaires de la couronne, ces deux auteurs concluent que l'on doit considérer les productions anormales appelées si improprement *perles d'émail* à des tubercules supplémentaires aberrants.

La décroissance de la tuberculose. — Dans une importante communication qui sera très discutée, M. Armaingaud (de Bordeaux) établit que la tuberculose serait en décroissance à Paris depuis quelques années. Cette décroissance a été, dans les vingt dernières années, à Paris de plus de 21 p. 100; à Berlin, elle a été de 35 p. 100; à Vienne, de 45 p. 100; à New-York, de 41 p. 100; à Londres, de 23 p. 100 pendant la même période. En examinant les relevés statistiques de la mortalité tuberculeuse à Paris, M. Armaingaud étudie les causes qui ont fait croire à beaucoup de médecins à une aggravation de cette mortalité. La rubrique des décès par tuberculose s'est trouvée en effet chargée de 800 à 850 décès par an, décès qui, auparavant, figuraient sous d'autres noms et qui n'étaient pas comptés comme tuberculoses pulmonaires. Enfin, beaucoup de tuberculeux non domiciliés à Paris viennent se

faire soigner dans les hôpitaux parisiens. Les décès de ces tuberculeux viennent augmenter le taux de la mortalité tuberculeuse à Paris.

Les causes qui ont fait abaisser le taux de cette mortalité tuberculeuse sont de deux sortes, dit M. Armaingaud. Beaucoup d'enfants sont sauvés de la tuberculose par suite du développement de la puériculture en France. Enfin, la lutte entreprise contre l'alcoolisme sauve également un grand nombre d'adolescents.

La surdistension et le surtravail gastriques d'origine tachyphagique. — M. Lucien Jacquet, en son nom et au nom de M. Debat, lit un travail sur ce sujet.

La clinique ayant depuis longtemps montré les effets pathogènes de la mastication défectueuse, de la tachyphagie. Les auteurs ont voulu étudier ce facteur de morbidité au point de vue purement expérimental.

Dans ce but, ils ont repris, en les variant, les expériences de Blondlot sur l'influence *in vitro* de l'état de division des aliments.

Conclusion générale : La division joue *in vitro* un rôle énorme dans la vitesse de dissolution d'une masse donnée.

La différence varie en fonction de temps des 2/3 environ, et en fonction de quantité de 2 à 20 fois suivant les différences respectives de concentration, d'acidité, de teneur en pepsine.

Les auteurs ont déterminé, par approximations successives, l'ensemble des circonstances eupeptiques nécessaires pour suppléer la division.

L'importance de ce facteur est telle que, pour le compenser imparfaitement, il a fallu dans les conditions données : 1° le brassage ; 2° une concentration deux fois plus forte ; 3° le titre optimum d'acidité ; 4° une teneur 25 fois plus grande en pepsine.

Les choses étant ainsi, comment l'estomac compense-t-il de telles inégalités ?

« Une autre série d'expériences, dit M. Jacquet, nous a montré que chez le chien à fistule, il faut environ un tiers de temps en plus et 3 fois plus de suc gastrique pour digérer un bol alimentaire identique, selon qu'il est à la fois très divisé et lentement absorbé, ou brut et ingéré rapidement.

Que se passe-t-il chez l'homme ? Nous l'avons recherché sous plusieurs modes par l'examen radioscopique et l'expérimentation clinique.

Examen radioscopique : M. Jaugeas, assistant de M. Béclère, a bien voulu examiner pour nous l'estomac humain en période digestive, après une série de repas rigoureusement similaires, mais où variait seule, de douze à quarante-cinq minutes, la mastication, et cela à l'insu de M. Jaugeas.

Or, on voit que, lors d'un repas tachyphagique chez un bradyphage habituel, l'estomac a été plus distendu et plus longtemps.

Cela posé, nous avons fait chez un tachyphage habituel deux expériences inverses et complémentaires.

Et l'on voit que, lors du repas bradyphagique, l'estomac est moins distendu et moins longtemps.

Donc, et cela est inattendu, l'estomac se distend plus ou moins et plus ou moins longtemps, selon l'état plus ou moins parfait de division d'une masse alimentaire identique en nature, poids et volume.

M. Bouchard, dans un travail célèbre, a dit que la mastication défectueuse est une des causes de la dilatation gastrique ; nous apportons la preuve matérielle de cette affirmation.

D'où provient cette surdistension, puisque ni la masse, ni la nature, ni le poids ne sont ici en cause ?

D'un affaiblissement de la musculature peut-être.

Or, dans une autre série radioscopique, nous avons observé plus particulièrement la motricité.

Dans le repas tachyphagique, ces contractions se sont montrées plus énergiques, et, d'autre part, plus durables et plus fréquentes, l'intervalle qui les sépare ayant été de quatre secondes au lieu de douze secondes environ dans le repas bradyphagique.

En résumé, lors du repas tachyphagique, l'estomac est surdistendu et l'évacuation gastrique retardée, bien que le rythme évacuateur s'accélère et que les contractions soient suractives.

Cette surdistension, cet excès moteur, ce retard sont tels que l'expérimentation clinique les trahit sous plusieurs modes.

On doit bien mâcher, disons-nous, parce que la tachyphagie, à qualités et quantités égales, distend l'estomac, force sa musculature et sa sécrétion, exalte sa sensibilité et sa température, prolonge son effort, bref, l'oblige en tous modes fonctionnels à un surtravail qui a sa rançon.

Nous préciserons l'interprétation de ces faits et montrerons qu'en définitive la tachyphagie, par le surtravail gastrique qu'elle entraîne, est pathogène à un haut degré et sous des modes inattendus ; et que sa suppression est curative et préventive, sous des modes insoupçonnés comme à un degré incomparable. »

Election. — L'Académie a élu membres associés nationaux MM. Teissier et Cazeneuve (de Lyon).

ANALYSES

MÉDECINE

Des hémorragies au cours du mal de Bright, et particulièrement de la production d'une diathèse hémorragique d'origine néphritique. (David Riesman. *Amer. Journ. med. sc.*, vol. CXXXIV, n° 5, nov. 1907, p. 709-716.) — Certaines hémorragies, sont bien connues au cours des néphrites chroniques : telles l'épistaxis et l'hématurie ; d'autres le sont moins : métrorragies, hémoptysies, hématémèse, otorragie.

Mais en plus de ces hémorragies isolées, il y a une véritable diathèse hémorragique liée au mal de Bright. Plusieurs cas de purpura ont été relatés. Riesman rapporte deux cas où la diathèse hémorragique fut très marquée chez deux malades en état d'urémie convulsive.

Les rapports de cette diathèse et du mal de Bright peuvent être interprétés de quatre manière différentes : 1° la diathèse peut être accidentelle et n'avoir rien à voir avec la néphrite ; cela pourrait se voir dans les infections septiques ; 2° la diathèse peut être la cause de la néphrite ; 3° diathèse et néphrite peuvent être dues à la même cause ; 4° la maladie rénale est la cause de la diathèse hémorragique ; c'est à cette dernière hypothèse que l'auteur se rattache pour ses cas.

Trois facteurs peuvent être invoqués pour la pathogénie des hémorragies : 1° l'hypertension ; 2° les lésions artérielles ; 3° la toxémie. Les deux premiers sont importants dans les hémorragies banales des néphrites. Pour la diathèse, la toxémie paraît une pathogénie plus probable. Il se peut qu'elle soit due à la mise en liberté d'hémorragines semblables à celles décrites par Flexner dans le venin du serpent, ou des hémolysines trouvées par Friedmann dans le suc pancréatique.

Au point de vue pronostique, les hémorragies sont toujours graves : la diathèse hémorragique semble un présage de mort prochaine. Il est évident que, dans toute diathèse hémorragique d'origine obscure, la possibilité d'une lésion rénale doit se présenter à l'esprit. F. GARDNER.

CHIRURGIE

Les diverticules du tube digestif. (Alexis Thomson. *Edinburgh med. Journ.*, *new series*, vol. XXIII, avril 1908, n° 4, p. 304.) — Dans cette étude d'ensemble, que l'auteur fait suivre de la bibliographie de la question, il montre que ces diverticules sont de deux ordres : acquis et congénitaux. Les premiers peuvent résulter de toute cause détruisant les couches musculaires de la paroi. Ce sont les plus rares. Plus fréquents

sont les diverticules congénitaux qui se reconnaissent à la présence de toutes les couches dans la paroi.

Passant ensuite en revue ces diverticules par région, il décrit successivement :

Les diverticules du pharynx : exceptionnels.

Ceux de la jonction du pharynx et de l'œsophage qui sont fréquents en ce point où la musculature est affaiblie (diverticules par pression).

Les diverticules de l'œsophage; fréquents surtout à la région de la bifurcation de la trachée et du croisement de la bronche gauche. Ce sont peut-être des diverticules par traction au niveau de ganglions lymphatiques malades. Là aussi se trouvent les diverticules par enkystement de corps étranger.

Au niveau de l'estomac on n'a signalé que les diverticules de la région pylorique en rapport avec un pancréas accessoire. La même variété se retrouve au duodénum. Une autre semble concerner des diverticules en rapport avec le développement du pancréas et du foie.

Au niveau du jéjunum on trouve aussi des diverticules en rapport avec la présence d'un pancréas accessoire. Il convient de les différencier d'un diverticule de Meckel. Celui-ci se distingue par son siège vers la fin de l'iléon, la présence d'un mésentère, d'une paroi complète et complètement normale.

L'auteur rapporte ici deux observations personnelles fort intéressantes : la première concerne un diverticule de la fin de l'iléon dû à une tuberculose localisée de l'intestin. Le malade présentait des signes d'occlusion, fut opéré et guérit. La deuxième observation concerne un homme qui présentait des signes d'appendicite aiguë. L'opération montra la présence d'un diverticule de la fin de l'iléon causé par la présence d'un pancréas accessoire; ce dernier présentait des lésions inflammatoires, et même un début de dégénérescence cancéreuse.

Au niveau de l'appendice ces diverticules sont fréquents, et résultent de la hernie de la muqueuse au niveau d'une cicatrice inflammatoire.

Très fréquents au niveau du côlon descendant et de l'anse sigmoïde, ils sont d'ordinaire multiples et résultent de hernies de la muqueuse à travers la tunique muqueuse. Leur présence peut amener des troubles inflammatoires dans la fosse iliaque gauche, simulant l'appendicite, et la formation d'abcès localisés de cette région ou même de péritonite diffuse.

Au niveau du rectum les diverticules sont extrêmement rares, et apparaissent en rapport avec des arrêts de développement. M. LANCE.

LIVRES NOUVEAUX

Les médications nouvelles en obstétrique (1), par M. G. Keim.

M. Keim passe en revue, dans ce petit volume, quelques médications nouvelles ou « renouvelées ».

Il traite d'abord *du pouvoir ocytocique du sucre*, qu'il a le premier signalé en France. Cette action du sucre n'est efficace qu'après un début de travail, et d'autant plus manifeste que le travail est plus avancé. Il conseille de donner à trois reprises à une demi-heure d'intervalle 25 grammes de sucre dissous dans un demi-verre d'eau ou de lait. L'action commence en moyenne de dix minutes à une demi-heure après son ingestion.

Le *collargol* est employé dans le traitement de l'infection puerpérale. C'est au moment où les phénomènes généraux deviennent prépondérants que le collargol peut intervenir efficacement. Il faut employer l'injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes d'une solution à 1 ou 2 p. 100. On peut en injecter davantage sans inconvénient, mais il est préférable de répéter cette dose. L'injection intra-veineuse doit être préférée aux frictions à l'onguent de Crédé ou aux applications locales intra-utérines de tablettes ou de crayons.

Le collargol est encore employé avec succès dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

L'action hémostatique de l'*eau oxygénée* ne peut être souvent utilisée en obstétrique, car elle est dangereuse dans les hémorragies post-partum par les embolies gazeuses qu'elle peut provoquer, mais on a recours à son action antiseptique. Il est préférable de l'utiliser sous forme de perborate de soude, qui, en solution dans l'eau, donne de l'oxygène à l'état naissant; on peut aussi l'utiliser à l'état sec pour saupoudrer les plaies. L'eau oxygénée atteignant surtout les anaérobies est précieuse dans les infections putrides et localisées, dans la rétention des lochies; il faut attendre toutefois le quatrième jour des suites de couches pour l'employer *in utero*, et encore avec quelques précautions.

La *liqueur de Labarraque* est un vieux remède qui trouve son emploi dans les cas de fétidité des lochies; elle est simple à préparer avec deux cuillerées d'eau de Javel pour un litre d'eau.

L'*iode* en badigeonnages ou attouchements intra-utérins est d'une incontestable utilité et d'une application facile.

Le *sérum leucocygène de R. Petit* n'est autre que du sérum de cheval recueilli aseptiquement et chauffé à 56 degrés pendant deux heures, trois jours consécutivement. Il est destiné à produire de la polynucléose et est employé sous forme liquide ou à l'état sec, en pansement intra-utérin dans des cas d'infection post-partum ou post-abortum.

La *réfrigération dans le traitement des infections mammaires* combinée avec le repos du sein donne les meilleurs résultats. On place d'abord sur le sein une compresse imbibée de liqueur de van Swieten ou bien une solution de nitrate d'argent à 1 p. 50, au-dessus une épaisseur de flanelle, puis une vessie de glace qu'on renouvelle jusqu'à disparition de la douleur.

Le *traitement opothérapique de la phlegmatia alba dolens puerpérale*, tel qu'il est institué par M. Keim, consiste à administrer en lavements du foie de veau peptonisé en émulsion dans de l'eau. Il agirait en s'opposant à la coagulation sanguine.

La *cure de déchloruration* peut s'adjoindre au traitement précédent dans la cure de la phlegmatia pour lutter contre l'œdème. On l'a employée également pour lutter contre les œdèmes liés à l'albuminurie et à la néphrite gravidiques.

L'*opothérapie placentaire* préconisée par L. Bouchacourt sous forme de chorionine (poudre de placenta de brebis) à la dose de 1 à 10 grammes par jour, favoriserait la montée du lait.

Quant à l'*anesthésie rachidienne* en obstétrique, son manuel opératoire qui exige une certaine habitude, la fréquence des accidents qui, malgré leur bénignité, compliquent le travail de l'accouchement, ont fait rejeter son emploi dans la pratique courante, malgré quelques résultats encourageants.

M. DELESTRE.

(1) In-16 de 96 pages. Actualités médicales. — Prix : cartonné, 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

SUITE DES SOMMAIRES

Écho médical du Nord. — (N° 21, 24 mai 1908.) LAMBRET et TRAMBLIN : Hernie inguino-superficielle. Essai de pathogénie. — (N° 22, 31 mai.) BETTREMIEUX : La sclérectomie simple. — VANVERTS : Un cas de testicule double ? — (N° 23, 7 juin.) A. CALMETTE et M. BRETON : Etat actuel de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose infantile en France. — (N° 24, 14 juin.) René LE FORT : Pseudo-occlusion intestinale par péritonite. Ulcères perforants de l'iléon. Laparotomie. Guérison. — DAMAYE et Maurice DESRUELLES : Affaiblissement intellectuel post-confusionnel chez une tuberculeuse ; granulie méningée. — ROYER : Un cas de version spontanée.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 20, 17 mai 1908.) PETIT DE LA VILLÉON : La chirurgie des enfants en Allemagne et en Autriche (*suite*). — (N° 21, 24 mai.) SABRAZÈS et MURATET : Le sang de l'axolotl. Granulations du cytoplasme : origine nucléolaire. — PETIT DE LA VILLÉON : La chirurgie des enfants en Allemagne et en Autriche (*suite*). — (N° 22, 31 mai.) PETIT DE LA VILLÉON : La chirurgie des enfants en Allemagne et en Autriche (*suite*). — Paul LEMAIRE : Le thymol camphré succédané du naphtol camphré. — Albert FÉRAUD : Pièce prothétique déglutie pendant le sommeil. Rêve annonciateur. Régime des purées. Evacuation par l'anus au bout de six jours. — (N° 23, 7 juin.) ANGLADE : La question de l'aphasie. — GENTES et AUBARET : Documents recueillis à l'Institut anatomique de la Faculté de Bordeaux (1907-1908). — PETIT DE LA VILLÉON : La chirurgie des enfants en Allemagne et en Autriche (*fin*). — (N° 24, 14 juin.) GENTES et AUBARET : Documents recueillis à l'Institut anatomique de la Faculté de médecine de Bordeaux (1907-1908) avec 8 fig. (*fin*).

Gynécologie. — (N° 3, mai 1908.) P. PETIT : Spécimens de molluscum contagiosum de la vulve. — DOLÉRIS : Les vaginites (*fin*). — FUNCK-BRENTANO : Un cas d'inversion utérine aiguë spontanée. — TISSOT : Sur un cas de grossesse abdominale secondaire. — VILLEMIN : Le corps jaune chez la femme.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 21, 24 mai 1908.) P. CARLES : Le jus de raisin stérilisé en médecine. — CABANNES : Nouveau procédé opératoire du ptérygion. — C. CABANNES : Sur l'herpès névralgique de la cornée. — (N° 22, 31 mai.) GENTES et LAUDE : Pseudo-hermaphrodisme et déclaration de naissance. — (N° 23, 7 juin.) FRAIKIN et GRENIER DE CARDENAL : Considérations générales sur la mécanothérapie. — J.-P. LAFFITTE : Traitement de la fièvre typhoïde par l'iode. — (N° 24, 14 juin.) J. DE SAINT-MARC : Le projet Caillaux et les médecins.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 mai 1908.) P. LONDE : Le régime restreint.

Journal des praticiens. — (N° 20, 16 mai 1908.) BROCA : Corps étranger traumatique du genou. — F. RAMOND et Paul BONCOUR : Le traitement de la lithiase biliaire par l'ingestion d'huile.

Lyon médical. — (N° 21, 24 mai 1908.) Julien TELLIER : De la gastrite septique d'origine buccale. — (N° 22, 31 mai.) ROLLET : La syphilis gommeuse de l'iris. — MOLLARD et CHATTOT : Evacuation spontanée de l'ascite par l'ombilic. — (N° 23, 7 juin.) LECLERC : Grossesse chez une malade atteinte d'hémophilie. — LESIEUR et FROMENT : Cyanose congénitale avec vibration systolique intense. — (N° 24, 14 juin.) DRIVON : Un traitement médical au XVIIe siècle (pneumonie ?) — WEILL et MOURIQUAND : Rétrécissement aortique d'origine congénitale.

Marseille médical. — (N° 10, 15 mai 1908.) AUDIBERT : L'hygiène à vol d'oiseau (*fin*). — ODDO et POÉSY : Un cas de rechute de rougeole. — (N° 11, 1er juin.) POUCEL : Trois observations de tumeurs musculaires. — PLUYETTE : Malformations congénitales chez une jeune fille. — ALEZAIS et CORSY : Deux cas de cylindrome du cuir chevelu. — DARCOURT : Traitement des chéloïdes par l'électricité.

Montpellier médical. — (N° 21, 24 mai 1908.) H. MARQUÈS : Les ions en médecine et l'introduction électrolytique d'un ion médicamenteux. — (N° 22, 31 mai.) J. MARTIN : Sur un cas de sténose du pylore.

Semaine gynécologique. — (N° 20, 19 mai 1908.) REYNIER et PICHEVIN : A propos du pessaire. — (N° 21, 26 mai.) REYNIER : Un dernier mot sur le pessaire. — (N° 22, 2 juin.) R. PICHEVIN : De la rétrodéviation accompagnée d'annexite. — (N° 23, 9 juin.) R. PICHEVIN : Des blessures de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale pour fibrome. — (N° 24, 16 juin.) R. PICHEVIN : Varices des membres inférieurs et fibromes utérins.

Semaine médicale. — (N° 21, 20 mai 1908.) R. DE BOVIS : Adrénaline et ostéomalacie. — (N° 22, 27 mai.) CHEINISSE : La colique muqueuse. — (N° 23, 3 juin.) L. BARD : Des caractères du pouls veineux dans les hypertrophies du cœur gauche liées au cœur rénal et à l'insuffisance aortique. — (N° 24, 10 juin.) R. DE BOVIS : Sacculations intra-pelviennes de l'utérus à terme. — (N° 25, 17 juin.) LEJARS : Les abcès pelvi-péritonitiques.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 19, 7 mai 1908.) BERGMEISTER ; Gerhard van Swieten. — OPPENHEIM : Sur l'action de la lécithine dans la syphilis. — PUPOVAC : Sur la hanche à ressort. — V. EISLER et SOHMA : Recherches sur le contenu en opsonines du sang de mères saines, immunisées et de nouveau-nés. — WEISS : Contribution à l'étude du noma chez l'adulte. — KULKA : Contribution à la question de la parotidite secondaire. — MEYER : Résultats du pincement de l'ombilic. — (N° 20, 14 mai.) STERNBERG : Sur la formation d'anticorps par injection rectale d'antigènes et sur la résorption des anticorps introduits dans le rectum. — STURLI : Sur un poison du penicillum glaucum. — BIRON : Sur la gangrène des extrémités dans la fièvre typhoïde. — BARTEL et STEIN : Sur les ganglions lymphatiques dans la syphilis congénitale et post-fœtale. — ZWINTZ : Contribution à l'étude de l'action de l'iodure de potassium. — DELUG : Nouvel appareil pour l'étude de la fermentation des selles. — PALIER : La réaction du biuret pour la recherche de la pepsine dans le contenu gastrique. — MITULESCU : Contribution à l'étude de l'ophtalmo-réaction. — EITNER : Sur l'emploi de la fixation du complément dans la lèpre. — SCHÜTZ : Sur la loi de l'action de la pepsine. — STEYKAL et BLUM : Sur l'albuminurie orthostatique. — (N° 21, 21 mai.) WASSERMANN : Sur le séro-diagnostic de la syphilis et sa signification pratique en médecine. — ELIAS, HEUBENER, PORGES, SALOMON : Théorie sur la séro-réaction de la syphilis. — EPPINGER, FALTA et RUDINGER : Sur l'antagonisme des nerfs sympathiques et autonomes dans la sécrétion interne. — HARTOCH et YAKIMOFF : Sur la question de la fixation du complément dans les trypanosomoses expérimentales. — SÖHMA : Sur les hémotropines des mères immunisées et de leurs enfants. — LENK : Sur le diagnostic fonctionnel des reins. — ROSNER : Intoxication mortelle par la montanine. — N° 22, 28 mai.) BARTEL : Sur la constitution hypoplastique et son importance. — ROSSOLIMO : Sur les rapports du lobule de l'oreille et de la tuberculose. — SABATOWSKY : Sur la levulosurie alimentaire. — BLUM et PRIGL : Qu'indique l'épreuve de la phlorhidzine dans le diagnostic fonctionnel du rein ? — HEUSMANN : Sur la palpation de l'appendice vermiforme. — HERZ : Un procédé pour la suppression des attaques d'angine de poitrine et de tachycardie paroxystique.

NOTES POUR L'INTERNAT

ASTHME (1)

VARIÉTÉS. FORMES CLINIQUES. — Quelquefois les crises ne sont pas toujours nocturnes; elles peuvent même, mais très rarement, être exclusivement diurnes. Dans certains cas, le retour à l'état normal n'est pas brusque; la dyspnée asthmatique se prolonge et persiste pendant le jour, dans l'intervalle des accès, avec un peu d'accalmie l'après-midi; c'est un véritable *état de mal* (Brissaud).

La dyspnée varie en intensité depuis la sensation d'oppression jusqu'à la menace d'asphyxie. Si le plus souvent la dyspnée est surtout expiratoire, il peut arriver que l'inspiration nécessite aussi un effort inaccoutumé. Enfin la dyspnée ne s'accompagne parfois d'aucun effort visible, d'aucune contraction du diaphragme et des inspirateurs, quand le spasme porte presque exclusivement sur les muscles de Reissessen.

Le degré de catarrhe est aussi variable. Certains malades n'ont pas de période catarrhale (*asthme sec*); d'autres ont du catarrhe dès le début (*asthme humide*), et quelquefois même un catarrhe bronchique, survenant tout à coup, durant quelques heures et disparaissant, constitue toute la crise d'asthme. Le coryza avec éternuements incessants peut remplacer le catarrhe bronchique.

Divers phénomènes convulsifs s'ajoutent parfois aux symptômes essentiels de l'asthme: spasme glottique, ictus laryngé, attaque d'épilepsie.

Sous le nom de formes irrégulières ou *crises larvées*, on décrit les cas dans lesquels la crise prévue par le malade déjà asthmatique n'a pas lieu et est remplacée par une crise d'angine de poitrine, d'anxiété paroxystique ou d'angoisse laryngée.

Chez l'*enfant*, l'accès d'asthme se distingue par le peu d'intensité des phénomènes spasmodiques et la prédominance du catarrhe bronchique qui précède le spasme dyspnéisant et lui survit; la toux et les râles sibilants persistent plusieurs jours; souvent la température s'élève à 38 degrés ou 38°5. Brissaud a signalé quelques cas de déformations rachidiennes, de scoliose asthmatique.

MARCHE. TERMINAISONS. — L'asthme est un mal intermittent à échéances plus ou moins espacées. Il peut disparaître ou tout au moins vieillir à la longue, les attaques devenant plus rares et moins intenses (Lasègue). Il peut aussi se transformer, être remplacé par des attaques de goutte, d'urticaire, alterner avec la migraine, la sciatique. Mais bien souvent il se complique en déterminant des lésions pulmonaires, puis cardiaques; l'élément catarrhal s'accentue et laisse derrière lui une bronchite qui finit par devenir habituelle; les alvéoles pulmonaires se distendent, et l'asthmatique devient un emphysémateux; emphysème et bronchite chronique entraînent à la longue la dilatation du cœur droit, ce qui peut aboutir à l'asystolie.

On a admis pendant longtemps un antagonisme entre l'asthme et la tuberculose; cette opinion est trop absolue. On peut observer des asthmatiques tuberculeux; tantôt l'asthme préexiste et la tuberculose suit; tantôt c'est la tuberculose qui commence, et l'asthme vient s'y ajouter. Dans ce dernier cas, il ne s'agit probablement pas d'asthme essentiel (Potain).

DIAGNOSTIC. — Le début rapide de la dyspnée en crise nocturne sans lésion pulmonaire, les caractères de cette dyspnée avec prolongation de l'expiration, la succession des phénomènes de la crise, la prompte disparition des accidents sont les éléments du diagnostic positif. Ils permettent d'éliminer toutes les dyspnées des affections broncho-pulmonaires; c'est seulement chez l'enfant que l'intensité du catarrhe bronchique et sa prédominance sur le spasme pourraient faire penser à une *bronchite capillaire*, à une *broncho-pneumonie*; mais on n'en constate pas les signes physiques et la température est peu élevée.

La seule difficulté de diagnostic différentiel tient à ce que plusieurs affections donnent des crises analogues à l'asthme; ce sont les crises d'asthme symptomatique.

Ainsi, dans certaines maladies du *cœur*, la dyspnée peut survenir sous forme de grandes crises nocturnes à retours périodiques, s'accompagnant même parfois d'un élément catarrhal. Le diagnostic se fera par l'examen du cœur; on trouvera une lésion de l'orifice aortique, de l'aorte ou des coronaires.

Dans l'*urémie*, parmi les nombreux accidents dyspnéiques, survenant surtout dans l'urémie lente, on décrit un asthme urémique dont le tableau clinique est tout à fait analogue à celui de l'asthme nerveux. Il faut donc toujours, chez un malade présentant des crises d'asthme, explorer la fonction rénale, rechercher l'albuminurie et les autres signes de néphrite, les œdèmes ou le syndrome cardio-artériel.

Les tumeurs du médiastin, l'*adénopathie trachéo-bronchique* sont aussi des causes possibles d'accès d'asthme. Joal a insisté sur l'asthme ganglionnaire de l'adénopathie trachéo-bronchique; on recherchera les signes physiques de cette affection.

Enfin l'*asthme des foins* se traduit par des accès comparables à ceux de l'asthme; mais habituellement le catarrhe oculo-nasal avec larmoiement, photophobie, éternuements et rhinorrhée, a une importance qui est exceptionnelle dans l'asthme; l'asthme des foins survient le plus souvent par crises périodiques sous l'influence du pollen des graminées.

PRONOSTIC. — La mort n'est jamais la conséquence des phénomènes paroxystiques; mais, au poumon et au cœur, des lésions peuvent se développer dont les progrès entraînent presque toujours une terminaison fatale.

Comme éléments de pronostic, l'âge du malade est à considérer; plus l'asthmatique est jeune, et plus le mal tend à guérir.

La fréquence et la longueur des attaques sont d'un mauvais augure. Mais le point le plus important pour le pronostic est la présence ou l'absence d'une lésion organique des appareils de la respiration et de la circulation; si le poumon et le cœur sont parfaitement sains, la guérison peut avoir lieu; elle est impossible s'ils sont frappés (Parrot).

TRAITEMENT. — Pour faire avorter l'accès, on conseille l'inhalation de vapeurs de nitrate de potasse ou de solanées vireuses (datura stramonium, jusquiame), de pyridine. Pendant la période dyspnéique de l'accès, on donnera des préparations opiacées ou belladonées, des antispasmodiques; on fera de la révulsion sur le thorax; l'injection de morphine n'est pas à conseiller, le malade risquant de devenir morphinomane avec la répétition des attaques. A la fin de la crise, il faudra combattre le catarrhe bronchique.

En dehors des crises, le traitement général est à instituer selon la diathèse du malade par les alcalins ou les arsenicaux; une cure au Mont-Dore est souvent utile.

En cas de lésions nasales provoquant le retour des accès, on cherchera à supprimer cette cause occasionnelle.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité de médecine*; — *Traité de médecine et de thérapeutique*; — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 75, p. 897.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel des maladies du tube digestif, sous la direction de MM. G.-M. DEBOVE, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, Ch. ACHARD, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux. T. II : « Intestin, péritoine, glandes salivaires, pancréas, » par MM. M. LŒPER, Ch. ESMONET, X. GOURAUD, L.-G. SIMON, L. BOIDIN, F. RATHERY. In-8 de 808 pages, avec 116 figures dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Masson et Cie.

Maladies des os, lésions infectieuses, parasitaires, trophiques, néoplasiques, par P. MAUCLAIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8 de 318 pages, avec 161 fig. — Prix : br., 6 francs; cart., 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 79. — SAMEDI 11 JUILLET 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 11 JUILLET 1908. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — Le vendredi 15 janvier 1909, il sera ouvert un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint de l'hospice d'humanité et d'un médecin-adjoint de l'hôpital Ruffi.

Le siège du concours sera porté à la connaissance des candidats huit jours seulement avant la date des opérations.

Ce concours aura lieu devant un jury composé de deux professeurs et un agrégé en médecine, un médecin et un chirurgien en chef des hôpitaux de Nimes.

Un membre de la Commission administrative des hôpitaux de Nimes présidera les opérations du concours et veillera à la stricte observation du règlement.

S'adresser au secrétariat des hôpitaux de Nimes pour tous renseignements.

GUERRE. — Un concours s'ouvrira le 3 novembre à l'Ecole d'application du service de santé, pour l'emploi de professeur agrégé de la chaire « Maladies et épidémies des armées ».

Les médecins-majors de première et de deuxième classe sont seuls admis à concourir.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 9 juillet 1908, ont été affectés :

M. le médecin principal de deuxième classe Wissemans passe à l'hôpit. milit. du Dey à Alger.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Huot, passe au 3e tirailleurs algériens; Rispal, au 17e escadron du train des équipages militaires; *Sallet*, au 2e chasseurs d'Afrique; Massenet, au 7e d'art.; Gaimard, au 52e d'inf.; Laporte, à la direction du service de santé du 3e corps d'armée; de Gaulejac, au 24e d'art.; Jouve, aux hôpit. milit. de la division de Tunisie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Béraud, passe à la compagnie saharienne du Tidikelt; Dautheville, aux hôpit. milit. de la division d'Oran; Doche, au 6e d'inf.; Capon, à la compagnie saharienne du Touat; Duval, aux hôpit. de la division d'Oran; Montet, au 144e d'inf.; Azaïs, aux hôpit. de la division d'Oran; Hérisson, au 1er étranger.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Bech, au 61e d'inf.; Solle, au 1re bataillon d'inf. légère d'Afrique.

MARINE. — Composition du jury de concours de 1908 pour l'admission à l'Ecole principale du service de santé de la marine :

Ligne médicale. — M. le médecin général de deuxième classe Burot, président; MM. les médecins principaux Valence et Gastinel, membres.

Ligne pharmaceutique. — M. le médecin général de deuxième classe Burot, président; M. le pharmacien en chef de première classe Perrimond Touchet et M. le pharmacien principal Henry, membres.

INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE BERCK. — *En huit jours*, du 17 au 24 août, enseignement de l'orthopédie, indispensable au médecin, et du traitement des tuberculoses externes. Dix leçons avec démonstrations et exercices pratiques.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Lundi 17 août* (dix heures du matin) : M. Calot. Le domaine de l'orthopédie moderne. Ses méthodes. Traitement des tuberculoses externes (sèches, suppurées, fistuleuses). Adénites. Tuberculose du testicule et de l'épididyme. Injections et liquides modificateurs.

II. *Mardi 18 août* (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement du mal de Pott. Corsets plâtrés. Celluloïd.

III. *Mercredi 19 août* (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement de la coxalgie. Injections dans la hanche. Appareils du membre inférieur.

IV. *Jeudi 20 août* (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, épaule, poignet. Injections articulaires. Appareils de ces régions.

V. *Vendredi 21 août* (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

VI. *Vendredi 21 août* (cinq heures du soir) : M. Privat. Traitement général et traitement marin des enfants anémiques, prétuberculeux, tuberculeux et rachitiques. — Massothérapie.

VII. *Samedi 22 août* (dix heures du matin) : M. Fouchou. Le matériel et les notions indispensables à la radiothérapie et à la radiographie. La radiothérapie et l'électricité en thérapeutique.

VIII. *Samedi 22 août* (quatre heures du soir) : Mlle Larson, diplômée de l'Institut orthopédique royal de Stockholm, professeur de gymnastique suédoise. Gymnastique médicale. Séance de gymnastique suédoise. Traitement par la gymnastique de la scoliose essentielle de l'adolescence.

IX. *Dimanche 23 août* (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement du pied bot congénital. Traitement du pied bot paralytique et de la paralysie infantile. Traitement de la tarsalgie.

X. *Lundi 24 août* (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement du torticolis congénital de la maladie de Little, des déformations rachitiques (scoliose rachitique, genu valgum, déviation du tibia, coxa vara, etc.). Le traitement de l'ostéomyélite aiguë et chronique. Syphilis et tuberculose des os et des articulations.

Sont admis les médecins et étudiants français ou étrangers. Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la construction des appareils plâtrés et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations soit par M. Calot, soit par MM. Privat et Fouchou.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant à M. Privat, à l'Institut orthopédique, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Droits à verser : 100 francs pour les leçons, démonstrations et les exercices pratiques. Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-septième semaine, 852 décès, au lieu de 823 pendant la semaine précédente et de 850, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal. La rougeole et la scarlatine qui avaient perdu beaucoup de leur fréquence pendant les semaines précédentes, présentent à présent des chiffres voisins de la moyenne. Les autres maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde n'a causé aucun décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 27 au lieu de 33 pendant la semaine précédente (moyenne 26).

La variole n'a causé aucun décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 2). Aucun cas nouveau n'est signalé par les médecins, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole a causé 11 décès, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 12). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 264 au lieu de 329 précédemment et au lieu de la moyenne 220.

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 186; il s'élevait à 229 pendant la semaine précédente (moyenne 165).

La diarrhée infantile a causé 31 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant la semaine précédente (moyenne 61). Les chaleurs actuelles font craindre que ce chiffre ne s'élève.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 96 décès, au lieu de 84 la semaine précédente, et au lieu de 93, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 187 décès (moyenne 184).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gille, médecin de l'hospice Brézin à Garches.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains d'excursion auront lieu les dimanches 12, 19 et 26 juillet, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe, 4 fr. 50; 3e classe, 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50; 3e classe, 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 26 matin. — Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 41 matin; à Moret, 8 h. 56.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires. — Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilos de bagages par place.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 6, juin 1908.) DECHERF : Laits modifiés. — Mamerto ACUÑA : Polio-encéphalomyélite aiguë. — CHATELLIER : Traitement de l'otite aiguë.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin 1908.) BASSOMPIERRE et NICLOT : Le fonctionnement de la division des contagieux à l'hôpital militaire d'Oran. — BAYVEL : Note sur un brancard de fortune et en particulier sur une hampe de confection instantanée. — SIMON : Etude sur le service de santé dans l'armée allemande.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 5, mai 1908.) HARTMANN : Procoscopie et sigmoïdoscopie. — BENSAUDE et RIVET : Les dilatations dites idiopathiques de l'œsophage. — JAQUET : De l'influence d'un effort musculaire prolongé sur les échanges protéiques.

Archives générales de chirurgie. — (N° 5, 25 mai 1908.) NOVÉ-JOSSERAND et BALLIVET : Deux cas d'épanchement urineux traumatique de la région rénale (pseudo-hydronéphrose traumatique). — SOUBEYRAN et RIVES : Les parotidites post-opératoires (considérations cliniques et pathogéniques). — BRANCA et BASSETTA : L'adénome testiculaire existe-t-il et peut-il exister?

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 5, 15 mai 1908.) F. MORICHAU-BEAUCHANT : Crises gastralgiques; artério-sclérose gastrique probable. — RAMBAUD : Consultation médicale sur un cas d'impuissance virile au XVIIe siècle.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 mai 1908.) E. ROCHARD : Traitement des perforations intestinales de la fièvre typhoïde. — Albert ROBIN : Traitement de la polyarthrite déformante. — (31 mai.) A. ROBIN : Traitement de la polyarthrite déformante (*suite*). — BOUQUET : Sur un nouveau procédé de préparation du lait. — (8 juin.) Albert ROBIN : Traitement de la polyarthrite déformante (*fin*). — P. BARRÈRE : De l'emploi de l'eau alcaline phosphatée dans les troubles dyspeptiques et en particulier la constipation. — (15 juin.) E. ROCHARD : Kyste hématique de la rate. — G. BARDET : Les médicaments minéraux organiques; combinaisons iodorganiques.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 19, 9 mai 1908.) ARNOLD : Sur le traitement de la méningite épidémique. — (N° 20, 16 mai.) ZICKGRAF : Sur l'emploi d'eaux minérales silicatées dans les sanatoriums pour maladies du poumon. — (N° 21, 23 mai.) WEISSMANN : Sur le rachisan, un nouvel antirachitique.

Medizinische Blætter. — (N° 19, 9 mai 1908.) SOFER : Sur la nature et le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — (N° 20, 16 mai.) FINCH : Sur l'urticaire. — (N° 21, 23 mai.) FINCH : Sur l'urticaire (*suite*). — CITRON : L'importance des recherches actuelles sur la syphilis pour la lutte contre cette maladie.

REVUE GÉNÉRALE

SYMPHYSE CARDIAQUE [1]

Par M. André BERGÉ

Médecin des hôpitaux de Paris.

Définition. — La *symphyse cardiaque* consiste dans l'accolement des deux feuillets du péricarde et l'oblitération plus ou moins complète de la cavité péricardique.

Considérations générales. — La symphyse cardiaque est une péricardite chronique, sèche, adhésive, dont les altérations, achevées ou en évolution, aboutissent à la soudure des feuillets de la séreuse.

Ce peut être une péricardite chronique d'emblée ou une péricardite chronique consécutive à une péricardite aiguë, sèche ou à épanchement.

C'est un fait général, dans la pathologie des séreuses, que les inflammations chroniques et les inflammations aiguës en voie de résolution tendent à amener une sclérose cicatricielle de leurs feuillets et des adhérences, avec oblitération de leur cavité, c'est-à-dire une symphyse. La symphyse péricardique n'est qu'un cas particulier des symphyses séreuses, dont les symphyses pleurale, péritonéale, articulaire (ankyloses), sont d'autres exemples, également communs.

La symphyse cardiaque apporte une entrave évidente au libre jeu des contractions cardiaques et constitue, pour le cœur, un facteur permanent de gêne et de faiblesse. Elle peut être tolérée et demeurer latente pendant de nombreuses années, mais, à un moment donné, précocement chez certains sujets, elle donne lieu à des symptômes accusés et détermine des accidents graves. Elle s'élève alors au rang d'entité morbide, ayant ses signes cliniques propres, plus ou moins explicites, son évolution particulière, ses complications.

La symphyse est d'autant plus gênante pour le cœur qu'elle est plus étendue, plus serrée, accompagnée d'un épaississement scléreux plus prononcé, et souvent d'une calcification partielle des feuillets péricardiques, ou encore qu'elle s'associe à une sclérose diffuse du tissu cellulaire du médiastin (*péricardite externe* et *médiastino-péricardite chronique*), à une symphyse pleurale. Elle est également mal tolérée lorsqu'elle coexiste avec d'autres causes d'asthénie cardiaque, avec une cardiopathie valvulaire, avec une myocardite.

Il y a des cas où la symphyse est tout à fait accessoire et n'intervient que comme un appoint dans la production d'accidents asystoliques préparés par d'autres lésions antécédentes.

En l'absence de toute condition aggravante, et surtout lorsqu'elle se borne à des brides fibreuses reliant le lâchement du cœur au sac péricardique, la symphyse peut n'être qu'une tare peu importante, découverte seulement par hasard à l'autopsie. Si même il n'y a que quelques adhérences localisées, c'est à peine s'il convient de leur appliquer le nom de symphyse, ce terme devant être réservé à l'accolement total ou très étendu des feuillets séreux.

Historique. — La lésion de la symphyse cardiaque, très anciennement connue, était interprétée par Galien et les vieux auteurs comme une absence congénitale du péricarde. Lancisi, le premier, démontra sa nature inflammatoire. Baillou, Lower, Vieussens, Morgagni, Sénac ébauchèrent sa symptomatologie. Celle-ci a été précisée depuis par nombre d'observateurs ; Heim, Sanders, Skoda, Williams, Sibson, Aran, Friedreich, Traube, Potain, etc.

Etiologie. — Fréquence. — La symphyse cardiaque est fréquente en tant que lésion, bornée à quelques adhérences partielles. La symphyse étendue ou totale est bien moins commune. Celle qui donne lieu, pendant la vie, à un syndrome nettement explicite est relativement rare.

Age. — La symphyse s'observe à tout âge, surtout entre quinze et vingt ans. On l'a constatée dès la naissance dans des cas où elle s'était développée pendant la vie intra-utérine.

Causes efficientes. — Les symphyses qui succèdent aux péricardites aiguës peuvent relever de tous les facteurs de péricardite, principalement des infections : de la scarlatine, de la pneumonie, et surtout du rhumatisme articulaire aigu et de la tuberculose.

Celles qui se développent insidieusement sous la forme de péricardites subaiguës ou chroniques d'emblée relèvent, soit d'infections à virulence spéciale, telles que la tuberculose, soit d'inflammations septiques ou aseptiques de voisinage, notamment d'inflammations pleuro-pulmonaires, d'abcès ou de néoplasmes du médiastin, d'anévrismes de l'aorte, d'infarctus et d'anévrismes partiels du myocarde, de périhépatites chroniques, soit enfin de cet ensemble imprécis de causes auto-toxiques, hétéro-toxiques, infectieuses, etc., et qui provoquent l'artério-sclérose et les scléroses viscérales, et parmi lesquelles on relève : les infections chroniques, le mal de Bright, la goutte, le rhumatisme chronique, la sénilité, etc.

Trois variétés étiologiques de symphyse sont relativement communes : la symphyse rhumatismale, la symphyse tuberculeuse, la symphyse des vieillards brightiques et artério-scléreux.

La *symphyse rhumatismale* s'observe surtout dans l'enfance et l'adolescence, à la suite de crises graves, prolongées ou répétées de rhumatisme articulaire aigu. Elle s'associe presque toujours à des lésions valvulaires, souvent à des altérations myocardiques. Elle fait partie d'un ensemble de lésions rhumatismales complexes du cœur, qu'on observe quelquefois et qui intéresse en même temps l'endocarde, le myocarde et le péricarde : c'est le « grand cœur rhumatismal » de Duroziez, la « pancardite rhumatismale ».

La *symphyse tuberculeuse* est la forme la plus

(1) Cette revue générale figurera dans le *Traité de médecine* de Enriquez, Laffitte, Bergé et Lamy, qui va paraître incessamment (Doin, édit.).

commune de la tuberculose du péricarde. Elle s'observe chez les enfants et surtout chez les adolescents et les adultes de quinze à trente ans. Elle est pure ou associée à une sclérose pleuro-pulmonaire de même nature.

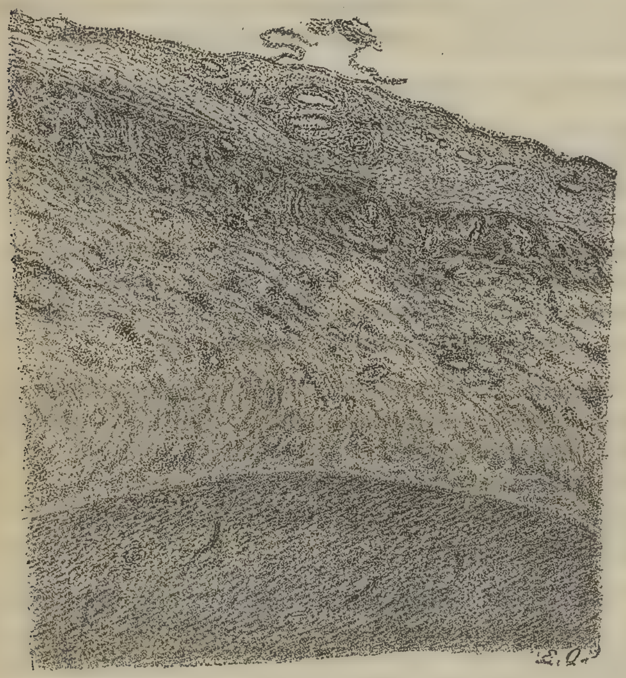


Fig. 1. — *Symphyse cardiaque rhumatismale* (Huchard, d'après Deguy). — Remarquer, au-dessus du myocarde, l'épaississement considérable (1 centimètre) des feuillets épicardique et pariétal soudés au péricarde. Cet épaississement comprend un tissu fibreux amorphe, parcouru par de nombreux néo-vaisseaux et semé de nombreux amas et traînées leucocytiques.

La *symphyse des vieillards artério-scléreux et brightiques* paraît se développer sournoisement, sans phase aiguë initiale, sous forme d'une sclérose lente et progressive du péricarde, à la façon de l'artério-sclérose elle-même. Elle est assez souvent associée à une périhépatite chronique (*symphyse péricardo-périhépatique* de Gilbert et Garnier), à une pleurésie chronique, à des inflammations chroniques analogues de diverses séreuses (périviscérites disséminées de Huchard), ou à des scléroses viscérales multiples.

Anatomie pathologique. — Lésions péricardiques. — La lésion essentielle de la symphyse cardiaque consiste en adhérences conjonctives, partielles ou généralisées, établies entre les deux feuillets séreux, d'aspect variable suivant leur étendue, leur répartition, leur nature, leur ancienneté.

Les *adhérences partielles* consistent en pinceaux filamenteux, en brides, lames fibreuses, étendues d'un feuillet à l'autre, localisées en une région du cœur ou disséminées sur plusieurs points, courtes ou longues, larges ou étroites, cloisonnant diversement la cavité péricardique, et l'oblitérant en certaines régions.

Ces adhérences siègent avec une prédilection marquée à la partie antérieure de la base du cœur, au niveau du cul-de-sac péricardique et de l'origine des gros vaisseaux, peut-être parce que cette partie est la moins mobile du viscère, mais on peut les observer à la pointe.

Les adhérences sont molles et faciles à rompre ou dures, fibreuses, résistantes, elles sont très rarement calcifiées.

Les *adhérences généralisées* ne diffèrent pas des adhérences partielles. Elles offrent les mêmes variétés d'aspect, mais elles sont très étendues et aboutissent à l'oblitération totale ou presque totale du péricarde.

Assez souvent, les deux feuillets péricardiques sont doublés d'une néo-membrane épaisse qui s'est organisée à la surface de chacun d'eux et soudée à sa congénère. La soudure est souvent si intime que le cœur paraît enveloppé d'une coque fibreuse unique. Tout au moins cette coque n'offre plus que de faibles traces de clivage, indiquant la démarcation des feuillets. Elle est épaisse, résistante, nacrée; elle enserre le myocarde et lui adhère fortement. Il n'est pas rare, dans les symphyses anciennes, que cette coque s'incruste de sels calcaires, comme cela arrive si communément dans les tissus scléreux. Il se développe ainsi des plaques ossiformes à la surface du cœur. Le viscère peut même être enveloppé d'une carapace pierreuse, d'ailleurs toujours incomplète, ou cerclé d'un anneau calcaire.

D'autres fois, la symphyse, moins intime et plus récente, est faite de mailles conjonctives et de courtes cloisons qui divisent la cavité péricardique en logettes toutes remplies d'un exsudat fibrineux gélatiniforme louche ou sanguinolent; l'aspect de la lésion, lorsqu'on a séparé le cœur à coups de ciseaux, rappelle alors la surface d'un gâteau de miel.

Histologiquement, la symphyse est une péricardite chronique. Les altérations des feuillets péricardiques sont celles des péricardites sèches à une étape avancée. Il s'est fait une organisation des pseudo-membranes fibrineuses qui tapissaient primitivement les feuillets péricardiques. Ces fausses membranes, adhérentes entre elles sur de nombreux points ont été pénétrées par des vaisseaux bourgeonnant dans leur épaisseur. Ces vaisseaux qui s'épanouissent en capillaires embryonnaires, amènent avec eux des leucocytes bientôt transformés en cellules conjonctives. Il se forme ainsi des néo-membranes qui s'épaississent peu à peu, deviennent fibreuses et s'unissent par des tractus fibro-conjonctifs. Quelle que soit la nature de la symphyse, la structure des néo-membranes et de leurs brides adhérentes est toujours à peu près la même. Cependant, s'il s'agit d'une symphyse tuberculeuse, les néo-membranes présentent dans leur épaisseur des granulations miliaires et des amas caséeux. Toutefois, la nature tuberculeuse des lésions n'est pas toujours évidente à l'œil nu, et c'est surtout au microscope que l'on révèle, sur les coupes, l'existence de follicules tuberculeux ou de cellules géantes éparses dans un tissu caséo-scléreux.

Lésions extra-péricardiques. — L'inflammation du péricarde se développe et se localise primitivement à la surface interne de la cavité séreuse, mais de là elle s'étend souvent à l'extérieur. Elle se propage au sac fibreux (*péricardite externe* ou *fibro-péricardite*

de Gendrin), et diffuse plus ou moins loin dans le tissu cellulaire du médiastin (*médiastino-péricardite*). Il en résulte des adhérences, lâches ou serrées, entre la surface externe du péricarde et les parois thoraciques. Elles unissent le péricarde au sternum, aux côtes, au diaphragme, aux plèvres, aux gros vaisseaux, à la colonne vertébrale par des filaments, des cordons, des brides, des lames fibreuses, plus ou moins résistantes. A un degré extrême, le tissu cellulaire du médiastin est transformé en une masse fibreuse, dure, lardacée, fusionnée au péricarde et aux plèvres, englobant et enserrant tous les organes de la région.

Lésions cardiaques. — La symphyse péricardique s'accompagne très souvent de lésions cardiaques, dépendant, les unes, de la symphyse, les autres, des maladies qui l'ont déterminée.

La coexistence de *lésions valvulaires* est particulièrement fréquente dans les symphyses rhumatismales, comme conséquences d'endocardites de même nature.

Dans beaucoup de symphyses, le *myocarde* est altéré.

On peut observer, en premier lieu, une *myocardite corticale*, généralement limitée aux couches superficielles du muscle, produite par la diffusion des lésions de l'épicarde. Cette lésion se caractérise par des tractus fibreux qui s'enfoncent comme des coins entre les fibres musculaires, les dissocient, les compriment et les atrophient. C'est une myocardite scléreuse d'origine péricardique, une *myocardite péricardogène*, comparable aux pneumonies chroniques d'origine pleurale, dites pleurogènes, qui font suite aux pleurésies chroniques.

En second lieu, on peut rencontrer, associée à la symphyse, une *myocardite chronique* avec foyers scléreux interstitiels disséminés et atrophie des fibres musculaires, en rapport avec des lésions concomitantes d'artérite coronaire, ou dépendant d'infections antérieures, notamment de l'infection rhumatismale qui a causé la symphyse.

Très fréquemment, presque dans tous les cas, il y a de l'*hypertrophie* et de la *dilatation* du myocarde. En effet, d'une manière générale, en raison de l'entrave apportée à sa contraction par les adhérences, le cœur se vide mal et peu à peu se dilate. Obligé, dès lors, de mettre en mouvement une masse de sang plus grande, il augmente son effort, de sorte que, à la longue, il s'hypertrophie. A cette dilatation et à cette hypertrophie concourent, bien entendu, les lésions valvulaires et les lésions de myocardite si souvent surajoutées.

L'augmentation de volume du cœur porte presque toujours à la fois sur les cavités droites et sur les cavités gauches. Le viscère peut atteindre dans les symphyses rhumatismales, en particulier chez les enfants, des dimensions considérables.

L'hypertrophie du cœur ne doit cependant pas être considérée comme constante dans les symphyses. Il n'est pas rare de trouver le cœur simplement dilaté, mais non hypertrophié, ou de volume normal (c'est le cas ordinaire dans les symphyses tuberculeuses), ou même petit, nettement atrophié. Pour comprendre cette variabilité, il importe de rappeler les principales conditions qui peuvent influencer le myocarde.

La dilatation cardiaque dépend principalement de la traction excentrique exercée par les adhérences et de l'insuffisance contractile du muscle. L'hypertrophie, elle, est une réaction vitale de défense, exigeant pour se développer des conditions favorables de nutrition qui ne se rencontrent pas au même degré dans tous les cas de symphyse. Ces conditions existent chez l'enfant et chez l'adolescent, mais elles font plus ou moins défaut quand l'organisme est taré par une maladie cachectisante (tuberculose, sénilité, etc.), quand les artères coronaires sont sclérosées, quand le cœur est atteint de myocardite interstitielle ou enserré dans une coque rigide.

Ajoutons que, dans les symphyses avec forte dilatation cardiaque, il n'est pas rare d'observer des *insuffisances* purement *fonctionnelles* des valvules, surtout de la mitrale, parfois des sigmoïdes aortiques. Elles sont dues à la dilatation du cœur et à la traction excentrique des anneaux orificiels par les adhérences.

Lésions secondaires ou associées des viscères. — La symphyse cardiaque, comme toutes les grandes cardiopathies, mène régulièrement à l'asystolie. On trouve donc, aux autopsies, de la congestion passive des viscères et toutes les autres lésions asystoliques.

Parmi elles, la congestion du foie acquiert souvent une prédominance remarquable. Le foie cardiaque des symphyses peut atteindre un volume énorme. Il en résulte cliniquement une asystolie locale, à expression si saillante qu'elle peut absorber tout le tableau de la symphyse et faire croire, comme nous le verrons, à une maladie purement hépatique.

Au cours des symphyses tuberculeuses, il y a parfois association à la congestion cardiaque de lésions bacillaires caractéristiques. Des *foies cardio-tuberculeux* ou cirrhoses cardio-tuberculeuses de ce genre ont été observés par Hayem et Tissier, Hutinel, Moizard et Jacobson. Il peut s'y adjoindre une éruption granulique, sur les plèvres, le péritoine, etc.

La symphyse cardiaque s'associe souvent à la pleurésie chronique et à la symphyse pleurale, à la sclérose pulmonaire — lésions qui parfois la précèdent — à la symphyse hépatique, à la cirrhose du foie. La cirrhose paraît être, dans certains cas, consécutive à la périhépatite (*cirrhose périhépatogène*). Son association à la symphyse donne lieu, pendant la vie, à un syndrome mixte, cardio-cirrhotique. La parenté anatomique, la contiguïté, les relations lymphatiques des séreuses péricardique, pleurale et péritonéale, rendent compte de ces altérations communes: ce sont des réactions simultanées de même ordre aux mêmes facteurs pathologiques.

Symptomatologie. — La symphyse cardiaque est souvent une lésion latente, ne donnant lieu à aucun signe pendant la vie, et qu'on découvre par hasard à l'autopsie. Même lorsqu'elle donne lieu à des troubles, il n'est pas rare qu'elle soit méconnue.

La symphyse peut être *latente* lorsqu'elle consiste seulement en adhérences partielles, peu étendues

et lâches, ou lorsque les adhérences, quoique généralisées, ne s'accompagnent pas d'adhérences extra-péricardiques soudant le sac fibreux aux côtes, au diaphragme et aux organes voisins. Car, ni la symphyse partielle, ni la symphyse généralisée simple n'apportent d'ordinaire une entrave très considérable à la locomotion cardiaque. La symphyse peut, dans ces conditions, n'avoir aucune existence clinique.

La symphyse peut être *méconnue,* quand elle se traduit par des signes d'asystolie, parce que, s'il n'y a pas de lésion valvulaire, on pense à une myocardite chronique, et s'il y a une lésion valvulaire, celle-ci suffisant à expliquer les phénomènes observés, on ne cherche pas plus loin. Quelquefois elle est méconnue parce qu'elle se traduit cliniquement par des symptômes hépatiques tellement saillants qu'ils absorbent toute l'attention.

La symphyse peut donner lieu à des troubles fonctionnels et à des signes physiques multiples que nous allons passer en revue. Toutefois, il ne faut pas s'attendre à trouver ces signes associés en grand nombre dans tous les cas de symphyse. La richesse symptomatique de la symphyse n'est qu'apparente, et le clinicien doit plutôt compter, exception faite de cas extraordinaires, sur la pauvreté habituelle de son expression symptomatique.

Signes physiques. — Les signes physiques de la symphyse dépendent des adhérences intra- et extra-péricardiques qui relient le cœur à la paroi précordiale, des rapports plus immédiats et plus étendus du viscère avec cette paroi, de sa dilatation hypertrophique et de la gêne imposée à ses contractions.

Signes cardiaques. — Inspection et palpation. — La *rétraction permanente de la paroi précordiale* est un des signes les plus fréquents et les plus apparents de la symphyse péricardique. C'est une déformation thoracique tout à fait comparable à celle des symphyses pleurales, sauf qu'elle porte ici particulièrement sur la région antéro-inférieure du thorax. A vrai dire, elle n'est qu'un signe indirect de symphyse cardiaque, car ce n'est pas aux adhérences intra-péricardiques qu'elle est due, mais à des adhérences extra-péricardiques. Elle résulte d'adhérences pneumo-pleuro-costales et péricardo-costales (*médiastinite antérieure*), et quelquefois, en outre, de brides fibreuses profondes reliant le péricarde au rachis, dans le médiastin postérieur (*médiastinite postérieure*). Mais ces adhérences extra-péricardiques sont si fréquemment associées à la symphyse cardiaque que leur présence autorise à la présumer.

La rétraction précordiale a pour conséquence la *diminution de l'ampliation inspiratoire à gauche.* La partie inférieure du thorax se trouve, en effet, immobilisée par les adhérences qui produisent son rétrécissement. De plus, la diminution des excursions respiratoires s'accompagne souvent, par suite des rapports plus intimes du cœur et de la paroi, d'une certaine *exagération de l'impulsion cardiaque*, à la palpation. Ce sont là deux phénomènes corrélatifs du retrait précordial permanent.

Au lieu du retrait, on observe quelquefois une *voussure précordiale.* C'est un signe rare, toujours peu marqué chez l'adulte, mais qui peut s'observer chez l'enfant, s'il y a une forte dilatation hypertrophique du cœur. Sa signification est importante, parce que, dans le jeune âge, la symphyse est une des causes les plus fréquentes des grosses hypertrophies cardiaques.

Le *retrait systolique de la région de la pointe* est un des meilleurs signes de symphyse, bien qu'il ne soit ni pathognomonique ni constant. Il consiste en une dépression assez brusque de la région de la pointe du cœur au moment de la systole, alors que, normalement, cette région devrait être, au contraire, soulevée par le choc cardiaque.

La rétraction systolique peut relever directement d'adhérences intra- et extra-péricardiques reliant le cœur à la paroi thoracique ou au diaphragme. Ces adhérences permettent au cœur d'exercer directement, ou indirectement par l'intermédiaire de ce muscle, une forte traction sur la paroi précordiale, à chaque systole. Dans certains cas, la rétraction systolique de la pointe paraît relever d'un autre mécanisme. Elle est la conséquence d'adhérences fixant la base du cœur. Ces adhérences, empêchant cette base de s'abaisser pendant la systole, forcent la pointe à s'élever vers elle, ce qui, par suite de la tendance au vide déterminée par ce retrait, amène une dépression marquée de la paroi. C'est là, peut-on dire, un « tirage précordial » d'origine cardiaque. Ce tirage est d'autant plus net que, souvent, il y a des adhérences pleurales qui empêchent les languettes pulmonaires précardiaques de satisfaire cette aspiration cardiaque.

La dépression systolique de la région précordiale n'a aucune valeur comme signe de symphyse lorsqu'elle siège seulement au-dessus de la pointe, dans les troisième et quatrième espaces intercostaux, car elle peut s'y observer normalement. Elle n'a qu'une valeur faible et incertaine, vu que le phénomène a été observé plusieurs fois en dehors de toute symphyse lorsque, siégeant au niveau même de la pointe, elle se borne à une petite dépression punctiforme ou en godet (*dépression unicostale*), très limitée. Mais elle a une grande valeur, quand elle occupe une surface étendue, et surtout quand elle met en mouvement toute la région sterno-costale inférieure, y compris parfois l'épigastre, ou au moins toute la région préventriculaire (*dépression pluricostale*).

Le retrait de la pointe s'observe surtout avec netteté chez les enfants et les sujets jeunes, à paroi thoracique souple et flexible. Il a une signification pronostique : s'il est très accusé, il témoigne de l'énergie de la systole cardiaque ; si, après avoir été bien marqué, il s'atténue ou s'efface, c'est un indice que le cœur faiblit.

La rétraction visible de la pointe n'empêche pas d'ordinaire de sentir, au palper, le choc cardiaque.

Le retrait de la pointe s'accompagne parfois d'un phénomène corrélatif qui le corrobore et qui en est la contre-partie, le *ressaut* ou *choc diastolique de la pointe*, sorte de choc en retour plus ou moins brusque de la paroi que son élasticité fait rétrograder vivement et ramène en place après le retrait. Sensible à

la vue et au palper, ce signe accessoire peut être perçu, à l'auscultation, comme un bruit diastolique sourd.

L'*ondulation de la région précordiale*, pour n'être pas plus que les phénomènes précédents un signe exclusif de symphyse, est cependant un autre indice important qui manifeste la solidarité établie entre le cœur et la paroi par les adhérences péricardiques.

L'ondulation précordiale offre deux variétés. Tantôt c'est une onde, une vague, une sorte de *reptation*, qui se propage de la base du cœur vers la pointe, de haut en bas et de droite à gauche, à chaque systole, tantôt c'est un mouvement de bascule qui projette en avant la région de la base du cœur pendant que la région de la pointe se rétracte (*mouvemente de roulis*). Il faut se garder d'assimiler à ces mouvements significatifs les ondulations banales de la région épigastrique.

La *diminution* ou la *disparition du choc de la pointe* s'observe souvent dans la symphyse, par suite de l'épaississement des feuillets péricardiques, mais c'est un signe tellement banal, lié à tant de conditions pathologiques (myocardites, emphysème, malformations thoraciques, etc.) ou même normales (interposition de la cinquième côte, rigidité thoracique, épaisseur de la paroi, etc.) qu'il n'y a pas grand fonds à faire sur lui.

Percussion. — La symphyse cardiaque détermine ordinairement, nous l'avons vu, une dilatation hypertrophique généralisée du cœur. De plus, elle s'associe très souvent à la symphyse pleurale, avec rétraction pulmonaire et accolement plus intime du cœur à la paroi. De là, une notable *augmentation de la matité cardiaque*, dépendant, d'une part, de l'hypertrophie du cœur, et, d'autre part, de l'écartement des lames pulmonaires qui transforme en matité absolue une partie de la zone de matité relative. La matité cardiaque est à la fois plus nette et plus étendue. Elle rappelle la matité des grands épanchements péricardiques, pouvant offrir comme eux l'encoche de Sibson. Elle s'accompagne toujours d'une augmentation considérable de la matité hépatique, due à la stase cardiaque, tandis que dans les épanchements péricardiques cette hypermégalie du foie est absente ou, en tout cas, n'existe pas au même degré.

La percussion aidée de la palpation et de l'auscultation peut encore mettre en évidence deux excellents signes de symphyse : l'*invariabilité de la matité cardiaque* dans les mouvements respiratoires et la *fixité de la pointe* dans les diverses attitudes.

A l'état normal, la pointe s'éloigne ou se rapproche du sternum, oscillant de 3 à 4 centimètres en dedans ou en dehors suivant qu'on fait passer le sujet du décubitus latéral droit au décubitus latéral gauche et inversement. Dans la symphyse, le siège de la pointe du cœur et les limites de la matité cardiaque demeurent absolument fixes. Malheureusement, la détermination de ces deux signes est toujours délicate; elle est souvent incertaine, parfois même impossible, si le choc de la pointe n'est pas très net.

Auscultation. — L'auscultation ne fournit dans la symphyse que des signes de second ordre.

Elle révèle parfois un *bruit de rappel*, c'est-à-dire un dédoublement du second bruit, constant, comme dans le rétrécissement mitral, mais dont la pathogénie demeure obscure. En l'absence de tout autre signe de sténose mitrale, l'existence permanente de ce bruit autorise à présumer la symphyse.

Gilbert et Garnier ont observé un bruit de rappel qu'ils ont qualifié de paradoxal parce que le dédoublement portait sur le premier bruit du cœur et que, le petit silence s'étant allongé de façon à dépasser en durée le grand silence, la première note de ce bruit de rappel était en réalité le second bruit du cœur.

Un *bruit de galop* peut se produire dans la symphyse, par suite d'un choc diastolique résultant de la dilatation et de la perte de tonicité ventriculaire.

L'*affaiblissement des bruits cardiaques* s'observe lorsqu'il y a une asthénie cardiaque prononcée.

Des *bruits de frottement*, des *froissements* légers ont été signalés. Ils sont dus sans doute à un reliquat de péricardite.

Certains *claquements* perçus au milieu de la systole ont été attribués à des brides péricardiques.

Enfin des *souffles valvulaires*, dus, les uns, à des insuffisances organiques, les autres, à des insuffisances fonctionnelles par dilatation, de la mitrale,

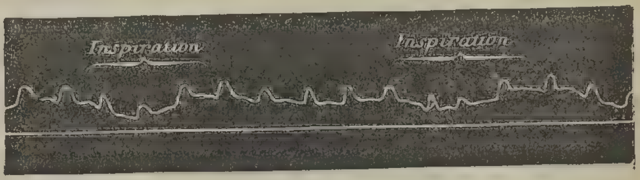


Fig. 2. — *Pouls paradoxal* (Collet).

de la tricuspide, des sigmoïdes aortiques, sont parfois surajoutés aux signes propres de la symphyse, Les premiers s'expliquent par des lésions valvulaires concomitantes dues au rhumatisme ou à d'autres infections, à l'artério-sclérose, c'est-à-dire aux affections qui sont causes de la symphyse. Les seconds sont la conséquence de la dilatatation cardiaque qui s'établit à sa suite.

Signes vasculaires. — L'exploration des artères et des gros troncs veineux n'apporte qu'une modeste contribution au diagnostic de la symphyse. Elle fournit seulement quelques petits signes directs ou indirects.

Le pouls radial, traduisant surtout, en général, le mode de contraction du myocarde, donne plutôt des éléments de pronostic que des éléments de diagnostic.

L'*arythmie* désordonnée et les *intermittences* ne sont pas rares.

Sous le nom de *pouls paradoxal* de Küssmaul, on désigne une modification du pouls consistant dans l'affaiblissement des pulsations au moment de l'inspiration. Küssmaul attribuait ce phénomène aux tractions exercées sur l'aorte, lors de l'ampliation respiratoire, par des brides fibreuses médiastines. En réalité, le pouls paradoxal n'est que la simple exagération d'un phénomène normal, et dépend de l'aspiration intra-thoracique. Cette aspiration, qui se fait sentir sur l'aorte et les gros troncs artériels à

chaque inspiration, affaiblit très légèrement les pulsations artérielles à l'état normal. Elle accentue son effet, lorsque, d'une part, le vide intra-thoracique est exagéré, et que, d'autre part, elle s'exerce sur des artères en hypotension. Aussi le pouls paradoxal n'a-t-il, dans la symphyse, que la valeur d'un signe indirect d'affaiblissement cardiaque. On l'observe chez beaucoup de sujets sains dans les grandes inspirations et, pathologiquement, dans les sténoses laryngées, les péricardites avec épanchement, les pleurésies, etc.

A l'examen des veines du cou, on a parfois l'occasion de constater deux phénomènes intéressants. — Le premier est le *gonflement inspiratoire des veines du cou*, qui peut s'accompagner d'exagération de la cyanose de la face pendant l'inspiration. C'est là un phénomène inverse de la normale, puisqu'à chaque

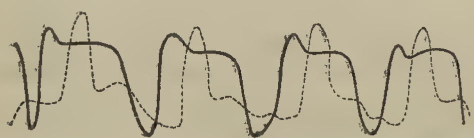


Fig. 3. — *Collapsus diastolique des veines du cou* (Eichhorst). En trait plein le tracé de la veine jugulaire. En trait pointillé, la pulsation d'une artère.

inspiration le sang des veines doit affluer dans le thorax par suite de l'aspiration thoracique. Ce gonflement inspiratoire est attribuable aux tractions de la veine cave supérieure par des brides fibreuses, au moment de l'ampliation thoracique. — Le second est le *collapsus veineux diastolique*. Il consiste dans l'affaissement brusque des jugulaires au moment de la diastole cardiaque. On attribue cet affaissement au ressaut du thorax et à l'abaissement brusque du diaphragme qui succèdent, au moment de la diastole, à la rétraction systolique. Il en résulte une aspiration veineuse brusque, perceptible jusque sur les veines du cou.

Symptômes fonctionnels. — La symphyse limitée à des adhérences partielles ou même généralisées peut être très longtemps, voire indéfiniment, tolérée et rester longtemps latente.

Ses symptômes fonctionnels sont les troubles habituels des cardiopathies organiques : *dyspnée d'effort*, *palpitations*, *douleurs précordiales*

Les douleurs précordiales revêtent parfois les caractères de l'*angine de poitrine* : sensation de constriction rétro-sternale et angoisse survenant par crises, avec tendance syncopale, avec irradiations douloureuses au cou, à l'épigastre, au bras gauche, etc. Cette angor s'observe surtout dans les symphyses récentes, à phénomènes inflammatoires mal éteints ou subissant une poussée nouvelle. Elle est due aux altérations des plexus cardiaques, ou dépend parfois d'une coronarite surajoutée. On a vu la crise se terminer par une syncope mortelle.

Le trouble essentiel de la symphyse est l'*asystolie* Elle s'observe sous toutes ses formes et à tous ses degrés : asystolie transitoire, asystolie à répétition, asystolie progressive et irréductible. La survenue plus ou moins précoce des accidents asystoliques, leur intensité, leur durée sont en rapport avec les particularités, très variables dans chaque cas, de la symphyse, notamment avec la rapidité de sa formation, avec l'étendue, la solidité des adhérences, avec les altérations du myocarde, avec le développement d'une hypertrophie cardiaque compensatrice, avec la coexistence de lésions valvulaires et artérielles, avec la survenue d'affections intercurrentes, surtout broncho-pulmonaires. Elle dépend, en somme, de tous les facteurs susceptibles d'influencer l'énergie des contractions cardiaques. L'asystolie de la symphyse se fait souvent remarquer, sans qu'on en saisisse bien la raison, par sa prédominance hépatique. On la voit souvent s'accompagner de cirrhose, de périhépatite, d'ascite nécessitant des ponctions abdominales répétées.

Evolution. — L'évolution de la symphyse ainsi que sa durée varient considérablement suivant ses formes.

La mort survient ordinairement par asystolie, quelquefois par syncope. Brouardel a trouvé plusieurs fois la symphyse chez des sujets dont le décès subit et inexpliqué avait imposé l'autopsie judiciaire.

Formes cliniques. — D'après l'*anatomie pathologique* et la *symptomatologie*, on peut distinguer à la symphyse : une forme latente, une forme asystolique, une forme extra-cardiaque.

Forme latente. — Faite d'adhérences lâches ou serrées, mais sans médiastinite et sans myocardite, la symphyse latente est une symphyse insoupçonnée, qui ne donne lieu à aucun symptôme explicite. Il s'agit souvent d'une symphyse tuberculeuse ou d'une symphyse liée, chez un vieillard, à l'artério-sclérose ou au brightisme.

Forme asystolique. — C'est une symphyse qui donne lieu à une asthénie cardiaque prononcée, à une asystolie précoce, récidivante ou permanente, avec phénomènes hépatiques souvent prédominants. Commune chez l'enfant, cette symphyse sera facilement soupçonnée si l'on tient compte de cette importante notion que, chez l'enfant et l'adolescent, la symphyse est une cause prépondérante d'asystolie. Le cœur infantile, qui compense si bien d'ordinaire ses lésions valvulaires, défaille, au contraire, précocement sous l'influence des adhérences péricardiques.

Forme extra-cardiaque. — C'est une symphyse compliquée de péricardite externe, associée à une médiastinite, souvent à une symphyse pleurale, à une sclérose du poumon et qui joint à ses propres symptômes ceux de ces lésions associées.

D'après l'*étiologie*, on peut distinguer : une symphyse rhumatismale, une symphyse tuberculeuse, une symphyse artério-scléreuse.

Symphyse rhumatismale. — La symphyse rhumatismale est presque toujours accompagnée de lésions valvulaires et d'une forte dilatation hypertrophique du cœur.

Elle peut donner lieu à une asystolie aiguë survenant au cours ou au déclin de l'attaque de rhumatisme qui l'a provoquée (asystolie inflammatoire de

Bard). Cette asystolie, toutefois, s'amende et guérit quand la phlegmasie passe à l'état chronique.

Elle donne lieu souvent, surtout chez les enfants et les adolescents, à une asystolie précoce, à répétition ou d'emblée irréductible, remarquable par sa prédominance hépatique, et qui peut se compliquer de périhépatite et de cirrhose, avec tous ses signes : ascite, dilatation des veines sous-cutanées abdominales, etc.

Symphyse tuberculeuse. — La symphyse est la forme anatomique la plus fréquente de la péricardite tuberculeuse. Elle évolue souvent d'une façon latente, ou bien se trouve perdue au milieu du syndrome de la tuberculose des séreuses.

Souvent encore, elle se manifeste par une asystolie qui survient d'emblée, d'une façon inattendue, chez un enfant ou un adulte vigoureux, indemne de toute lésion valvulaire. ou qui fait suite à une péricardite aiguë ou subaiguë. Cette asystolie peut donner lieu à une hypermégalie hépatique considérable. On constate alors une grande matité cardiaque avec absence du choc de la pointe à la vue et au palper, comme dans les épanchements péricardiques, et de la dyspnée, de la cyanose, parfois des déformations des doigts, comme dans la maladie bleue (Hutinel). L'auscultation du cœur peut être absolument négative. Cette asystolie est à peine influencée par la médication cardiosthénique. Un état fébrile léger manifeste parfois l'infection tuberculeuse. L'évolution est subaiguë. La mort survient en quelques mois dans la cachexie cardiaque, aggravée par la tuberculose, ou bien la maladie se prolonge avec des rémissions plus ou moins longues, si les lésions tendent vers la sclérose.

Symphyse des artério-scléreux. — Qu'elle soit seule ou associée à la symphyse périhépatique (*symphyse péricardo-périhépatique*), cette forme est ordinairement méconnue et prise pour une myocardite chronique. L'observation d'un signe physique quelconque de symphyse pourrait cependant la faire soupçonner, si déjà l'on avait été frappé de la présence de phénomènes hépatiques tels que : ascite abondante et récidivante, hépatomégalie considérable, douleurs périhépatiques. L'évolution en est progressive. La mort survient après un temps assez long, variable, d'ordinaire au bout de quelques années, dans la cachexie cardiaque.

Pronostic. — La symphyse cardiaque offre des formes graves et des formes bénignes. Sa gravité est liée principalement à l'état du myocarde et à ses réactions.

La forme asystolique, notamment chez l'enfant, est toujours menaçante à brève échéance. Il en est de même de la symphyse tuberculeuse.

Diagnostic. — Eléments de diagnostic. — Les éléments de diagnostic de la symphyse sont nombreux, mais aucun n'est bien caractéristique, de sorte que sa richesse symptomatique est un peu illusoire. Aussi l'affection est-elle souvent latente. Même lorsqu'elle donne lieu à des troubles fonctionnels accentués, son sydrome physique est souvent vague ; son diagnostic, toujours délicat, ne pourra qu'assez rarement être énoncé sans restriction.

D'une manière générale, il faudra toujours penser à la symphyse chez les sujets jeunes atteints de dyspnée et, à plus forte raison, d'asystolie avec ou sans lésion valvulaire. On devra la soupçonner, au cours des cardiopathies valvulaires et myocardiques toutes les fois que la défaillance cardiaque paraîtra extraordinairement précoce et inadéquate aux lésions constatées, dans les cas d'hypertrophie cardiaque insuffisamment expliquée par la lésion orificielle, et enfin dans les cas d'ascite avec gros foie ne rentrant pas dans le cadre des cirrhoses ordinaires.

Ses meilleurs éléments de diagnostic sont : la rétraction permanente de la région précordiale, le retrait systolique pluricostal, le mouvement de roulis, l'exagération considérable de la matité cardiaque associée à une grande matité hépatique, la fixité de la pointe du cœur, la notion précise d'une péricardite antérieure, l'existence d'une symphyse pleurale avec rétraction thoracique.

Diagnostic différentiel. — La *myocardite chronique*, liée ou non à l'artério-sclérose, est rare chez les sujets jeunes et surtout commune chez les gens âgés. Elle se traduit par la faiblesse du pouls, l'arythmie, l'exagération de la matité cardio-hépatique, l'asystolie, sans signes d'entrave à la locomotion cardiaque. Le moindre signe de symphyse, fixité du cœur, rétraction systolique du thorax, ondulation de la paroi, etc., de même que le jeune âge du malade doivent faire incliner vers la symphyse.

Cardiopathies valvulaires. — Elles se reconnaissent à leurs symptômes propres. Mais, la symphyse pouvant leur être associée, il faut en rechercher les signes. Si le syndrome de symphyse était très net, il y aurait lieu parfois de se demander si les souffles perçus sont organiques ou fonctionnels, et dans ce dernier cas, dus peut-être à la dilatation cardiaque, consécutive aux adhérences.

Cirrhoses hépatiques. — Il est important de savoir si la symphyse cardiaque peut être confondue avec une cirrhose. C'est qu'elle provoque souvent, comme je l'ai dit plus haut, une asystolie à prédominance hépatique. La stase sanguine retentit avec une préférence marquée sur le foie, et cette congestion entraîne une forte hypertrophie de l'organe et parfois sa sclérose. Alors se produit un syndrome fait de douleurs à l'hypochondre, d'hépatomégalie, d'ascite nécessitant parfois des ponctions répétées. Le médecin, à supposer même qu'il pense au foie cardiaque, ne trouvant rien de net à l'auscultation du cœur, est conduit à admettre une maladie primitive du foie, une cirrhose. Ce sont là les *symphyses à symptômes ectopiques* de Weill, les *pseudo-cirrhoses d'origine péricardique* de Pick. En présence d'un syndrome de foie cardiaque, survenu en dehors de toute lésion valvulaire, il ne faut donc pas perdre de vue la possibilité de la symphyse et négliger d'en rechercher les signes.

Péritonite tuberculeuse. — Une symphyse tuberculeuse accompagnée de pleurésie, d'ascite, peut simuler une péritonite tuberculeuse, une granulie

pleuro-péritonéale. L'hypermégalie hépatique, les signes cardiaques orienteront le diagnostic dans le vrai sens.

Diagnostic étiologique. — L'existence d'antécédents rhumatismaux, celle d'antécédents, de lésions, de stigmates scrofulo-tuberculeux, celle de scléroses viscérales, surtout de sclérose rénale, chez des gens déjà avancés en âge, guideront le médecin dans le diagnostic de la forme étiologique de la symphyse : rhumatismale, tuberculeuse ou artério-scléreuse.

Traitement. — Tant qu'on pourra croire la symphyse encore en voie d'organisation, il sera logique d'imposer le lit au malade, de pratiquer de la révulsion sur la région précordiale (pointes de feu répétées, badigeonnages iodés, ventouses sèches, ventouses scarifiées, compresses humides chaudes, puis, suivant la nature étiologique présumée de la symphyse, de prescrire la médication anti-rhumatismale (salicylate de soude), la cure anti-tuberculeuse (aérothérapie, climatothérapie, repos, suralimentation, etc.) ou des médicaments anti-scléreux (iodure de sodium, de potassium).

Une fois la symphyse constituée, le malade ne peut plus être considéré que comme un cardiopathe, plus ou moins menacé de défaillance cardiaque, auquel s'appliquent toutes les prescriptions hygiéniques connues : vie calme, absence d'efforts, de fatigue, de surcharge alimentaire, d'excès génitaux, climats doux, aération large, parfois cures thermales. Au moindre signe d'asthénie myocardique, on imposera le traitement cardiosthénique approprié, proportionné aux accidents : repos au lit, régime lacté, caféine, strophantus, digitale, etc., et, au besoin, purgations, saignée, évacuation des épanchements péritonéaux et pleuraux. On arrive ainsi à soulager grandement les malades et à prolonger plus ou moins longtemps leur vie, dans des conditions supportables.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Des divers médicaments employés dans l'épilepsie, chez l'enfant comme chez l'adulte, il ne faut retenir que ceux qui sont vraiment utiles : les bromures, et en particulier celui qui est le plus fréquemment employé, le bromure de potassium.

Les doses quotidiennes pour les enfants de quatre à cinq ans sont de 2, 3, 4 grammes de bromure; à partir de dix ans on peut presque donner les doses de l'adulte; la dose suffisante sera atteinte lorsque le réflexe pharyngien sera supprimé. Une fois que le traitement bromuré est commencé, il ne faut l'interrompre sous aucun prétexte, sauf en cas de bromisme aigu ou de maladie aiguë grave : *le bromure est un aliment pour l'épileptique*, disait A. Voisin; il faut le continuer même lorsqu'il y a amélioration, même lorsqu'il y a guérison, sans cela le malade « se rattrape », comme le disait familièrement Legrand du Saulle, il « liquide son arriéré » et peut mourir en quelques heures en état de mal. Le bromure a réellement une action utile; même s'il ne guérit pas il espace les accès encore assez souvent.

Le bromure de potassium doit être chimiquement pur, on emploiera donc le sirop de Henry Mure que les enfants prennent volontiers. On l'administrera au commencement du repas. Se rappeler qu'il est titré à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique; ses applications à la médecine, à l'éducation et à la psychologie (1), par P. Joire.

Au point de vue expérimental, l'hypnotisme est, dit l'auteur, un excellent moyen d'analyse psychologique, à condition de n'employer comme sujets que des personnes non malades, se prêtant à l'analyse, de ne pas pousser trop loin l'hypnose pour ne pas abolir l'analyse, enfin, de prendre des précautions minutieuses contre les causes d'erreur. L'hypnose est un phénomène physiologique; il ne faut pas la confondre avec le sommeil, certains sujets hypnotisés semblent en état de veille, ils disent n'avoir pas dormi, mais avoir éprouvé quelque chose qui les isole.

La suggestionnabilité n'appartient ni à la léthargie ni à la catalepsie, mais au somnambulisme, et à l'état que l'auteur dénomme : l'état médianique passif. La suggestion rend le sujet capable d'accomplir des actes physiques ou intellectuels dont il serait normalement incapable, en concentrant sur le point suggestionné toutes ses facultés. Le sujet suggestionné ne peut percevoir l'idée présidant à l'impulsion qui lui est transmise par suggestion.

Enfin l'organisme humain est capable de produire une force enregistrable, à l'aide d'un appareil spécial inventé par l'auteur, le « sthénomètre ».

L'analyse de l'état mental des hystériques a conduit M. Joire à sa théorie bien connue, d'après laquelle il définit l'hystérie : une modification de l'équilibre normal du système nerveux telle que l'activité ou le potentiel du système nerveux est diminué sur certains points et augmenté sur d'autres au détriment des premiers sans qu'il y ait, en réalité, augmentation ou diminution absolue dans le total de l'activité nerveuse disponible.

Telles sont quelques-unes des idées intéressantes et originales qui m'ont frappé à la lecture de ce *Traité* qui justifie son titre, en décrivant très complètement les différents états hypnotiques, des procédés à employer pour y parvenir, et les applications thérapeutiques dont l'hypnose est susceptible dans les névroses, en obstétrique, dans les principales affections organiques, enfin dans l'étude des arts, de la musique en particulier.

L. Alquier.

Physiologie de l'acide urique, par Pierre Fauvel, professeur à l'Université catholique d'Angers. Gr. in-8 (monographie de l'Œuvre médico-chirurgical, docteur Critzman, directeur). — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8, 456 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HÔPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Sur le rapport de M. Salmon, le Conseil municipal a adopté un projet de transformation du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine. La dépense qui est évaluée à 113900 francs sera prélevée sur les sommes à provenir du pari mutuel. Le même rapporteur fait également approuver l'aménagement d'une salle d'opérations dans le même hôpital.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Après concours, M. le docteur G. Rivière est nommé chef de clinique chirurgicale ;

M. le docteur L. Grand-Clément est nommé chef de clinique ophtalmologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Après concours, M. Veillon est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de chimie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand-officier. — M. le médecin-inspecteur général Robert.

Au grade de commandeur. — M. le médecin-inspecteur Fluteau.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Tapret, médecin de l'hôpital Lariboisière; Rochard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

M. le médecin principal Gazin.

M. le médecin-major Girardin.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Drouineau (de Paris), Bourrillon (de Saint-Maurice, Seine), Griffon, médecin des hôpitaux; Malherbe (de Paris), Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux ; Edmond Fournier (de Paris), Souligoux, chirurgien de l'hôpital Tenon; Mugnier, Duboys de Lavigerie, Ostwalt, Marx, Paul Delbet, Landowski et Adler (de Paris), Berthomier (de Moulins), Oursel (d'Evreux), Follet (de Rennes), Michalowicz (de Parçay), Dupré (de Laval), Job (de Lunéville), Mariage (de Valenciennes), Gautrez (de Clermont-Ferrand), Cazaux (d'Oloron), Doillon (de Vesoul), Fayard (de Niort), Légée (d'Abbeville), Mabaret du Basty (de Saint-Léonard), Lançon (de Saint-Trivier-sur-Moignans).

MM. les médecins-majors Barthélemy, Biscons, Labougle, Lanusse-Croussé, Niclot, Patris de Broé, Auclert, Cadet, Crussard, Cuvillier, Dercle, Delmas, Galley, Guichard, Martin, Pech, Rougier, Vèzes.

M. Boucher, médecin-major en retraite; MM. les médecins-majors de l'année coloniale Rigaud, Kéreot, Jouveneeau, Martin, Bernard.

MM. les médecins de première classe de la marine Castex, Béguin, Viancin-Hernandez, Normand, Carbonel.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret du 7 juillet 1908, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve, — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Demandre et Gross.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Gazin.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Girardin, Bercher, Briot, Legrand, Mourey, Dupeyron et Tayac.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Vorbe.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Bouchart.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Gasne, Fildermann, Claude, Mosnier, Riché, Crudeli, Brun, Laroche, Decorse, Nathan, Malvy, Caucanas, Montagnac, Villemonte de la Clergerie, Lefèvre, Cottard, Triller, Provotelle, Mathieu, Trannoy, Raulot-Lapointe, Echernier, Renaudin, Picheral, Satre, Lelong, Bergès, Jacod, Dupic, Baguenier-Désormeaux, Géraud, Soubies, Vézard, Gaugain, Fouque, Dauga, Vincent, Charazac, Dida, Chaudron, Touraille, Voivenel, François, Carrère, Simacourbe, Pignerol, Catrin, Alleaume, Terras, Héritan, Padoux, Bory, Doucet-Bon, Boillerault, Deblock, Gourgaud, Aerts, Bizot, Ficheux, Ballivet, Helbecque, Crépin, Rousset, Gerbier, Danger, Desclaux, Guichard, Ortel, Bonnaud, Butruille, Lasaygues, Burgard, Mossé, Martel, Mangenot, Vaysse, Miguet, Prion, Badin, Poiteau, Mazingarbe, Ravaud, Dodinet, Debelut, Lamy, Viallet, Pastre, Seuillet, Rayel, Lacoste, Berthou, Vigneront, Cassagnes, Lenoble, Louys, Boyer, Farnière, Louart, Cluzan, Schneyder, Bertier, Basson, Carte, Vilte, Valette, Durin, Durand, Bourguignon. Capette et Cleisz.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le docteur en médecine Coudert.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 16 juillet, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne dans le service de la Clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gaillard, médecin de la marine, administrateur des Affaires indigènes de Cochinchine.

REMPLACEMENTS

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 JUILLET 1908

THÈSES

Lundi 20 juillet 1908, à une heure. — M. ALLÉE. Puériculture et loi Roussel. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Reclus et Couvelaire.) — M. PICARD. L'hématocèle intra-péritonéale et son traitement. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Reclus et Couvelaire.) — M. HARDOUIN. Résultats éloignés du traitement de l'absence et de l'imperforation anorectale. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. MURIT. La pneumonie congénitale. (MM. Reclus, président; Pinard, Kirmisson et Couvelaire.) — M. GINEBRA. Contribution à l'étude de l'étiologie de l'éléphantiasis des Arabes. Théorie filarienne ; théorie infectieuse. (MM. Blanchard, président; Déjerine, Richaud et Lœper.) — M. FELTMANN. Des complications chirurgicales les plus fréquentes dues aux ascarides lombricoïdes. (MM. Blanchard, président; Déjerine, Richaud et Lœper.) — M. WEHRMANN. L'action pathogène des helminthes des oiseaux. (MM. Blanchard, président; Déjerine, Richaud et Lœper.) — M. CAMUS. Les radiculites. (MM. Déjerine, président; Blanchard, Richaud et Lœper.) — M. HENRY. Contribution à l'étude du traitement dans quelques cas de fractures compliquées graves. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. GOTTARD. Anastomoses et greffes vasculaires. Transplantation d'organes. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. CLENET. Les sténoses annulaires par sclérose sous-muqueuse de l'intestin grêle. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. CHATON. Contribution à l'étude du col de l'utérus. (MM. Segond, président ; Delens, Gosset et Proust.) — M. SLOOG. Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes et de leur extraction par la voie haut-glottique et sous-glottique. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.)

Mardi 21 juillet, à une heure. — M. LUCAS. L'endocardite blennorragique. (MM. Dieulafoy, président; Albert Robin, Thoinot et Richaud.) — M. VIGNERAS. Hémorragies méningées spinales. (MM. Dieulafoy, président; Albert Robin, Thoinot et Richaud.) — M. AUGIER. Traitement du rhumatisme chronique déformant progressif par les agents physiques et les eaux d'Evian-les-Bains. (MM. Albert Robin, président; Dieulafoy, Thoinot et Richaud.) — M. BOICHUT. Contribution à l'étude des déterminations pulmonaires primitives du rhumatisme articulaire aigu (congestion pulmonaire rhumatismale). (MM. Thoinot, président ; Dieulafoy, Albert Robin et Richaud.) — M. CABIRAN. Les faux bacilles de Koch de l'expectoration. (Contribution à l'étude du diagnostic de la tuberculose pulmonaire). (MM. Debove, président; Gilbert, Gilbert Ballet et Fernand Bezançon.) — M. GODART. Ménopause précoce et obésité. (MM. Debove, président ; Gilbert, Gilbert Ballet et Fernand Bezançon.) — M. MONCENIA. Contribution à l'étude du gaïaforme. Son action sur les sueurs des phtisiques. (MM. Gilbert, président ; Debove, Gilbert Ballet et Fernand Bezançon.) — M. DEQUIDT. A propos d'un cas d'aboulie. Réflexions cliniques et pathogéniques. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Gilbert et Fernand Bezançon.) — M. RENDU. Des lésions hépatiques d'origine appendiculaire et leur retentissement gastrique. (MM. Raymond, président; Hutinel, Chantemesse et Castaigne.) — M. OLBERT. La cuti-réaction à la tuberculine. Etude clinique, anatomopathologique et critique. (MM. Raymond, président; Hutinel, Chantemesse et Castaigne.) — M. BATIGNE. La cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Raymond, Chantemesse et Castaigne.) — M. CHENEL. La diphtérie au Havre (1880-1907). (MM. Chantemesse, président; Raymond, Hutinel et Castaigne.) — M[lle] GUNSBOURG. Contribution à l'étude du prolapsus utérin chez les nullipares. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.) — M. RION. De l'emploi rationnel de l'écarteur Tarnier. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.) — M. BRIFFAZ. Les rapports cliniques entre la phthiriase de la tête et quelques affections oculaires externes. (MM. de Lapersonne, président ; Pozzi, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.) — M. MANICOT. Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par le curage digital suivi d'écouvillonnage. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Pozzi, de Lapersonne et Jeannin.) — M. HEITZ-BOYER. Instrumentation et technique nouvelles de suture. (MM. Albarran, président; Quénu, Marion et Morestin.) — M. LAUDY. Considérations sur la goutte et sur son traitement. (MM. Albarran, président; Quénu, Marion et Morestin.) — M. DREUX. Contribution à l'étude des métacarpiens en général et en particulier du premier métacarpien. (MM. Quénu, président; Albarran, Marion et Morestin.)

Mercredi 22 juillet, à une heure. — M. PESTEL. Traitement par les rayons X de la tuberculose cutanée végétante. (MM. Gariel, président; Pouchet, Blanchard et Branca.) — M. BLUSSON. Contribution à l'étude du cinnamate de soude. Son action physiologique et son action dans la tuberculose pulmonaire. (MM. Pouchet, président; Gariel, Blanchard et Branca.) — M. FOATELLI. La tuberculose, accident du travail et maladie professionnelle. (MM. Blanchard, président; Gariel, Pouchet et Branca.) — M. BLAIZOT. Recherches sur l'évolution de l'utérus chez l'aconthia vulgaris. (MM. Blanchard, président; Gariel, Pouchet et Branca.) — M. CAILLODS. Grossesse et accouchement chez les primipares âgées. Pronostic pour l'enfant. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Reclus et Couvelaire.)

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Obissier (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Gairal (de Carignan), président de l'Union des syndicats médicaux, membre du Conseil supérieur de la mutualité. — Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations à l'aimable président du Congrès des praticiens en 1907 et 1908.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Achard, Auvray, Bezançon, Déjerine, Kirmisson, Langlois, Marion et Thoinot (de Paris), André, Bonin et Hoche (de Nancy), Ardin-Delteil (d'Alger), Briand (de la Roche-sur-Yon), Cassaët, Cavalié et Chavannaz (de Bordeaux), Fabre, Moreau et Pic (de Lyon), Fage (d'Amiens), Carrière, Ernest Gérard Georges Gérard et Tavernier (de Lille), Grynfelt et Jeanbrau (de Montpellier), Guilhem et Marie (de Toulouse), Jeanne (de Rouen), Le Damany (de Rennes), Lepetit (de Clermont), Longuet et Mesnard (de Rouen), Monod (de Pau), Ramaroni (de Bastia), Gibert, Deschamps, Romeyer et Salva (de Grenoble), Roux de Brignolles (de Marseille).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Couvelaire, Jeanselme, Jousset, Labbé, Lecène, Pierre Marie, Potocki, Richaud (de Paris), Andérodias et Cruchet (de Bordeaux), Angot (de Laval), Assicot et Bondouy (de Rennes), Aubert et Olmer (de Marseille), Audigé, Dalous, Daunic et Laborde (de Toulouse), Boulud, Lépine et Patel (de Lyon), Brin (d'Angers), Cabannes, Derrien et Mandou (de Montpellier), Chéry, Collin et Sencert (de Nancy), David (de Dijon), Debeyre et Duval (de Lille), Devé (de Rouen), Donnet (de Limoges), Montané (de Périgueux), Rouchy (de Poitiers).

GUERRE. — Sont proposés au titre de la réserve et de la territoriale :

Pour officier de la Légion d'honneur. — MM. les médecins-majors de première classe Grosclaude, Chatin et Pozzo di Borgo; — M. le médecin principal de deuxième classe Teissier.

Pour chevalier de la Légion d'honneur. — M. le médecin-major de première classe Bouteloup; — M. le médecin aide-major de première classe Puech; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bordas et Boury; — MM. les médecins-majors de première classe Bouchon, Maubrac, Cohadon, Deschamps et Roussy; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Carlier et Girod; — M. le médecin-major de première classe Bruncher; — M. le médecin-major de deuxième classe Delagenière; — M. le médecin-major de première classe Gosselin; — M. le médecin-major de deuxième classe Gasser; — M. le médecin aide-major de première classe Rodier; — M. le médecin-major de deuxième classe Rollet.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Les distinctions suivantes sont accordées :

Médaille d'or. — M. le docteur Morsly (de Constantine).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Brenta (d'Alger) et Amor ben Mohammed (de Bône).

Médailles de bronze. — MM. le docteur Davet (de Philippeville), Arroux, interne à Oran, et Boniface, interne à Bône.

Mentions honorables. — MM. Epaulard, médecin aide-major à Laghouat; Murat, médecin des hôpitaux d'Alger, et Fourest, interne à l'ambulance d'El Kettar.

— Une médaille de bronze, pour services rendus à l'Assistance publique, est décernée par le ministre de l'Intérieur à M. le docteur Baraillaud (de Saïda).

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER (Cours de vacances). — DOUZE LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE DES OS ET DES ARTICULATIONS, du 1er au 12 août 1908, par le docteur Ménard, chirurgien en chef, avec le concours des docteurs Andrieu et Calvé, chirurgiens-assistants.

PROGRAMME DES COURS. — *1er août.* — M. le docteur Ménard : Généralités sur la tuberculose osseuse et articulaire. Evolution et traitement.

2 août. — M. le docteur Ménard : Mal de Pott. Anatomie pathologique. Examen des pièces et de radiographies.

3 août. — M. le docteur Andrieu : Mal de Pott. Etude clinique. Mal de Pott cervical, dorsal, lombaire, sous-occipital.

4 août. — M. le docteur Ménard : Mal de Pott. Traitement.

5 août. — M. le docteur Ménard : Coxalgie. Anatomie pathologique. Examen des pièces. Radiographies.

6 août. — M. le docteur Calvé : Coxalgie. Etude clinique.

7 août. — M. le docteur Ménard : Coxalgie. Traitement.

8 août. — M. le docteur Andrieu : Tuberculose du genou.

9 août. — M. le docteur Calvé : Tuberculose du poignet et des os de la main (spina ventosa).

10 août. — M. le docteur Andrieu : Tuberculose du tarse.

11 août. — M. le docteur Calvé : Tuberculose du coude et de l'épaule.

12 août. — M. le docteur Ménard : Ostéite tuberculeuse et ostéite syphilitique.

Ces leçons seront accompagnées de démonstrations pratiques : Appareils plâtrés, traitement des abcès froids, présentations de malades.

Le cours aura lieu le matin à dix heures et demie, à l'hôpital maritime. Il sera ouvert aux étudiants en médecine et aux docteurs français et étrangers. Droit d'inscription : 50 francs (les internes des hôpitanx de Paris sont dispensés de ce droit).

Se faire inscrire par lettre adressée au docteur Calvé, ou au docteur Andrieu, chirurgiens-assistants de l'Hôpital maritime, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 22 juillet 1908, à une heure (fin). — M. MANVILLE. Contribution à l'étude de l'influence du diamètre de la tête fœtale sur la marche du travail. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Reclus et Couvelaire.) — M. RIOU. De l'appendicite chronique. Symptomatologie. Des résultats tardifs de l'opération. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. ZACHAROPOULOS. Technique de l'appendicectomie. (MM. Reclus, président; Pinard, Kirmisson et Couvelaire.) — M. DENANCE. Du hoquet incoercible. (MM. Brissaud, président; Roger, Marcel Labbé et Lœper.) — M. SAUVEROCHE. Crises gastriques prolongées des tabétiques morphinomanes. (MM. Brissaud, président; Roger, Marcel Labbé et Lœper.) — M. GRANDCHAMP. La typho-bacillose de Landouzy. (MM. Brissaud, président; Roger, Marcel Labbé et Lœper.) — M. DELARBRE. Recherches expérimentales sur l'antagonisme du bacille pyocyanique et du bacille charbonneux. (MM. Roger, président; Brissaud, Marcel Labbé et Lœper.) — M. DAVIOT. Etude sur la recherche et l'ablation des corps étrangers de l'organisme et en particulier des aiguilles, sous le contrôle direct des rayons X. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. DESMOULINS. Valeur comparative des anastomoses musculo-tendineuses et des transplantations périostales directes dans le traitement du pied bot paralytique. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. OUDOT. Traitement de la sinusite maxillaire par les lavages. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. TOMASINI. Contribution à l'étude des ostéo-sarcomes du maxillaire inférieur. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. BURGAUD. Le sarcome primitif de l'estomac. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.)

Jeudi 23 juillet, à une heure. — Mlle REIFF. Emphysème sous-cutané généralisé au cours de la tuberculose pulmonaire. (MM. Dieulafoy, président; Pierre Marie, Jeanselme et Fernand Bezançon.) — M. MALTERRE. De la tuberculose galopante des amygdales. (MM. Dieulafoy, président; Pierre Marie, Jeanselme et Fernand Bezançon.) — M. SIMARD. Des hémorragies au cours de la gangrène pulmonaire. (MM. Dieulafoy, président; Pierre Marie, Jeanselme et Fernand Bezançon.) — M. LOGEAY. Contribution à l'étude des gommes syphilitiques précoces. (MM. Pierre Marie, président; Dieulafoy, Jeanselme et Fernand Bezançon.) — M. HENRY. L'hôpital Broca (étude historique et sociale). (MM. Debove, président; Albert Robin, Gilbert Ballet et Castaigne.) — M. BONHOMME. Le gui en thérapeutique. Son action sur le travail relatif du cœur. Son emploi comme hypotenseur dans les hémoptysies et l'artério-sclérose. (MM. Debove, président; Albert Robin, Gilbert Ballet et Castaigne.) — M. DE PENIS DE LACOMBE. Contribution à l'étude de la valeur nutritive des céréales. (MM. Albert Robin, président; Debove, Gilbert Ballet et Castaigne). — M. CAUJON. Etude séméiologique sur les débiles moraux à réaction antisociale. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Albert Robin et Castaigne.) — M. LEMUET. De la différence de volume des deux seins chez la femme à l'état physiologique. (MM. Pouchet, président; Chantemesse, Raymond et Langlois.) — M. STODEL. Les colloïdes en biologie et en thérapeutique. Le mercure colloïdal électrique. (MM. Raymond, président; Pouchet, Chantemesse et Langlois.) — M. VENTRON. De la myélite syphilitique à début par troubles d'incontinence d'urine. (MM. Raymond, président; Pouchet, Chantemesse et Langlois.) — M. GUILLERMONT. Les services d'hygiène de la Ville de Paris en 1908. (MM. Chantemesse, président; Pouchet, Raymond et Langlois.) — Mlle FELMANN. Les tétanies symptomatiques. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Gouget et Claude.) — M. HULEUX. Contribution à l'étude de la tuberculose à l'école primaire et de quelques points de sa prophylaxie. Inspection médicale, cantines scolaires, écoles de plein air. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Gouget et Claude.) — M. NOUHAUD. Rapports entre la chorée et l'hystérie. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Gouget et Claude.) — M. DEBORDES. Le médecin et la loi sur les accidents du travail. (MM. Thoinot, président; Hutinel, Gouget et Claude.) — M. MONNET. Le stéréoscope de Pigeon et ses applications en ophtalmologie. (MM. de Lapersonne, président; Albarran, Marion et Auvray.) — M. DUPUY. Traitement du rein mobile. De la néphropexie à lambeaux capsulaires combinée à la néphrotomie. (MM. Albarran, président; de Lapersonne, Marion et Auvray.) — M. CAUCHOIS. Splénomégalie chronique d'origine pyléthrombosique. (MM. Gilbert, président; Achard, Desgrez et Richaud.) — M. GIRAUDEAU. Contribution à l'étude de l'hyperkératose papillaire linguale. (MM. Gilbert, président; Achard, Desgrez et Richaud.) — M. SOURDEAU. L'ionisation en dermatologie (conclusions de six ans de pratique hospitalière 1902-1908). (MM. Gilbert, président; Achard, Desgrez et Richaud.)

Vendredi 24 juillet, à une heure. — M. WOLFF. De la rétention complète des membranes après l'accouchement à terme ou près du terme. (MM. Pinard, président; Auguste Broca, Potocki et Couvelaire.) — M. SIBILLE. Traitement des hémorragies par l'insertion basse du placenta (d'après les observations de la clinique Baudelocque). (MM. Pinard, président; Auguste Broca, Potocki et Couvelaire.) — Mme MONNIER. De la syphilis héréditaire d'origine paternelle. (MM. Pinard, président; Auguste Broca, Potocki et Couvelaire.) — M. GERVAIS. Les céphalées d'origine génitale. (MM. Pouchet, président; Pierre Marie, Richaud et Zimmern.) — M. BOSSOREIL. Contribution à l'étude de l'action des substances médicamenteuses sur l'utérus (excitants, emménagogues, abortifs). (MM. Pouchet, président; Pierre Marie, Richaud et Zimmern.) — M. DEBORD. Des ulcères mixtes des jambes. (MM. Pierre Marie, président; Pouchet, Richaud et Zimmern.) — M. CARON. Contribution à l'étude de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale. (MM. Pierre Marie, président; Pouchet, Richaud et Zimmern.) — M. LEBORGNE. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hallux valgus (ses rapports avec la tuberculose). (MM. Brissaud, président; Thoinot, Marcel Labbé et Lœper.) — M. THYEBAULT. Coexistence de la cirrhose hépatique, de la tuberculose pulmonaire et de la polynévrite chez les alcooliques. (MM. Brissaud, président; Thoinot, Marcel Labbé et Lœper.) — M. GOIFFON. Opothérapie gastrique et psychothérapie (étude clinique). (MM. Brissaud, président; Thoinot, Marcel Labbé et Lœper.) — M. VASSELIN. Contribution à l'étude de la simulation et de l'interprétation des accidents du travail. (MM. Thoinot, président; Brissaud, Marcel Labbé et Lœper.) — M. DUPAU. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne. (MM. Reclus, président; Tuffier, Lecène et Ombrédanne.) — M. FAFET. De la conduite à tenir en face des traumatismes du poumon. (MM. Reclus, président; Tuffier, Lecène et Ombrédanne.) — M. PUJOL. Contribution à l'étude de la sporotrichose (sporotrichose de l'épiderme). (MM. Reclus, président; Tuffier, Lecène et Ombrédanne.) — M. HOULMANN. Anémie pernicieuse à rechutes; évolution de l'anémie pernicieuse. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. GIROD. Contribution à l'étude de la torsion de l'utérus produite par les tumeurs utéro-annexielles. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. MATRY. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives du squelette thoracique (côtes et sternum). (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. MATTRAITS. De l'omentovolvulus ou torsion du grand épiploon. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.) — M. DEBONNELLE. Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche. (MM. Segond, président; Delens, Gosset et Proust.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

ÉTUDE CLINIQUE DE LA MÉNINGITE SATURNINE (2)

Par M. Marcel PINARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Avec MM. Mosny et Malloizel (3), nous définirons la méningite saturnine : « l'expression anatomo-clinique plus ou moins fruste, d'une réaction méningée que la ponction lombaire permet toujours de reconnaître.. »

Dans le groupe de l'encéphalopathie, on faisait rentrer des accidents bien différents par leur origine et par leurs signes cliniques. Les uns dépendant de l'urémie ou de l'artério-sclérose cérébrale, les autres réclamés du moins encore actuellement par l'hystérie.

La ponction lombaire, après avoir révélé l'extrême fréquence des réactions méningées saturnines, a permis de séparer, à coup sûr, les méningo-encéphalites dues à l'action directe du plomb sur les centres nerveux, des autres syndromes cérébraux dépendant d'altérations diverses, vasculaires le plus souvent, d'origine parasaturnine, néanmoins.

Les accidents nerveux n'avaient que peu attiré l'attention des médecins qui avaient étudié la colique de plomb. Mérat, en 1812, les considérait comme des complications tout à fait indépendantes du saturnisme.

Il n'existait que quelques observations isolées, lorsque Tanquerel des Planches (4) créa le mot encéphalopathie saturnine en même temps que Grisolle (5) et Nivet (6) étudiaient le même sujet. Puis, des observations nouvelles nombreuses viennent se ranger dans les quatre formes, délirante, convulsive, comateuse ou mixte décrites par Grisolle et Tanquerel.

Charcot, Debove, Achard montrent la fréquence des accidents hystériques chez les saturnins. On rattache alors à la névrose avec les anesthésies, les hémiplégies sensitivo-motrices et les attaques apoplectiques des saturnins.

Mazin (7), dans sa thèse, étudie les accidents saturnins des poudreuses des fabriques de porcelaine et donne une bonne description clinique de la méningite à forme céphalalgique et des crises épileptiformes.

(2) Travail du service et du laboratoire de M. le docteur Mosny, à l'hôpital Saint-Antoine.
(3) Mosny et Malloizel, *Revue de méd.*, juin 1907.
(4) Tanquerel des Planches. *Journ. hebd.*, t. IV, 1836; — *Maladies du plomb*,
(5) Grisolle. *Journ. hebd.*, 1836; — *Traité de pathologie interne*.
(6) Nivet. *Gazette médicale*, 1836.
(7) Mazin. *Les poudreuses des fabriques de porcelaines*, th. de Paris, 1900.

La question entre alors dans la phase moderne avec MM. Mosny et Malloizel (1), qui donnent la preuve anatomo-pathologique de l'existence de la méningo-encéphalite, en montrant par la ponction lombaire, la presque constance de la lymphocytose céphalo-rachidienne chez les malades atteints de coliques de plomb. Ils donnent une classification et une description des différentes formes de méningites saturnines, les unes pouvant passer inaperçues, les autres à symptomatologie bruyante, basées sur de nombreuses observations cliniques, vérifiées par la rachicentèse et les constatations anatomo-pathologiques.

La méningite saturnine est surtout un accident de l'intoxication professionnelle. Aussi la verra-t-on survenir chez les peintres en bâtiments, les poudreuses de porcelaine et, parmi les métiers nouveaux, les empâteurs dans les fabriques d'accumulateurs électriques et les ouvriers de l'industrie des fausses perles. Elle peut survenir peu de temps après l'exposition à l'intoxication ou, au contraire, au bout d'une période déjà longue. L'intensité de l'intoxcation est variable suivant le métier de l'ouvrier et les mesures prophylactiques qu'il prend pour éviter l'action du poison.

Un facteur étiologique qui a son importance aussi, surtout pour les manifestations tardives, c'est le terrain névropathique, préparé par des prédispositions héréditaires ou acquises.

Pourtant souvent la méningite saturnine s'observe chez des ouvriers jeunes, n'ayant aucune tare névropathique et notamment non alcooliques.

La méningite saturnine est précédée le plus souvent par d'autres accidents saturnins, surtout par des coliques de plomb. Elle peut être aussi, du moins en apparence, une manifestation initiale.

La méningite latente ou fruste est d'une extrême fréquence comme le montre la biopsie. La méningite aiguë ou subaiguë se révélant par des troubles nerveux plus graves, crises épileptiformes et syndrome méningitique plus ou moins complet, est plus rare.

II

Nous étudierons d'abord la méningite saturnine latente.

Cette méningite sans symptômes cliniques appréciables est la forme la plus fréquente. On peut la constater d'une façon précoce chez presque tous les ouvriers exposés à l'intoxication, elle manque généralement chez les vieux saturnins n'ayant plus de coliques depuis longtemps. Cette méningite est purement histologique, elle n'est révélée que par la ponction lombaire. Elle ne se traduit par aucun signe nerveux particulier. Habituellement, elle semble être un accident contemporain de la colique de plomb.

Si l'on pratique la ponction lombaire à ce moment, on constate le plus souvent une légère hy-

(1) Mosny et Malloizel. Saturnisme et lymphocytose céphalo-rachidienne, Soc. de biol., 23 juillet 1604; — *Trib. méd.*, 1904, n° 31.

pertension du liquide céphalo-rachidien et, après centrifugation, la présence d'éléments figurés.

Le plus souvent il s'agit de lymphocytose presque pure : 8 à 10 éléments par champ d'immersion. Dans certains cas d'intoxication massive on peut observer des réactions de 30 à 50 éléments ou plus. Pour cette recherche, MM. Mosny et Malloizel ont insisté sur la nécessité d'une technique rigoureuse et toujours identique à elle-même.

Cette réaction lymphocytaire n'est en rien fonction directe de la colique de plomb. On constate l'association des deux syndromes parce que les malades entrent à l'hôpital pour leur colique. Il n'y a donc là qu'une coïncidence apparente.

La réaction méningée peut manquer au cours d'une colique, comme elle peut s'observer en dehors d'elle : il n'est pas rare de voir des saturnins présenter de petits frissons, une sensation de malaise général, une perte légère de l'appétit et des douleurs vagues continuelles à l'abdomen et aux lombes, le ventre est souple, les urines normales, la ponction lombaire donne issue à un liquide clair, sous forte tension et contenant de 15 à 20 lymphocytes par champ.

Cette méningite évolue souvent d'une façon chronique, présentant, de temps à autres, des poussées brusques. Elle est difficile à suivre, car les saturnins tristes, instables et névropathes ne restent à l'hôpital que le moins possible.

Cette forme de méningite n'aurait qu'un intérêt purement théorique s'il n'existait pas des méningites saturnines graves.

Entre ces deux formes, il existe tous les intermédiaires.

Au cours de la MÉNINGITE FRUSTE, outre une réaction appréciable du liquide céphalo-rachidien, il existe des signes cliniques qui permettent d'en faire le diagnostic. Cette méningite est le plus souvent précoce; elle est assez fréquente.

Elle peut accompagner la colique ou lui succéder, elle peut exister seule.

La céphalalgie est le plus souvent le seul symptôme clinique.

Souvent c'est après quelques mois seulement de travail dans l'industrie du plomb que le malade ressent les premières atteintes de l'intoxication, lassitude, anorexie et vomissements; puis survient une colique de plomb et en même temps qu'elle ou lorsque les douleurs commencent déjà à s'amender, survient une céphalée très vive et continue, atroce quelquefois et résistant à l'antipyrine. Cette céphalalgie s'accompagne d'insomnie, d'agitation et d'hébétude.

Il n'existe aucun autre signe de lésion nerveuse. Cette céphalée persiste quelques jours et disparaît.

La ponction lombaire révèle une hypertension du liquide céphalo-rachidien avec une réaction de 10 à 20 lymphocytes par champ d'immersion en moyenne. Quelquefois on peut constater en outre une légère hémorragie méningée, le liquide est clair, mais le culot est hématique, et sur la préparation on trouve, outre les lymphocytes, des globules rouges et quelques cellules endothéliales.

C'est la *forme céphalalgique* de la méningite saturnine.

La *méningite fruste tardive* est plus rare. Elle peut se révéler par une céphalée plus ou moins intense accompagnée de quelques vomissements cérébraux, de constipation, d'exagération des réflexes tendineux.

La réaction dans ces cas est souvent très forte.

On a voulu rapporter aussi à l'atteinte cérébro-spinale des éruptions cutanées symétriques survenant au cours de ces méningites [purpura, télangiectasies (1)].

III

Les MÉNINGITES AIGUES OU SUBAIGUES peuvent être *précoces* ou *tardives*, leurs symptômes et leur évolution diffèrent.

La MÉNINGITE AIGUE PRÉCOCE (2) éclate en général chez des ouvriers exposés à une intoxication rapide et intense.

La symptomatologie est des plus variables suivant que les lésions prédominent à la base, à la convexité ou le long de l'axe médullaire.

Les symptômes pourront être différemment associés, ce qui rend si variable l'allure de ces méningites.

Chez certains malades les signes bulbaires prédominent, chez d'autres, les crises épileptiformes existent seules ou surviennent au milieu d'un syndrome méningé plus ou moins complet, d'autres fois ce sont les phénomènes d'excitation mentale ou bien d'irritation spinale qui dominent la scène.

C'est ce qui permet de décrire différentes formes, division un peu artificielle et schématique, mais nécessaire, car elle apporte de la clarté dans leur étude.

La FORME MÉNINGITIQUE COMPLÈTE (3) rappelle à s'y méprendre la méningite tuberculeuse. C'est le plus souvent au cours d'accidents douloureux abdominaux qu'éclatent les phénomènes nerveux.

On constate le trépied méningitique, la céphalée plus ou moins vive, les vomissements, la constipation.

La température oscille autour de 38 degrés, quelquefois monte à 39 degrés, la courbe est irrégulière.

Le pouls est ralenti, battant à 50 ou 60 pulsations par minute. Le malade est couché en chien de fusil, fuyant la lumière, présentant de la raideur de la nuque et des membres inférieurs, le plus souvent sans signe de Kernig. Le ventre est rétracté, l'hyperesthésie cutanée est prononcée.

En même temps la somnolence, le délire, l'incohérence, les crises épileptiformes viennent compléter le tableau symptomatique.

Les troubles bulbaires ne sont pas rares. Certains malades présentent de la respiration de Cheyne-Stokes ou bien de la paralysie du facial supérieur ou inférieur.

---

(1) MOSNY et MALLOIZEL. Un cas de télangiectasies acquises généralisées chez un saturnin, *Tribune méd.*, 11 nov. 1905.

(2) MOSNY et MALLOIZEL. Note sur une forme d'encéphalopathie saturnine, méningo-encéphalite saturnine aiguë précoce, Acad. de méd., 25 avril 1905.

(3) MOSNY et Marcel PINARD. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1908, p. 484.

Quoique plus rares, le strabisme, l'amblyopie, la perte du réflexe pupillaire à la lumière, l'inégalité des pupilles peuvent rendre encore plus frappante la ressemblance avec la méningite tuberculeuse.

Au début lorsque la colique de plomb n'est pas tout à fait classique, il est difficile de faire la part de ce qui appartient à la colique ou à la méningite, notamment pour certains symptômes communs aux deux états, la rétraction du ventre, les vomissements, la constipation, le ralentissement du pouls.

Les symptômes méningés durent de cinq à dix jours, quelquefois plus longtemps.

La fièvre diminue en même temps que le malade devient plus éveillé, les vomissements cessent, la céphalée diminue et progressivement avec la chute de la température, la cessation de la constipation et la crise urinaire, s'établit la convalescence. Il est nécessaire de reprendre quelques particularités de cette évolution.

La *fièvre* doit tout d'abord retenir l'attention. Elle manque dans les coliques de plomb simples. Cette fièvre est en général peu élevée, restant autour de 38 degrés, pouvant atteindre et dépasser 39 degrés sans y rester longtemps, avec des rémissions faibles et des oscillations souvent irrégulières, la défervescence survient le plus souvent en lysis.

Le *syndrome urinaire* est important à étudier, les urines peu abondantes ne contiennent généralement pas d'albumine. Au début on observe la crise urinaire habituelle de la colique de plomb, sur laquelle ont insisté MM. Mosny et Malloizel, consistant en une décharge d'urée et, deux jours après, en une décharge de chlorures lorsque le taux de l'urée est redevenu normal.

Pendant le cours de la méningite l'urée reste normale, tandis que les chlorures diminuent; à la fin la décharge d'urée et de chlorures se produit en même temps.

L'*examen du sang* donne également des renseignements utiles, l'anémie très accentuée pendant la crise diminue assez rapidement en même temps que la leucocytose est intense partout, surtout sur les polynucléaires. Après la crise le rapport des globules blancs redevient normal. On observe aussi de fréquentes hématies à granulations basophiles.

L'*examen du liquide céphalo-rachidien* vient enfin fournir la preuve absolue. Le liquide clair, hypertendu contenant une plus grande quantité d'albumine que normalement révèle pendant l'accès une lymphocytose brusque, aiguë, aussi abondante que les réactions de méningites tuberculeuses. Cette lymphocytose est lentement régressive.

La FORME ÉPILEPTIQUE (1) est une des plus fréquentes; les crises épileptiformes peuvent faire partie du syndrome précédent (2) mais souvent elles évoluent pour leur propre compte, étant accompagnées ou non de céphalée. Elles sont le plus souvent généralisées, elles peuvent être larvées ou partielles.

(1) A. BADIE. *Des formes cliniques de l'épilepsie saturnine*, Th. de Lyon, 1907.

(2) Léon BERNARD et J. TROISIER. Soc. méd. des hôpit., 22 mai 1908.

C'est souvent à la fin d'une colique que surviennent les accidents convulsifs; le plus souvent au cours d'une intoxication chronique, quelquefois à la suite d'une intoxication aiguë (1).

Le prodrome le plus fréquent est la céphalée ; dans certains cas il existe une aura variable suivant les sujets, mais le plus souvent il s'agit d'une sorte de vertige, le cri initial est inconstant. La perte de connaissance est subite et complète.

A la phase des convulsions toniques qui dure peu, succèdent les convulsions cloniques.

A signaler l'absence des salutations et des attitudes propres à l'hystérie. On observe quelquefois la morsure de la langue, tandis que l'émission involontaire d'urines ou de matières est exceptionnelle.

Enfin l'accès, d'assez courte durée le plus souvent, se termine par une période de sommeil semi-comateux durant plusieurs heures.

Au réveil, il persiste de la lourdeur céphalique, un état vertigineux et de l'obnubilation intellectuelle. Le malade n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis le moment où il a perdu connaissance. Les accès sont en général isolés, ils peuvent se répéter plusieurs fois par jour ou bien ne se reproduisent qu'après un intervalle de quelques jours, quelquefois ils sont subintrants.

On peut observer des vomissements au cours des crises convulsives, même après la fin de la colique de plomb.

Le pouls est ralenti et toujours hypertendu. Cette hypertension de 20 à 25 est d'ailleurs très variable pendant la durée de l'accès.

L'absence d'albumine dans les urines est la règle, sauf si le malade présente un certain degré de sclérose rénale due à son intoxication.

Ces accès convulsifs sont sous la dépendance d'une lésion des enveloppes centrales ; en effet, au cours des crises analogues d'hystérie, d'éclampsie puerpérale ou d'épilepsie dite essentielle, il n'existe aucun élément dans le liquide céphalo-rachidien, au contraire dans l'épilepsie saturnine, la réaction lymphocytaire est constante. Cette réaction est plus forte après l'accès, elle est aiguë, car on constate de gros mononucléaires isolés et quelques polynucléaires. Il existe aussi quelquefois au moment de la crise une légère hémorragie méningée traduisant la congestion intense des méninges.

La FORME PSYCHIQUE s'observe de temps à autre. Les saturnins présentent quelquefois des vésanies passagères. Le plus souvent, les choses se passent de la façon suivante :

Après une colique de plomb, les malades perdent la raison, délirent, parlant continuellement avec des personnes imaginaires. Puis après ce délire de parole et d'action, mais toujours relativement calme, survient une période d'abattement qui précéda la guérison complète.

Dans la FORME SPINALE, il n'y a pas de signes cérébraux ou seulement de la céphalée. On trouve des douleurs lombaires irradiées dans les membres infé-

(1) Denison STEWART. Crises épileptiques à la suite d'ingestion de gâteaux colorés au chromate de plomb, *Med. News*, 1887.

rieurs, des paralysies, faiblesse et dérobement des jambes, des signes d'irritation du faisceau pyramidal, exagération des réflexes, clonus du pied, orteils en griffe, des troubles sensitifs, anesthésie au toucher, à la douleur, à la chaleur.

En général, ces troubles sont peu marqués, mais même dans ces cas on peut trouver une forte réaction méningée.

Les méningites aiguës ou subaiguës peuvent être TARDIVES.

Il en existe deux variétés.

La première est connue sous le nom de PARALYSIE GÉNÉRALE SATURNINE (1) dont l'origine plombique était admise déjà par Delasiauve, Marcé, Falret, Bucquoy, C'est une méningo-encéphalite diffuse comparable à la paralyrie générale syphilitique. Elle peut succéder à une des formes précédentes. Pour Magnan, Vallon, elle serait susceptible de régression.

On l'a vue suivre une marche progressive (2), dans ce cas Sicard a trouvé une lymphocytose céphalo-rachidienne extrêmement abondante.

La seconde forme correspond à des faits encore obscurs, rangés sous la rubrique PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SATURNINE (3).

Cette forme est non seulement régressive, mais susceptible de guérison complète.

Parmi les signes prodromiques il faut noter encore la céphalée, pouvant précéder d'un ou deux mois l'apparition des autres accidents. Les malades deviennent tristes, préoccupés, parlent peu, pleurent fréquemment, parlent la nuit avec des personnages imaginaires. Il existe de la faiblesse musculaire généralisée, des soubresauts musculaires, du tremblement.

A certains moments la lucidité est complète, la mémoire intacte, à d'autres surviennent des obsessions, de la confusion mentale, mais il n'y a pas de démence. Il existe de l'embarras de la parole, la lecture fatigue vite, l'écriture est tremblée et certaines lettres sont oubliées. Les réflexes sont exagérés, l'hyperesthésie est la règle.

Cette pseudo-paralysie générale saturnine éclate brusquement et atteint du premier coup son apogée. Les troubles s'amendent et disparaissent avec l'élimination du poison.

Ces deux formes de méningite tardive peuvent passer à la CHRONICITÉ, ces malades devenant de véritables paralytiques généraux, lypémaniaques avec *tendance* au suicide.

Enfin l'intoxication saturnine observée chez les enfants, se manifestant le plus souvent par des phénomènes méningés, pourrait être héréditaire, comme l'ont prétendu Constantin Paul, Berger (4), Legrand et Winter, Porak.

(1) RÉGIS. De l'encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paralysie générale progressive, in *Ann. méd.-psychol.*, 1880.

(2) VALLON. Congrès des médecins aliénistes, Blois, 6 août 1892. C. r. in *Semaine méd.*, 1892, p. 306.

(3) MEYER. *Pseudo-paralysie générale d'origine saturnine*, Th. de Paris, 1881. — PORELLE. *De la pseudo-paralysie générale d'origine saturnine*, Th. de Paris, 1888-1889.

(4) BERGER. *Berl. klin. Wochens.*

IV

ASSOCIATIONS MORBIDES DE LA MÉNINGITE SATURNINE. — Elles sont fréquentes.

Elles dépendent d'accidents saturnins vrais comme les paralysies ou d'accidents parasaturnins ; c'est ici le lieu de rappeler la prétendue fréquence des manifestations hystériques, anesthésies, hémiplégie sensitivo-motrice. A ce point de vue le plomb semble agir comme un traumatisme. On prévoit tous les problèmes que cette question peut soulever, tant en neuro-pathologie qu'en médecine légale, au sujet des accidents du travail.

L'alcoolisme est bien souvent aussi associé au saturnisme, mais l'association la plus embarrassante, la plus grave peut-être, c'est l'hybridité syphilo-saturnine (1).

Nous avons déjà vu quelques complications de ces méningites au cours de cette étude notamment les éruptions symétriques, régulièrement distribuées suivant des territoires nerveux ; nous insisterons aussi sur une des complications les plus curieuses : l'*amaurose* (2).

Cette amaurose est très fréquente chez les saturnins, elle fait suite à la colique de plomb ; le plus souvent elle s'améliore et guérit en peu de temps. Quelquefois elle persiste sans changement.

Il semble à l'heure actuelle que cette amaurose, si variable cliniquement, dépende d'altérations bien différentes. L'inhalation de nitrite d'amyle suffit quelquefois à faire disparaître momentanément l'amaurose, en même temps que la tension artérielle est abaissée (3).

Mais en dehors de l'hypertension artérielle et de la neuro-rétinite albuminurique, qui séparées ou combinées tiennent incontestablement de nombreux cas sous leur dépendance, il semble que la lésion directe de la cellule nerveuse par le plomb joue aussi un grand rôle pathogénique.

La méningo-encéphalite saturnine avec l'hydrocéphalie qui l'accompagne permet d'expliquer des lésions du chiasma ou de la paroi intracranienne du nerf optique, suivies d'amaurose, sans qu'il y ait de lésions visibles à l'ophtalmoscope et avec intégrité du réflexe pupillaire (4).

Dans d'autres cas enfin, on a constaté une neuro-rétinite spéciale, non albuminurique, due à l'inflammation et à l'atrophie du nerf optique ; la vue se perd rapidement et complètement.

Ces différentes pathogénies diminuent de jour en jour le nombre des cas d'amaurose d'origine hystérique.

Nous avons vu l'évolution variable de ces formes différentes de méningites, les unes latentes ou

(1) BOIDIN et P. WEILL. *Méningite syphilitique secondaire aiguë*, *Prov. méd.*, 1907, n° 85.

(2) WEBER. *De l'amaurose saturnine*, Th. de Paris, 1884-1885.

(3) RIST et BORNAIT-LEGUEULE. Amaurose saturnine et hypertension artérielle, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1906, p. 633.

(4) MOSNY et HARVIER. Méningo-encéphalite aiguë saturnine suivie d'amaurose hystérique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1907, p. 1344.

frustes, évoluant rapidement vers la guérison, les autres aiguës, y arrivant plus lentement, enfin dans d'autres cas pouvant se terminer soit par la mort soit par la déchéance mentale (1).

V

Le DIAGNOSTIC de la méningite saturnine repose sur les signes cliniques d'abord et sur l'examen biopsique du liquide céphalo-rachidien qui vient en fournir la preuve.

Nous avons vu le tableau clinique si variable de ces méningites. Peu ou pas de signes dans les formes latentes et frustes, la céphalée le plus souvent pouvant seule y faire penser.

Dans les syndromes plus complets l'origine saturnine de ces accidents doit être soupçonnée par les anamnestiques (profession du malade, coliques de plomb antérieures), par les autres signes d'intoxication par le plomb (liséré de Burton, tatouage des joues, parotidites, pouls en fil de fer de Stoll, enfin l'anémie prononcée avec hématies à granulations basophiles).

Mais la ponction lombaire est indispensable au diagnostic. Elle révèle les formes bénignes. Elle montre par l'intensité de la réaction l'intensité du processus méningé.

Elle permet tout d'abord d'écarter les troubles nerveux indépendants de la méningite qui sont si fréquents chez les saturnins.

Les uns, fonctionnels, relèvent de la névrose toxique si souvent surajoutée aux lésions centrales chez ces malades.

Les autres, organiques, dépendent d'une paralysie périphérique ou d'une lésion due à l'artério-sclérose, à l'urémie, à l'hémorragie cérébrale.

Ce sont ces troubles qui avaient contribué à former le groupe si confus de l'encéphalopathie saturnine; ce sont des accidents parasaturnins, ils sont bien distincts de la méningite et d'autant plus faciles à reconnaître que chez ces vieux saturnins atteints de sclérose vasculaire ou rénale la rétention du liquide céphalo-rachidien est nulle le plus souvent.

Jusqu'alors les examens cytologiques du liquide céphalo-rachidien des urémiques étaient restés négatifs, même au cours de crises convulsives.

MM. Lépine (2), Chauffard (3) ont cité des exemples de syndromes méningés chez des urémiques accompagnés de leucocytose céphalo-rachidienne.

On prévoit donc la difficulté du diagnostic dans certains cas, quoique la preuve de la relation entre l'urémie et les leucocytoses rachidiennes soit loin d'être établie.

Les crises de délirium tremens, d'éclampsie puerpérale, d'épilepsie essentielle, seront aisément reconnues cliniquement, de plus la ponction lombaire montre l'absence d'éléments figurés.

(1) MOSNY et HARVIER. L'amaurose saturnine trouble fonctionnel ou lésion organique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1908, p. 268.

(2) LÉPINE. Méningite urémique? *Semaine méd.*, 1907, n° 31.

(3) CHAUFFARD. Urémie aiguë et polynucléose céphalo-rachidienne, *Semaine méd.*, 1907, n° 46.

Il n'en est pas de même pour certains cas d'épilepsies tardives dont l'origine n'est pas démontrée, qui semblent relever de processus méningés chroniques et qui s'accompagnent après les accès de réactions abondantes mais fugaces.

Certains cas de méningite saturnine ont fait penser à la méningite cérébro-spinale (1).

Là encore, la rachicentèse donne la clef du diagnostic par l'aspect du liquide, les examents directs, les inoculations et les cultures.

Malgré la ressemblance quelquefois très grande avec la méningite tuberculeuse, la confusion sera facilement évitée par une bonne séméiologie.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, la recherche du bacille de Koch et l'inoculation au cobaye apporteront les preuves scientifiques.

Mais la cause d'erreur la plus fréquente et la plus difficile à éviter sera incontestablement la syphilis, si souvent niée, si souvent ignorée ou méconnue. Il faut la soupçonner dans toutes les formes, crises épileptiques, méningites aiguës, paralysie générale, La difficulté est d'autant plus grande que la ponction lombaire donne souvent des résultats comparables.

Peut-être trouvera-t-on dans la séro-réaction de Wassermann une aide utile, mais actuellement s'il reste place pour le moindre doute, il faut immédiament instituer le traitement mercuriel intensif.

Le plomb peut donc porter son action nocive sur les centres nerveux et leurs enveloppes (2).

Meillère (3) en a apporté la preuve chimique, en montrant la localisation, en quelque sorte élective, du poison sur la substance grise du cerveau, alors que la substance blanche en contient très peu.

Il a montré également que le cerveau était l'organe où le plomb persistait le plus souvent chez les sujets soustraits à l'intoxication saturnine.

Cette atteinte, appréciable souvent cliniquement, toujours par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, constitue la méningite saturnine.

Elle est donc, nous insistons à dessein, bien différente des troubles cérébraux d'origine parasaturnine : urémie, artério-sclérose cérébrale, névrose toxique.

Les accidents nerveux sont sous la dépendance directe du poison. Si dans certains cas on constate une légère hémorragie méningée, elle n'est pas la règle, et bien loin d'être la cause de la méningite, elle en dépend.

Il est intéressant de rapprocher les méningites saturnines de certaines méningites microbiennes.

Ainsi ces méningites latentes et frustes causées par le plomb ne présentent-elles pas des analogies frappantes avec la méningite ourlienne par exemple?

De même syphilis et saturnisme frappent identiquement les centres nerveux. M. Widal a attiré

(1) SPERONI, Soc. anat., 18 janv. 1907.

(2) TROISIER et LAGRANGE. Recherche du plomb dans l'encéphale d'un saturnin mort d'accidents épileptiformes d'origine saturnine, *Gazette méd.*, 1874.

(3) MEILLÈRE. *Le saturnisme*, Paris 1903, et Contribution apportée à l'étude du saturnisme par les recherches chimiques, *Tribune méd.*, 6 juillet 1907.

l'attention sur ces réactions méningées légères, décelables seulement par la ponction lombaire, au cours de la période secondaire de la syphilis. Quant aux méningites syphilitiques aiguës avec grosse réaction, on en connaît la fréquence.

Une fois de plus est donc vérifiée cette loi de pathologie générale : l'évolution parallèle des processus microbiens et toxiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1908)

Batellerie fluviale et santé publique. — MM. CHANTEMESSE et POMÈS. La loi d'hygiène de 1902 a oublié la batellerie fluviale. Et cependant, ces maisons flottantes constituent des types d'habitations insalubres, plus dangereuses que toutes autres puisque leur mobilité les soustrait à l'observation et aux mesures de prophylaxie.

Ainsi la scarlatine qui a fait tant de ravages à Paris s'est acheminée tranquillement à l'insu de tous à travers les méandres des canaux, du Nord de la Belgique à Paris.

La maladie a pu se répandre ainsi clandestinement par le fait des mariniers, que la loi n'oblige à aucune déclaration et dont la principale préoccupation est d'éviter toute visite administrative.

Il est d'observation certaine que les chalands, surtout quand ils sont anciens, renferment tous des rats, qu'ils reçoivent des autres chalands ou qu'ils prennent directement dans les ports. Rouen et Anvers en fournissent beaucoup à la batellerie. Si la peste était importée au Havre par un navire, elle arriverait facilement, grâce aux péniches chargées de rats, à Rouen d'abord et ensuite à Paris.

MM. Chantemesse et Borel ont déjà fait connaître le rôle de la batellerie fluviale dans le transport du choléra de la mer Caspienne jusqu'à Berlin et Hambourg, en 1905.

Si le transport du choléra par les bateaux fluviaux, ajoutent-ils, est un phénomène rare, la transmission d'autres maladies contagieuses : scarlatine, variole, typhus, fièvre typhoïde, etc., s'observe beaucoup plus souvent et ne rencontre l'obstacle d'aucune mesure administrative spéciale.

Ces bateaux sont du reste des habitations insalubres au premier chef; il suffit, dit M. Chantemesse, d'en visiter quelques-uns pour s'en convaincre. D'un tonnage brut ordinaire de 300 à 400 tonnes, ils portent en moyenne 5 à 6 personnes : père, mère, 3 ou 4 enfants et un pilote. Tout ce monde vit entassé dans trois cabines, dont la plus vaste, de 3m30 sur 5m50 et 2 mètres de hauteur, sert à la fois de cuisine, de salle à manger, de salle de réunion et de dortoir !

A ces conditions défectueuses s'ajoutent l'action du froid et de l'humidité et — pendant les périodes de chômage — l'agglomération de nombreux bateaux sur le même point. Dans certaines stations du nord de la France on compte alors jusqu'à 1500 bateaux !

En présence de cette situation, M. Chantemesse réclame l'application de mesures efficaces de prophylaxie, analogues à celles imposées en Prusse, où les patrons sont obligés d'arborer un drapeau jaune quand ils ont un malade à bord et de subir la visite médicale.

Il y a lieu de modifier la loi de 1902 dans ce sens. Non seulement le médecin doit être tenu à la déclaration obligatoire des maladies transmissibles, mais encore le chef de famille ou le logeur et le patron dans le cas de la batellerie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1908)

La tuberculose chez les ouvriers raffineurs. — M. NETTER fait un rapport sur un travail de MM. Bernheim et Dieupart sur ce sujet. Il résulte des recherches des auteurs que la tuberculose s'observerait fréquemment chez les ouvriers raffineurs. Les poussières de sucre favoriseraient l'apparition de la tuberculose chez les ouvriers et les ouvrières.

Les statistiques fournies par MM. Bernheim et Dieupart semblent le prouver. Toutefois, M. le rapporteur estime qu'avant d'admettre définitivement cette tuberculose d'origine professionnelle, il faudrait se livrer à une enquête très sérieuse.

L'artério-sclérose. — « Sur la question de l'artério-sclérose il y a peu de faits contradictoires et beaucoup de contradicteurs. » C'est ainsi que M. HUCHARD débute en présentant à l'Académie quelques considérations sur les causes, la nature, le traitement de l'artério-sclérose, et s'applique à mettre la question au point. Qui, mieux que lui, pourrait y arriver?

Les opinions contradictoires, dit-il, proviennent : 1° de l'absence d'une définition précise de l'artério-sclérose ; 2° de la confusion de cette maladie avec l'athérome qui n'est qu'une lésion ; 3° de l'importance trop grande accordée aux injections expérimentales de substances hypertensives capables de produire l'athérome, mais nullement l'artério-sclérose; 4° du rôle trop exclusif que l'on fait jouer à l'hypertension artérielle et non à l'intoxication qui domine toute l'histoire clinique de l'état morbide.

D'après sa définition, basée sur l'évolution clinique bien plus que sur les caractères anatomiques, la thérapeutique devient surtout antitoxique et rénale. Il démontre que la médication rationnelle dès le début, très importante à bien reconnaître, peut améliorer et même guérir la maladie. Enfin, d'après une statistique personnelle portant sur près de 2000 observations, les causes de l'artério-sclérose doivent être ainsi classées par ordre de fréquence : 1° la goutte et le rhumatisme avec la gravelle et les lithiases ; 2° la syphilis; 3° le régime alimentaire ; 4° le tabac. Ce sont là les quatre causes les plus importantes de la maladie, en y ajoutant encore le saturnisme, dont le mode d'action ressemble à celui de la goutte. L'abus de l'alcool produit sur le système artériel d'autres lésions que l'artério-sclérose. Celle-ci se rencontre encore assez souvent au cours du diabète, mais bien plus rarement qu'on l'a dit, à la suite de maladies infectieuses. L'origine dite surrénale de l'artério-sclérose est loin d'être démontrée.

Résultats généraux obtenus par la broncho-œsophagoscopie en particulier au point de vue de l'extraction des corps étrangers des bronches et de l'œsophage. — M. GUISEZ (de Paris) présente à l'Académie toute une série de corps étrangers qu'il a extraits avec succès des bronches et de l'œsophage par la broncho-œsophagoscopie.

Cette méthode, que l'auteur a été le premier à employer de façon systématique en France (déc. 1903, extraction d'un clou de la troisième ramification bronchique), consiste essentiellement en l'introduction de tubes dans l'œsophage ou la trachée et les bronches, à l'extrémité desquels, par un dispositif spécial, on s'éclaire et l'on voit exactement tout l'intérieur de ces conduits.

Rien n'est plus facile que de voir et de ramener le corps étranger qui y a pénétré. C'est ainsi que M. Guisez a extrait 14 corps étrangers bronchiques de nature et de forme les plus diverses (clou, pièce de monnaie, os, noyau de datte, etc.), et qu'il a guéri dix-huit malades atteints de corps étrangers de l'œsophage, dont quelques-uns très volumineux (os, dentiers).

Etant donné la gravité des opérations externes qui, en particulier sur le thorax, donnent une mortalité de 100 p. 100, on voit donc que cette méthode est la plus parfaite qui existe, permettant l'extraction des corps étrangers de l'œsophage et des bronches par les voies naturelles. A un autre point de vue, les résultats auxquels elle permet d'arriver pour le diagnostic des lésions de l'œsophage et de la trachée sont tout aussi satisfaisants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1908)

L'appendicite traumatique. — On se rappelle que, dans la dernière discussion sur l'appendicite, la question de l'appendicite traumatique a été posée et a été résolue plutôt dans le sens de la négative.

M. COUTEAUD revient sur cette question et, se basant sur deux observations dans lesquelles une crise d'appendicite est apparue longtemps après un traumatisme en conclut qu'il faut conserver l'appendicite traumatique dans le cadre nosologique. Mais dans ces observations, il n'y eut ni opération, ni autopsie permettant de constater anatomiquement l'inflammation de l'appendice.

Au cours de son argumentation, M. Couteaud rappelle des travaux allemands dans lesquels est soutenue cette opinion que l'appendice est toujours plus ou moins malade.

M. BROCA ne croit pas qu'on puisse asseoir une opinion ferme dans les cas de M. Couteaud. Pour affirmer l'appendicite traumatique, il faudrait constater un hématome ou une rupture de l'appendice. L'opinion soutenue par M. Couteaud est donc toute théorique.

M. DEMOULIN rappelle s'être placé au point de vue légal, dans la dernière discussion, et avoir montré les conséquences qu'aurait, à ce point de vue, la reconnaissance de l'appendicite traumatique. En réalité, on ne peut faire de ces cas des cas d'appendicites traumatiques. Il y a là plutôt des faits de simple coïncidence. Pour admettre l'appendicite traumatique, il faudrait des faits de rupture ou de lésions appendiculaires très nettes et très nettement survenues après un traumatisme.

M. MOTY ne croit pas qu'il faille repousser absolument l'appendicite traumatique. Il en a observé un cas très net chez un jeune militaire qui avait reçu un coup de corne dans la fosse iliaque droite et qui a eu après plusieurs attaques d'appendicite.

M. POTHERAT estime que, pour admettre l'appendicite traumatique, il faudrait des preuves anatomiques, autres que celles que donne M. Couteaud.

M. QUÉNU s'élève contre cette opinion, rappelée par M. Couteaud, que tous les appendicés seraient plus ou moins malades. M. Quénu a examiné anatomiquement et histologiquement beaucoup d'appendices enlevés de propos délibéré au cours des laparotomies ou enlevés chez des cadavres et en a trouvé un grand nombre parfaitement sains. On ne peut donc pas dire que tous les appendices soient malades.

M. TUFFIER sur 250 autopsies n'a trouvé que 20 p. 100 d'appendices malades.

M. HARTMANN a fait des recherches sur l'appendice chez la femmes et, au cours de ces recherches, a eu l'occasion de constater un grand nombre d'appendices parfaitement sains.

M. COUTEAUD n'a fait que citer des travaux dont il n'entend pas prendre la responsabilité.

Ethérisation. — M. NÉLATON fait un rapport sur une présentation de M. Ombrédanne : il s'agit d'un appareil ayant pour but de régler l'anesthésie par l'éther. M. Nélaton apporte 300 observations d'anesthésie par ce nouveau procédé qui consiste à faire respirer des vapeurs d'éther en atmosphère confinée avec un mélange d'acide carbonique et d'air pur. Dans ces conditions, l'anesthésie par l'éther devien absolument comparable à l'anesthésie par le chloroforme avec le danger en moins. M. Ombrédanne espère avec cet appareil supprimer tous les inconvénients de l'éther, c'est-à-dire les bronchites consécutives qui tuent parfois les malades, cette anesthésie si impressionnante avec cette cyanose, ce stertor que présentent les malades, avec cette toux qui secoue l'abdomen et qui est si gênante dans les laparotomies. Ce sont ces inconvénients qui ont fait préférer le chloroforme à la grande majorité des chirurgiens; le but de M. Ombrédanne a été de les supprimer. Avec les anciens masques en faisant respirer l'éther dans une atmosphère confinée, on arrivait rapidement à l'asphyxie. Avec le mélange de M. Ombrédanne, vapeur d'éther, acide carbonique et air pur, substances que l'on dose à volonté, on supprime l'asphyxie. En outre, un récent travail d'Anderson a prouvé que l'acide carbonique était un régulateur des fonctions respiratoires.

M. Nélaton a endormi 300 malades avec cet appareil; dans presque tous ces cas, il a obtenu une anesthésie presque comparable au chloroforme, dans 15 cas seulement l'anesthésie s'est passée comme avec les anciens masques; dans 3 cas il y a eu des bronchites consécutives dont deux légères et une très grave qui a donné 39°5 de température et a mis la malade en danger de mort.

Il reste 285 cas très bons. En résumé, M. Nélaton conserve une bonne impression de ce nouveau mode d'anesthésie et estime que M. Ombrédanne a rendu un grand service.

M. TUFFIER a employé cet appareil à l'hôpital et en ville et a obtenu des résultats comparables à ceux que vient de signaler M. Nélaton. Il n'a eu que quelques accidents bronchitiques légers. Il considère l'appareil d'Ombrédanne comme un progrès incontestable.

M. DELBET a aussi essayé cette méthode. Selon lui, l'anesthésie est moins parfaite qu'avec le chloroforme. Une surveillante très intelligente de son service lui a fait cette réflexion qu'après cette anesthésie les opérées sont des malades ; enfin M. Delbet a éprouvé quelques revers. Dans deux cas l'anesthésie a été très inquiétante, il a eu plusieurs cas de bronchites. Enfin, dans un cas de gastrotomie postérieure qui s'était très bien passée, le malade n'ayant le soir que 37°2 et 70 pulsations, le lendemain matin il mourait subitement; l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une congestion pulmonaire généralisée, très probablement due à l'éther. Dans deux cas il a fallu suspendre l'éther pour prendre le chloroforme. M. Delbet a renoncé à se servir de l'appareil de M. Ombrédanne.

M. REYNIER n'a pas employé cet appareil. Mais il fait observer que depuis trois ans qu'il emploie le chloroforme avec son appareil, il en est à attendre une première alerte. Cela représente plus de 5 ou 6000 opérations sans le moindre accident.

M. POTHERAT est, au point de vue anesthésique, un éthéromane convaincu, et il constate que l'appareil d'Ombrédanne a de sérieux avantages; les malades s'endorment très vite, dorment très bien, et présentent cette coloration rosée qui est rassurante; il n'a jamais observé d'accidents pulmonaires graves; il est disposé à continuer l'expérimentation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que c'est la vieille querelle entre l'éther et le chloroforme qui recommence; il estime que malgré les meilleurs appareils il y aura toujours des inconvénients et des accidents consécutifs avec l'éther. Dans toute sa carrière il n'a eu que deux morts par le chloroforme, il y reste donc fidèle.

Fracture de l'olécrâne. — M. QUÉNU présente un malade chez lequel il a suturé une fracture de l'olécrâne il y a dix-huit jours. Cet homme jouit de tous ses mouvements sans qu'il ait été fait ni massage ni mobilisation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, tout en trouvant très beau ce

résultat, affirme qu'on l'aurait obtenu avec le massage et la mobilisation.

Greffes. — M. Delbet signale des expériences intéressantes de M. Carel sur des greffes de membres, de vaisseaux, et même de viscères.

Ainsi, sur un chien il fait une néphrectomie double, puis il greffe les deux reins. Pendant un mois et demi, l'animal s'est bien porté, puis il a fait de la cystite et de l'urétrite ascendante. M. Delbet est convaincu que ces greffes passeront un jour dans la pratique chirurgicale.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance supplémentaire du 9 juillet 1908)

Suite de la discussion sur l'aphasie. — La discussion s'engage, d'abord, sur le siège des lésions qui peuvent constituer les diverses variétés d'aphasie, et sur l'existence même de ces dernières, puis, elle se précise, M. Déjerine et MM. Marie et Moutier apportant des coupes de cerveaux d'aphasiques, colorées par la méthode de Weigert-Pal.

Tout d'abord, M. et Mme Déjerine critiquent le terme de « région lenticulaire » employé par M. Marie, parce que, disent-ils, le noyau lenticulaire ne joue, évidemment, qu'un rôle accessoire dans la production de l'aphasie. Mme Déjerine précise, à l'aide de planches et de préparations microscopiques ce qui est contenu dans le quadrilatère de M. Marie, et insiste sur ce fait, que la 3e frontale est située en arrière du plan frontal passant par le pôle antérieur de l'insula, et qui limite, en avant, la zone de M. Marie. — Celui-ci répond que la zone dans laquelle il faut, selon lui, chercher les lésions de l'aphasie de Broca ne comprend que ce qui est au-dessous de l'insula, et non les opercules : toutes les fois que la 3e frontale est touchée sa lésion n'est pas la cause de l'aphasie, c'est là ce qu'il a voulu mettre en lumière; quant au siège exact des lésions nécessaires, il ne peut le préciser.

M. Brissaud estime défectueux le terme de région lenticulaire, et propose celui de « région insulaire ».

Pour M. Marie, ce qu'il y a de spécial, lorsque les lésions siègent dans le quadrilatère, c'est l'intégrité du langage intérieur, il ne s'agit donc pas d'aphasie véritable.

A cela, M. Déjerine répond que, dans les cas dont il s'agit, il n'y a pas de troubles du langage intérieur, parce qu'il s'agit de lésions sous-corticales, elles provoquent l'aphasie en sectionnant les fibres de projection de la région frontale, l'aphasie est alors analogue à l'hémiplégie par interruption de la voie pyramidale, au niveau de la capsule interne. Suivant l'expression de Charcot, l'écorce se trouve alors comme un piano dont les cordes sont coupées.

Pour que l'on ait l'aphasie de Broca, il faut que l'on ait une lésion de l'écorce, tandis que sa lésion n'est pas nécessaire pour produire l'anarthrie de M. Marie. M. Déjerine ne connaît qu'un seul cas d'aphasie par lésions purement corticales, par lésions cellulaires, c'est celui qu'il a publié avec M. Sérieux; d'ordinaire, les limites sont moins tranchées, et les lésions corticales ou de la substance blanche ne sont pas absolument pures, ni absolument exclusives l'une de l'autre. Mme Déjerine ajoute qu'il faut également tenir compte des fibres d'association entre les divers territoires cérébraux. — M. Brissaud se demande ce que devient alors la distinction entre les aphasies corticales et sous-corticales? M. Souques voudrait que l'on précisât quelles sont les lésions nécessaires pour faire l'aphasie de Broca, et pour réaliser l'« anarthrie » de M. Marie.

Pour ce qui est des aphasies sensorielles, la discussion n'a été qu'effleurée : M. Marie mettant en doute l'existence de centres sensoriels, M. Déjerine défendant les localisations classiques, dans ce qu'elles ont d'essentiel, sans préciser rigoureusement la localisation de ces centres sensoriels.

Outre cette discussion générale, la Société a abordé la critique de faits particuliers. — M. Déjerine discutant les cas publiés dans la thèse de M. Moutier, et essayant de les ramener à l'aphasie sous-corticale; les fibres de projection frontales seraient, dit-il, interrompues, ce qui serait la véritable cause de l'aphasie observée. — M. Moutier se défend en montrant les préparations de ses cas d' « anarthrie » pure : dans l'un (cas Chaput), datant cependant d'une dizaine d'années, ce qui aurait permis aux dégénérations rétrogades de se produire, on n'en voit pas pénétrer dans la 3e frontale ; dans les autres, les fibres de la 3e frontale dégénérées sont en quantité bien minime, par rapport à l'intensité des symptômes et des autres lésions.

M. Déjerine apporte les préparations de 2 cas d'aphasie de Broca, avec lésions corticales et sous-corticales, à localisation classique : dans quatre autres cas d'aphasie guérie l'autopsie a révélé des lésions analogues. Enfin, il montre le cerveau du cas Lelong, de Broca, emprunté au Musée Dupuytren, et estime que la lésion est, non une atrophie sénile, comme l'a dit M. Marie, mais probablement, une hémorragie ancienne.

M. Thomas passe en revue les cas récents, ajoute un fait personnel dans lequel il a coupé les deux hémisphères, et conclut que l'aphasie de Broca est indépendante des lésions de la zone de Wernicke, et qu'elle relève des lésions de la 3e frontale, elles empiètent sur la substance blanche et sur les circonvolutions voisines, et ne sont pas strictement localisées. — Au contraire. M. Souques, sur 10 autopsies, n'a jamais vu l'aphasie de Broca, sans lésions de la zone de Wernicke.

Enfin, M. Moutier apporte les préparations de ses 3 cas où, malgré des lésions étendues de la circonvolution de Broca n'existait aucun trouble du langage. — M. Déjerine objecte qu'il s'agit, peut-être, de cas d'aphasie guérie, et, à l'appui de son dire, cite un cas de M. Letulle; un malade, syphilitique, avait, neuf ans avant sa mort, une aphasie, dont il guérit, dans les derniers temps de son existence, il parlait correctement, sauf lorsqu'il voulait parler vite, l'autopsie montra des lésions de la circonvolution de Broca. — M. Marie répond que, dans un des faits de M. Moutier, l'hémiplégie s'est produite deux ans avant la mort. Il faudrait donc admettre, en plus des lésions constatées, une autre lésion, plus ancienne, sous-jacente, ce qui paraît bien improbable.

— La Société décide de continuer cette discussion sur l'aphasie dans une séance supplémentaire, fixée au jeudi 23 juillet prochain.

FORMULAIRE

PROSTATITE AIGUE ET CHRONIQUE

Thigénol « Roche »	0g50
Extrait de belladone	0g01
Beurre de cacao	5 grammes.

Pour un suppositoire, faire 10 semblables. Un suppositoire après être allé à la selle.

Formulaire synthétique de médecine, par le docteur L. Pron (d'Alger). In-18 jésus, 602 pages, relié peau souple, tête dorée. — Prix : 6 francs. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 82. — MARDI 21 JUILLET 1908. 81e ANNÉE. MARDI 21 JUILLET 1908. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MODIFICATIONS APPORTÉES AUX CONCOURS DE L'ADJUVAT et DU PROSECTORAT. — Un arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à ces deux concours :

Les articles 7, 16 et 21 de l'arrêté du 15 mars 1907, portant règlement pour l'adjuvat et le prosectorat à la Faculté de médecine de l'Université de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

Le jury de l'*adjuvat* est nommé par le vice-recteur de l'Académie de Paris.

Il se compose de cinq juges titulaires, savoir :

Un anatomiste, un physiologiste et trois chirurgiens.

Le juge d'anatomie est choisi parmi les professeurs d'anatomie et d'histologie titulaires ou honoraires, et les agrégés d'anatomie, en exercice ou libres.

Le juge de physiologie est choisi parmi les professeurs de physiologie, titulaires ou honoraires, et les agrégés de physiologie, en exercice ou libres.

Les juges de chirurgie sont choisis parmi les professeurs de chirurgie générale ou spéciale, titulaires ou honoraires, et les agrégés de chirurgie, en exercice ou libres.

Les juges suppléants sont au nombre de trois, savoir :

Un anatomiste, un physiologiste, un chirurgien.

En cas d'absence ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète, lors de sa première séance, par le ou les juges suppléants appartenant aux mêmes spécialités que les juges titulaires absents.

Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours, quelle que soit cette opération.

Le concours du *prosectorat* comprend :

1° Deux épreuves d'admissibilité (épreuves éliminatoires);

2° Quatre épreuves d'admission.

Le jury est nommé par le vice-recteur de l'Académie de Paris.

Il est composé de sept juges, savoir :

Deux anatomistes, un physiologiste, quatre chirurgiens.

Les juges d'anatomie sont choisis parmi les professeurs d'anatomie et d'histologie, titulaires ou honoraires, et les agrégés d'anatomie, en exercice ou libres.

Le juge de physiologie est choisi parmi les professeurs de physiologie, titulaires ou honoraires, et les agrégés en physiologie, en exercice ou libres.

Les juges de chirurgie sont choisis parmi les professeurs de chirurgie générale ou spéciale titulaires ou honoraires, et les agrégés de chirurgie en exercice ou libres.

Les juges suppléants sont au nombre de trois, savoir :

Un anatomiste, un physiologiste, un chirurgien.

En cas d'absence ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète, lors de sa première séance, par le ou les juges suppléants appartenant aux mêmes spécialités que les juges titulaires absents.

Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours, quelle que soit cette opération.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — Des concours s'ouvriront à Paris, en 1909, pour trois places d'agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, à répartir de la manière suivante : Section de physique, chimie et toxicologie (chimie et toxicologie), 2 places; section d'histoire naturelle et de pharmacie (pharmacie), 1 place.

Ces concours s'ouvriront : le 15 février 1909, pour la section de physique, chimie et toxicologie; le 3 mai 1909, pour la section d'histoire naturelle et de pharmacie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Dubar, professeur à la Faculté de Lille.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Hergott, professeur à Nancy; Verne, professeur à l'Ecole de Grenoble; Antonelli (de Naples), au titre étranger.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Les récompenses suivantes sont décernées pour services rendus à la mutualité :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Tissier (de Paris), Tramoni (du Caire), Wittrup (du Danemark), Delalieux (de Bruxelles).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Ferrandi (d'Ajaccio), Berger (de Brest), Aubert (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Cochet et Hennart (de Lille), Rattel (de Paris).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Liste alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales et concourir pour l'admission du service de santé militaire en 1908 :

Adde, Albergnié, Arène, Arlabosse, L.-A.-J. Armand, P.-E.-J. Armand, Asperberro, Astié, Aubert, Audouard, Aycard, Bachelet, Balchère, de Balestrier, Balizeaux, Bauffe, Bellon, Besges, Bergis, Billot, Bounin, Botte, Bouisson, Boulanger, Brelet, Broqua, Brugeas, Bureau, Cambon, Camors, Canac, Carbillet, Carro, Cazalas, Cenet, Chaumet, Chevreau, Chosnet, Perret, Clavelin, Clément, Colin, Corray, Coudray, Cousinie, Cugnier, Debord, Delaye, Delorme, Debrat, Despujols, Didier, Dioclès, Donard, Dubois, Dubrulle, Dubus, Dumousseru, Dupaint, Durand, Duret, Faure, Filipetti, Foubeur, Feuli, Fouque, Fournier, Freydier, Fribourg, Flanc, Gabolda, Gaihnoux, Galan, Galon, Gandolin, Garcot, Gauthier, Gérerdin, Géraudic, Gibert, Gillot, Gourdon, Grand, Grandineau, Grey, Fier de Bellecourbe, Grézel, Grimal, Guggenbuhi, Guichot, Henry, Héraud, Jacquetty, Juif, Laban, Labanowski, Lalessant, Laborie, Labrosse, Lacassagne, Lachronique, Lafont, Lasmartres, Lauzières, Le Doze, Lhoste, Lhuissier, Maignal, Maliver, Manesse, Martin de Lambrie, Maurizet, Maury, Menaud, Mamier, Montol, Morer, Mouchet, Montin, Neau, Nenon, Nimier, Pacaud, Palluy, Paris, Pasquet, Paurier, Paysoni, Pelissier, Péquegnot, Perrier, Petit, Piquenal, Platet, Plongues, Kontz, Peigaud, Poujoul, Poursain, Poy, Prunet, Queheille, Rauvaoize, Renard, Retrouvey, Rivet, Robert, Rashem, Rouffiac, Rouquier, Rontaboul, Rous, Ruffin, Salle, Sallet, de Sablet d'Estières, Sautel, Sébillot, Sencourt, Stefani, Streissel, Terracol, Thibault, Trotabos, Vermale, Vion, Vinson, Vismard, Voisard, Vuillaume, Walter, Welsch, Wolff.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-huitième semaine, 766 décès, au lieu de 852 pendant la semaine précédente et de 850, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La rougeole et la scarlatine ont atteint la moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 87 décès, au lieu de 96 la semaine précédente, et au lieu de 93, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 174 décès (moyenne 184).

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 982.*)

SÉROTHÉRAPIE
DE LA
DYSENTERIE BACILLAIRE

Application du sérum au traitement de la dysenterie chez l'homme (1).

Par MM. L. VAILLARD,
Médecin-inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine,
et Ch. DOPTER,
Médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La valeur de la sérothérapie dans le traitement de la dysenterie humaine s'affirme par des faits démonstratifs : *l'abaissement de la mortalité*; *l'apaisement presque immédiat de tous les symptômes de la maladie; la rapidité de la guérison.*

1° Avec un sérum dont l'activité est aujourd'hui dépassée, Shiga diminuait déjà des deux tiers la mortalité dysentérique du Japon et Kruse réduisait de 11 à 8, puis à 5 p. 100 la léthalité de la dysenterie rhénane. Avec le sérum plus actif de Rosenthal, la mortalité de la dysenterie à Moscou fléchissait de 11 ou 12 p. 100 à 4,5 p. 100. Les résultats obtenus avec le sérum que nous avons préparé à l'Institut Pasteur sont encore plus décisifs. De 1905 à 1907, 512 dysenteries aiguës chez des sujets de tout âge ont été soumises à la sérothérapie; elles comprenaient 300 cas d'intensité moyenne, 170 formes graves et 32 considérées cliniquement comme devant être presque sûrement mortelles. Le chiffre des décès a été de 7, soit 1,3 p. 100. Cette faible mortalité apparaît éloquente lorsqu'on la rapproche du nombre des cas graves (170) et surtout des cas *mortels* (32) traités par le sérum. Le bénéfice obtenu se suppute aussi par la comparaison avec la léthalité moyenne de la dysenterie en divers pays :

— 24 p. 100 au Japon (Shiga).
— 12 à 17 p. 100 à Moscou (Rosenthal).
— 11 p. 100 en Westphalie rhénane (Kruse).
— 6,9 p. 100 à Toulon sur les 129 malades de l'épidémie de 1906, encore que, vers la fin de l'épidémie, 20 dysentériques parmi les plus graves aient été soumis à la sérothérapie.
— 20 à 50 p. 100 en Bretagne au cours de l'été 1899 (Netter).
— 50 à 60 p. 100 dans les épidémies annuelles des environs de Carhaix [Finistère] (docteur Marchais).

2° Le critérium de la valeur du sérum ne réside pas seulement dans l'abaissement de la mortalité; on le trouve aussi dans le soulagement immédiat qu'il procure aux malades et la rapidité de leur guérison.

Les symptômes de la dysenterie sont trop connus pour qu'il y ait lieu de les rappeler. L'intensité de la maladie se mesure non par l'élévation thermique, car la dysenterie est peu ou point fébrile, mais par le nombre des selles quotidiennes, la violence des symptômes douloureux et les signes d'intoxication. La fréquence des déjections muco-sanglantes est, en effet, presque toujours en rapport avec la diffusion et l'intensité des lésions du gros intestin. Chaque exonération étant douloureuse par elle-même et suivie de ténesme, on conçoit que cette fréquence des selles, surtout quand leur nombre s'élève à 80, 150, 200 et même plus par vingt quatre heures, constitue un des tourments les plus cruels pour les malades et une cause d'épuisement nerveux. De même l'acuité et la répétition des coliques abdominales se proportionnent très généralement à l'étendue et à la gravité des altérations de la muqueuse; le retour de ces tranchées si douloureuses est parfois à ce point subintrant qu'il ne laisse pour ainsi dire aucun répit au dysentérique. Enfin l'envahissement copieux de l'intestin par le bacille pathogène donne lieu à de l'intoxication qui se traduit par les signes suivants : vomissements, hoquet, hypothermie, pâleur plombée de la face, faiblesse du pouls, anéantissement des forces, amaigrissement rapide, etc. Tous ces troubles réunis concourent à faire de la dysenterie une affection particulièrement impressionnante dans sa phase aiguë; et celle-ci, pour les cas traités par les moyens usuels, peut durer de six à vingt jours, parfois plus encore et aboutir aussi à une phase chronique.

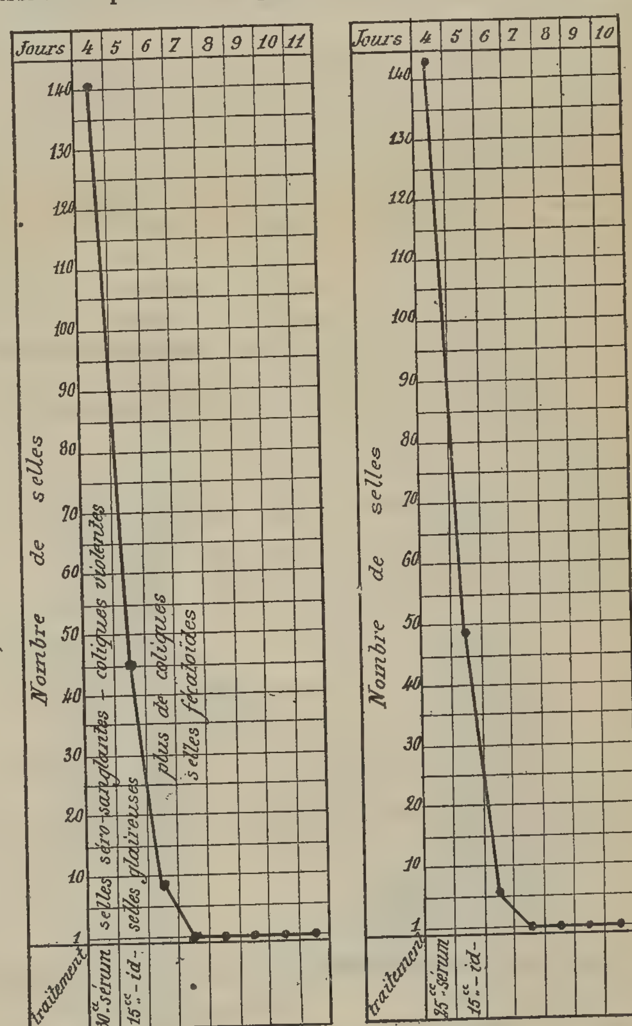


Fig. 1 et 2. — *Dysenteries graves;* quatrième jour; deux injections de sérum.

D'une manière constante, peu d'heures après l'injection du sérum, les malades éprouvent un réel sentiment d'euphorie : les douleurs abdominales, le ténesme et les épreintes s'apaisent déjà, puis, sauf pour les cas les plus graves, disparaissent presque toujours dans les vingt-quatre heures qui suivent. Parallèlement, les troubles intestinaux subissent une modification remarquable. Les déjections cessent d'être sanglantes. Leur nombre, si élevé soit-il au début du traitement, fléchit d'une manière brusque, profonde, et, par une détente rapide que les courbes ci-jointes inscrivent d'une manière saisissante, s'abaisse bientôt à quelques unités. Le plus souvent aussi, quarante-huit heures après la première injection, les selles deviennent moins glaireuses, prennent le caractère fécaloïde et ne tardent pas à se réduire à une évacuation quotidienne d'apparence normale. L'état général et les symptômes d'intoxication ne sont pas moins vite influencés. Le vomissement et le hoquet, s'ils existent, s'arrêtent rapidement;

(1) Article extrait d'un volume de la Bibliothèque thérapeutique Gilbert et Carnot : *Bactériothérapie, vaccination, sérothérapie*, par MM. Metchnikoff, Sacquépée, Remlinger, Martin, Vaillard, Dopter, Besredka, Wassermann, Leber, Dujardin-Beaumetz, Salimbeni et Calmette, qui va paraître incessamment à la librairie J.-B. Baillière et fils, à Paris.

l'algidité centrale ou le refroidissement périphérique, très communs dans les dysenteries sévères et graves, font place à une température normale en même temps que le pouls se relève; la face perd son teint plombé et son aspect grippé; à la faiblesse générale et à l'anéantissement des forces succède une sensation de bien-être que les malades opposent en termes saisissants à l'état antérieur; l'appétit renaît et réclame aussitôt de la nourriture. La détente est plus lente à se produire dans les cas très graves; elle ne se manifeste guère qu'après quarante-huit heures, mais une fois commencée, s'achève en quelques jours (voy. fig. de 1 à 9).

La guérison de la dysenterie traitée par les méthodes usuelles nécessite de dix à quinze jours pour les cas moyens, de vingt à trente jours ou plus encore pour les formes graves; la convalescence est, en outre, souvent longue et difficile. Or, chez les sujets soumis au sérum, la guérison est survenue dans un laps de temps qui n'excède guère deux à trois jours pour les cas moyens, trois à quatre jours pour les cas sévères et quatre à six jours dans les cas graves. Dans les formes qui imposent le présage d'une issue fatale, la guérison, quand elle se produit, se fait plus longtemps attendre; certains sujets entrent en convalescence du dixième au douzième jour, d'autres du quinzième au vingtième jour.

La durée de l'affection se trouve donc très réduite. Dans maints cas pris au début, la dysenterie est réellement jugulée. D'autre part la convalescence est rendue plus courte et plus facile. Dès que les troubles intestinaux ont pris fin, beaucoup de malades rentrent, pour ainsi dire, de plain-pied dans l'état normal et supportent impatiemment le régime prudent qu'on leur impose; chez la plupart des autres, le rétablissement définitif est complet en huit ou dix jours.

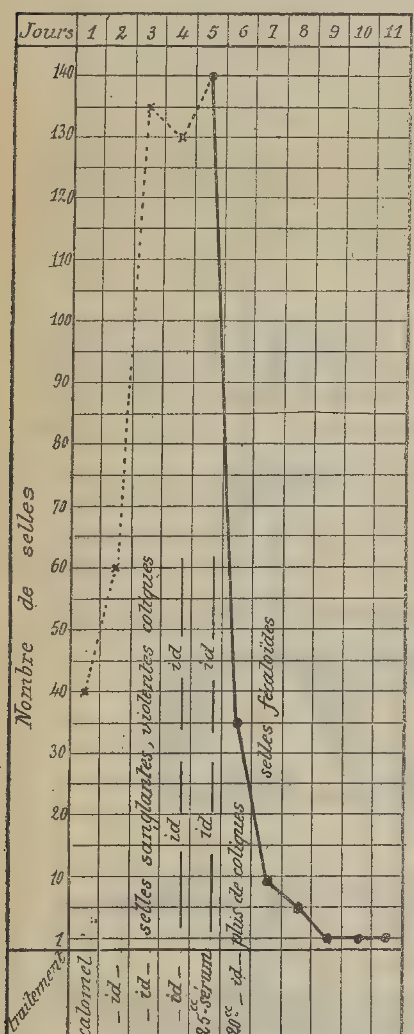


Fig. 3. — *Dysenterie grave*; 5e jour; deux injections de sérum.

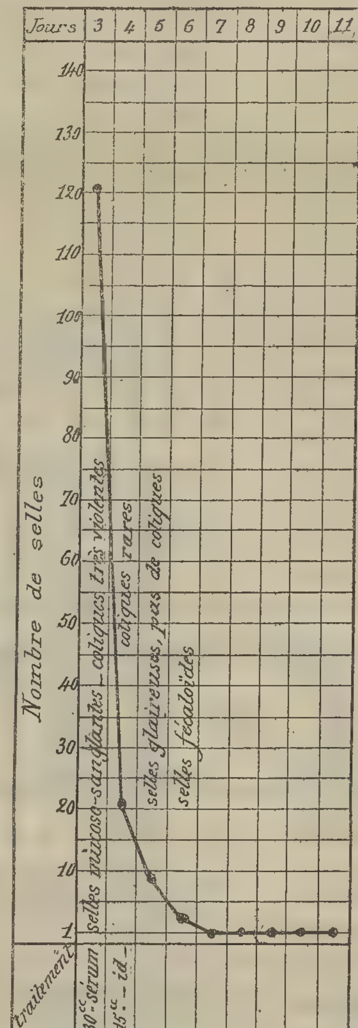


Fig. 4. — *Dysenterie grave*; 3e jour; deux injections de sérum.

Les rechutes sont rares; elles surviennent du dixième au quinzième jour après la dernière injection de sérum, c'est-à-dire au moment où l'action de celui-ci est épuisée.

L'expérimentation montre, en effet, que, chez le lapin, la propriété préservatrice du sérum ne persiste guère au delà de huit à dix jours.

Plusieurs circonstances intentionnelles ou fortuites ont permis de comparer sur le même sujet la valeur des médications traditionnelles et celles du sérum spécifique. Il s'agissait de dysentériques soumis depuis six, huit et dix jours déjà au traitement par les purgatifs (calomel ou sulfate de soude), par les lavages intestinaux au permanganate de potasse ou à l'eau chaude. La maladie n'était pas amendée; les coliques, le ténesme et les épreintes avaient persisté au même degré, les selles conservaient leur caractère muco-sanglant. Le sérum est injecté et aussitôt le tableau change : détente brusque et guérison en deux ou trois jours. Le contraste a été frappant.

On conçoit sans peine que le sérum agisse mieux et plus vite que tous les moyens médicamenteux. Ceux-ci n'ont rien de spécifique; ils ne peuvent atteindre le bacille dans l'épaisseur des tissus et n'exercent aucun effet sur ses sécrétions. Le sérum, au contraire, immunise l'organisme contre l'agent pathogène et ses produits toxiques : par son action phagocytaire, il arrête la pullulation du bacille dans l'intestin et son antitoxine annihile le poison circulant.

Les effets du sérum se manifesteront d'autant plus rapides et décisifs que l'administration en sera plus rapprochée du début de la maladie, c'est-à-dire lorsque la culture du bacille est restreinte à un segment limité du côlon et l'intoxication encore nulle; l'infection peut être alors immédiatement enrayée. De là l'indication d'intervenir le plus rapidement possible après l'apparition des symptômes initiaux. Les faits établissent cependant que son efficacité n'est guère moindre aux périodes plus avancées de la maladie. C'est qu'il n'en est pas de la dysenterie comme des infections essentiellement toxiques (diphtérie, tétanos) ou rapidement septicémiques (peste), dans lesquelles d'étroites limites sont imposées à la sérothérapie. En matière de dysenterie, le champ laissé à l'action utile du sérum se montre assez large parce que l'infection demeure localisée au gros intestin ou à l'un de ses segments et que, d'autre part, l'intoxication ne crée pas souvent des dangers immédiats. Nous avons vu des sujets traités au huitième, dixième, seizième jour de leur maladie, éprouver le soulagement habituel de tous les symptômes et guérir très rapidement (fig. 10 et 12). Mais encore le sérum doit-il arriver à temps, avant la détresse irrémédiable de l'organisme, à cette période où la défense cellulaire peut bénéficier du secours qui lui arrive. Comme on ne peut jamais prévoir la gravité ultérieure d'une dysenterie qui commence, il sera toujours prudent d'injecter le sérum de bonne heure. Encore faut-il aussi que le sérum soit donné en quantité convenable, proportionnée à l'intensité de l'infection. Si les doses faibles (20 centimètres cubes) suffisent habituellement aux cas moyens, elles restent au-dessous des nécessités dans les formes graves, surtout quand leur début date déjà de plusieurs jours. Ces formes dangereuses réclament impérieusement et d'emblée des fortes doses (50, 80, 100 centimètres cubes), et un traitement intensif : la guérison est à ce prix. Agir autrement, c'est favoriser des insuccès qu'il serait possible d'éviter (voir fig. 10, 11, 12).

Les formes *prolongées* ou *chroniques* de la dysenterie bacillaire ne bénéficient pas moins de la sérothérapie que les formes aiguës : des dysenteries ou diarrhées dysentériformes datant de plusieurs mois ont guéri rapidement sous l'influence du sérum, après avoir résisté jusque-là aux moyens médicamenteux.

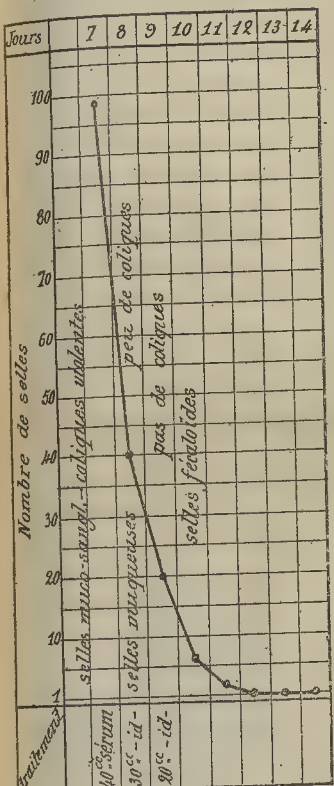


FIG. 5. — *Dysenterie grave* ; 7e jour ; trois injections de sérum.

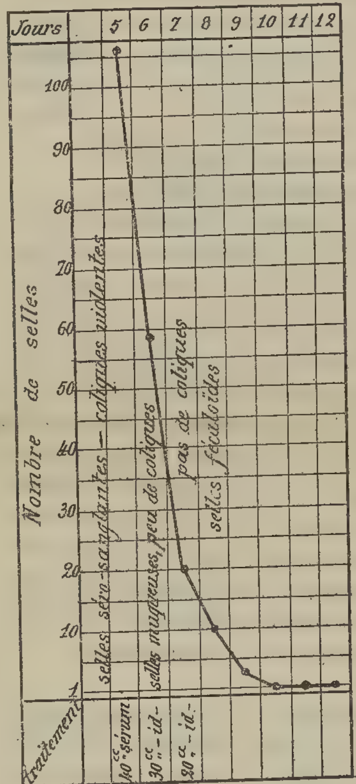


FIG. 6. — *Dysenterie grave* ; 5e jour ; trois injections de sérum.

Action du sérum sur les différents types du bacille dysentérique. — Des différences biologiques d'ordre secondaire ont permis de distinguer, mais non de séparer radicalement, deux types principaux de bacille dysentérique : le type Shiga-Kruse et le type Flexner. L'un et l'autre peuvent donner lieu à des dysenteries cliniquement semblables et pareillement graves ; l'un et l'autre peuvent se rencontrer au même lieu, dans la même épidémie, mais chez des groupes distincts.

Divers auteurs ont pensé qu'un sérum exclusivement préparé avec l'un ou l'autre de ces bacilles pathogènes ne pouvait agir indistinctement sur les deux formes de la maladie. Krauss et Dœrr déduisaient, en effet, de leurs recherches expérimentales qu'un Shiga-sérum est dénué d'action sur les bacilles de Flexner, comme un Flexner-sérum demeure impuissant contre le bacille de Shiga et sa toxine ; d'où la nécessité d'un sérum polyvalent capable d'agir indifféremment sur les deux variétés du bacille dysentérique. De même Shiga, après avoir étudié les cinq types de bacille dysentérique décrits par Hiss, concluait à l'utilité d'immuniser les animaux contre trois d'entre eux, puis de mélanger les sérums ainsi obtenus pour aboutir à une résultante douée d'action sur les causes pathogènes éventuelles. Mais il ne semble pas que la réalisation de ce sérum polyvalent ait été pratiquement poursuivie par les auteurs précités, du moins n'est-il pas fait mention de leur application à l'homme.

Coyne et Auché (1) se sont également posé la question de savoir si un immun-sérum préparé avec les bacilles de Shiga-Kruse possédait vis-à-vis des bacilles du type Flexner la même action préventive et curative que vis-à-vis des bacilles homologues. Admettant comme valable la différenciation entre les deux principaux groupes de bacilles dysentériques, influencés aussi par les insuccès de la sérothérapie en Amérique dans les diarrhées dysentériques des enfants dues le plus souvent au bacille de Flexner : ces auteurs ont pensé « que cette action n'était *vraisemblablement* pas la même ». Dès lors, ils ont poursuivi la réalisation d'un immun-sérum *polyvalent* préparé par l'immunisation d'un même animal au moyen des bacilles du type Shiga et du type Flexner. Employé au traitement de 13 cas de dysenterie infantile, parmi lesquels 11 étaient dus au bacille de Flexner, le sérum a donné de bons résultats.

Mais rien ne prouve que le sérum antidysentérique ordinaire n'eût pu produire des effets identiques.

La nécessité d'un sérum polyvalent ne semble pas démontrée jusqu'ici ; elle ne résulte pas du moins des observations de notre pratique personnelle. Bien que les seules cultures du type Shiga-Kruse aient servi à l'immunisation de nos chevaux, toutes les dysenteries, qu'elles fussent produites par le bacille de Shiga-Kruse ou celui de Flexner, ont été influencées d'une manière également favorable par le traitement spécifique. Dans tous les cas où il a été appliqué à la dysenterie des enfants en bas-âge, ce sérum a produit exactement les mêmes effets que dans la dysenterie ordinaire de l'adulte.

Jusqu'à plus ample informé, il n'y a donc pas lieu, pour l'application de la sérothérapie, de se préoccuper du type bacillaire en cause ; l'essentiel est de savoir que la dysenterie est de nature bacillaire.

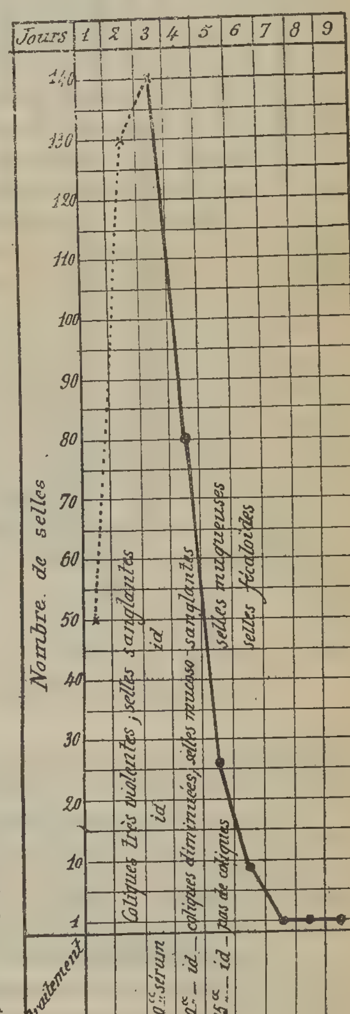


FIG. 7. — *Dysenterie grave* ; 3e jour ; trois injections de sérum.

Emploi du sérum pour la prévention de la dysenterie. — Le sérum qui guérit la dysenterie peut aussi en empêcher le développement.

Kruse (1) l'a déjà utilisé dans les conditions où son emploi prophylactique semble le plus rationnel, c'est-à-dire pour prévenir l'extension de la maladie dans les familles atteintes. Sur 10 sujets injectés, un seul a contracté la dysenterie trois jours après l'administration de 2 centimètres cubes de sérum ; l'auteur reconnaît que cette dose a été insuffisante et conseille de la porter à 5 centimètres cubes.

Pour Lüdke (2), l'application prophylactique du sérum ne serait guère indiquée en raison de la courte durée de l'immunisation ; il a vu, en effet, la dysenterie survenir deux à quatre semaines après l'injection. Un tel fait n'a rien d'imprévu, car on sait depuis longtemps que la préservation conférée par les sérums est éminemment temporaire et n'excède pas quinze à

(1) Coyne et Auché. Recherches sur le sérum polyvalent de la dysenterie bacillaire, *Revue de méd.*, 1907.

(1) Kruse. Die Blutserumtherapie bei der Dysenterie, *Deutsche med. Woch.*, 1903.
(2) Ludke. *Centr. f. Bakt.*, 1905-1906.

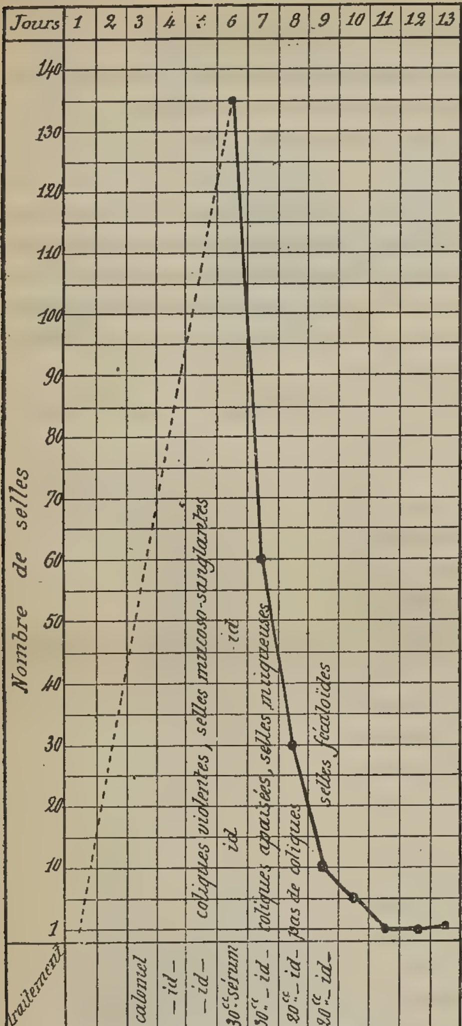


FIG. 8. — *Dysenterie grave;* 6e jour; quatre injections de sérum.

vingt jours. Chez les lapins traités préventivement par le sérum antidysentérique, l'immunité s'efface rapidement après huit à dix jours.

Mais la seule question qui importe au point de vue prophylactique est de savoir si le sérum antidysentérique est en état de préserver efficacement pendant un laps de temps suffisant pour légitimer son emploi. De cela on ne saurait douter après l'expérimentation chez le lapin : le sérum qui protège l'animal pendant huit à dix jours protégera bien l'homme pendant la même période s'il est injecté à dose convenable, et même plus longtemps si la dose est renouvelée en temps opportun.

Or, il est des circonstances nombreuses où son emploi sera non seulement utile, mais nécessaire. L'histoire de la dysenterie rurale montre avec quelle facilité et quelle fréquence cette maladie se propage successivement aux occupants d'une maison où elle a pénétré, surtout aux enfants. Des familles entières sont ainsi décimées, parfois tous les enfants succombent. La gravité de la maladie chez les enfants et les sujets débiles justifie donc une mesure qui a si bien fait ses preuves pour la diphtérie, c'est-à-dire l'injection préventive du sérum. Dix centimètres cubes semblent une dose suffisante à une préservation minimale de huit à dix jours; la durée de l'immunité pourra d'ailleurs être prolongée par une nouvelle injection si les circonstances l'exigent. Ainsi seront évitées ces épidémies de maison, si communes et parfois si meurtrières.

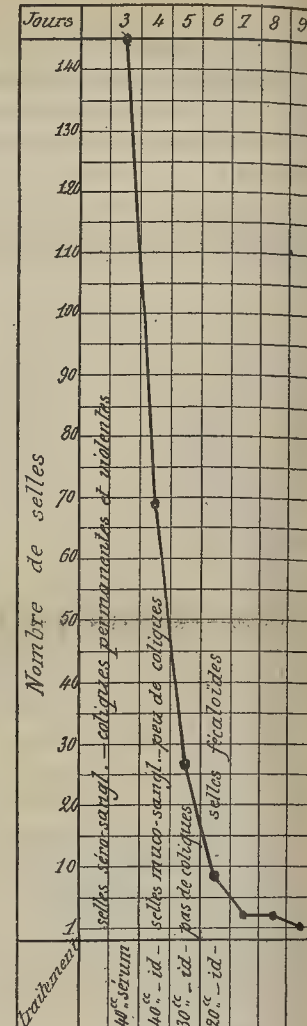


FIG. 9. — *Dysenterie grave;* 3e jour; quatre injections de sérum.

MODES D'EMPLOI DU SÉRUM. — Le sérum antidysentérique préparé à l'Institut Pasteur ne contient aucun antiseptique et peut être donné à haute dose sans inconvénients; il contient, au minimum, 100 unités antitoxiques suivant la notation d'Ehrlich et se montre préventif pour la souris à 1 pour 2000 (notation de Roux).

On l'emploie en injections dans le tissu cellulaire sous-cutané avec les précautions antiseptiques d'usage.

Doses. — La dose à employer varie avec le moment de l'intervention, la gravité des cas et l'âge des sujets.

La gravité de la dysenterie s'apprécie par le nombre des selles quotidiennes, l'intensité et la répétition des symptômes douloureux, les signes d'intoxication.

La fréquence des déjections est presque toujours en rapport avec la diffusion des lésions du gros intestin. L'acuité et la répétition des douleurs abdominales (coliques) se proportionnent très généralement à l'étendue et à la gravité des altérations de la muqueuse. L'intoxication se traduit principalement par les signes suivants : vomissements, adynamie, faiblesse du pouls, altération des traits, hypothermie, état syncopal, etc. C'est en se basant sur ces trois éléments que l'on jugera la gravité d'une dysenterie. Si on tient compte surtout de la fréquence des selles, on pourrait, mais très arbitrairement, et à titre de simple indication, établir la division suivante :

Cas moyens......	15 à 30 selles par jour.	
Cas sévères......	30 à 50	—
Cas graves........	50 à 100	—
Cas très graves...	100 à 150 et plus	—

Toutefois cette division qui néglige les signes d'intoxication risque parfois de n'être pas exacte. Il est, en effet, des cas où une toxémie précoce (algidité, faiblesse du pouls, tendance au collapsus) se manifeste avec des troubles intestinaux relativement modérés (dix à vingt selles par jour); cette situation comporte une réelle gravité.

La variabilité des faits cliniques ne permet pas de fixer

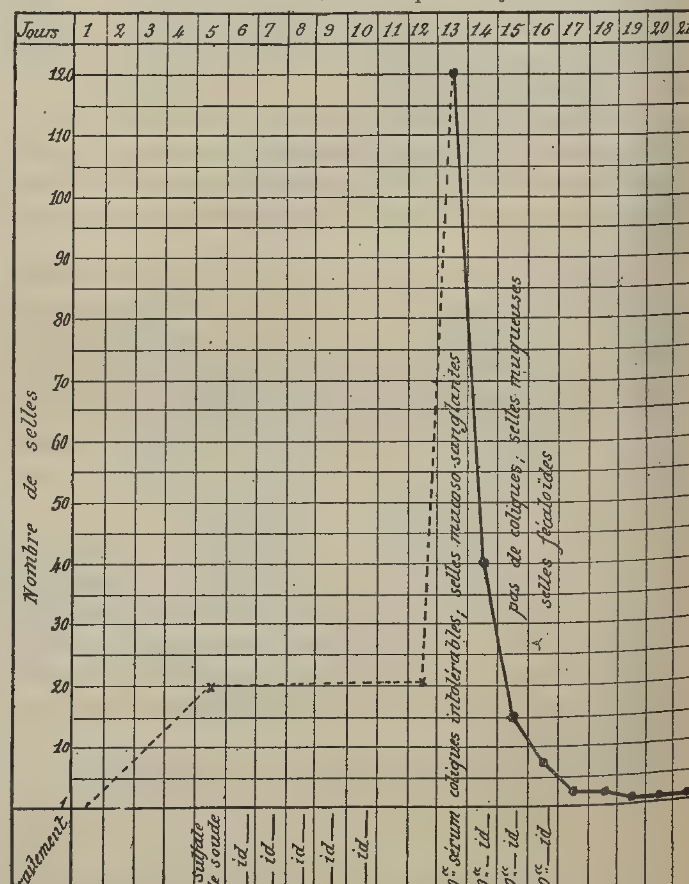


FIG. 10. — *Dysenterie grave;* 13e jour; quatre injections de sérum.

d'une manière absolue la quantité de sérum qui guérit un cas de dysenterie; mais les indications suivantes fournies par la pratique serviront de guide à la conduite du médecin.

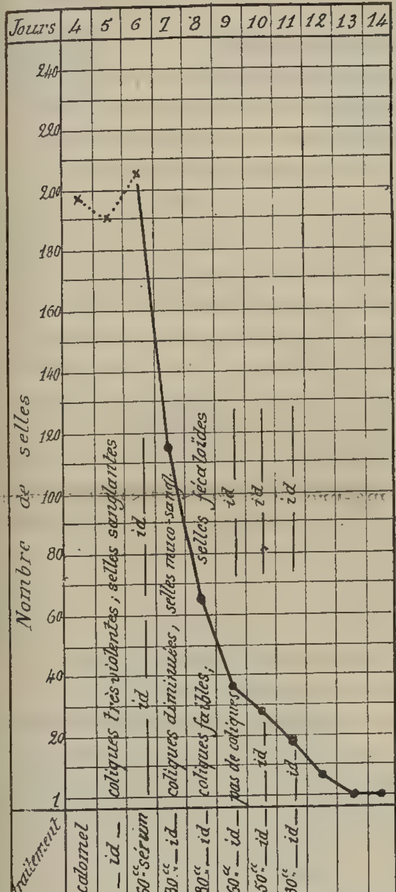


FIG. 11. — *Dysenterie extrêmement grave ; 6e jour ; six injections de sérum.*

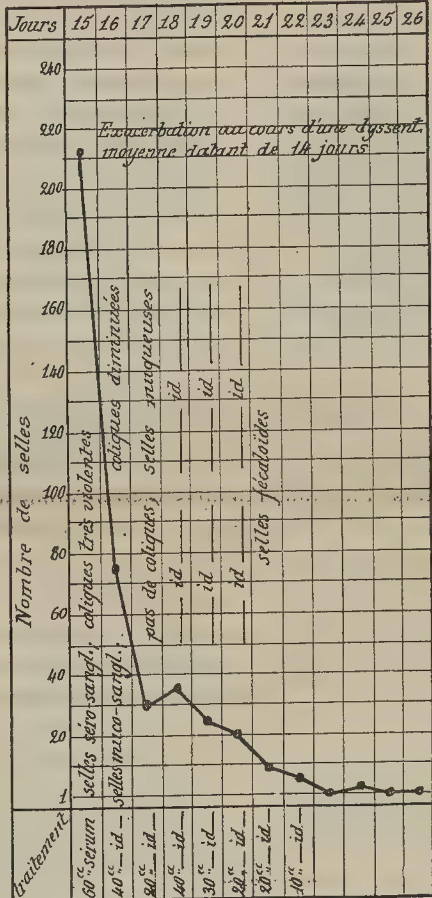


FIG. 12. — *Dysenterie extrêmement grave ; 15e jour ; huit injections de sérum.*

Adultes. — Dans les dysenteries d'*intensité moyenne*, prises au début, 20 centimètres cubes de sérum suffisent habituellement pour assurer la sédation immédiate de tous les symptômes et la guérison rapide. Si, après vingt-quatre heures écoulées, les coliques persistent avec leur intensité première et si les selles, bien que très diminuées, restent encore fréquentes, il est indiqué de renouveler l'injection le lendemain. Quelquefois même, dans les *formes sévères* ou datant de plusieurs jours, une troisième injection en moindre quantité deviendra utile pour précipiter la guérison.

Dans les dysenteries *graves*, il faut injecter d'emblée 40 à 60 centimètres cubes et réitérer cette dose le lendemain; si les troubles intestinaux ne sont pas alors suffisamment apaisés, l'emploi du sérum doit être poursuivi à doses décroissantes jusqu'à ce que le nombre des selles s'abaisse à quelques unités. Le médecin devra se guider sur la nature et la fréquence des évacuations quotidiennes : aussi longtemps que celles-ci restent glaireuses et multiples au cours des vingt-quatre heures on ne peut considérer la maladie comme terminée.

Dans les formes *les plus graves*, surtout quand l'intervention est tardive, il est nécessaire de recourir d'emblée à des doses massives, 80, 90 et même 100 centimètres cubes, répartis en deux injections au cours de la journée, jusqu'à ce que les troubles intestinaux s'amendent. Comme précédemment le sérum sera ensuite continué à doses décroissantes; il est prudent de procéder graduellement à cette réduction de la dose injectée tant que le nombre des selles se maintient au-dessus de vingt par jour.

Enfants. — Pour les enfants, les doses indiquées ci dessus seront réduites de moitié et plus encore chez les très jeunes enfants.

Rechutes. — Les rechutes sont exceptionnelles; elles se produisent après le dixième jour qui suit la dernière injection de sérum, c'est-à-dire lorsque l'action de celui-ci commence à s'épuiser. Ces rechutes sont facilement enrayées par une seule injection de sérum.

INCONVÉNIENTS DU SÉRUM. — Comme tous les sérums thérapeutiques, le sérum antidysentérique détermine des accidents dits *sériques* (urticaire, érythème polymorphe, arthralgies), qui peuvent être accompagnés d'une légère élévation de la température. Les adultes semblent plus sujets que les enfants aux manifestations érythémateuses fébriles. Tous ces accidents sont très passagers et ne présentent jamais de gravité sérieuse. D'après Netter, on peut les éviter, ou tout au moins les atténuer, en faisant ingérer au malade 2 à 3 grammes de chlorure de calcium le jour de l'injection et les deux jours suivants.

En résumé, le sérum antidysentérique compte parmi les plus fidèles au point de vue curatif; il est de ceux dont les effets immédiats se traduisent d'une manière évidente et le malade est le premier à en accuser les bienfaits. Ce sérum représente réellement le moyen spécifique du traitement de la dysenterie bacillaire; par son action et son efficacité, il devient à cette dernière ce que le sérum antidiphtérique est à la diphtérie. Sa vulgarisation permettra de réduire au minimum la mortalité dysentérique. Grâce à son emploi, le médecin peut avoir la certitude de soulager rapidement les souffrances du malade, d'abréger leur durée en agissant sur la cause qui les provoque et, par cela même, d'assurer à l'intéressé toutes les chances possibles d'une prompte guérison. Et la prophylaxie y trouvera aussi son compte, car en réduisant l'évolution de la maladie on diminue d'autant la période pendant laquelle est émis le contage qui la propage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 JUILLET 1908)

Influence de la concentration des solutions de quelques sucres sur la respiration. — MM. MAIGE et NICOLAS.

Sur le rôle physiologique des granulations leucocytaires. M. KOLLMANN.

Influence du nitrite d'amyle sur les globules rouges du sang. — M. G. SLAVU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1908)

Les accidents précoces de la suralimentation. — M. Marcel LABBÉ. La suralimentation est un des principaux facteurs de la maladie. Outre les accidents tardifs (obésité, goutte, diabète, lithiase rénale, etc.), elle donne lieu à un certain nombre d'accidents précoces, dont l'ensemble constitue un syndrome caractéristique. Les éléments de ce syndrome clinique sont :

l'engraissement qui peut être progressif et aboutir à l'obésité ou qui fait place à l'amaigrissement causé par les troubles digestifs. Les symptômes gastriques consistent en une pesanteur avec ballonnement après les repas et une distension de l'estomac. Les symptômes intestinaux sont : tantôt la constipation avec atonie et dilatation du gros intestin, tantôt et plus souvent des selles molles, fétides, quotidiennes ou biquotidiennes persistant durant toute la vie. Le foie est hypertrophié, hyperfonctionnant, ce qui entraîne un état cholémique. Les troubles nerveux consistent dans la somnolence après les repas, l'insomnie, et les cauchemars la nuit, l'agitation et l'excitation, la neurasthénie, la céphalée et la migraine. La température est souvent un peu supérieure à la normale.

Les urines sont foncées, fortement odorantes; l'acide azotique y fait apparaître du pigment rouge brun; elles réduisent la liqueur de Fehling sans donner de précipité; elles contiennent quelquefois de l'albumine.

Les troubles de la nutrition sont mis en évidence par l'étude comparée du régime et des excreta urinaires, suivant la méthode indiquée par M. Labbé. La simple analyse des urines, faite dans les conditions ordinaires, indique une excrétion abondante de tous les principes normaux de l'urine qui traduit la suralimentation.

La comparaison de cette analyse avec le régime du sujet exactement pesé montre un défaut d'absorption intestinale et confirme la suralimentation dont il serait impossible de se rendre compte par les dires du malade.

Enfin l'analyse d'urine faite après ingestion du régime d'épreuve durant trois jours indique simplement un défaut d'absorption intestinale.

Les accidents de la suralimentation revêtent des formes légères ou des formes sévères qui peuvent en imposer pour une affection grave de l'intestin, du foie ou du pancréas et nécessitent un traitement prolongé.

La suralimentation résulte d'habitudes familiales, de préjugés individuels, et même de conseils médicaux (chez les tuberculeux, les dyspeptiques, les neurasthéniques).

Le traitement consiste dans l'éducation alimentaire et le dosage des régimes.

Polyarthrite aiguë fébrile expérimentale. — M. Thiroloix. Par injection intra-veineuse chez le jeune porc du bacille d'Achalme (variété rhumatismale obtenue par hémoculture), l'auteur a obtenu des localisations articulaires et viscérales sur le myocarde et le péricarde. Dans toutes les lésions et en particulier dans la moelle osseuse on trouve le bacille injecté.

Paralysie laryngée associée; présentation de malade. — MM. Lermoyez et Blanluet. Homme de trente-sept ans, reçoit le 4 juin 1908, dans une attaque nocturne, un coup de couteau en arrière et au-dessus de l'angle gauche de la mâchoire. Immédiatement hémorragie grave. Le lendemain enrouement et paralysie faciale.

Actuellement on constate une paralysie du facial inférieur gauche, une paralysie du grand sympathique avec myosis, exophtalmie, retrécissement de la fente palpébrale, une paralysie du grand sympathique. Voile du palais intact. A l'examen laryngoscopique, paralysie récurrentielle complète. Enfin paralysie du trapèze et du sterno-mastoïdien.

M. Quevrat présente deux malades atteints de syphilis grave précoce.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 18 juillet 1908)

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin et de l'épanchement pleural dans la pleurésie séro-fibrineuse. — MM. Gilbert et Herscher ont constaté que, dans la pleurésie séro-fibrineuse, la teneur en bilirubine de l'épanchement pleural est très inférieure à celle du sérum sanguin, deux fois moindre environ, à en juger par deux cas où des dosages comparés ont pu être pratiqués dans les deux liquides. La cholémie, d'ailleurs, est elle-même peu accusée. Elle est, en moyenne, de 1 gramme de bilirubine pour 35 000 centimètres cubes de sérum, chiffre à peine supérieur à celui de la cholémie physiologique, que les auteurs ont évalué à 1/36500.

Ce fait est à comparer avec ce qu'on observe dans la pneumonie où la cholémie (1/15000 en moyenne) est plus de deux fois supérieure à celle de la pleurésie. Ce peut être là un élément de diagnostic entre les deux affections dans les cas difficiles. La pneumonie s'accompagne, en effet, d'ictère acholurique avec oligurie (ancien ictère hémaphéique). Le teint est jaune sale. L'urine présente les caractères hémaphériques, parce qu'elle est rare et parce qu'elle est riche en urobiline, du fait d'une cholémie égale en moyenne à 1/15 000. Dans la pleurésie, au contraire, il n'y a pas d'ictère; l'urine a des apparences plus normales et cela parce que la cholémie, voisine du taux physiologique, égale, en moyenne, 1/35 000.

Quelques remarques à propos d'un bacille alcaligène dans une infection typhoïde — M. Lafforgue a isolé dans un cas d'infection typhoïde un bacille distinct de l'Eberth, du coli, des paratyphiques et des éberthiformes.

Des caractères très spéciaux de ce bacille, il importe de retenir : 1° sa fonction alcaligène, très nette sur milieu de Pétruschky au sortir de l'organisme et s'atténuant progressivement sur les milieux artificiels ou par passage dans l'organisme du cobaye ; 2° ses caractères de culture sur milieu d'Endo (rougissement précoce des colonies). Il est ainsi démontré : *a.* qu'un typhogène authentique peut avoir une fonction alcaligène (celle-ci semblait exclusivement dévolue aux saprophytes); *b.* qu'il faut considérer comme typhogènes possibles certains microbes qui, sur Endo, produisent un rougissement précoce du milieu.

Le peu de stabilité de cette fonction alcaligène dans les milieux extérieurs est un nouvel exemple des variations que l'organisme imprime aux microbes. Enfin, certaines constatations parallèles faites sur ce bacille et sur l'Eberth permettent de conclure que, dans des cas prétendus de séro-réaction « retardée » vis-à-vis de l'Eberth, ce n'est pas ce germe qui est en cause, mais un autre typhogène.

Les lipoïdes du corps thyroïde. Leur pouvoir hémolytique et agglutinant. — M. H. Iscovesco. Parmi les lipoïdes extraits du corps thyroïde, on distingue : 1° le lipoïde EIA, soluble dans l'éther et insoluble dans l'acétone qui n'est pas hémolytique ni activable par la lécithine. De plus, il diminue considérablement le pouvoir hémolytique des savons; 2° le lipoïde ESA, soluble dans l'éther et insoluble dans l'acétone qui a un pouvoir agglutinant; 3° le lipoïde EAIA, soluble dans l'alcool et insoluble dans l'acétone et qui est puissamment hémolytique. Il est le seul lipoïde thyroïdien ayant ce pouvoir; 4° le lipoïde EASA, c'est-à-dire la partie de l'extrait alcoolique soluble dans l'acétone qui est agglutinant, mais à un bien moindre degré que le lipoïde ESA.

Infection dysentérique expérimentale et voies biliaires. — M. H. Vincent a recherché expérimentalement si, de même que le bacille d'Eberth, le bacille dysentérique est capable de se cultiver et de se conserver dans la vésicule biliaire, expliquant ainsi la transmission de la dysenterie par des porteurs latents du germe.

A cet effet, on a inoculé soit dans la veine, soit sous la peau, dans la plèvre ou dans le péritoine, un certain nombre de lapins et de cobayes qu'on a sacrifiés à des dates régulièrement espacées ou qu'on a laissés mourir.

Or, bien que ces animaux aient présenté des symptômes et des lésions dysentériques graves, on n'a pu trouver qu'exceptionnellement le bacille dans leur réservoir biliaire, jamais

dans leur urine. Le bacille existait à l'état rare dans la vésicule d'un cobaye sacrifié après vingt-huit heures. Il était absent chez seize autres cobayes et chez trois lapins. Seuls, deux cobayes sur cinq, inoculés dans le péritoine, avaient quelques bacilles dans leur vésicule biliaire, mais ce mode d'inoculation est évidemment exceptionnel et nullement comparable à l'infection dysentérique humaine.

A l'encontre du bacille typhique, le bacille de Chantemesse et Widal ne se conserve donc qu'exceptionnellement dans les voies biliaires. La raison en est que la bile est impropre à la culture du bacille dysentérique. Elle paraît même posséder à l'égard de ce dernier un léger pouvoir antiseptique.

Ensemencés directement dans la bile (homme, bœuf, cobaye), les bacilles du type Flexner ou du type Kruse ne s'y multiplient pas. Il y a plus, le bacille du type Kruse a été trouvé mort au sixième, septième jour.

Action sur le sang et les organes hématopoiétiques de diverses préparations d'argent colloïdal et de sels d'argent (deuxième note). — MM. L. Ribadeau-Dumas et R. Debré. Les préparations d'argent déterminent de la polynucléose. Celle-ci est plus marquée avec l'argent colloïdal qu'avec les sels d'argent. Elle traduit une réaction active de la moelle osseuse représentée surtout par une myélocytose neutrophile. Certains sels, le nitrate d'argent, par exemple, provoquent une forte réaction médullaire avec polynucléose sanguine faible; par comparaison, il semble que l'argent colloïdal ait encore la propriété de déterminer le passage des éléments myéloïdes dans le sang.

Note sur une levure. — M. Piedallu. Cette levure semble provenir des corps gras mis en action dans le tannage à l'huile, je l'ai retrouvée dans l'huile de baleine.

Elle vit aux dépens des corps gras qu'elle acidifie et oxyde, elle cultive en abondance dans des milieux artificiels contenant de l'oléate d'ammoniaque ou des huiles. Ces huiles attaquées par cette levure ont les mêmes caractères que celles qui sont expurgées après la préparation des cuirs chamoisés.

Cette levure est de plus susceptible d'élaborer des corps gras pour engorger ses cellules, comme une matière de réserve lorsqu'elle est cultivée sur des milieux sucrés par exemple.

Action du liquide céphalo-rachidien sur quelques bactéries pathogènes. — MM. Lannois, Lesieur et Gauthier. 1° La plupart des microbes *peuvent se développer* dans le liquide céphalo-rachidien, mais moins bien que dans du bouillon, car c'est un milieu faiblement nutritif; 2° La *morphologie* de certaines espèces est influencée par le développement dans ce milieu; la modification macroscopique la plus fréquente consiste en l'apparence granuleuse de ces cultures; 3° Au point de vue de la *végétabilité*, le liquide céphalo-rachidien nous a paru posséder une action empêchante, atténuante, bactéricide sur certaines espèces microbiennes (diphtérie) ou sur certains échantillons d'une espèce donnée (Eberth); 1° Au point de vue de la *virulence* expérimentale, le liquide céphalo-rachidien rend inactif le bacille diphtérique qui, pourtant, s'y développait. Somme toute, action variable, tantôt nulle, tantôt simplement modificatrice et atténuante, tantôt (mais rarement) empêchante, et même vraiment bactéricide, suivent les microorganismes.

Action convulsivante du sulfate d'ésérine chez les grenouilles ayant eu des convulsions sous l'influence de la strychnine. — M. Maurel signale ce fait intéressant que le sulfate d'ésérine, qui n'est pas convulsivant pour les grenouilles normales, le devient pour les grenouilles qui ont eu une première fois des convulsions sous l'influence de la strychnine et qui sont revenues à leur état normal. On voit l'importance que peut prendre ce fait expérimental au point de vue de la pathogénie des convulsions et peut-être même au point de vue plus général de la prédisposition.

PRATIQUE MÉDICALE

THÉRAPEUTIQUE DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE, DES AFFECTIONS DU CŒUR ET DES REINS, DE LA GOUTTE, PAR LE JUS DE RAISINS FRAIS « STEM ».

La meilleure thérapeutique de ces affections est encore dans le régime lacto-végétarien, bien que le lait ait eu ses détracteurs (Rumpf, Sigaud, Vincent), ce dernier est, en effet, souvent dangereux, mal supporté ou insuffisant.

Son meilleur succédané (ayant la même formule chimique que le lait de femme, Ratureau) semble être le jus de raisins stem.

Si nous rapportons les opinions d'auteurs, nous verrons le jus de raisins frais recommandé aux albuminuriques (cas de guérison par le stem, par Mayet, in *Prov. méd.*, 9 mars 1907).

D'après Soulier (*Traité de thérapeutique*), « le jus de raisins convient aux pléthoriques, à ceux paraissant disposés aux congestions cérébrales. »

Manquat (*Précis de thérapeutique*) le conseille dans le « traitement de la cardiopathie et de la dyspepsie intestinale des gros mangeurs. Dans la goutte, le jus de raisins est utile parce qu'il diminue l'acidité urinaire et parce qu'il est un dépuratif rénal. Pour cette même raison il fait du bien aux brightiques ».

Dans les cardiopathies le jus de raisins fut recommandé par Huchard, Deguy, Brismoret, Piatot, Bergougnan. « La circulation devient plus active, le pouls plus plein, plus ample : les urines sont abondantes, les selles régulières, l'état général meilleur, les forces plus vives. »

Pour Brismoret, les propriétés diurétiques sont dues à l'azotate de potasse et aux acides libres du raisin (tartrique, citrique, malique), les laxatives au tartrate acide de potasse.

Huchard : « L'action du jus de raisins est triple, purgative par la crême de tartre, diurétique par son tannin, la glycose et l'azotate de potasse, nutritive aussi dans une certaine mesure. Elle peut donner de très bons résultats dans certaines dyspepsies, dans la goutte, dans les cardiopathies, etc. »

Moreigne a par 400 dosages confirmé expérimentalement les données de la clinique : « Il se produit sous l'influence du jus de raisins une augmentation de la diurèse, une diminution du degré d'acidité des urines, une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique, une action dérivative sur l'intestin, une diminution des fermentations intestinales, une suractivité de la fonction hépatique et en particulier de la sécrétion biliaire, etc. »

Dose : 1/4 à 1/2 litre par jour de stem.

Bibliographie. — Th. de Piatot et de Bergouignan, Paris, 1898 et 1902. — Deguy, Brismoret. *Journ. des prat.*, 1898, p. 537 et 603, 1902, p. 359. — Articles sur le « Stem », *Journn. des prat.*, *Gaz. des hôpit.* et *Bull. de thérap.*, 1907-1908. — Moreigne. *Arch. méd. expér.*, 1902. — Mayet. *Prov. méd.*, mars 1907. — Huchard. *Journ. des prat.*, nov. 1901, etc., etc.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 25 juillet, à une heure. — M. Esmein. Sur le ralentissement permanent et temporaire du pouls par lésions intra-cardiaques. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Jeanselme et Castaigne.) — M. de Coux. Méningites syphilitiques aiguës ; essai de classification. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Jeanselme et Castaigne.) — M. Copreaux. De la durée de la paralysie générale. (MM. Gilbert Ballet, président ; Debove, Jeanselme et Castaigne.) — M. Brenac. Le nitrate d'argent en dermatologie et en syphiligraphie. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Jeanselme et Castaigne.) — M. Simidoff. De la psychasthénie. (MM. Raymond,

président; Joffroy, Fernand Bezançon et Claude.) — M. PESSARD. La rééducation motrice dans le service de la clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), années 1904-1908. (MM. Raymond, président; Joffroy, Fernand Bezançon et Claude.) — Mlle MONOSZON. Les symptômes bulbaires dans la syringomyélie. (MM. Raymond, président; Joffroy, Fernand Bezançon et Claude.) — M. BANOS. Des psychoses et des névroses au cours de l'acromégalie. (MM. Raymond, président; Joffroy, Fernand Bezançon et Claude.) — M. BARBIER. L'incontinence d'urine nocturne essentielle de l'enfance. Son traitement en particulier par les injections épidurales et la ponction lombaire. (MM. Hutinel, président; Albert Robin, Desgrez et Gouget.) — M. WILLERVAL. La méningite tuberculeuse du nourrisson. (MM. Hutinel, président; Albert Robin, Desgrez et Carnot.) — M. COLLET. De la myosalgie et de la dermalgie dans la colique de plomb (déductions thérapeutiques). (MM. Hutinel, président ; Albert Robin, Desgrez et Gouget.) — M. CRÉANGE. Chancres mous de l'anus et du rectum. (MM. Chantemesse, président ; Letulle, Morestin et Brumpt.) — M. LAST. Troubles dentaires chez les sucriers (carie sucrée). (MM. Chantemesse, président ; Letulle, Morestin et Brumpt.) — M. CRESPIN. L'hémoptysie parasitaire d'Extrême-Orient. (MM. Chantemesse, président; Letulle, Morestin et Brumpt.) — M. BELLE. Maladie du sommeil (contribution à l'étude de l'étiologie et de l'épidémiologie). (MM. Chantemesse, président; Letulle, Morestin et Brumpt.) — M. PERINET. Des pulvérisations d'adrénaline-cocaïne dans les œdèmes du larynx. (MM. Gilbert, président; Troisier, Achard et Richaud.) — M. CASSARD. Contribution à l'étude de la tuberculose du foie chez les vieillards. (MM. Gilbert, président; Troisier, Achard et Richaud.) — M. CHAUVIN. Pneumococcie et tuberculose en particulier chez les arthritiques. (MM. Gilbert, président; Troisier, Achard et Richaud.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

LE VINGT-CINQUIÈME ANNIVERSAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BEYROUTH. — A l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de sa fondation, la Faculté française de médecine de Beyrouth vient d'organiser un Congrès médical dans lequel les professeurs de Brun, Nègre, Hache et Chapotin ont fait une série de conférences en présence du corps consulaire, du gouverneur de Beyrouth et des notabilités de la ville.

On sait que la Faculté de Beyrouth a été fondée en 1883 par le P. Normand, supérieur des Jésuites en Syrie, d'accord avec Jules Ferry alors ministre des Affaires étrangères, et avec l'approbation du gouvernement ottoman.

Depuis 1895 trois professeurs français, appartenant à des Facultés de l'Etat, et trois docteurs ottomans viennent chaque année à Beyrouth pour faire subir les examens et délivrer les diplômes équivalents à ceux que décernent les Facultés de France.

L'admission des candidats à la Faculté, à la suite d'un examen, relève du consulat général de France.

Le nombre des étudiants, qui en 1883, l'année de la fondation, était de 11, s'élève aujourd'hui au chiffre de 213. Quand des laboratoires plus vastes le permettront, le nombre des admissions pourra s'élever à 300.

En vingt-cinq ans, 350 médecins ou pharmaciens sont sortis de la Faculté. Ces praticiens exercent dans l'empire ottoman, en Egypte, dans le Soudan, l'Abyssinie, le Sénégal, etc.

La Faculté de médecine se rattache à l'Université de Beyrouth, fondée et dirigée par les Jésuites français.

LA MARINE ANGLAISE ET L'ALCOOL. — Jusqu'ici une allocation journalière de neuf dixièmes de penny était attribuée aux matelots ne buvant pas de grog en remplacement de la ration de rhum; dorénavant, l'allocation sera portée à un penny, de telle sorte que les hommes tempérants toucheront au bout d'une année une somme de 38 francs. Actuellement, les hommes qui ne boivent pas d'alcool sont dans la proportion d'environ un quart, et l'augmentation de l'allocation qui leur est accordée entraînera un supplément de dépenses de 625000 francs. (*Moniteur de la flotte.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLVIII, nº 21, 21 mai 1908.) Friedrich MÜLLER : La législation sociale en Allemagne et ses relations avec la pratique de la médecine. — George L. WALTON : De certains désordres communément observés et fréquemment mal interprétés. — G. P. HOWE : Notes médicales sur le nord de l'Alaska. — William F. WHITNEY : Veines variqueuses de la papille du rein comme cause d'hématurie persistante (avec une coupe). — John H. BLODGETT : Dispositif électrique de la poire de Politzer, permettant de traiter les affections de l'oreille par le cathétérisme et les insufflations d'air surchauffé. — (Nº 22, 28 mai.) Abner POST : L'hôpital et ses rapports avec la communauté. — E. A. CODMAN : Un cas de kyste intra-vésical de l'uretère : dilatation de l'uretère avec très légère dilatation du bassinet, contenant 28 calculs mobiles; bactériurie, alcalinurie, phosphaturie (avec 3 fig.). — (Nº 23, 4 juin.) Herbert L. BURRELL : Les nouveaux devoirs de la profession médicale : l'initiation du public aux idées de la médecine scientifique. — Robert SOUTTER : L'usage de ligaments en soie en plus de la transplantation tendineuse et musculaire dans la paralysie infantile (avec 8 fig.). — W. H. MERRILL : Description d'un certain nombre de cas atypiques d'inflammations amygdaliennes et péri-amygdaliennes avec une complication analogue. — O. R. MABÉE et A. E. TAFT : Le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde au moyen de sang prélevé à l'oreille. — G. P. SOMBORN : L'inoculation antityphique. — F. A. WASHBURN : Appareil pour la stérilisation des matières de vidange (avec 3 fig.). — W. P. CONES : Abcès du psoas pris par erreur pour une affection aiguë de l'abdomen. — (Nº 24, 11 juin.) William Sydney THAYER : Sur les relations du médecin et du public. Ses devoirs et son rôle. — J. Ewing MEARS : La médecine et la chirurgie modernes en Orient. — Silvio VON RUCK : Les modes d'infection de la tuberculose. — Fritz B. TALBOT : Sur la composition des volumineuses masses de lait caillé dans les selles des enfants (avec 3 tabl.). — Maurice Vejux TYRODE : L'acide camphorique, son action et son emploi. — (Nº 25, 18 juin.) Aristides AGRAMONTE : Etude sur le docteur Louis Daniel Beauperthuy, un pionnier dans l'étude de la fièvre jaune. — Williams ROLLINS : Note 208 sur les rayons X. La résistance d'un tube à rayons X n'est pas une indication exacte de son degré de vide. — J. Ewings MEARS : La médecine et la chirurgie modernes en Orient (*suite*). — Charles F. PAINTER : Sutures du tendon rotulien. Description de trois cas. — (Nº 26, 25 juin.) George CRILE : Sur le shock chirurgical. — William N. BULLARD et Arial W. GEORGE : Sur l'achondroplasie (avec 6 fig.). — William Henry PORTER : Un nouveau sédatif nerveux et soporifique, l'alphamonobromisolvalerylurea. — J. L. GOODALE : Le traitement local des inflammations aiguës de la gorge au point de vue de la pathologie générale. — L. R. G. CRANDON : Deux opérations de grossesse extra-utérine chez la même malade. Aspect moribond après la seconde opération, traitement par la transfusion du sang, guérison.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LA RÉORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE. — L'enseignement de l'anatomie vient d'être réglementé de la manière suivante par un décret en date du 16 juillet dont voici le texte :

« ARTICLE PREMIER. — Le professeur d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris est chargé, sous l'autorité du doyen, de l'administration de l'école pratique, de la direction de l'enseignement de l'anatomie (théorique et pratique), du personnel du service et des collections d'anatomie.

ART. 2. — Le personnel de l'école pratique, placé sous l'autorité du professeur d'anatomie, se compose de : deux assistants, huit prosecteurs, quinze aides d'anatomie, deux préparateurs techniques.

ART. 3. — Les deux assistants d'anatomie sont nommés par arrêté ministériel, sur la proposition du professeur d'anatomie et la présentation du doyen.

Ils sont choisis parmi les agrégés d'anatomie en exercice ou libres, ou, à défaut, parmi les anciens prosecteurs.

Sous la responsabilité du professeur directeur du service d'anatomie, les assistants prennent part à l'enseignement de l'anatomie et la surveillance des travaux pratiques.

ART. 4. — Les deux préparateurs techniques sont nommés par le doyen, sur la proposition du professeur directeur du service d'anatomie.

ART. 5. — Les assistants et les préparateurs techniques sont nommés pour une année. Ils peuvent être maintenus dans leurs fonctions d'année en année, selon les formes prévues à l'article 3.

ART. 6. — Les traitements des assistants et des préparateurs techniques sont fixés ainsi qu'il suit :

Assistants. — De 4000 à 6000 francs, par promotions successives de 500 francs, dans la limite des crédits disponibles, et après au moins trois années passées dans la classe immédiatement inférieure.

Préparateurs techniques. — De 1500 à 3 000 francs, par promotions successives de 300 francs, dans la limite des crédits disponibles, et après au moins deux années passées dans la classe immédiatement inférieure.

ART. 7. — Il n'est rien modifié en ce qui touche soit au nombre, soit au traitement, soit au recrutement des prosecteurs et aides d'anatomie.

ART. 8. — Sont supprimés à la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

1° L'emploi de chef des travaux anatomiques ;

2° L'emploi de préparateur du laboratoire d'anatomie. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours s'ouvrira le mardi 15 décembre 1908, à deux heures et demie, pour quatre places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire.

Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins quatre inscriptions.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 992.*)

SUR UN CAS DE

TYPHLO-APPENDICITE POST-TRAUMATIQUE

Par le docteur COUTEAUD,

Médecin en chef de première classe de la marine, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Aux yeux d'une bonne partie des chirurgiens français, l'appendicite dite traumatique dériverait d'un processus bâtard qui ne peut se suffire à lui-même, qui a besoin d'une préparation pour éclater. La prétendue appendicite traumatique serait une appendicite « à deux degrés » qui exigerait une phase prémonitoire de sub-inflammation, d'infection latente, et une phase définitive causée par le traumatisme mettant brusquement en relief ce qui est caché, ce qui n'est qu'en puissance, mais qui est déjà comme une sorte de prédisposition à l'appendicite proprement dite. Le débat institué à la Société de chirurgie en 1907 n'a point tranché la question; mais déjà à cette époque les adversaires de l'appendicite traumatique semblaient en majorité. Je crois, comme tout le monde, à l'existence d'une appendicite inconsciente, larvée, chronique d'emblée, qu'un traumatisme bien dirigé peut convertir en appendicite franche, patente, classique. Mais là n'est pas la question. Le point en discussion peut être ainsi formulé : étant donnée une appendicite survenue après un traumatisme, faut-il en déduire toujours, nécessairement, l'existence d'une pré-appendicite sub-inflammatoire, le traumatisme n'ayant agi que pour *déclancher* le processus inflammatoire ?

I

Pour savoir exactement à quoi s'en tenir sur la légitimité de cette entité morbide, il semble qu'il y aurait un moyen bien simple : provoquer sur un animal le traumatisme en question. Malheureusement cette chirurgie expérimentale nous est refusée, car les animaux qui ont un appendice vermiforme sont peu nombreux : seuls les singes, les lémuriens et les rongeurs en sont pourvus. Mais la brièveté du vermium serait un obstacle probable au déterminisme de l'expérience, sans compter les difficultés qu'il y aurait pour localiser une péritonite à la région restreinte strictement visée. Cependant Beaussenat a réalisé sur ce point des expériences intéressantes.

De l'avis de L. Galliard (1), qui cite Fitz, le traumatisme doit être incriminé dans 10 p. 100 des cas; « il est évident chez des sujets observés par Delorme, Sterne et Hume, Körte, Marsh, Mlle Gordon, Brun, Rendu. » En Italie, Cassanello (2) vient de publier une thèse favorable à cette manière de voir. C'est également l'avis de nombreux médecins allemands parmi lesquels on peut citer Neumann, Karewski, Fürbringer, Ebner (3), Rinne.

Holländer, partisan résolu de l'appendicite traumatique, a dit (4) : « C'est surtout dans l'appendicite que l'élément dynamique présente une importance dont on a trop peu tenu compte jusqu'ici en comparaison du rôle exclusif que l'on a fait jouer à l'élément septique. »

Je ne crois pas, comme les adversaires de la conception traumatique, que l'infection soit inséparable de l'appendicite. MM. Thiroloix et Debre (1) viennent de montrer la possibilité de produire aseptiquement des cholécystites expérimentales offrant tous les éléments de la péritonite localisée. Ils se sont contentés pour cela de badigeonner au formol la vésicule biliaire sur des chiens. Il est bien probable que les mêmes phénomènes d'inflammation se réaliseraient sur l'appendice si on le soumettait à la même expérience.

Qui peut se vanter aujourd'hui de connaître la nature intime de l'appendicite ? Ces faits troublants d'appendicite observée sur des nourrissons de vingt-huit, vingt-trois et même dix-huit jours ont-ils reçu une explication ? Nullement. Ayons donc le courage de dire qu'un mystère plane toujours sur la genèse de cette affection si fréquente et si bien connue aujourd'hui dans toutes ses manifestations.

II

Observation personnelle. — G..., robuste et vigoureux quartier-maître canonnier, trente-cinq ans, sans antécédents morbides, est blessé en décembre 1898 sur la canonnière le *Scorpion*, dans les eaux de Madagascar, de la manière suivante. Le pied droit appuyé sur le bastingage, la jambe droite fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le ventre, un mât lui tombe sur le dos : c'était un mât tout envergué et mouillé du poids d'environ 250 kilos. Il en résulte une brusque flexion du tronc et une projection violente de l'abdomen sur la cuisse droite provoquant aussitôt une douleur extrêmement intense dans le flanc droit et des vomissements. Au bout de quelques instants la douleur se calme, puis le blessé ressent des coliques et comme un besoin de défécation; il se présente à la selle sans autre résultat qu'une aggravation considérable de ses douleurs abdominales et de nouveaux vomissements. Bref, il tombe sans connaissance dans les latrines, des camarades le relèvent et le portent dans un lit de l'infirmerie du bord. Cette scène pathologique se passe à dix heures du matin, avant le repas de l'équipage. G.... était, je le répète, de bonne santé habituelle et nullement sujet à la constipation.

Ce mécanisme d'une contusion abdominale par contre-coup mérite quelques éclaircissements. A l'époque où se place ce récit, l'équipement réglementaire des marins comportait un couteau assez fort, retenu par une cordelette en ceinture et fixé contre le ventre, ou bien encore logé dans la poche droite du pantalon. Il est infiniment probable que G... a été heurté au ventre par cet objet en saillie dans ses vêtements à l'occasion du choc qui mit violemment en contact la cuisse et le flanc du côté droit.

Quoi qu'il en soit, le médecin du bord lui donne aussitôt ses soins, l'observe pendant une vingtaine de jours, puis l'envoie à l'hôpital de Majunga avec la mention : *typhlite, état général mauvais*, tout en lui délivrant un certificat d'origine de blessure relatant le traumatisme décrit ci-dessus. Quelque temps après, le blessé retourne à bord, amélioré seulement; on est bientôt obligé de le renvoyer à l'hôpital avec le même diagnostic de *typhlite* auquel les médecins de Majunga substituent celui d'*appendicite*. Notre homme ne tarde pas à être rapatrié et obtient un congé de convalescence. En août 1899, il entre à l'hôpital maritime de Brest où un médecin — le quatrième qu'il voyait ! — qualifie son mal de typhlite et le fait passer en chirurgie ; un cinquième médecin, chirurgien distingué, refuse de l'opérer. A sa sortie de l'hôpital, G..., se trouvant bien, embarque sur le cuirassé *Gaulois* où je le vois pendant un an, sans me douter qu'il eût été malade, jouissant

(1) L. Galliard. *Nouveau Traité de méd. et de thérap.*, 1907, t. XVII, p. 59.

(2) Cassanello. *La Clinica moderna*, 1907, n° 36.

(3) Neumann, Karewski, Fürbringer, Ebner. Compte rendu de la Soc. méd. de Berlin, *Semaine méd.*, mai 1908.

(4) Holländer. *Berl. klin. Wochens.*, 2 mars 1908.

(1) Thiroloix et Debre. *Revue de méd.*, mai 1908.

d'une santé parfaite. Ce n'est qu'en juillet 1900, c'est-à-dire un an et demi après le début de son mal, qu'il se présenta à moi comme malade.

A ce moment G..., souffre vivement dans la fosse iliaque et la cuisse droite; il monte les escaliers avec peine, son facies est grippé, franchement abdominal, on sent que cet homme énergique n'est venu à la visite que vaincu par la douleur. Il n'a presque pas de fièvre : 37°5 dans l'aisselle, le pouls est bon, la langue peu chargée; quelques nausées sans vomissements. La douleur n'a pas éclaté brusquement; la pression dans la fosse iliaque s'exaspère au point de Mac Burney, mais avec des irradiations à l'aine et à la cuisse droite. Pas de selles depuis deux jours, des gaz ont été émis. On sent, au palper, un amas fécal cylindroïde dans la fosse iliaque droite. Rien d'anormal à l'examen des autres organes. Je pose le diagnostic provisoire de typhlite; je ne vois aucune indication impérieuse pour opérer, mais je fais accepter au malade l'idée d'une opération éventuelle. Etant à ce moment en pleines manœuvres navales, par mer houleuse, je n'avais à ma disposition que des moyens simples, mais ils furent suffisants. Des purgatifs légers et des lavements amenèrent une sédation des douleurs et un abaissement de la température (36°8). Le troisième jour, G... peut marcher assez librement, quoique souffrant un peu à l'aine et à la cuisse droites; le visage a perdu son expression souffreteuse. Rétablissement prompt les jours suivants; il ne reste qu'une tendance à la constipation que le malade attribue au traumatisme subi un an et demi auparavant.

Je prescris au convalescent des exercices de canotage qui l'obligent presque chaque jour à contracter les muscles abdominaux : cette sorte de massage passif lui fait grand bien. Six mois après, G... vient me consulter pour une douleur de ventre localisée au même point que précédemment, mais bien moins vive et sans irradiations. Il y a simplement un peu de coprostase qu'un purgatif à l'huile de ricin dissipe promptement.

G... débarque le 1er avril 1901 en bonne santé, et je le perds définitivement de vue.

Suites éloignées. — Le 25 mars 1908, le docteur de Champeaux, médecin-major du croiseur *Condé*, sur lequel mon ex-malade est embarqué, m'a envoyé très obligeamment la note suivante : « G... a toujours joui d'une bonne santé depuis 1901. L'estomac fonctionne bien. Du côté de l'intestin, tendance seulement à la constipation traitée par l'absorption de petites doses d'huile de ricin, une ou deux fois par semaine. A l'examen physique des organes, et en particulier de l'abdomen, rien de spécial. Le ventre est souple dans *toutes* ses parties. On ne constate aucun reliquat de typhlite, appendicite ou péritonite adhésive partielle. Pas de corde colique. »

Dix ans après le traumatisme initial, si ce n'est une guérison définitive, c'est un état de santé excellent et compatible avec les dures obligations de la vie maritime.

Dans l'attitude où fut blessé mon marin, la paroi abdominale antérieure était relâchée tandis que, au contraire, le psoas iliaque contracté formait un plan musculaire tendu et résistant favorable à la contusion du cæcum et de l'appendice violemment refoulés contre lui.

Les symptômes dominants du début ont été : une douleur excessive dans la fosse iliaque droite, des vomissements, une envie de défécation, une syncope, phénomènes suivis aussitôt d'un état général grave et, ultérieurement, d'ébauches d'appendicite à répétition et de coprostase dont la gravité est allée sans cesse en diminuant. Je suis un peu embarrassé pour donner à cette observation sa véritable étiquette. Mais, quel que soit le diagnostic précis, strictement exact, qui lui convienne, ce cas me paraît rentrer dans la famille des faits qu'on cite à l'appui de l'appendicite traumatique qui serait souvent mieux désignée, à mon avis, sous le nom de typhlo-appendicite post-traumatique.

M. Picqué (1) a reproché aux observations de ce genre d'être quelque peu muettes sur les antécédents des malades : pareil reproche ne serait pas justifié ici. Mon marin a passé en un clin d'œil de l'état de santé à l'état de maladie par l'effet d'un traumatisme accidentel, et le mal a été pris sur le fait. En effet, G... était en contact journalier avec le médecin de son navire qui ne l'avait jamais vu malade et qui n'hésita pas à lui délivrer un certificat d'origine de blessure portant la mention *typhlite*. Mon malade n'était point de ceux vis-à-vis desquels le praticien entre de suite en défiance, flairant l'exagération d'un accident de travail : il ne cherchait nullement à exploiter l'Etat et à se faire délivrer une pension de retraite. Ce qui prouve encore que son appendice était sain à l'époque de l'accident, c'est que, après une période maladive de deux ans environ, il a recouvré une santé parfaite, sans intervention opératoire. Il navigue actuellement sur les côtes du Maroc, dix ans après l'accident; sur son navire, on n'a appris son aventure pathologique que grâce à une demande de renseignements de ma part, et, alors, un examen minutieux a fait ressortir le bon état de sa santé. L'exactitude de l'observation est donc absolue.

A la place de ce marin de l'Etat, blessé en service commandé mais désireux de continuer sa carrière, supposons un passager civil victime à bord d'un navire de commerce d'un semblable accident. Que serait-il advenu si la victime avait cherché à rendre responsable la Compagnie de navigation? Aurait-on classé son cas parmi les banales contusions de l'abdomen? La doctrine médicale régnante aurait-elle permis de le ranger parmi les appendicites?

Il est bon de rappeler qu'en Allemagne les sociétés d'assurances et les tribunaux acceptent l'idée de l'appendicite traumatique sans se préoccuper de l'état antérieur du blessé. Aussi a-t-on pu dire avec raison dans une société médicale de Berlin que la question de savoir si un traumatisme peut déterminer l'inflammation d'un appendice sain n'a qu'un intérêt purement dogmatique (2).

Quelle que soit la solution qu'une question de ce genre comporterait au nom des doctrines médico-légales de notre pays, on peut en tirer une conclusion pratique : il faut être très prudent dans la concession des indemnités réparatrices de ces sortes de traumatismes abdominaux dont les suites éloignées sont si mal connues.

III

Au point de vue traumatisme abdominal, le terme « appendicite » est trop limitatif puisqu'il exclut celui de typhlite ou de péri-typhlite, toutes catégories qui semblent bien, dans l'occurrence, avoir quelque droit à l'existence. Il ne me répugne nullement d'admettre que le traumatisme peut, à lui seul, déterminer l'une quelconque des affections ci-dessus mentionnées. Les chirurgiens, hypnotisés par l'appendicite, ne voient que l'appendice lésé; il est cependant bien certain que la contusion du cæcum peut donner naissance à des troubles morbides du même ordre et que la typhlite ne doit pas être systématiquement méconnue, comme on a trop de tendance à le faire. Si l'on admet l'existence de la typhlite on

(1) Picqué. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1907.
(2) *Semaine méd.*, 27 mai 1908.

sera bien près d'admettre la contusion du cæcum et son inflammation post-traumatique.

En Allemagne, Boas, von Hansemann, Fürbringer, Karewski, Holländer et bien d'autres admettent non seulement la typhlite mais encore la possibilité pour elle de provoquer une appendicite. Cette conception me paraît juste, car l'infection, quelle que soit sa source, a une prédilection pour les culs-de-sac tels que les diverticules de Meckel et l'appendice. La typhlite peut donc n'être que la préface de l'appendicite. Mais celle-ci peut éclater après un traumatisme propre de l'appendice. Quelque répugnance qu'on ait à admettre la vulnérabilité d'un organe aussi petit, aussi fuyant, aussi caché et protégé que le vermium, des faits indéniables, quoique très rares, attestent que parfois la contusion ne l'épargne pas. Il peut être comprimé, coïncé, voire même écrasé entre le corps contondant et le plan osseux sous-jacent, avec ou sans l'interposition du cæcum. Et d'ailleurs quel est l'organe du corps humain qu'on peut dire aujourd'hui à l'abri d'une contusion? Le canal cholédoque, les canaux biliaires, plus petits encore que l'appendice, n'échappent pas à l'effet des violences extérieures, cela est admis aujourd'hui de tout le monde. Pourquoi donc le vermium aurait-il seul le privilège d'être intangible?

Les faits sont là pour répondre affirmativement : les plus typiques sont ceux rapportés par Brun (1) qui a montré la déchirure et même la rupture du vermium après un choc sur le ventre. N'est-ce pas déjà extraordinaire de voir, par la seule influence de l'effort, cette rupture du fascia transversalis observée par M. Walther (2)? Il est donc certain que la lésion anatomique du vermium est possible, comme le pensent la plupart des médecins et chirurgiens allemands qui ont été cités plus haut.

Evidemment ce n'est pas dans l'espace de temps si bref du trauma que l'appendicite ou la typhlite éclatera, comme un coup de tonnerre dans un ciel serein. Il faut laisser au processus inflammatoire le temps d'évoluer. Peut-être bien est-ce là l'objection qui rend peu sympathique en France l'idée d'appendicite traumatique. Celle-ci n'est point contemporaine de l'accident, elle lui succède avec une certaine lenteur et n'apparaît que quand sont réalisées les conditions d'effraction tuniquaire, inoculation des germes de la flore intestinale, vascularisation anormale et enfin l'hématome soit interstitiel, soit juxta-appendiculaire, soit péri-cæcal, soit encore épiploïque, c'est-à-dire dans le méso-appendice. M. Guinard a émis l'hypothèse très juste que, quand l'appendice sain baigne au milieu du sang, des fausses membranes peuvent se former, le fixer, le couder ou l'étrangler. Tout ce qu'on sait de l'anatomo-pathologie de la contusion abdominale autorise à penser ainsi. On peut encore invoquer l'infection de cet hématome par les innombrables bactéries de l'intestin, d'où formation d'un abcès péri-cæcal ou péri-appendiculaire et tout ce qui peut s'en suivre. Mais un pareil abcès peut facilement s'enkyster et se résorber à la longue, ne laissant comme vestiges que des adhérences plus ou moins rétractiles. La conséquence est une tendance à l'appendicite à répétition ou simplement une congestion cæcale transitoire avec coprostase, comme dans le cas qui m'est personnel.

IV

Pour nier l'existence de l'appendicite post-traumatique, on part du postulat suivant : *L'appendice ne peut devenir malade par contusion sans l'avoir déjà été.* Il faudrait donc refuser l'étiquette traumatique à l'appendicite par accident tant que les victimes ne pourraient justifier de la *pureté* de leurs antécédents. Sur quoi se baser pour affirmer la non-intégrité de l'appendice avant l'accident? N'est-il point plus logique, plus naturel au contraire, de supposer la victime saine avant l'accident? Si on méconnaît cette notion, on en est réduit à faire des diagnostifs rétrospectifs sur des pointes d'aiguilles, à nier la santé parfaite chez les personnes qui en présentent les meilleures apparences. A ce compte, tout le monde pourrait être soupçonné d'être un appendiculaire *in posse*, car la doctrine de la pré-appendicite absolue tend à faire « décréter d'inflammation » tous les appendices vermiculaires des humains (1)! Je crois inutile de réfuter plus longtemps une pareille pétition de principe. D'ailleurs, en admettant avec le professeur Reclus que tout le monde, parvenu à un certain âge, ait ou ait eu une appendicite vraie ou bien inconsciente, larvée, à abcès miliaires, la thèse de l'appendicite traumatique devient facile à défendre : car si tout le monde est plus ou moins malade de l'appendice, c'est comme si personne ne l'était, puisque le trauma survenant aura les mêmes étapes à franchir chez tout le monde pour arriver au processus inflammatoire final.

V

La présence d'un corps étranger dans l'appendice favorise-t-elle la production d'une appendicite en cas de traumatisme? On est généralement de cet avis en Allemagne où, par corps étranger, on entend surtout le calcul, le coprolithe. James Bell sur 1000 opérés d'appendicite n'a trouvé que 7 fois des corps étrangers non coprolithes (2).

Tous les chirurgiens, tous ceux qui ont fait de nombreuses autopsies, ont vu de ces coprolithes parfois si gros, ayant tellement dilaté le canal appendiculaire, qu'ils donnent l'impression du boa digérant sa proie. Holländer (3) a pu constater « à l'aide de coupes sériées que la présence de coprolithes entraîne toujours un amincissement de la muqueuse, lequel peut donner lieu parfois à un phlegmon gangréneux. Il est très possible que, en pareil cas, l'usure de l'appendice étant très avancée, un traumatisme ou même un simple effort détermine l'issue du coprolithe dans le péritoine avec toutes ses conséquences. Le traumatisme agira d'autant mieux que le calcul sera plus dur, plus gros, plus résistant; dans ce mécanisme du levier du premier genre, il agit comme *point d'appui*, étant un agent intermédiaire entre le corps contondant (*puissance*) et le plan osseux de la fosse iliaque doublé du psoas contracté (*résistance*).

Mais cette explication mécanique, qui serait acceptée en Allemagne, l'est moins en France, notamment à la Société de chirurgie où on ne manquerait pas d'objecter que coprolithe est synonyme d'une inflammation antérieure de l'appendice. Même aux yeux de M. Jalaguier, qui admet jusqu'à un certain point la possibilité d'une appendicite traumatique, le coprolithe témoigne toujours d'une inflammation antérieure de l'appendice.

Pour Talamon, le lieu de formation des scybales est tou-

(1) Guinard. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1907, p. 572.
(2) Walther. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1908, p. 658.

(1) Si l'on admet, à côté des adénoïdiens de la gorge, les adénoïdiens de l'appendice, on sera près d'accepter la plaisante proposition faite autrefois : recommander l'appendicectomie préventive au même titre que la circoncision dans le jeune âge!
(2) L. Gaillard. Loc. cit.
(3) Holländer. *Semaine méd.*, mai 1908.

jours le cæcum. Dieulafoy admet l'origine autochtone des concrétions appendiculaires (théorie de la lithiase appendiculaire). L. Galliard se borne à déclarer admissible la conception autochtone des coprolithes; il cite cependant Rostovtzev qui, sur 278 cas, a constaté 27 fois des corps étrangers dans les appendices sains, mais jamais dans les appendices malades (1). Cette question n'est donc point élucidée, mais il est permis de dire que tous les corps étrangers contenus dans le vermium ne sont point pathologiques ou autochtones. Outre des épingles et des aiguilles, on a trouvé parmi eux des grains de raisin, des pépins, des noyaux, des haricots, des grains de plomb, des calculs biliaires, etc. Les ascarides peuvent trouver leur place dans cette énumération. Sur 200 autopsies pratiquées au Tonkin, où l'appendicite est exceptionnelle chez les indigènes (2), Le Roy des Barres a trouvé 10 fois un ascaride logé dans la cavité appendiculaire sans lésion appréciable du vermium. Or, supposons en pareil cas un traumatisme suivi d'appendicite : pourrait-on soutenir la thèse de la pré-appendicite? Il serait plus simple d'admettre que le vermium devenu plus cylindrique, plus « calibré » comme une sonde et son mandrin, aurait offert aux violences extérieures une prise plus étendue et plus favorable à la contusion? De même, les corps étrangers organiques ou inorganiques, en s'accumulant dans l'appendice, le dilatent, lui font perdre sa forme anatomique et le transforment en une masse rigide possédant une vulnérabilité qui n'existe pas à l'état normal. Cet organe est devenu de la sorte plus rigide, plus immobile, moins apte à fuir sous le choc et, par conséquent, plus susceptible d'effraction soit dans ses tuniques, soit dans sa totalité.

N'est-il pas vrai de dire que les difficultés d'interprétation de l'appendicite traumatique disparaissent en partie avec la présence d'un calcul ou d'un corps étranger dans l'appendice?

Loin donc de voir toujours dans le traumatisme la goutte d'eau qui fait déborder le verre, il est permis de trouver parfois en lui la cause originelle d'une appendicite, ou, si l'on préfère, d'une typhlo-appendicite, chose importante au point de vue médico-légal.

Tout cela suppose des contingences en rapport avec le déterminisme du phénomène, c'est-à-dire des faits rares, clairsemés, exceptionnels. Mais l'extraordinaire rareté de ces faits est précisément la raison pour laquelle on les connaît si mal, ce qui est insuffisant pour en nier l'existence.

(1) Le coprolithe se rencontre souvent dans les diverticulites; est-ce l'effet d'une cause banale?

(2) *Gaz. des hôpit.*, oct. 1903. — L'helminthe existe à un degré incroyable dans toutes les populations d'Extrême-Orient et cependant l'appendicite y est une rareté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1908)

Nous entrons dans la période des rapports de prix, rapport pour le prix Alvarenga par M. Benjamin, sur le prix Daudet par M. Hallopeau, sur le prix Buignet par M. Weiss.

Urétrotomie interne. — M. Guépin adresse à l'Académie de médecine un travail sur ce sujet. De 350 observations personnelles, l'auteur conclut que l'urétrotomie interne donne des résultats supérieurs à ceux de toutes les autres méthodes.

Voies de propagation secondaire du treponema pallidum. — M. Hallopeau fait une communication sur les différentes voies de propagation secondaire du treponema pallidum, leur rôle dans l'expression symptomatique de la maladie et la possibilité de leur mettre obstacle par un traitement local atoxylique; ces voies sont, pour le chancre pénien, les lymphatiques avec leurs ganglions satellites, les parois des troncs lymphatiques et le tégument qui les environne, les interstices du tissu conjonctif ambiant et les capillaires sanguins.

A chacune de ces voies correspond une symptomatologie spéciale; la roséole est fonction de l'adénopathie primitive : un traitement spécifique local pratiqué avant l'apparition des accidents secondaires peut en empêcher ou en retarder l'apparition et en atténuer l'intensité; l'emploi de bonnes préparations d'atoxyl permet de le pratiquer sans réaction locale, avec efficacité et sans danger; il peut annihiler ou affaiblir l'action des tréponémas contenus dans le chancre, dans ses lymphatiques et leurs ganglions satellites, dans les interstices du tissu conjonctif et dans la circulation générale (Lenglet); il faut admettre dans ce dernier cas une action sur la lymphe déversée par le canal thoracique après son passage dans les ganglions modificateurs; il fait traiter l'ulcération par l'application directe de l'atoxyl soit en poudre non toujours bien tolérée, soit en pommade à 10 p. 100; le traitement local empêche habituellement la roséole de se développer, les éruptions papuleuses et les ulcérations buccales qui surviennent le plus souvent sont d'ordinaire retardées ou atténuées : elles s'expliquent par la pénétration directe du tréponéma dans les bacillaires sanguins peu accessibles au traitement local : ce traitement local doit être pratiqué systématiquement chez tous les malades atteints de chancres; il s'oppose, en évitant la roséole, à la formation de nombreux foyers d'infection secondaire, il met de même obstacle au développement de syphilomes sous l'influence de tréponémas émanés directement du chancre, ce traitement doit être prolongé jusqu'à rétrocession des adénopathies satellites; on doit pratiquer concurremment des injections massives intra-fessières; on évite à coup sûr les troubles de la vision si l'on fait usage d'une bonne préparation telle que l'atoxyl cristallisé ou un acétatoxyl; l'emploi de cette médication mixte pendant toute la période primaire atténue considérablement la gravité de la maladie; il y a lieu d'espérer qu'en la perfectionnant on arrivera bientôt à l'enrayer complètement, comme Salmon est arrivé à la prévenir : on devra s'attacher surtout à compléter l'action dès aujourd'hui acquise sur trois des voies de propagation par la destruction ou la mise hors d'activité des tréponémas contenus dans le chancre et dans ceux qui pénètrent par les capillaires dans la circulation générale.

De l'emploi des arsenicaux en viticulture. — M. Cazeneuve revient sur cette question qu'il a déjà soulevée à l'Académie. C'est une question d'hygiène publique de haut intérêt. Depuis quelques années on cherche à détruire les insectes parasites de la vigne par des injections d'arséniate de soude ou même d'arséniate de plomb. On conçoit tous les empoisonnements possibles qui peuvent résulter de cette pratique. Indépendamment des méprises qui peuvent se produire, l'emploi de ces sels doublement toxiques, comme l'arséniate de plomb, peut être dangereuse pour des ouvriers agricoles. Enfin, il faut aussi admettre la possibilité de voir le vin souillé par ces produits arsenicaux. On a donc procédé à des analyses

de ces vins. C'est le résultat de ces analyses que M. Cazeneuve veut faire connaître.

Il rappelle que l'Académie a émis un vœu pour qu'on arrive à restreindre, ou tout au moins à réglementer, l'emploi de ces sels arsenicaux.

Les vins qui ont été l'objet de ces examens sont d'origine authentique. M. Cazeneuve fait connaître les résultats de ces examens : dans quelques échantillons provenant des vins authentiques d'Algérie, on a trouvé jusqu'à 8 milligrammes d'arsenic par litre. Ceux qui avaient bu de ce vin ont été assez gravement malades.

M. Cazeneuve maintient donc ses premières conclusions relatives à l'exclusion des sels arsenicaux dans le traitement des vignobles.

APPAREILS NOUVEAUX

COURANT ENALLAXOTONE OBTENU PAR LE RHÉOSTAT ENALLAX-OHM DU DOCTEUR NICOLÉTIS

L'appareil que le docteur Nicolétis a présenté au Congrès de physiothérapie tenu à Rome le 16 octobre 1907, sous le nom d'Enallax-Ohm, est un appareil d'électricité destiné à la thérapeutique (1). Il a comme propriété la transformation des courants alternatifs isotones en courants à intensité variable, progressifs et régressifs périodiques continus et en courants à intensité progressive, périodiquement interrompus. Les courants ainsi obtenus, surnommés par l'auteur Enallaxotones — des mots grecs, ἐναλλὰξ = alternativement, et τονός = intensité, possèdent des propriétés thérapeutiques d'un très haut intérêt pour les raisons suivantes :

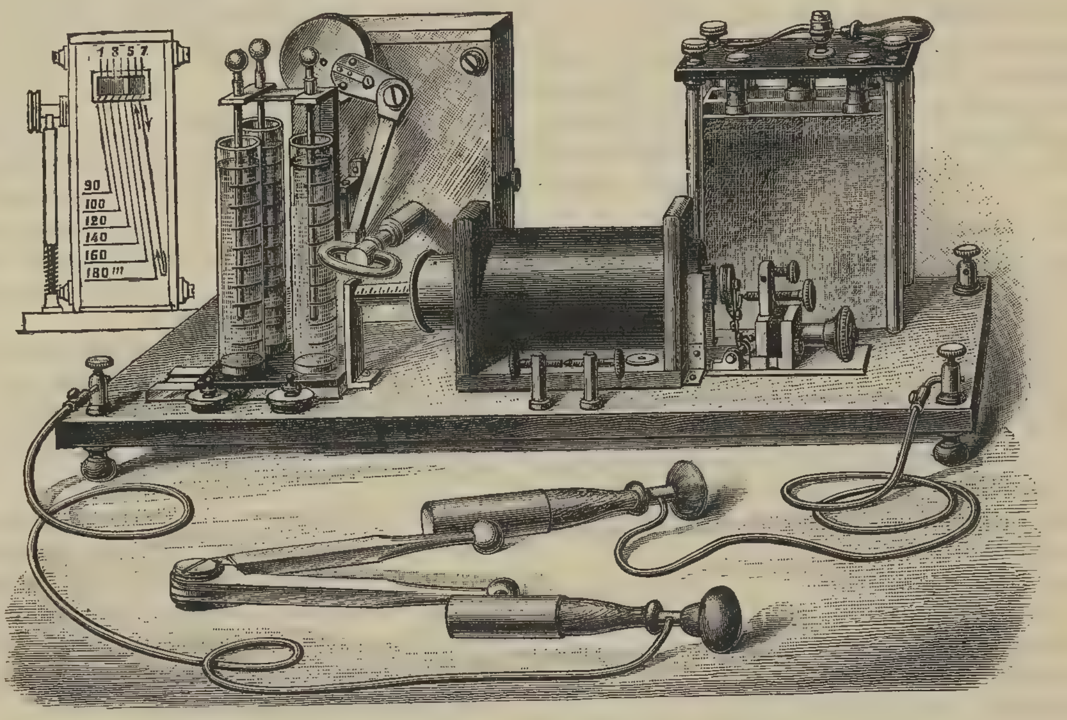
1° Les courants alternatifs enallaxotones sont infiniment plus aptes à traverser les tissus que les courants alternatifs isotones, sans tétaniser les muscles d'une façon permanente, nuisible à la nutrition des tissus des muscles.

2° Les courants enallaxotones agissent de proche en proche sur les tissus, incitent d'abord des contractions individuelles dans chacune des fibres musculaires, puis cette incitation se propage dans les faisceaux et finalement dans la totalité du muscle. Cette action faible d'abord, mais incessamment progressive, se manifeste par le frémissement fibrillaire senti par la première période du passage du courant très atténué ; les frémissements fasciculaires se manifestent à l'opérateur par une contraction ondulatoire du muscle, et cet opérateur peut suivre de visu à partir de cette période, la contraction jusqu'à son summum ;

3° Les courants alternatifs enallaxotones sont totalement indolores, même à la plus haute intensité du courant donné, les patients les plus pusillanimes peuvent subir de longues séances de courants enallaxotoniques et à des intensités inaccoutumées des courants faradiques ordinaires, sans manifester le moindre sentiment de douleur ou de fatigue et les enfants en bas âge supportent ces courants sans aucune manifestation d'excitabilité anormale de leur état général ou local.

En outre, l'excitation musculo-nerveuse peut être réglée par un micro-mètre hélicoïdal, de façon qu'elle ne dépasse jamais l'intensité et la durée qui peuvent être supportées par chaque muscle et chaque état maladif.

Le fait tout à fait digne de remarque qui est obtenu par l'application de ces nouveaux courants, c'est que l'excitabilité musculaire qui cesse d'habitude par fatigue, après quelque



temps d'un passage de courants induits ordinaires, avec ces courants nouveaux, s'accroît.

Une expérience quotidienne pendant près de deux ans dans la clinique chirurgicale de M. le professeur agrégé Rémy, dans un grand nombre de cas d'atrophies musculaires consécutives aux accidents de travail, a prouvé que spécialement pour les amyotrophies réflexes consécutives aux accidents du travail, le courant enallaxotone donne les meilleurs résultats thérapeutiques connus actuellement.

Les résultats des applications thérapeutiques de ces nouveaux courants, faites à l'hôpital des Enfants-Malades, ainsi que celles qui se poursuivent actuellement à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Tuffier, seront publiées ultérieurement.

(1) Cet appareil avait déjà été présenté par le docteur Nicolétis à la Société de biologie de Paris (séance du 26 janvier 1907) et aux membres de la Société impériale de médecine de Constantinople (14 août 1907).

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE ARTHRITIQUE

Comme traitement prophylactique, réduire la ration alimentaire : consommer peu de viande à midi, jamais le soir; supprimer vin et alcool.

Stimuler les fonctions du foie par les laxatifs et les alcalins. Prendre à jeun une cuillerée à café du sel suivant dans un verre d'eau :

Sel de seignette	80 grammes.
Bicarbonate de soude	20 —

ou :

Sulfate de soude	80 grammes.
Bicarbonate de soude	20 —

A continuer quinze ou vingt matins de suite.

Modifier la diathèse par l'usage journalier de pipérazine granulée effervescente (3 mesures dans un peu d'eau).

LIVRES NOUVEAUX

Les traitements du goitre exophtalmique (1), par Paul Sainton, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Louis Delherm, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface de M. le professeur Gilbert Ballet.

Le Congrès de médecine, qui s'est tenu à Paris au mois d'octobre 1907, avait mis à son ordre du jour le traitement du goitre exophtalmique. Le livre de MM. Sainton et Delherm est une mise au point très exacte et très claire de la question des *Traitements du goitre exophtalmique*, et l'exactitude et la clarté sont les parties dominantes d'un ouvrage de vulgarisation bien fait.

Il n'y a pas *un* traitement, mais *des* traitements de la maladie de Basedow. Rares sont les affections contre lesquelles on peut prescrire une médication toujours identique. Même dans celles qui semblent en comporter (la syphilis par exemple, ou la diphtérie), il y a à tenir compte des indications particulières aux divers cas, qui entraînent des modifications des procédés et de la technique.

La clinique s'accommode mal des traitements systématiques qui ont le privilège de séduire, par la simplification qu'ils apportent à la thérapeutique, les esprits insuffisamment rompus à la recherche des indications particulières.

Ni l'organothérapie, ni l'électricité, ni les traitements médicamenteux, ni les traitements chirurgicaux ne donnent toujours et dans tous les cas les mêmes résultats, mais l'organothérapie, l'électricité, certains médicaments, certaines interventions chirurgicales, donnent des résultats, de bons et satisfaisants résultats, quand on sait en user opportunément.

Le livre de MM. Sainton et Delherm vise précisément à montrer ce qu'on doit attendre de chacun de ces procédés et dans quelles catégories de cas on doit en attendre quelque chose.

Après l'avoir lu, le médecin aura une idée aussi nette qu'on la peut avoir actuellement, des moyens d'action dont il disposera, suivant les cas, et c'est, ce me semble, le meilleur éloge qu'on puisse faire d'un ouvrage poursuivant le but de celui-ci.

Pr G. BALLET.

(1) In-16 de 96 pages (Actualités médicales). — Prix : cartonné, 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La pratique de la médecine (1), par W. Osler, traduction française sur la 6e édition, par Salomon et Lazard.

Le *Traité* de W. Osler a le grand mérite d'être surtout orienté pour la pratique médicale courante. Le professeur Marie qui présente ce livre au public dans une courte préface, fait fort justement remarquer à quel point l'auteur se préoccupe de mettre chaque chose à son plan et de faire ressortir seulement les faits vraiment importants, en les séparant des « faits rares » et des formes « qui n'ont pas un grand intérêt pratique ». M. Osler, dans son livre, ne perd pas de vue l'enseignement et met au service de la tâche qu'il s'est imposée, l'ordre, la clarté, le sens critique en même temps qu'une documentation précise et complète.

Ce livre qui a rencontré l'accueil le plus flatteur dans tous les pays où on parle et où on lit l'anglais méritait d'être traduit en français. Il peut soutenir la comparaison avec les meilleurs de nos traités de pathologie interne, destinés aux étudiants.

COURTOIS-SUFFIT.

(1) In-8. — Paris, Steinheil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — M. Mouret, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé professeur adjoint à ladite faculté.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Bureaux municipaux d'hygiène. — Les bureaux municipaux d'hygiène des villes de Lyon et Montpellier, qui existaient antérieurement au décret du 3 juillet 1905, portant règlement d'administration publique en exécution de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique, ont été réorganisés par arrêtés municipaux suivant les dispositions des loi et décret susvisés :

Les directeurs en fonctions, par application du dernier paragraphe de l'article 2 du décret de 1905, sont :

Pour Lyon, M. le docteur Roux (Gabriel), nommé le 20 décembre 1890, et pour Montpellier, M. le docteur Gerbeaud, nommé le 20 novembre 1895.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique vient de rejeter un vœu tendant à ce que les femmes soient dispensées du baccalauréat pour l'admission dans les facultés de médecine et les écoles de pharmacie; vœu qui avait été présenté par MM. Laugier, Boitel, Mme Eidenschenk, MM. Risson, Toutey, Devinat, Michel, Noellet.

A la discussion à laquelle a donné lieu ce vœu, ont pris part, comme il fallait s'y attendre, les membres du Conseil supérieur appartenant au sexe féminin. Elles ont été unanimes à s'élever contre son adoption par le Conseil, faisant valoir comme argument, sans cependant être autorisées à parler au nom du sexe faible tout entier, que les femmes pouvant se destiner à la médecine désiraient être traitées sur le même pied que leurs concurrents hommes et ne sollicitaient pas une dispense qui ne serait qu'une faveur.

L'HYGIÈNE DES STATIONS BALNÉAIRES. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, vient d'adresser aux pré-



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX D'ORAN. — Après concours, MM. Jasseron et Devézian ont été nommés chirurgiens-adjoints.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Grimaud, professeur à l'Ecole de chirurgie dentaire de Paris.

Sont nommés au titre de la réserve et de la territoriale :

Au grade d'officier. — M. le docteur Grosclaude, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bruncher, Maubrac et Roussy, médecins-majors de première classe; Bordas et Boury, médecins-majors de deuxième classe.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. (Xe SESSION, Genève, 3-5 septembre 1908.) — Le Congrès français de médecine siégera cette année à Genève les jeudi, vendredi et samedi, 3, 4 et 5 septembre.

Le programme du Congrès est provisoirement établi comme suit :

Jeudi 3 septembre, à neuf heures précises (heure de l'Europe centrale), séance d'ouverture du Congrès à l'Aula de l'Université. — A onze heures et demie, déjeuner officiel. — A deux heures, séance à l'Aula : rapports de MM. Huchard et Jaquet sur « Les formes cliniques de l'artério-sclérose »; discussion. — A cinq heures, promenade en bateau avec collation offertes par le président du Congrès. — Au retour, embrasement de la rade par la Société des intérêts de Genève.

Vendredi 4 septembre, à neuf heures, séance à l'Aula: rapports de MM. Dubois et Jean Lépine sur « La pathogénie des états neurasthéniques »; discussion. — A deux heures, séance consacrée aux communications individuelles. — A cinq heures et demie, réception chez M. le docteur Ed. Martin, à Morillon.

Samedi 5 septembre, à neuf heures, séance à l'Aula : rapports de MM. Gilbert, Carnot et Mongour sur « Le traitement de la lithiase biliaire ». — A deux heures, séance consacrée aux communications individuelles. Le soir, banquet de clôture par souscription au parc des Eaux-Vives.

Dimanche 6 septembre. — La Société des Eaux d'Évian offre aux congressistes une excursion en bateau et une réception au Splendid Hôtel d'Evian.

Le Congrès sera suivi d'un voyage collectif en Suisse, organisé par l'agence « Les Voyages pratiques», 5, rue de Rome, Paris.

Les grandes Compagnies de chemins de fer françaises ont accordé aux congressistes, membres adhérents et membres associés, la réduction habituelle de 50 p. 100. Pour obtenir cette réduction, s'adresser au secrétaire général en envoyant l'adhésion et la cotisation.

La durée de la validité des bons de réduction a été fixée par toutes les Compagnies du 1er au 20 septembre.

L'agence « les Voyages pratiques », 5, rue de Rome, à Paris, se charge de fournir gratuitement tous les renseignements dont on peut avoir besoin, soit pour le voyage à Genève, soit pour le voyage circulaire qui suivra le Congrès.

Le bureau du Congrès est ainsi composé : président, M. le professeur A. d'Espine, rue Beauregard, 6 (Genève); vice-présidents : M. le professeur Landouzy, rue de l'Université, 15 (Paris) et M. le docteur Gautier, rue Munier-Romilly, 6 (Genève); secrétaire général: M. le professeur A. Mayor, rue Adhémar-Fabri, 6 (Genève); trésoriers : M. le docteur H. Maillart, place de la Synagogue, 6 et M. le professeur L. Bard, boulevard des Tranchées, 44 (Genève); secrétaire général adjoint : M. le docteur M. Roch, rue de la Prairie, 1 (Genève).

N. B. — Le bulletin d'adhésion doit être envoyé à M. le docteur Roch, secrétaire général adjoint, et la cotisation à M. le docteur Maillart, trésorier. La cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés (dames, étudiants).

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La XIIe session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 8 au 10 octobre 1908, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « De l'incontinence dite essentielle de l'urine. » [Rapporteur : M. Bazy (de Paris)].

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique de la dystocie, par le docteur André BOQUEL, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Angers, chirurgien de la Maternité, membre correspondant de la Société d'obstétrique de Paris. Gr. in-8° de 350 pages avec figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Maladies de la moelle et du bulbe (non systématisées). Poliomyélite. Sclérose en plaques. Syringomyélie, par le docteur C. ODDO, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, médecin des hôpitaux de Marseille. In-18 jésus, cartonné toile, de 400 pages, avec 24 figures dans le texte (Encyclopédie scientifique, bibliothèque de neurologie, de psychiatrie). — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

REVUE GÉNÉRALE (1)

FIÈVRE APHTEUSE

Par MM. G. BOYÉ,
Interne des hôpitaux de Paris.
et L. PANISSET,
Ex-chef de travaux à l'Ecole d'Alfort, vétérinaire sanitaire du département de la Seine.

On groupe sous l'appellation commune d'*aphtes* ou *stomatite aphteuse* deux entités morbides absolument distinctes que leur étiologie surtout permet de différencier.

Les premiers, Barthez et Sanné, ont séparé la stomatite aphteuse banale de la stomatite aphteuse infectieuse. Telle fut aussi l'opinion de Billard, de d'Espine et Picot. Nous laisserons complètement de côté les aphtes proprement dits pour consacrer cette revue tout entière à l'étude de la *stomatite aphteuse infectieuse*, manifestation locale d'une infection générale, la *fièvre aphteuse*. C'est à Bœrhaave et van Swieten que revient le mérite d'avoir reconnu que les aphtes ne constituent qu'une simple détermination morbide de la fièvre aphteuse.

Mosny (2) a défini très exactement la stomatite aphteuse : une maladie infectieuse caractérisée par une éruption aphteuse, en général primitivement buccale, qui peut se généraliser et qui n'est en réalité que la manifestation humaine d'une maladie depuis longtemps connue chez les bovidés, les ovidés et chez le porc.

La stomatite aphteuse spécifique procède donc de la fièvre aphteuse des animaux et plus souvent de la maladie des bovidés, l'affection étant moins fréquente et les chances de la contamination plus rares chez les ovidés et chez le porc. La fièvre aphteuse des bovidés est une maladie virulente, inoculable, caractérisée cliniquement par un état fébrile initial suivi d'une éruption vésiculeuse en certains points des téguments. L'éruption s'opère sur les muqueuses apparentes, à la bouche principalement et dans les endroits où la peau est peu épaisse et vasculaire : entre les onglons et à la mamelle. Les deux premières de ces localisations se trouvent indiquées dans la plupart des anciennes dénominations et actuellement encore dans les expressions allemande et anglaise de *Maul-und Klauenseuche* et de *Foot and mouth disease* [Nocard et Leclainche] (3).

La détermination du microbe de la fièvre aphteuse a fait l'objet de très nombreuses tentatives (4), toutes ont échoué, et le nombre même des microbes décrits comme spécifiques suffit pour montrer le peu de valeur qu'il convient d'attacher à ces recherches.

Chez l'homme les indications bactériologiques sont aussi incertaines. Hutinel trouve le plus souvent dans les lésions un streptocoque, quelquefois un staphylocoque, plus rarement le bacille diphtérique. Pasquier et Roger Voisin pensent aussi à une infection polymicrobienne.

Les constatations de Lœffler et Frosch démontrent qu'aucun des microbes décrits n'est l'agent de la virulence; l'examen direct de la lymphe recueillie purement dans des vésicules âgées de un à deux jours, est négatif et les tentatives de cultures restent sans résultat. Plus tard le liquide renferme des bactéries diverses. Le liquide des aphtes reste virulent après passage sur le filtre de Chamberland.

Il semble donc que la virulence soit due à un microbe d'une extrême ténuité appartenant avec le virus de la péripneumonie du bœuf, de la peste bovine, de la fièvre jaune, de la rage..., au groupe des microbes invisibles. Ces recherches ont été confirmées à Alfort par Nocard et Roux, puis par Vallée et Carré.

I

Etiologie. — L'homme contracte la fièvre aphteuse : la réalité de l'infection n'est pas douteuse. Tous les auteurs signalent que Michel Sagar (1) le premier observa et signala la transmissibilité de la fièvre aphteuse à l'homme; en réalité la possibilité de l'infection aurait été rapportée par Adami dès 1695 (2) et par Steurlin de Franconie (1707). La contagiosité de la fièvre aphteuse ne saurait plus être mise en doute, de très nombreuses observations ont été recueillies au cours des grandes épizooties (3). La contamination peut être réalisée soit par l'*inoculation directe* de virus pur, soit par l'*ingestion* de matières virulentes ou rendues virulentes, notamment de *lait* d'animaux atteints.

Dès 1809 en Bavière, et en 1813, le danger des produits provenant des animaux aphteux est généralement reconnu et des dispositions réglementaires interdisent de livrer à la consommation le lait, le beurre et la viande des animaux atteints.

Pourtant il faut arriver jusqu'en 1834 pour avoir une première preuve expérimentale de la possibilité de l'infection humaine. Trois vétérinaires allemands Hertwig, Mann et Villain (4) ingèrent chacun pendant quatre jours un quart de litre de lait provenant de vaches atteintes de fièvre aphteuse. Tous trois présentent bientôt des éruptions localisées à la bouche ou étendues aux mains. En 1835, Jacob, vétérinaire militaire ayant voulu reproduire l'expérience des vétérinaires prussiens, eut de la fièvre et des aphtes dans la bouche après ingestion de lait provenant de vaches aphteuses. En 1840, Hildebrandt (5) signale plusieurs exemples de transmission à l'homme et surtout aux enfants, par l'usage du lait ou par ino-

(1) Reproduction interdite.

(2) Mosny, art. aphtes, in *Manuel de méd.* Debove et Achard, t. V, « Maladies du tube digestif. »

(3) Nocard et Leclainche. *Les maladies microbiennes des animaux*, 3e édit.

(4) Klein (*Centralbl. f. Veter.*, 1888) décrit un diplocoque avec lequel il n'est pas possible de reproduire la maladie. — Frankel (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1888) isole un *streptococcus pyogenes aureus et flavus.* — Siegel (*Deuts. med. Wochens.*, 1891) aurait reproduit la maladie avec les cultures d'un microbe ovoïde isolé du sang. — Schöttelius. *Centralbl. f. Bakt.*, 1893. — Bekla (*Centrabl. f. Bakt.*, 1893) décrit un hématozoaire.

(1) Michel Sagar (*Libellus de aphtis pecorinis*, 1763-1765). Toutes les vaches d'un couvent de Franciscains furent atteintes de la fièvre aphteuse. Les moines dont le lait constituait en grande partie l'alimentation furent pris d'une affection fébrile avec éruption aphteuse confluente dans la bouche. Sagar n'hésita pas à rattacher cette maladie à l'usage du lait des vaches infectées.

(2) Cité par H. Rievel. *Handb. der Milch.*, 1907.

(3) Dans la seconde moitié du siècle dernier toute l'Europe est infectée en 1845-47, 1855-57, 1862, 1869, 1871-74, 1875-77, 1883-84, 1890-94, 1900.

(4) Hertwig. Uebertragung tierischer Ansteckungstoffe auf Menschen, *Berl. med. Zeit.*, 1834, p. 225.

(5) Hildebrandt. Magazin für Tierheilkunde. *Ueber Maul und Klauenseuche*, t. VI, 1840, p. 145.

culation directe, il montre que la prohibition de la consommation de la viande est excessive.

Rayer (1) provoque des aphtes chez un enfant par inoculation du contenu des vésicules d'une vache atteinte de l'affection.

En 1852, le docteur Bartoli (de Veroli) signale l'existence d'une épidémie de stomatite aphteuse dans une région où il existait une épizootie de fièvre aphteuse.

Le cas du docteur suisse Bircher (2) a toute la valeur d'une expérience : ce médecin vit se développer des vésicules sur sa langue après avoir absorbé quelques jours plus tôt du lait d'une chèvre atteinte de fièvre aphteuse; des accidents de même nature furent observés dans le voisinage.

Au cours de l'épizootie aphteuse qui a sévi en Amérique en 1870, des cas de transmission à l'homme ont été signalés à Albany, South-Dower, Dyteten-Country, New-York (3).

Anthoine, en juin 1872, a observé des aphtes nombreux sur trois personnes qui se nourrissent exclusivement de laitage.

Liégey, en 1874, a soigné deux femmes qui, en même temps qu'elles présentaient de la stomatite aphteuse, avaient aux doigts et aux orteils de l'eczéma avec vésicules.

Les vétérinaires, en raison de leur connaissance de la fièvre aphteuse des animaux, ont été des premiers à relater des cas de *transmission par contact.* En 1872, Viseur (d'Arras) publie une observation de fièvre aphteuse avec vésiculation en divers points de la peau; le vacher alors qu'il pratiquait la mulsion d'une vache dont les trayons présentaient des aphtes, s'était gratté le visage. Viseur ajoute que des faits du même genre lui ont été communiqués par le docteur Magny (d'Ervilliers). Boulay [d'Avesnes (4)] dit avoir vu se manifester une éruption buccale chez un garçon de ferme qui soignait des bœufs atteints de fièvre aphteuse.

Collin (de Bulgnéville), le docteur Mathieu (de Saint-Remy) signalent de nouveaux cas (1875).

En 1880, Heu (de Chaumont-en-Vexin) relate un cas de contagion directe survenu chez un individu qui, en dépouillant un veau atteint de fièvre aphteuse, s'était blessé à la main.

Cette notion de la contagiosité de la fièvre aphteuse à l'homme longtemps méconnue n'a commencé à se vulgariser qu'en ces vingt à trente dernières années; des communications retentissantes ou de graves épizooties sont venues à diverses périodes lui donner un regain d'actualité.

La thèse de Delest (5) semble avoir beaucoup contribué à attirer l'attention du monde médical sur cette intéressante question et à partir de cette date les travaux se multiplient. Demme (6) rapporte l'histoire de deux jumeaux contaminés, Esser en 1883 signale la contamination d'un vétérinaire par l'intermédiaire de son mouchoir souillé de virus aphteux. L'observation de Mathieu [de Saint-Remy-en-Bougemont (7)] concerne un marchand de bestiaux,

(1) Rayer. *Arch. de méd. comparée*, 1843.

(2) Bircher, cité par Proust. *Revue d'hygiène*, 1888.

(3) *Report of the commissionner of agriculture for the year* 1870, Washington.

(4) Boulay. *Recueil vétérinaire*, déc. 1873.

(5) Delest. Th. de Paris, 1881.

(6) Demme. *Wien. med. Blat.*, 1883.

(7) Cité par Delest. Th. de Paris, 1881.

Le malade s'était infecté en portant à sa bouche ses mains souillées de virus.

David (1), puis Proust (2) ont consacré des articles très documentés à la stomatite aphteuse d'origine animale.

En 1888, Fränkel rapporte quatre observations catégoriques de transmission par le lait chez l'adulte et chez l'enfant.

En 1890, Weissenberg (3) rapporte le cas de son fils qui présenta de la stomatite aphteuse; il existait au même moment une épidémie de cocotte sur les vaches qui fournissaient le lait à Berlin.

Au cours des mois de novembre et de décembre 1890, Ollivier (4) a observé un grand nombre d'enfants atteints de stomatite. Les petits malades venaient des quartiers de Paris où la fièvre aphteuse sévissait sur les bêtes à cornes. Pour plusieurs d'entre eux, il fut possible d'établir nettement qu'ils avaient été alimentés avec le lait de vaches contaminées.

Behla (1892) signale à Luckau la coïncidence de stomatites aphteuses et d'épizootie bovine.

La même année, Neumann présente à la Société de médecine de Vienne une malade avec des aphtes à la bouche, à la vulve et aux extrémités. Quelques mois plus tard, à l'occasion d'une discussion à la Société de médecine interne de Berlin (5), Bens, Lewin, Litten, Skamper se déclarent résolument partisans de la transmission de la maladie.

Pètre (6) a pu rassembler en 1894 plusieurs observations recueillies par des médecins et surtout par des vétérinaires au cours de l'épizootie aphteuse qui a sévi dans le département des Basses-Pyrénées du mois de novembre 1893 au mois d'avril 1894.

Sheyer (7) étudie la maladie aphteuse des animaux et conclut à la contagion possible de l'homme par l'ingestion de lait non bouilli provenant de vaches malades.

En 1895, Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) rapporte que la maladie a été transmise aux enfants dans la région de Campanha (Minas).

En 1895, Renard (de Pithiviers) rapporte deux observations de stomatite aphteuse, coïncidant avec une épidémie de fièvre aphteuse sévissant sur les étables de la région.

Chaumier (8) apporte une statistique de 107 cas. Il n'admet pas la contagion par le lait, mais seulement par contact. L'inoculation au bras chez un enfant a provoqué localement l'apparition de vésicules alors qu'en même temps se développaient des aphtes dans la bouche.

(1) David. *Arch. de méd.*, 1887.

(2) Proust. *Revue d'hygiène*, 1888.

(3) Weissenberg. *Berl. klin. Wochens.*, 1890, nº 3.

(4) Ollivier. Rapport lu au Conseil d'hygiène et de salubrité du département. Séance du 2 oct. 1891. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, janv. 1892.

(5) Soc. de méd. int. de Berlin, 1893.

(6) Pètre, Th. de Paris, 1894.

(7) Sheyer. *Dermat. Zeits.*, 1895.

(8) Chaumier. Congr. de méd. de Nancy, 6 août 1896.

(9) Bussenius et Siegel. Der gemeinsame Krankeitserreger der Mundseuche der Menschen und der Maul und Klauensenche der Tiere, *Deuts. med. Wochens.*, nos 5-6, 1897. Bussenius et Siegel disent avoir isolé chez un individu ayant succombé à la stomatite aphteuse un microbe dont les cultures reproduisent les phénomènes caractéristiques de l'affection chez le veau. Ces recherches sont évidemment infirmées par les travaux du laboratoire de Löffler. Loc. cit.

En 1897, Bussenius et Siegel (9) cherchent à démontrer l'identité de la stomatite humaine et de la fièvre aphteuse. Ils signalent que la salive d'un jeune enfant atteint de la maladie reproduit par inoculation la fièvre aphteuse chez le veau. Leur travail a pour but de convaincre les médecins de la transmissibilité de la fièvre aphteuse à l'homme. En compulsant toute la littérature depuis la fin du XVIIe siècle, Bussenius et Siegel trouvent 139 observations faisant connaître plus de 900 cas d'infection chez l'homme. Enfin, avec les documents publiés chaque année dans les *Rapports sur l'extension des maladies infectieuses des animaux*, Bussenius et Siegel montrent qu'en Allemagne seulement plus de 600 cas d'infection chez l'homme sont rapportés dans la période qui s'étend de 1887 à 1894.

Aux nombreux faits déjà signalés, nous ajouterons ceux rapportés dans la thèse de Crozat (Montpellier, 1899), l'observation de Vialle (1).

Landel (2) relate l'observation de deux enfants qui consommaient le même lait infecté : l'un présente une abondante éruption d'aphtes, l'autre élevé au lait stérilisé succombe en quelques jours (3).

L'observation de Ruault (4) est relative à plusieurs cas contemporains de stomatite aphteuse dans une maison de santé, où tous les malades atteints étaient précisément au régime lacté.

J. Bontant (5) étudie la transmission au cours de la grande épizootie de 1900, plus de 62 départements furent infectés. Bontant relate le cas d'un enfant de quatorze mois qui présente des vésicules sur la langue, les lèvres et les amygdales. L'enquête établit que l'enfant est nourri avec du lait provenant de vaches malades et que la mère n'avait pas eu la précaution de faire bouillir. Une autre observation concerne un individu de soixante-cinq ans.

En 1902, Josias signale à l'Académie de médecine le danger du lait provenant des animaux aphteux et conseille l'ébullition. Nocard appuie de toute son autorité le vœu émis par Josias.

Dans sa thèse inspirée par Moizard sur la nature de la fièvre aphteuse et ses formes cliniques, Pommeret (6) distingue une stomatite aphteuse bénigne, non contagieuse et une fièvre aphteuse qui serait la *cocotte* des bovidés transmise à l'enfant.

Dès 1901, Houssay signalait des cas de contagion dans ses rapports du service d'hygiène et de la protection du premier âge et demandait au préfet de Loir-et-Cher une réglementation sévère de la vente du lait provenant des étables contaminées.

En 1903 (7), l'auteur revient sur la question à la suite de la communication faite à l'Académie de médecine par Josias et publie une nouvelle observation dans laquelle l'évolution de la maladie ne s'est accompagnée que de troubles fébriles insignifiants.

(1) VIALLE. *Enfant atteint de stomatite aphteuse dans une ferme où deux vaches étaient atteintes de fièvre aphteuse*, Th. de Toulouse, 1900.

(2) LANDEL. *Journ. de Lucas-Championnière*, 10 sept. 1900, cité par J. BONTANT, voir *infra*.

(3) Quelques réserves sont à faire en ce qui concerne la relation entre la mort et la consommation du lait aphteux *stérilisé*.

(4) RUAULT. Art. STOMATITE APHTEUSE, in *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, 1900.

(5) J. BONTANT. *La fièvre aphteuse chez les animaux et chez l'homme. Transmissibilité. Hygiène*, Th. de Paris, 1901.

(6) POMMERET. Th. de Paris, 17 juillet 1902.

(7) HOUSSAY. *Arch. de méd. des enf.*, mars 1903, p. 152.

G. Arthaud (1) a essayé de démontrer que l'épidémie de stomatite aphteuse qui a sévi en 1901-1902 avait une relation étroite avec l'épizootie de fièvre aphteuse qui, à la même époque, était étendue à toute la France.

Pour lui, la fièvre aphteuse de l'homme est une maladie essentiellement polymorphe, et ses manifestations peuvent être décrites sous les noms les plus variés : forme atypique de dothiénentérie, de rougeole, de scarlatine, de purpura, et même méningite cérébro-spinale épidémique.

Il semble que G. Arthaud ait été surtout plutôt inspiré par des convictions personnelles que par les faits eux-mêmes. L'extension pathologique des manifestations rapportées à la fièvre aphteuse ne saurait être tenue pour vraisemblable; Henri Roché (2) a critiqué avec raison la thèse soutenue par Arthaud. Après avoir rassemblé les observations les plus probantes permettant d'affirmer la possibilité de la transmission, Henri Roché rapporte un cas où l'inoculation du *vaccin*, provenant sans doute d'une étable infectée, a donné la stomatite aphteuse à plusieurs personnes.

Voigt (3) a pu trouver trois cas semblables sur 500000 vaccinés, et dans une autre série de vaccinations, trois cas sur 100000 (4).

Au cours de cette même épizootie de 1902 le ministère de l'Agriculture poursuivit une enquête dont nous ne connaissons qu'un rapport très documenté de M. Conte, chef du service sanitaire du département de l'Hérault : sur 301 réponses, 289 sont négatives. Les 12 réponses positives signalent 22 personnes affectées dont 9 enfants et 13 adultes, ceux-ci comprenant 5 bergers, 3 laitiers et 2 éleveurs. M. Guibal (de Castries) signale une inoculation directe chez une bouchère qui était blessée à la main; et Estrampes, vétérinaire à Saint-Chinian, signale le même mode d'inoculation chez un garçon de ferme. Le rapport de Conte contient une observation de Roques, vétérinaire à Pézenas qui a pu suivre l'évolution de la maladie, dans des conditions expérimentales chez des enfants qui avaient bu du lait aphteux.

La maladie revêt quelquefois une allure épidémique. Chauveau a rapporté l'histoire d'une épidémie aphteuse survenue dans un pensionnat de Lyon (5). En 1874, Hulin (6) [de Louvain] étudie une épidémie étendue à toute une commune.

La littérature anglaise est particulièrement riche en faits de ce genre : 100 personnes sont affectées à Beecles; en 1884, à Douvres, 205 personnes présentent des aphtes dans la bouche. Dans tous les cas il est possible de démontrer que toutes les personnes atteintes font usage de lait provenant de vaches affectées de fièvre aphteuse.

(1) ARTHAUD. *Progrès méd.*, fév. 1901 et juin 1902.

(2) Henri ROCHÉ. *Revue française de méd. et de chir.*, 9 fév. 1903.

(3) VOIGT. Cité par H. Roché.

(4) Certains auteurs ont cru trouver une relation entre la fièvre aphteuse des bovidés et la scarlatine. D'après Stickler, la fièvre aphteuse donnerait l'immunité contre la scarlatine et réciproquement. Cet auteur inocula à trois enfants la fièvre aphteuse et les exposa à la contagion de la scarlatine, sans succès. Ces faits ont été discutés par Weissenberg.

(5) CHAUVEAU. Communication au Congrès international d'hygiène de Londres, 1890.

(6) HULIN. Cité par BOULEY, *Recueil de méd. vétérinaire*, fév. 1873.

II

Symptomatologie. — La maladie s'observe chez les adultes et surtout chez les enfants, les nourrissons, soit en raison d'une plus grande sensibilité ou seulement en raison de leur régime lacté absolu (1).

Après une période d'incubation qui peut durer huit jours (trois à dix jours), les enfants présentent des prodromes durant trois à huit jours et consistant en *troubles généraux* communs à toutes les infections; le thermomètre atteint 39 degrés; les nourrissons sont inquiets et agités. Les *troubles fonctionnels* consistent en une sécheresse de la bouche bientôt suivie d'une sensation douloureuse de cuisson, de piqûre. La sécrétion salivaire s'accroît, tout en n'étant jamais aussi abondante que dans les stomatites aiguës ulcéro-membraneuse ou mercurielle. La gêne de la déglutition est plus ou moins marquée. Il y a même quelquefois, surtout chez les enfants, du catarrhe gastro-intestinal avec vomissements et diarrhée.

L'examen de la bouche permet de constater à ce moment l'existence de larges plaques rouges, douloureuses au contact, et siégeant à la face interne des lèvres, dans les sillons gingivo-labiaux supérieur et inférieur, sur la pointe, les bords et le frein de la langue où elles « sont difficiles à voir » (Boutant), enfin, sur la voûte palatine. Quelquefois on trouve encore ces plaques sur les piliers antérieurs du voile, plus rarement sur le pharynx, les gencives, les amygdales où elles sont même exceptionnelles (Houssay, loc. cit.).

Chez l'enfant au biberon, on voit souvent ces plaques se ranger en deux lignes symétriques de chaque côté du raphé médian du voile du palais. C'est sur ces plaques rouges qui sont parfois ecchymotiques (Teissier et Roque) que vont se montrer les vésicules par collection du liquide exsudé. Ce sont d'abord de petits points blancs, arrondis, transparents, à base légèrement indurée (Pètre) et entourés chacun d'une auréole rouge, régulière, peu étendue, qui persistera et fera paraître les ulcérations plus profondes qu'elles ne le sont en réalité (Ruault).

Car l'évolution de cet exanthème est tellement rapide que vingt-quatre à quarante-huit heures après l'apparition de l'aphte, son liquide louchit et que la pustule se rompt dès le deuxième ou le troisième jour laissant en place une ulcération régulièrement arrondie, d'aspect chancriforme (Arthaud) dont les bords rouges, indurés, sont taillés à pic, dont le fond est tapissé par un exsudat pultacé présentant l'aspect d'une membrane jaune grisâtre, quelquefois plus foncée du fait de suintements fréquents, adhérente, au-dessous de laquelle la muqueuse est rouge et saignante.

Ces ulcérations isolées, ce qui les distinguerait des vésicules et ulcérations herpétiques (Josias), ont des dimensions variables de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille, et sont généralement au nombre de 8 à 10.

Leur réparation se fait rapidement et il persiste à la place de chaque ulcération une tache rouge qui disparaît une à deux semaines après.

Pendant ce temps les troubles fonctionnels du début n'ont fait que s'accentuer jusqu'à la cicatrisation de l'ulcération; salivation plus marquée, douleur intense rendant presque complètement impossible la mastication ou la succion chez les nourrissons.

Si les lésions sont très étendues et mal soignées, il survient de l'engorgement des ganglions sous- et rétro-maxillaires (Obs. de Vialle).

Les troubles généraux se sont un peu modifiés; la fièvre est discontinue avec des exaspérations vespérales, la diarrhée ne dure que les premiers jours et persiste s'il y a des poussées successives d'aphtes.

Enfin on peut voir apparaître, au cours de l'infection, des aphtes sur les mains et les doigts.

Chez les adultes on note de l'inflammation de la bouche et du pharynx qui quelquefois peut évoluer sans entraîner la formation de vésicules. Le catarrhe gastro-intestinal est fréquent et s'accompagne très généralement de troubles douloureux du côté du foie.

La fièvre se manifeste avec son cortège habituel: céphalalgie, courbature, faiblesse. Souvent l'infection générale s'accompagne d'un exanthème sur le tronc et les membres.

Siegel signale des complications telles qu'orchite, suspension des règles, avortement, hémorragie, hémiplégie, contracture tétaniforme.

Marche. — Pour Mosny, il y aurait une période d'incubation, une période dite d'éruption et une de réparation.

Pour Paisseau, il y aurait une période d'incubation, une période de début à laquelle ferait suite la période d'état dès que les aphtes apparaissent. Quoi qu'il en soit, la durée totale d'une poussée vésiculeuse est de cinq à sept jours (Ruault). La maladie dure deux à trois semaines.

Formes anormales ou irrégulières. — Teissier et Roque (1) groupent les manifestations de la maladie de la façon suivante: *forme commune*: apparition de quelques aphtes évoluant comme des lésions banales; *forme cohérente ou confluente* (2): aphtes confluents avec tuméfaction (3) et même mortification de la langue (4), état général d'ataxo-adynamie, pouvant se terminer par la mort; *forme cutanée*: bénigne, l'affection débute par la peau à la suite d'une inoculation (5); *forme prolongée* (un mois et plus): éruption par poussées successives résultant d'ino-

(1) Une statistique publiée par Monti paraît démontrer que le plus grand nombre des cas de stomatite aphteuse est observé chez les enfants de moins de deux ans, au delà sa fréquence diminue.

Au-dessous de 1 an...	69
A 1 an..............	290
De 2 à 3 ans.........	106
3 à 4 ans.........	45
4 à 5 ans.........	21
5 à 6 ans.........	21
6 à 7 ans.........	13
7 à 14 ans.........	»
	587 sur 5876 enfants malades.

(1) Teissier et Roque, art. stomatite aphteuse, dans le *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, t. IV, « Maladies du tube digestif. »

(2) Pillot. Relation d'un cas de fièvre aphteuse à forme confluente, mais l'auteur ne dit rien de l'étiologie, Soc. méd. de l'Yonne.

(3) La tuméfaction de la langue peut persister et entraîner pendant longtemps une gêne de la mastication (Obs. de Briscœ, in Bontant).

(4) Boas. Communication à la Société de médecine interne de Berlin, 1893.

(5) L'envahissement des muqueuses peut se faire secondairement [Obs. de Hulin (de Louvain)]. Boulay (d'Avesnes) a pu signaler la chute des ongles du pied chez un valet de ferme.

culations successives par l'usage prolongé de lait provenant de vacheries où règne une épizootie de fièvre aphteuse.

Enfin les *formes graves* ont été signalées chez l'enfant par Hutinel, Arthaud, du Pasquier et Roger Voisin. Paisseau range ainsi ces formes :

1° Les aphtes apparaissent comme épiphénomène, comme infection terminale au décours d'une broncho-pneumonie (65 décès pour 100 aux Enfants-Assistés) [du Pasquier et Roger Voisin] ;

2° Le début ne présente rien de spécial, et tout à coup la maladie prend une gravité particulière ;

3° Forme moyenne à évolution progressive. Le début est normal, l'état général aussi bon que possible et cependant l'ulcération ne montre aucune tendance à la cicatrisation. La température s'élève. Il y a amaigrissement progressif, cachexie, et alors apparaissent les érythèmes infectieux dont l'extrême gravité a été signalée par Hutinel et par Arthaud qui les nomme éruptions septicémiques ; ce sont des rashs érythémateux ressemblant à la scarlatine.

Souvent surviennent comme accidents terminaux, soit une broncho-pneumonie, soit des accidents méningés (1).

4° Les formes suraiguës qui ne sont peut-être que des infections secondaires dont la porte d'entrée a été l'ulcération aphteuse.

Hulot, Nobécourt, Merklen, font jouer dans ces formes un rôle à la dégénérescence granulo-graisseuse du foie.

La *terminaison mortelle* de la stomatite aphteuse est rare. Mais il y a cependant affaiblissement général et la convalescence est un peu longue.

Pourtant, dans l'épidémie observée par Siegel à Rixford et à Britz près de Berlin et qui régna du mois de mars 1889 au mois de juillet 1891, la maladie fut particulièrement grave. A Britz, en 1889, on compta 11 décès sur 195 cas ; en 1890, 21 décès sur 178 cas ; en 1891, le nombre des décès fut de 4 en six mois.

Demme a rapporté 1 cas de mort et Fränkel en a cité 3 sur 4 observations.

Rievel (2) signale qu'en 1898 la mort de deux enfants, l'un d'un an et demi et l'autre de trois ans, a été rapportée, à la suite d'une enquête minutieuse, à l'usage du lait provenant de vaches atteintes de fièvre aphteuse.

Paisseau signale qu'aux Enfants-Assistés les rougeoleux font une fièvre aphteuse avec très fréquemment des complications broncho-pulmonaires ou des formes toxiques avec des érythèmes particulièrement graves.

III

Diagnostic. — Au début, le diagnostic est difficile car l'ensemble symptomatique est celui de toute infection générale, mais, dès que les aphtes apparaissent, le diagnostic devient facile. Surtout si la symptomatologie est nette, il est pour ainsi dire impossible de confondre la fièvre aphteuse avec le *muguet*, dans lequel il n'y a pas d'éruption vésiculeuse, ni d'ulcération ; avec les ulcérations de la *tuberculose buccale* qui sont entourées de granulations grises et qui, comme les *ulcérations syphilitiques* ne sont pas aussi régulières que les ulcérations aphteuses ; avec les *stomatites aiguës*, la *stomatite ulcéro-membraneuse* qui s'accompagne d'adénite et dont les lésions sont plus larges, la *stomatite impétigineuse* dont les éléments sont plus nombreux (1), avec l'*herpès* (2). Les vésicules herpétiques sont au nombre de 3 ou 4 des dimensions d'une tête d'épingle, contenant au début un liquide clair, transparent, se déchirant ensuite et montrant un dépôt nacré de teinte plus blanchâtre que celui de la vésicule aphteuse. L'ulcération est peu profonde. Les vésicules se groupent souvent en bouquet et s'accompagnent fréquemment d'éléments siégeant aux lèvres, aux ailes du nez, sur les organes génitaux, et se montrant à l'occasion d'une affection fébrile. On ne confondra pas la stomatite aphteuse avec la *diphtérie buccale*.

L'*hydroa* de Quinquaud, lorsqu'il siège sur les muqueuses, est quelquefois d'un diagnostic difficile. Les symptômes du début sont les mêmes. Puis après un stade érythémateux on voit survenir des vésicules citrines, non opaques, qui se transforment en petites érosions rouges, superficielles, lisses, plates, recouvertes d'une fausse membrane opaline différente de l'exsudat jaunâtre des aphtes. Ici pas de salivation. Généralement il y a des vésicules sur le tronc, tandis que, dans la fièvre aphteuse, les aphtes siègent, s'ils existent, sur les membres surtout.

Enfin le diagnostic est encore plus difficile s'il s'agit des *aphtes communs*. Ces aphtes surviennent bien chez des individus prédisposés, chez certaines femmes au moment des époques menstruelles ou bien à la suite de l'ingestion de certains aliments, tandis que la stomatite aphteuse se montre plutôt avec des allures épidémiques dans un endroit où la fièvre aphteuse sévit sur les vaches laitières et la maladie frappe de préférence les nourrissons ou les sujets buvant du lait non bouilli. De plus les aphtes infectieux s'accompagnent de symptômes généraux plutôt rares dans les aphtes communs. Mais il faut bien dire que le diagnostic reste encore très difficile, d'autant plus que Nocard déclare que, chez les animaux, on observe très souvent des éruptions aphteuses sporadiques, exactement semblables objectivement à la fièvre aphteuse épizootique, et que les mêmes faits peuvent s'observer chez l'homme. C'est donc l'enquête étiologique qui dictera souvent le diagnostic et il est certain que si les inoculations aux bovins ou aux porcelets étaient possibles, elles rendraient de gros services pour le diagnostic (3).

La présence d'aphtes cutanés est plutôt en faveur du diagnostic de fièvre aphteuse. Ces aphtes cutanés sont d'un diagnostic facile. On ne les confondra pas avec les vésicules de la varioloïde, de la varicelle ou de la vaccine, qui sont ombiliquées et siègent

(1) Roque. Soc. méd. de Lyon, 1904 ; — *Lyon méd.*, 1904.

(2) Rievel. Loc. cit.

(1) Darier. Discussion du 4 février 1904 à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

(2) Pour Comby (*Traité des mal. de l'enf.*, t. II, art. stomatites) et Leroux qui a développé cette idée dans la thèse de son élève Lebon (Th. de Paris, 1893), on doit réserver le nom de stomatite ou de fièvre aphteuse aux seuls cas résultant de la contagion par les vaches atteintes de *cocotte* ; ces cas sont rares ; mais, disent ces auteurs, il existe une affection buccale beaucoup plus fréquente que l'on confond souvent avec les aphtes, bien qu'elle en soit très différente par sa nature : c'est la stomatite herpétique caractérisée, elle aussi, par une éruption vésiculeuse (Moizard et Grenet. Soc. de pediat., janv. 1905).

(3) L'injection intra-musculaire de virus aphteux peut déterminer très rapidement la mort du porc sans production d'aphtes. Le porcelet est très sensible au virus aphteux (Löffler ; Roux, Nocard et Vallée).

surtout à la face et au tronc, ce qui est l'exception pour les aphtes, qui siègent surtout aux extrémités des membres.

Les lésions histologiques de la stomatite aphteuse sont identiques à celles provoquées par les aphtes communs. L'épithélium et le corps muqueux de Malpighi prennent part au processus : une exsudation séro-fibrineuse dissocie les cellules tuméfiées pour aboutir à la formation de la vésicule. Les pupilles dermiques sont turgescentes, infiltrées de leucocytes. Les glandes mucipares sont indemnes (Damaschino). Dans l'enduit pultacé qui tapisse l'ulcération que laisse la vésicule rupturée, on peut mettre en évidence au milieu de la fibrine et des leucocytes des cellules épithéliales nécrosées. On trouve quelquefois, chez l'enfant seulement, des ulcérations sur l'œsophage, dans l'estomac et l'intestin.

IV

Identité ou dualité. — Les expériences de Hertwig, Mann et Villain, de Jacob, et quelques faits bien observés parmi ceux que nous avons pu rassembler montrent d'une façon indiscutable que l'homme est sensible au virus aphteux d'origine bovine. Si les deux affections, stomatite aphteuse et fièvre aphteuse, sont identiques, il doit être possible de donner la fièvre aphteuse aux animaux réceptifs avec des produits venant d'un homme atteint. Certains médecins ont rapporté des faits dans lesquels la stomatite aphteuse chez un enfant a précédé l'apparition de la maladie chez les animaux de l'exploitation (1). La relation de cause à effet n'étant pas suffisamment démontrée et la démonstration expérimentale n'étant pas faite, un doute peut toujours rester sur l'origine exacte d'une stomatite aphteuse.

Beaucoup de médecins et de vétérinaires ont nié la possibilité de la transmission en raison du fait que toutes les expériences tentées dans le but de reproduire la maladie chez les bovidés avec des produits d'origine humaine avaient échoué. Bertarelli (2) dans un travail récent vient de donner la preuve de la possibilité de réinoculer au bœuf des lésions aphteuses de l'homme. Cet expérimentateur a eu l'occasion de constater la maladie sur deux personnes au cours de la récente épizootie aphteuse qui a sévi dans la vallée d'Aoste. Un veau inoculé avec de la sérosité provenant d'un aphte d'un homme atteint a fait un aphte typique avec œdème très étendu. En raison de la contagiosité si facile de la fièvre aphteuse des bovidés, il convient de n'accepter qu'avec réserve ce résultat positif. Il serait nécessaire que fait fût confirmé par d'autres expériences.

Malgré les faits accumulés, certains médecins déclarent la transmissibilité de la fièvre aphteuse extrêmement douteuse. Bohn (3) la nie formellement. Pour cet auteur tous les cas cités représentent des coïncidences.

Les nombreux faits négatifs (4) publiés conservent toute leur valeur lorsqu'il s'agit d'apprécier l'étendue du danger et l'on peut affirmer que la contagion, quoique certaine, est loin d'être imminente.

En 1876, à la suite de l'épidémie d'Eaglen en Angleterre, le ministère de l'Agriculture adresse aux vétérinaires français un questionnaire relatif à la contagion de la fièvre aphteuse à l'homme. Presque tous répondent par la négative, on ne trouve rapportés que quelques exemples de transmission accidentelle. A la même époque l'enquête faite en Suisse par le professeur Pütz donne les mêmes résultats.

Enfin la fièvre aphteuse frappe lors des grandes épizooties plusieurs centaines de mille têtes de bétail en rapport constant avec des milliers d'individus et la maladie est exceptionnelle chez l'homme.

Il est certain que l'organisme humain constitue un terrain peu favorable à l'évolution du virus aphteux et que celui-ci ne peut s'y cultiver que dans certaines conditions.

(1) Gudsmuth (de Sechausen). Cité par A. Petre. Loc. cit.

(2) E. Bertarelli. Sur la transmission de la fièvre aphteuse à l'homme et sur la réinoculation de l'homme au bœuf, *Rivista d'igiene e di sanita pubblica*, 1er oct. 1907, p. 584.

(3) Bohn. *Gerhardt's Handb. d. Kinderh.*, Tübingen 1880, t. IV, p. 39.

(4) Des faits négatifs ont été rapportés par Jundel (1865), Lecomte (1884), Coutaret (1877), etc.

V

Altérations du lait. — Bien que les modifications subies par le lait au cours de la maladie ne soient pas de nature à permettre de reconnaître son origine et à éviter sa consommation dangereuse, il n'en est pas moins intéressant de rapporter sommairement les variations qualitatives et quantitatives qui ont été relevées.

Le lait subit, sous l'influence de la maladie, des modifications qui sont d'autant plus profondes que la mamelle est plus gravement atteinte. La quantité de lait diminue au cours de la maladie et quelquefois d'une quantité considérable, souvent le rendement après la guérison n'atteint plus le chiffre primitif (1).

Dans les formes bénignes la composition chimique peut ne subir aucune modification. Dans les formes graves au contraire le lait est plus riche en eau, pauvre en matières grasses; très rarement la proportion de graisse est plus élevée que normalement. La caséine, le lactose sont en moindre quantité, la teneur en matières minérales est augmentée. Le lait prend quelquefois la consistance du mucus (2).

(1) La fièvre aphteuse est toujours désastreuse au point de vue économique. En Angleterre on estime à 62f50 la dépréciation moyenne causée par la fièvre aphteuse. Les évaluations faites en Hanovre établissent que la perte moyenne par tête de bétail atteinte peut être estimée à 56f25 (45 marks).

L'épizootie qui a sévi de 1898 à 1903 a coûté en Allemagne plus de 500 millions de francs, en France, les pertes ont dépassé 200 millions (Nocard et Leclainche). Au cours d'une épizootie relativement bénigne qui a sévi pendant les six derniers mois de 1906, une enquête spéciale faite par les soins du service sanitaire et qui porte sur 150 exploitations montre que la perte par diminution de la sécrétion lactée peut être évaluée à plus de 250 000 francs pour le seul département de la Seine (H. Martel). Rost, observant en Saxe, rapporte des chiffres beaucoup plus élevés (Ueber den Milchverlust durch die Maul und Klauenseuche, *Sächs. Veterinärbericht*, 1896) et les rapports les plus récents des vétérinaires prussiens montrent que les pertes dépassent en moyenne 150 francs par tête.

(2) Lorsque le lait est payé suivant sa teneur en matières grasses comme cela se pratique dans un grand nombre de grandes laiteries, le producteur trouve une compensation à la diminution de la sécrétion lactée dans l'augmentation quelquefois considérable (voir *infra*) de la proportion de la graisse. (Rauch. Milchbezahlung nach Fettgehalt bei Maul u. Klauenseuche, *Deuts. Landwirtschaftl. Presse*, 1896.)

Dans les régions où comme à Paris et les environs les producteurs livrent directement le lait à la clientèle les pertes sont augmentées du fait que les laitiers-nourrisseurs manquant de lait sont obligés de s'approvisionner au dehors pour satisfaire aux besoins

VI

Modes de la contagion. — Malgré la fréquence de la maladie chez les bêtes bovines l'inoculation directe est très rare. Le virus peut pénétrer à la faveur des plaies, des éraillures cutanées, des crevasses. L'inoculation est réalisée lors de la traite, quand l'éruption se fait sur les trayons ou pendant l'examen de la bouche (1).

La *contamination par le lait* est la plus habituelle. Le lait non virulent dans la glande est souillé pendant la traite. Pour Bollinger, le lait serait encore nocif même après dilution avec neuf dixièmes de lait normal ou son volume de café. Nocard Leteclainche, en raison de l'extrême virulence de la lymphe aphteuse, vont même beaucoup plus loin et admettent qu'il suffit d'une trace de virus pour rendre infectants 50 à 100 litres de liquide. Les conditions habituelles du ramassage du lait augmentent les chances de la contagion par le mélange du lait de divers animaux ou provenant de plusieurs étables. On ne connaît rien de la façon dont se réalise la contamination par la voie buccale, M. Houssay (loc. cit.) pense que l'infection ne pourrait être réalisée qu'à la faveur d'une lésion buccale ou intestinale.

Le beurre et le fromage à l'état frais conservent toute leur virulence. Les rapports annuels des vétérinaires prussiens renferment plusieurs observations dans lesquelles il a été possible d'incriminer le fromage à la crème comme source de la contagion.

La *prophylaxie* de la transmission repose presque exclusivement sur l'observation des prescriptions hygiéniques en ce qui est relatif à la récolte du lait. Les soins de propreté appliqués après les contacts infectants aux mains du trayeur; les lavages de la mamelle et du trayon à l'eau tiède savonneuse, puis à l'eau bouillie avant chaque traite diminueraient dans une large mesure les occasions de la contagion.

Lors d'épizootie dans une région, le lait, quelle que soit sa provenance ne devrait être consommé qu'après ébullition. Le virus est peu résistant à la chaleur: à 100 degrés, il est presque instantanément détruit, il résiste dix minutes à la température de 70 degrés (2). L'obligation de l'ébullition est prévue par les lois et règlements sanitaires de la plupart des pays (Allemagne, Italie, Belgique, Roumanie, Suède, Danemark).

La prohibition de la vente prévue en Italie, en Autriche (art. 26 de la loi sanitaire) est une mesure excessive, l'ébullition assurant d'une façon certaine l'innocuité du lait aphteux.

En France, la législation sanitaire ne se prononce pas sur la question de savoir si le lait des animaux aphteux doit être soumis à l'ébullition avant la vente. Les services sanitaires, comme le fait remarquer Pautet (1) devraient attirer l'attention des laitiers-nourrisseurs sur les dangers du lait de vaches aphteuses et sur leur responsabilité (en vertu des dispositions générales des articles 1382 du Code civil et 319 du Code pénal).

Le Conseil d'hygiène de la Seine, l'Académie de médecine, comme suite à la communication de Josias, et sur la proposition de Nocard (1902) ont recommandé la consommation du lait après ébullition (2).

Quelles que soient les réserves que l'on puisse faire sur l'imminence de la contagion de la fièvre aphteuse à l'homme, la possibilité de la transmission apparaît comme parfaitement démontrée. L'attention des médecins étant attirée sur ce point, il est certain que des observations seront rapportées de plus en plus nombreuses.

En attendant en France une réglementation hygiénique de la production et de la vente du lait, il convient de ne consommer et surtout de ne faire consommer aux malades et aux enfants que du lait bouilli. Cette prescription générale permet de parer non seulement au danger — le moins immédiat peut-être — de la stomatite aphteuse, mais encore d'éviter les autres maladies transmissibles par le lait.

de leur commerce. Cette considération économique démontre en passant la nécessité, pour réaliser un contrôle rationnel de la production du lait, d'interdire toute introduction de lait provenant d'une région non surveillée.

Sur les variations de la composition du lait voir : SCHNORF. *Neue physikalisch-chemische Untersuchungen der Milch*, Zurich 1905. — RIEVEL. Loc. cit. — A. ROLET. Le lait des vaches atteintes de fièvre aphteuse, *L'industrie laitière*, n° 2, 1907. — KREIS. Die Milch von an Maul-und Klauenseuche leidenden Kühen, *Jahr. f. Pharm.*, XXXVI Jhrg.

(1) Lorsque la contagion s'est réalisée lors de la traite on observe, outre l'éruption des mains, des taches rouges sur les bras ou la poitrine, plus rarement un exanthème vésiculeux de la face (Bollinger).

(2) Nous avons cité au cours de ce travail quelques exemples de transmission par du lait cuit, quelquefois même stérilisé. Königsfeld (*Arch. f. wiss. und prakt. Tierheilkunde*, n° 27) rapporte une observation où l'usage du lait cuit a déterminé des aphtes aux mains de plusieurs adultes. Il est probable que la véritable origine de la contamination a échappé aux auteurs.

VII

Traitement. — De nombreux traitements ont été conseillés : lavages antiseptiques de la bouche avec de l'eau boriquée à 4 p. 100; de l'eau oxygénée étendue d'eau, du chlorure de chaux à 2 p. 100; gargarismes avec une solution de salicylate de soude à 2 p. 100; attouchements des ulcérations cinq ou six fois par jour avec une solution concentrée (20 p. 100) de salicylate de soude (Hirtz), ce qui donnerait de bons résultats, avec le chlorure d'or à 1/50, l'acide chromique cliniquement pur en solution concentrée à 33 p. 100 (3). Ces attouchements faits avec de grandes précautions produiraient de très bons effets (A. Siredey), avec le nitrate d'argent, le chlorate ou le borate de potasse.

Enfin un médecin de Milan fait des infusions de serpolet qu'il utilise ensuite en lotions sur les parties malades (cité dans la thèse de Boutant).

Si la douleur est très grande, s'il y a de la dysphagie, on fera des badigeonnages cocaïnés, on emploiera des collutoires boratés et cocaïnés.

Il faut encore nourrir le malade avec des aliments de facile mastication et faire de l'antisepsie intestinale à l'aide de calomel à doses fractionnées, de purgatifs légers, ou mieux, comme l'a conseillé Le Gendre, à l'aide de salicylate de naphtol (4).

(1) PAUTET. Cité par H. MARTEL. Loc. cit.

(2) En 1839, le Conseil d'hygiène avait reconnu que la consommation du lait provenant des animaux aphteux ne présentait aucun inconvénient.

(3) M. JARRÉ. Communication à l'Académie de médecine, 26 fév. 1901; — *Journ. de Lucas-Championnière*, 1900.

(4) Houssay (loc. cit.) croit qu'il serait utile de vacciner tous les enfants contre la fièvre aphteuse (!?). Il propose d'utiliser dans ce but un virus atténué par des passages sur des adultes d'âge décroissant.

SUR LA

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

Par le professeur A. PONCET (1).

Devant la levée de boucliers qu'a suscitée notre dernière communication, j'avais songé à laisser aux faits et au temps le soin de vous familiariser avec les idées un peu révolutionnaires que nous avions soulevées, persuadé qu'elles sont en trop parfait accord avec la clinique pour n'être pas justes, malgré le caractère métaphysique que leur prête Broca. Mais depuis quinze jours, il a paru des travaux trop caractéristiques et trop harmoniques avec notre conception pour que je puisse résister au plaisir d'y renvoyer quelques-uns d'entre vous. Je reviendrai donc brièvement sur quelques points de la discussion passée.

1° Il vous a paru généralement bien peu scientifique d'oser parler de tuberculose *aspécifique*, *sans signature anatomique*. Pour Kirmisson, c'est reculer d'un bon nombre d'années que de parler ainsi. Hypothèse! s'écrie Broca. Hypothèse! cette tuberculose à lésions purement banales opposées à la tuberculose virulente! En êtes-vous bien sûr? Il me semble à moi que la peur de la métaphysique a un peu obscurci vos qualités habituelles de « physicien ». Voyez plutôt le *Bulletin médical* du 8 et du 18 juillet. MM. L. Bernard et Gougerot y publient un rapport, fait par eux, à la Société d'études scientifiques de la tuberculose, sur la *Pathogénie des lésions non folliculaires de la tuberculose*. Les lésions non folliculaires de la tuberculose, c'est ce que nous appelons la tuberculose inflammatoire. Les auteurs le disent eux-mêmes (p. 629). Et voici ce qu'ils écrivent : « Le propre de ces lésions, c'est qu'elles ne rappellent en rien la structure des follicules ; elles se rapprochent, au contraire, des lésions que l'on observe à la suite des maladies infectieuses autres que la tuberculose; c'est pourquoi, longtemps, on les distingua des lésions tuberculeuses sous le nom de lésions inflammatoires... Ce n'est que dans ces dernières années qu'elles ont été attribuées à cette maladie (la tuberculose). Dans la suite, des altérations de cet ordre ont même été rattachées à la tuberculose, sans que l'on trouve nul foyer tuberculeux chez les sujets qui en étaient porteurs... On connaît aujourd'hui des lésions de cette nature dans tous les organes; elles sont extrêmement variées... Seule, leur pathogénie prête encore à discussion. »

Ces lésions que sont-elles? Dans une rapide revue générale, Bernard et Gougerot les indiquent : ce sont *des réactions vasculaires*, la plus fréquente étant la simple congestion; *des réactions du tissu conjonctif*, c'est-à-dire de l'infiltration embryonnaire, et la série des phénomènes que l'on voit dans toutes les autres inflammations, non tuberculeuses; mais surtout de la sclérose banale, réaction chronique commune de ce même tissu; pour les séreuses, c'est l'exsudation séro-fibrineuse; ce sont enfin *les réactions des cellules nobles des parenchymes*, c'est-à-dire des réactions de déficit, dégénérescences variées, et des réactions de suractivité cellulaire, plus rares, hépatite nodulaire et transformation adénomateuse, adénomes vrais, processus néoplasiques, conjonctifs ou épithéliaux, etc...

Tels sont les processus réactionnels généraux des tissus que la tuberculose peut mettre en œuvre, ainsi qu'en témoignent un nombre, aujourd'hui considérable, de faits bien établis. Comme on le voit, ils ne diffèrent en rien de ceux que suscitent les autres maladies, et ils aboutissent à des lésions qui ne rappellent en rien des lésions folliculaires.

On nous permettra peut-être de remarquer maintenant que, de par la simple observation clinique, nous avons, depuis 1902, indiqué tout cela. Et, quoi qu'en puisse dire Delbet, au nom de l'esprit scientifique, nous croyons que nous avons eu raison de le dire, même en ne fournissant pas une démonstration rigoureuse, par les méthodes de laboratoire. La clinique, faite d'observations longuement réfléchies, nous suffisait alors. Elle nous suffit aujourd'hui plus que jamais, puisqu'elle a forcé les procédés de laboratoire à se perfectionner pour nous contrôler, et que ce contrôle nous montre le bien-fondé de ce que nous avions dit.

Ce qui est antiscientifique, c'est de rejeter les faits de simple observation quand ils sont assez nombreux et assez concordants, pour ce simple motif que le laboratoire ne les a pas encore vérifiés.

Celui-ci peut être en retard sur la clinique. Il l'est même habituellement. L'histoire de la syphilis en est une assez belle démonstration pour qu'il n'y ait pas lieu d'insister.

Or, donc, plus que jamais (1), l'existence de « lésions non tuberculeuses, dans la tuberculose », doit devenir une certitude. Le mécanisme n'en est pas encore précisé. Peu importe. On s'efforce de démontrer qu'il ne peut s'agir de toxines diffuses; peu nous importe. Nous sommes prêts à admettre, quand ce sera bien établi, qu'il s'agit d'une intoxication locale par des bacilles, trop difficiles à colorer, trop rares ou trop disséminés pour être facilement perceptibles! Jusqu'à présent, ils ont passé inaperçus à ceux qui les ont cherchés; personnellement, nous ne les avons point vus. Le fait clinique persiste tel que nous l'avons énoncé : *les lésions congestives et scléreuses, chez les tuberculeux, quand elles ne reconnaissent pas une étiologie spéciale bien nette, sont des lésions tuberculeuses.*

La doctrine de la tuberculose inflammatoire que nous défendons tient tout entière en cette phrase; à raisonner ainsi, le danger n'a pas été grand, quoi qu'en puisse penser mon ami Broca.

2° Je ne veux pas m'étendre sur la valeur du raisonnement par analogie et de la loi des coïncidences. Comme moi, vous l'admettez tous, sauf pour la tuberculose. Pourtant, ses abus vous effraient. On pourrait, dites-vous, par là démontrer que toute la pathologie relève du gonocoque! L'argument ne vaut pas grand'chose : aussi longtemps qu'elle reste maladie locale, la blennorragie ne crée que des lésions localisées; c'est heureusement le cas habituel; quand, par contre, elle devient maladie générale, elle peut tout faire : des endocardites, des pleurésies, des méningites, etc., et touche alors à toute la pathologie.

... S'il en était ainsi d'ordinaire, si elle était une maladie habituellement sanguine et exceptionnellement urétrale, vous seriez obligés, *de par les faits*, à la retrouver à l'origine de toutes sortes de processus inflammatoires, sans exercer vos raisonnements « un peu en l'air, autour et au delà des faits ». Aussi bien, tout cela n'empêchera point que la tuberculose, maladie infectieuse, générale, continuellement présente dans l'organisme, à partir du jour où elle vous l'a touché, ne puisse influencer tous les tissus et tous les organes, sous des dehors paisibles.

C'est quand elle n'est pas bruyante à la périphérie, qu'elle agit suivant le mode non folliculaire, banal. La doctrine des abcès de fixation est vraie pour elle comme pour les autres infections : une localisation très virulente épuise son effort en un point. Un foyer mal éteint remanie sourdement les trames tissulaires, crée des lésions dont la nature est d'autant plus difficile à reconnaître que la cause se cache. Et voilà pourquoi mon collègue et ami Kirmisson a pu laisser échapper des tuberculoses frustes chez ses tarsalgiques et ses scolio-

(1) Communication à la Société de chirurgie, séance du 22 juillet 1908.

(1) Voyez encore, sur les tuberculoses sans lésions spécifiques, une communication d'Arloing et Thévenot, à l'Académie des sciences, 16 mars 1908, et Gougerot, *Revue de méd.*, 16 juillet 1908.

tiques. M. Ausset (de Lille) vient tout dernièrement de montrer par un exemple bien net, que, quand on cherchait dans le sens que nous avons indiqué, on trouvait. C'est pour avoir cherché et trouvé que nous avons parlé de l'origine tuberculeuse du rachitisme tardif. Ici encore ce ne fut point de la métaphysique, mais de la saine observation.

3° Il est un dernier point sur lequel je voudrais insister en terminant. On nous fait souvent dire ce que nous ne pensons pas. Dans nos travaux sur les néoplasies d'origine tuberculeuse, sur les scléro-tuberculoses, nous n'avons jamais prétendu que tout fût toujours tuberculeux. Bien loin de là, nous considérons que la plupart des maladies sont des syndromes infectieux : la rétraction de l'aponévrose palmaire, la camptodactylie n'est nullement une maladie toujours tuberculeuse. Nous avons montré que ce n'était pas une affection arthritique, mais une sclérose d'ordre toxi-infectieux, que toute toxi-infection pouvait engendrer. Parmi ces toxi-infections, nous avons fait sa part à la tuberculose. M. Morestin croit que rien n'autorise sérieusement à établir une relation quelconque entre elle et la tuberculose.

Je me permettrai de lui citer la statistique toute récente de Milian et Crespin : sur 100 sujets camptodactyles, 87 étaient tuberculeux avérés, 7 tuberculeux probables, et 6 paraissaient indemnes de tuberculose. « Ces six derniers étaient cliniquement indemnes. Pourtant, certains d'entre eux présentaient des antécédents familiaux nettement tuberculeux. La plupart avaient de petites lésions telles que l'acrocyanose, qui est une véritable tuberculide. » Et ils concluent qu'il y a tout lieu de croire à la nature tuberculeuse de la camptodactylie.

De celle-ci à la rétraction de l'aponévrose palmaire, il n'y a pas grande différence, on nous l'accordera. D'autres auteurs (Bouyghes, Horand...) ont, d'ailleurs, abouti pour elle à une conclusion identique.

Pour nous, il nous suffit d'avoir montré que c'était une sclérose d'origine infectieuse, fréquemment tuberculeuse. Et nous donnons volontiers à M. Morestin, pour son cancéreux, le loisir de l'hypothèse qu'il voudra. Une exception ne signifie pas grand'chose.

PRATIQUE MÉDICALE

GASTRO-ENTÉRITE INFANTILE ET REPRISE DU LAIT

La reprise de l'alimentation par le lait doit être très prudente et lentement progressive : c'est la seule manière d'éviter une rechute presque infaillible si l'on se hâte trop de revenir à l'usage du lait. D'autre part, on ne peut prolonger outre mesure la diète hydrique ; par conséquent la nécessité d'un régime préparatoire avant la reprise du lait s'impose, pour permettre à l'enfant de retrouver de la vigueur et du poids et pour permettre surtout au médecin de ne reprendre le lait qu'après disparition complète de l'infection intestinale (Terrien). L'usage du bouillon de légumes additionné de féculents, selon la méthode de Méry, pendant sept à dix jours, est un des meilleurs moyens de lutter contre la déshydratation des tissus, qui survient si rapidement dans les gastro-entérites. Pour aider à la reprise du lait, si difficile parfois et décourageante chez certains enfants qui sont incapables de l'assimiler et s'acheminent vers la cachexie digestive, l'on prescrira 6 à 7 cuillerées à café de *dyspeptine* (suc gastrique de porc) par vingt-quatre heures, dans un quart de verre d'eau d'Evian légèrement sucrée (Méry). Ce traitement sera suivi pendant huit à quinze jours, jusqu'à tolérance complète du lait.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juin 1908.) F. Terrien : Valeur de l'œil blessé, d'après la loi sur les accidents du travail. — Mosny : Bureaux d'hygiène des stations de cure. — Chavigny : Les analgésies-anesthésies; leur diagnostic médico-légal. — Kermorgant : L'assistance indigène à Madagascar.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 240, 25 juin 1908.) Th. Nogier : Des erreurs de la radiographie ; moyens de les éviter. — Robert Kienböch : Soixante-quatre esquisses radiographiques de la région rénale, urétrale et vésicale. — Roger Labeau : Contribution à la radiothérapie de la syringomyélie.

Archives de médecine navale. — (N° 6, juin 1908.) Avérous et Brunet : Les blessés de la marine à Casablanca aux journées des 5, 6 et 7 août 1907. — Thémoin : Le service de santé de la marine russe pendant la guerre russo-japonaise. — Guéguen : Etude succincte de l'acido-butyrométrie du docteur N. Gerber. Supériorité incontestable de ce procédé pour le dosage du beurre dans le lait.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 6, 15 juin 1908.) Lasguillon : Blessure du sinus latéral par un poinçon de couteau. Thrombose. Méningo-encéphalite. Mort le sixième jour. Autopsie. — Maurice Pierre : L'injection intra-veineuse de sérum gélatiné à dose massive dans les hémoptysies « foudroyantes » cavitaires. — Morichau-Beauchant : L' « état lymphatique » et la mort subite ou rapide.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 juin 1908.) Ch. Amat : A propos de viandes avariées.

Bulletin médical. — (N° 49, 20 juin 1908.) A. Broca : Céphalhydrocèle traumatique des nourrissons. — H. Dufour : Du procédé le plus simple pour ponctionner les pleurésies simples avec épanchement, en laissant entrer l'air dans la plèvre. — (N° 50, 24 juin.) F. Raymond : Les maladies dites familiales. Sénescence physiologique prématurée localisée à certains systèmes organiques. — (N° 51, 27 juin.) Jaboulay : Ostéopériostite gommeuse des fosses nasales et du maxillaire supérieur.

Pédiâtrie pratique. — (N° 11, 1er juin 1908.) Mazeran : L'entéro-lymphatisme. — Apert et Bucaille : Hypertrophie mammaire et sécrétion lactée abondante chez une nouveau-née. Analyse du lait. — Oddo et Poésy : Un cas de rechute de rougeole. — E. Barthès : Des mutualités maternelles. — (N° 12, 15 juin.) Estor : De la nature du rachitisme tardif.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 19, 10 mai 1908.) Schulhof : Etat actuel du diagnostic et du traitement de la sciatique. — (N° 20, 17 mai.) Navratil : Contribution au traitement chirurgical des sténoses du larynx. — (N° 21, 24 mai.) Navratil : Contribution au traitement chirurgical des sténoses du larynx (*suite*).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à la place de médecin de l'hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin) à Garches (Seine-et-Oise), sera ouvert le lundi 19 octobre 1908, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 7 septembre 1908 au samedi 3 octobre suivant, de midi à trois heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de la médaille d'or de l'internat vient de se terminer par la nomination de M. Parcelier.

— Nantes. — M. le docteur Levesque a été nommé, après concours, oto-rhino-laryngologiste suppléant des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Dans sa dernière réunion, l'assemblée des professeurs a désigné en première ligne, comme successeur de M. le professeur Tripier, qui prend sa retraite, à la chaire d'anatomie pathologique, M. J. Paviot, professeur agrégé à la Faculté.

Cette désignation a eu lieu à la majorité de 24 voix sur 25 votants.

— Montpellier. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Desmonts.

— Après concours, M. Etienne est nommé aide d'anatomie.

M. Gueit est proposé pour la nomination de titulaire pour la deuxième place vacante sans renouvellement pour une deuxième année.

— M. Lapeyre est nommé aide-préparateur de physiologie.

— M. Sangouard est nommé aide-préparateur de physique.

— M. Lambert, aide de clinique des maladies des vieillards.

— M. Mansillon, aide de clinique annexe des maladies syphilitiques et cutanées.

— Concours de fin d'année : première année, prix : M. Pichaire ; mention honorable : MM. Aimes, Camenge et Gottis ; deuxième année, prix : M. Chauvin; troisième année : pas de prix; quatrième année, prix : M. Vilar.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret du 17 juillet 1908, ont été promus dans le cadre auxiliaire du corps de santé :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Jullien, Olivier, de Tastes, Régis, Chauffard, Déjerine, Wertheimer, Letulle, Guinard, Josserand,

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins majors de deuxième classe de réserve Saintin, Lefort.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Laurent, Senebier, Porte, Chautemps, Martin, Jouet, Michel, François, Ribierre, Gaboniaud, Bataille, Richardière, Roque.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Strauss, Ménard, Azoulay, Vanpeteghem, Gazzola, Reynès, Bourlaud, Joyes, Perret, Delbreil, Rocheblave, Savy, Candelier, Bodin.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Gidon (de Caen) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — La XXXVIIe session se tiendra, cette année, à Clermont-Ferrand, du 3 au 11 août.

Dans le programme, nous relevons : l'excursion au Puy-de-Dôme ; la célébration du centenaire de l'Ecole de médecine ; une soirée de gala à Royat.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. — Programme de la session de Bruxelles (6, 7, 8 et 9 août 1908) :

Jeudi 6 août. — Huit heures soir : réception par la Fédération dentaire belge à la taverne de la Régence, place Royale (Bruxelles).

Vendredi 7 août. — Neuf heures matin : à la Maison des médecins, assemblée générale d'ouverture : 1° séance du Conseil exécutif. — De deux à six heures : séances des diverses Commissions. — A huit heures trente soir : réunion au Vaux-Hall, rue Royale, concert.

Samedi 8 août. — Neuf heures matin : démonstrations et présentations diverses par MM. Brophy (Chicago), Korbitz (Berlin), Totwen (Saint-Pétersbourg), Solbrig et Platschick (Paris), etc. — De deux à quatre heures : séances des diverses Commissions. — De quatre à six heures : deuxième séance plénière du Conseil exécutif. — A sept heures du soir : banquet à la taverne Royale, rue d'Arenberg.

Dimanche 9 août. — Excursion à la forêt de Solognes. — Déjeuner offert par la Fédération dentaire nationale de Belgique. — Visite du parc de Tervueren et du musée du Congo. — Thé offert par M. Bon, dentiste à Tervueren.

Les confrères qui doivent prendre part à cette session sont priés d'en informer au plus tôt M. le docteur Rosenthal, président de la Fédération dentaire belge, 1, place du Trône (Bruxelles).

Les réceptions et fêtes des jeudi, vendredi et dimanche sont envoyées gratuitement aux membres de la Fédération dentaire internationale.

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LES MÉDECINS. — Le groupe médical parlementaire, réuni sous la présidence de M. le sénateur Labbé, a examiné les conséquences de l'impôt sur le revenu par rapport à la profession de médecin.

Après une discussion assez longue, et après avoir entendu les délégués de l'Union des syndicats médicaux de France et du Syndicat des médecins de la Seine, MM. Philippeau, Noir et Guillemonat, il a été décidé de défendre ou de déposer les amendements suivants :

1° L'article 48 (ancien 53) sera ainsi rédigé : « L'impôt sur les bénéfices des professions libérales est établi annuellement *après défalcation des frais inhérents à la profession* ; »

2° A l'article 50 (ancien 55) on supprimerait le mot *détaillée* qui fait suite à... déclaration et on ajouterait à la fin du premier alinéa « en respectant strictement le secret professionnel »;

3° A l'article 48, on ajouterait : « Le règlement d'administration publique prévu à l'article 93 énumérera, en tenant compte des conditions d'exercice de chaque profession, les indications que devra contenir la déclaration et les justifications dont elle devra être accompagnée pour en établir l'exactitude; »

4° Le taux de l'impôt serait fixé à 2 p. 100 dans la septième catégorie;

5° En cas de contestations, soit sur la déclaration, soit sur la taxation d'office, la preuve de l'inexactitude incombera à l'administration.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-neuvième semaine, 753 décès, au lieu de 766 pendant la semaine précédente et de 850, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La rougeole et la scarlatine ont atteint la moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 38 au lieu de 37 précédemment et au lieu de la moyenne 28.

La diarrhée infantile a causé 44 décès de 0 à 1 an, au lieu de 31 pendant la semaine précédente (moyenne 61).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 81 décès, au lieu de 87 la semaine précédente, et au lieu de 93, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 174 décès (moyenne 184).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. E. Burcker, pharmacien-inspecteur, ancien professeur du Val-de-Grâce.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — RADIOLOGIE MÉDICALE. — *Cours de vacances*, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Tous les jours, du dimanche 18 au dimanche 25 octobre :

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 18 octobre à dix heures du matin*, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 19 octobre.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Cartes de circulation à demi-place départementales.* — La Compagnie délivre des cartes nominatives et personnelles valables pendant six mois ou un an et donnant le droit d'obtenir des billets à demi-tarif pour des parcours exclusivement P.-L.-M. entre toutes les gares d'un même département.

Les départements desservis par le réseau P.-L.-M. sont répartis en trois catégories, selon l'importance kilométrique des lignes qui les sillonnent.

Les cartes sont délivrées moyennant le paiement préalable des prix suivants :

A. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de toutes classes, pendant six mois : 1re catégorie, 60 francs; 2e catégorie, 50 francs; 3e catégorie, 40 francs; — un an : 1re catégorie, 80 francs; 2e catégorie, 65 francs; 3e catégorie, 55 francs.

B. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de 2e et 3e classes, pendant six mois : 1re catégorie, 40 francs; 2e catégorie, 32 francs; 3e catégorie, 25 francs; — un an : 1re catégorie, 50 francs; 2e catégorie, 40 francs; 3e catégorie, 32 francs.

C. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif, de 3e classe seulement, pendant six mois : 1re catégorie, 25 francs; 2e catégorie, 20 francs; 3e catégorie, 15 francs; — un an : 1re catégorie, 30 francs; 2e catégorie, 25 francs; 3e catégorie, 20 fr.

Il sera perçu, en outre, à chaque voyage, la moitié du prix d'un billet simple (place entière) de la classe demandée par le voyageur pour le parcours qu'il veut effectuer.

Les cartes courent du 1er et du 15 de chaque mois et doivent être demandées au moins cinq jours à l'avance.

Consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., vendu au prix de 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ

SUR UNE OBSERVATION D'EXOPHTALMOS PULSATILE

Par le professeur Paul RECLUS.

Nous venons d'observer un exophtalmos pulsatile remarquable à plusieurs titres : d'abord la malade a été soignée pendant deux ans dans notre service et nous avons pu suivre, jour par jour, l'évolution de sa tumeur; puis, au bout de ce laps de temps, une hémorragie cérébrale a foudroyé la patiente et nous avons pu faire le minutieux examen des pièces recueillies. Mais avant de vous raconter cette autopsie instructive et de vous montrer ce que notre cas actuel a de particulier, il est intéressant de vous donner un résumé rapide des notions que les cas anciens nous ont apprises.

I

La tumeur pulsatile de l'orbite se caractérise d'abord par une saillie de l'œil, une exophtalmie plus ou moins considérable et qui, dans certains cas, est telle que le lobe expulsé de sa loge osseuse repose sur la joue. La région est animée de pulsations isochrones aux battements du cœur, et que l'on peut voir en plein, ou à jour fuyant, et qu'en tous cas la palpation révèle. Un troisième caractère qui ne fait jamais défaut est un bruit de souffle continu avec renforcement, tantôt âpre et dur, tantôt doux, aspiré, et une auscultation attentive le décèle à peine. Ce bruit, qu'on a comparé à un jet de vapeur, au sifflet d'une locomotive, à un rouet, au ronronnement d'un chat — et j'omets de nombreuses comparaisons — est aussi perçu par la malade dont il trouble l'audition ; souvent il empêche le sommeil, et mon premier opéré l'assimilait, tant il était intense, au heurt dans la Galerie des machines d'un lourd marteau sur une enclume retentissante.

Assez fréquemment, le souffle s'accompagne d'un frémissement spécial, le « thrill murmur », et qui rappelle la vibration de l'aile de l'abeille. Quelquefois il est discret et ne se rencontre qu'en un point de la tumeur, d'autres fois il s'étend, irradie sur le pourtour de l'orbite, les tempes et les régions carotidiennes. Comme bruit plus rare, on signale une sorte de piaulement dans quelques observations. A côté, au-dessous de ces signes cardinaux : exophtalmie, pulsation, bruit de souffle, avec ou sans thrill, avec ou sans piaulement, on trouve une masse variqueuse, molle et réductible, due à la dilatation de la veine ophtalmique et de ses branches; la tumeur est saillante, surtout à l'angle interne et supérieur de l'orbite où elle soulève la paupière tout en refoulant le globe oculaire en bas et en dehors; on trouve encore une vascularisation plus ou moins abondante de la conjonctive, parfois soulevée par un chemosis, des paralysies des muscles de l'œil et des paupières, tantôt partielles, tantôt pouvant aller jusqu'à l'ophtalmoplégie totale ; enfin, des troubles trophiques du globe oculaire provoquant l'altération de tous les milieux, de toutes les membranes et la perte de la vision.

II

De grands efforts ont été tentés pour faire du syndrome de l'exophtalmos pulsatile une « entité morbide », mais les travaux de Delens et de Sattler, malgré leurs incontestables mérites n'ont pu y réussir, et des dix-neuf ou vingt autopsies pratiquées jusqu'à ce jour, il ressort jusqu'à l'évidence que des lésions anatomiques fort différentes provoquent ce syndrome. Et d'abord la « phlébartérie », ouvrant l'artère carotide interne qui mêle son sang à celui du sinus caverneux. C'est là le cas le plus fréquent, le mieux étudié, et certainement celui qui crée les exophtalmos pulsatiles les mieux caractérisées. Les dissections des deux cas célèbres de Nélaton ont établi cette variété sur des bases indestructibles à ce point qu'on a voulu faire remplacer la dénomination volontairement vague de tumeur pulsatile de l'orbite par celle — trop précise, nous allons le voir — d'anévrisme artérioso-veineux faisant communiquer la carotide interne avec le sinus caverneux.

En effet, à côté de cette première variété d'exophtalmos pulsatile, la plus importante sans conteste, nous trouvons l'anévrisme de la carotide interne, la dilatation simple de l'artère sans rupture, sans orifice mélangeant le sang rouge au sang noir ; cette ectasie artérielle peut aussi donner naissance à une tumeur pulsatile. Le cas de Dempseys, dont vous trouverez une analyse détaillée dans le remarquable *Traité* de Lagrange, ne laisse pas plus de doute que celui de Coggin résumé par le même auteur. Dans ce dernier fait, la dilatation anévrismale, due à une dégénérescence graisseuse des parois de l'artère, occupait la portion de la carotide interne contenue dans le sinus caverneux. Mais l'anévrisme artériel, producteur de l'exophtalmie pulsatile, peut aussi naître d'une branche de la carotide interne, l'ophtalmique dans sa portion intra-cranienne, comme l'a observé Nunneley, et dans sa portion orbitaire ainsi que Guthrie l'a prouvé; ce dernier cas avait ceci de remarquable que l'anévrisme ophtalmique existait des deux côtés.

Jusqu'à présent, il s'agit toujours d'anévrisme — anévrisme artérioso-veineux ou anévrismes artériels — mais de simples dilatations veineuses peuvent provoquer aussi l'exophtalmie pulsatile. Nous trouvons d'abord l'observation de Wecker; Lefort qui l'analyse croyait à l'existence d'une fissure artérielle passée inaperçue; à l'autopsie, pratiquée par Cornil, cet anatomiste impeccable ne trouva, comme lésion, qu'une dilatation considérable de la veine ophtalmique dont la paroi interne était enflammée. Morton, Blessig, Bowman, Aubry (de Rennes), d'autres encore ont examiné avec un soin minutieux les pièces provenant d'individus atteints d'exophtalmie pulsatile et ont constaté, sans erreur possible, que les vaisseaux artériels étaient intacts et que toutes les lésions consistaient en une ectasie souvent énorme de la veine ophtalmique et en une phlébite des sinus.

Enfin il existe une troisième catégorie anatomique d'exophtalmie pulsatile : elle est constituée par des

tumeurs, tumeurs sans vaisseaux, telles que fibrome, tumeurs vasculaires bénignes, telles qu'angiomes et anévrismes cirsoïdes ; tumeurs vasculaires malignes. Nous n'insisterons pas sur ces néoplasmes, car ils sont exceptionnels, et on ne les rapproche des exophtalmies pulsatiles qu'à cause de la difficulté d'en faire le diagnostic.

Il est assez aisé de comprendre comment les anévrismes artérioso-veineux et les anévrismes artériels de la carotide interne et de l'ophtalmique produisent les différents signes qui caractérisent l'exophtalmie pulsatile. Dans l'anévrisme artérioso-veineux, le sang déversé par la carotide augmente la pression du sinus caverneux; aussi la veine ophtalmique qui s'y jette a son courant refoulé et se dilate démesurément, elle et ses titulaires, tendant ainsi à exorbiter le globe oculaire. De là aussi la dilatation des vaisseaux veineux, la saillie variqueuse qu'ils forment vers l'angle interne et supérieur de l'œil, la fixation du globe dévié en bas et en dehors, le chémosis conjonctival et aussi les troubles trophiques, la nutrition imparfaite des tissus et des milieux de l'œil, les décollements rétiniens, les hémorragies, et en fin de compte la perte de la vision. Les mêmes pressions anormales agissent par voisinage sur le moteur oculaire commun et le moteur oculaire interne, expliquant les paralysies partielles, l'ophtalmoplégie et la diplopie. Enfin les souffles sont l'apanage à la fois de la phlébartérie et de l'anévrisme artériel.

Il est moins aisé d'expliquer les signes de l'exophtalmie pulsatile dans les cas de simple entrave à la déplétion veineuse; on y parvient cependant avec un peu de bonne volonté : pour la saillie de l'œil, la tumeur variqueuse de l'angle interne, le chemosis, la propulsion du globe en bas et en dehors, la diplopie, les troubles paralytiques, les altérations nutritives, c'est facile : tous ces signes sont sous la dépendance d'une dilatation récurrente et de l'excès de pression du sang de la veine ophtalmique dont une tumeur voisine ou la phlébite des sinus arrête le libre cours. Mais les raisons déterminantes des pulsations et du bruit de souffle s'aperçoivent moins aisément. Cependant les auteurs, et Lefort en particulier, font remarquer que les pulsations de la carotide interne se transmettent au sang accumulé dans le sinus caverneux et de là se propagent dans la branche de l'ophtalmique. Quant aux souffles, ils semblent dus à la difficulté qu'à le sang de circuler dans la carotide comprimée par la haute tension du liquide hématique dans le sinus caverneux. Nous ne parlerons pas des tumeurs érectiles, bénignes ou malignes développées aux environs de l'œil, puisque par leur volume, elles donnent la clé de tous les signes dépendant de la compression, et que par essence elles sont à la fois battantes et soufflantes.

III

Lagrange a colligé tous les cas publiés et dressé un sommaire de près de 250 cas de tumeurs pulsatiles; une douzaine serait due à des tumeurs bénignes ou malignes et les autres représenteraient les exophtalmies dues aux altérations des veines et des artères. Or, au point de vue de leur étiologie, elles se divisent en deux grandes catégories : les exophtalmies traumatiques et les exophtalmies spontanées. Les premières sont les plus fréquentes et presque dans la proportion de deux sur trois. Leur cause la plus habituelle est une fracture du crâne, le détachement d'un fragment osseux, d'une esquille qui vient ouvrir la carotide interne et la met en communication avec le sinus caverneux. Un objet rigide et pointu peut, en entrant dans l'orbite, aller provoquer les mêmes désordres dans le sinus caverneux, et les observations sont connues de phlébartérie due à une aiguille à tricoter, à la lame d'un fleuret, à un bout de parapluie.

L'époque d'apparition de l'anévrisme artérioso-veineux est très variable et l'on cite des cas où l'exophtalmie et les bruits de souffle ne sont perçus par le blessé que de longs mois après le traumatisme, d'autres fois quelques semaines, même quelques jours suffisent, dès que se sont dissipés les troubles cérébraux, la perte de connaissance et le coma; enfin, parfois c'est presque simultanément avec le choc que les bruits anormaux se font entendre : puis rapidement l'œil saille, la région bat et tous les signes de l'exophtalmie pulsatile s'établissent.

L'anévrisme spontané que l'on rencontre dans un peu plus du tiers des cas est brutal dans ses manifestations et après un effort de toux ou d'éternuement, ou lorsque le patient se baisse pour soulever un poids lourd, ou même sans raison, au repos et pendant le sommeil, un bruit déchirant se perçoit et l'anévrisme se déclare. Le fait est moins exceptionnel chez les femmes enceintes dont l'état prédispose d'une manière incontestable à l'exophtalmos; certaines diathèses, la glycosurie, l'albuminurie, la syphilis ont été notées dans nombre d'observations et toutes les causes productrices de l'artério-sclérose, toutes les dégénérescences des parois vasculaires qui provoquent leur inflammation, leur dégénérescence et leur rupture.

Après ces développements, vous avez bien compris n'est-ce pas? que le terme vague d'exophtalmie pulsatile a été imaginé pour voiler, dans tel cas donné, notre ignorance de la lésion anatomique, productrice du syndrome, car il est souvent difficile de savoir s'il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux du sinus, d'un anévrisme artériel de la carotide interne ou de l'ophtalmique, d'une dilatation des veines par phlébite ou bien d'une tumeur bénigne ou maligne. Cependant quelquefois une analyse sérieuse permet d'établir le diagnostic. D'abord les anévrismes artérioso-veineux constituent le lot le plus abondant des tumeurs pulsatiles et c'est déjà une présomption en leur faveur. Et puis les signes sont plus nets, les bruits de souffle peu intenses, les battements mieux perçus. Quant aux tumeurs, leur présence se révèle parfois par leur dureté, leur prolongement rameux, et Lefort fait remarquer qu'au lieu de se développer surtout à l'angle interne et supérieur de la cavité orbitaire, comme les varicosités de la veine ophtalmique, c'est

en bas et en dehors, c'est du côté externe qu'on les rencontre.

Telles sont les notions générales qu'il me semblait utile de vous donner sur les exophtalmies pulsatiles et je puis maintenant résumer l'intéressante observation de notre malade.

Elle entra chez nous le 18 juillet 1906 pour une affection de l'orbite. Mais nous la connaissions déjà depuis le mois d'avril, car le docteur Galezowski nous l'avait envoyée pour suivre un traitement régulier dans nos salles. Elle était presque certainement syphilitique, non qu'on ait pu retrouver chez elle les traces quelconques d'un chancre, d'une roséole ou de plaques muqueuses. Mais, après avoir mis au monde un enfant qui vit encore, elle en eut trois qui moururent à un jour, quinze jours et six semaines; puis elle aurait eu, il y a sept ans, une affection oculaire dont elle fut traitée aux Quinze-Vingts, et qui fut guérie par l'iodure et les frictions mercurielles. Enfin, il y a cinq ans, elle fut prise de céphalées rebelles, marquées surtout pendant la nuit et aurait, à cette époque, perdu abondamment ses cheveux.

C'est du mois de février 1906 que dateraient les premiers accidents du côté de son œil droit; la malade fut prise soudainement de douleurs de tête violentes et de fièvre, et des médecins auraient même prononcé le mot de méningite. Et c'est alors qu'on constate, à l'angle interne de l'œil droit soulevé et plus saillant que l'œil gauche, la présence d'une tuméfaction irrégulière formée par l'enchevêtrement de vaisseaux soulevés par des pulsations isochrones à la systole cardiaque. Mais, déjà, une nuit, la malade avait été réveillée tout à coup par un bruit étrange dans sa tête et semblable à celui d'une locomotive entrant à toute vapeur sous la voûte sonore d'une gare. Aussi, prise de peur, se hâta-t-elle d'aller consulter le docteur Galezowski, et ce dernier me l'envoya, se rappelant un exophtalmique analogue que m'avait confié mon collègue Despagnet, et qu'une opération heureuse avait guéri.

Lorsque nous vîmes la malade pour la première fois la situation était vraiment grave : le globe oculaire, projeté en avant, faisait déjà une saillie énorme qu'augmentait encore la paupière supérieure œdématiée et soulevée par un lacis de vaisseaux enchevêtrés; la conjonctive infiltrée formait un bourrelet qui empiétait sur la cornée et débordait la paupière inférieure; tous ces tissus étaient animés de battements et les frémissements, les vibrations du thrill-murmur ne restaient point cantonnés autour de l'orbite, mais descendaient vers la région cervicale et se percevaient, avec une intensité égale, le long des carotides primitives aussi bien à droite qu'à gauche. Quant au bruit qu'entendait la malheureuse et qui troublait son sommeil, il nous suffisait d'appuyer l'oreille sur un point quelconque du crâne pour l'entendre : c'était un souffle continu, avec renforcement systolique. La malade accusait aussi un autre bruit: tantôt semblable à celui d'un sifflet aigu, tantôt rappelant un piaulement d'oiseau.

Il fallait aviser et nous n'osions recourir d'emblée à un traitement opératoire; la malade avait eu du sucre et de l'albumine dans l'urine; elle était bouffie et sa pâleur nous inquiétait. Nous nous contentâmes donc de recouvrir son œil exorbité et chémosique par une rondelle de linge aseptique imbibée de glycérine neutre, puis par de lames superposées d'ouate bien maintenues et même assez sérieusement comprimées par des bandes de crêpe élastiques; enfin, et surtout tous les trois ou quatre jours, un de nos internes pratiquait pendant quelques minutes la compression digitale de la carotide primitive correspondante. C'est là un mode de traitement qui a un triple avantage, d'abord de ne pas être dangereux, puis de préparer les voies à la circulation collatérale dans le cas possible où nous serions acculé à une opération sanglante; enfin, les statistiques anciennes, à côté des nombreux échecs, comptent un certain nombre de succès. Et de fait, nous n'avons pas à nous repentir de notre essai : la guérison ne fut pas obtenue, mais il y eut une légère amélioration : l'exophtalmie diminua, le chémosis disparut et le bruit de souffle était moins net.

Malheureusement les symptômes, un instant amendés, reprirent bientôt de plus belle, et la nécessité se fit sentir d'un traitement plus énergique; aussi la malade qui jusqu'alors venait se faire panser, se décida à rester dans nos salles, et nous pratiquâmes alors une première série d'injections de sérum gélatiné. Je n'ai pas besoin d'insister sur cette médication après l'excellente leçon que vous a faite notre chef de clinique adjoint, M. Picquand; vous savez qu'après la constatation de Dastre sur le pouvoir coagulant de la gélatine, après les premières applications thérapeutiques de Carnot, Lancereaux et Paulesco eurent l'idée de faire entrer cette substance dans le traitement des anévrismes, et même quelque temps avant l'époque où nous recevions notre malade à la Charité, notre éminent collègue, M. Lancereaux, présentait à l'Académie un homme atteint d'exophtalmie pulsatile et guéri par plusieurs séries d'injections de sérum gélatiné.

C'est donc à la méthode de Lancereaux que nous soumîmes notre malade. Une première série de vingt et une injections furent pratiquées à partir du 18 juillet — et vous savez avec quel soin — par MM. Picquand et Dreyfus. Aux solutions primitives de 5 grammes de gélatine dissous dans 100 grammes de sérum, qui sont douloureuses et qui provoquent des ascensions thermiques, on avait substitué la solution à 1 p. 100. Mais des expériences multiples prouvèrent à nos collègues que cette solution est peu active et c'est en définitive une solution à 2 p. 100 qu'ils ont adoptée. On observe encore une légère élévation de température le soir de l'injection, mais elle n'atteint même pas un degré et tombe dès le lendemain; quant à la douleur, elle est nulle à condition de faire l'injection non sous la peau, mais dans l'épaisseur des muscles fessiers. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la stérilisation de la gélatine doit être pratiquée avec une minutie scrupuleuse, la possibilité de l'infection tétanique étant en définitive l'argument le plus redoutable opposé à la méthode de Lancereaux.

Une légère amélioration fut constatée au cours de cette première série d'injections coagulantes; la céphalalgie diminua, l'œil parut moins saillant et le chémosis disparut. Aussi, en novembre, nouvelle série de 21 injections et le résultat fut encore encourageant. En avril 1907, 18 injections furent faites, et en mai, 21. Nous étions déjà à 81 injections de 40 grammes de solution chacune et par conséquent de 80 centigrammes de gélatine, lorsqu'un accident grave, apparut et notre malade fut frappée d'ophtalmoplégie totale de l'œil gauche avec ptose de la paupière supérieure. Ces désordres profonds furent attribués par M. le professeur de Lapersonne et par nous à l'ancienne syphilis de la malade et traités par des injections intra-fessières d'huile grise. Mais ni à ce moment, ni plus tard n'est survenue la moindre atténuation des lésions oculaires et tout nous porte à croire qu'elles sont inguérissables : la vision était presque abolie et l'on constatait des signes de rétinite.

En décembre nous commençons notre cinquième et dernière série d'injections coagulantes. Mais voici qu'après la quatrième injection, éclate une crise aiguë : tout à coup la paupière supérieure de l'œil exophtalmié devient rouge, tuméfiée et douloureuse, les battements sont à peine perceptibles et le thrill qui, auparavant, se percevait sur une partie de la face et sur les deux régions carotidiennes du cou diminue et se cantonne, très affaibli, du reste, à l'angle interne de l'orbite. Nous appliquons de la glace sur l'œil : les douleurs s'apaisent, la tuméfaction rétrocède; nous pouvons sentir sous la paupière les vaisseaux immobiles, sans battement, durs, comme injectés au suif, et leurs caillots transsudent sans doute à travers leur paroi, car la peau prend successivement les diverses teintes des ecchymoses. Lorsque la crise est finie, l'exophtalmie pulsatile a disparu : le globe oculaire n'est plus saillant, il n'y a plus ni battement, ni tumeur vasculaire de l'angle interne, ni chémosis; deux phénomènes seuls persistent : le souffle intra-cranien et les crises fréquentes de céphalalgie ; ces dernières s'accentuent même et le professeur de Lapersonne reconnaît l'existence d'un glaucome de l'œil gauche qu'améliore l'instillation de II gouttes par jour de solution de pilocarpine.

En somme la saillie du globe oculaire, les dilatations veineuses, les battements, tout ce qui constitue l'exophtalmie pulsatile a disparu, mais la cause première, l'anévrisme artérioso-veineux, la communication de l'artère ophtalmique avec le sinus caverneux persiste encore : le souffle intra-cranien perçu par la malade et par nous en est la preuve évidente. Et la ligature de la carotide primitive, devant laquelle nous reculions depuis deux ans, s'imposait encore. Au début nous n'avions pas osé y recourir à cause du médiocre état général, du diabète et des complications opératoires qu'il entraîne parfois, et puis, un peu aussi, par crainte des dangers de cette ligature, dangers incontestables malgré les deux beaux succès que m'avait déjà donnés cette ligature dans un premier cas d'exophtalmie pulsatile et dans un cas d'anévrisme artériel de l'extrémité supérieure de la carotide primitive droite.

Nous savions bien que la léthalité considérable signalée à l'époque préantiseptique s'était beaucoup abaissée, que de 43 p. 100 dans la statistique de Lefort elle était descendue d'abord à 38 p. 100 dans celle de Siegurt et que si, à l'exemple de Fourmestraux, on ne relevait que les faits publiés de 1900 à 1907, les morts ne comptaient plus que pour 21 p. 100. Nous savions surtout que, même à l'époque de Lefort, la ligature dans l'exophtalmie pulsatile était relativement bénigne; elle ne tuait que 12 p. 100 des opérés et même, de 1900 à 1907, la lithalité n'est plus que de 7 p. 100, comme le prouvent les relevés de Fourmestraux. Cependant, si la disparition du diabète chez notre malade, l'amélioration de l'état général, le peu de gravité ordinaire de la ligature dans les cas semblables nous incitaient à intervenir, nous hésitions encore à cause de l'ignorance où nous étions de la cause primitive de l'anévrisme. Nous le rattachions bien à la syphilis, mais comment cette syphilis avait-elle perforé l'artère et comment et pourquoi avait-elle provoqué, elle aussi sans doute, l'ophtalmoplégie de l'œil droit? Notre opération n'allait-elle pas aggraver au lieu d'améliorer ces lésions intra-craniennes?

Nous avons fini par nous décider cependant et le 19 mars 1908 nous avons pratiqué la ligature de la carotide primitive gauche. L'opération fut simple et dès que le fil fut serré, le bruit de souffle diminua, mais tout en persistant encore, et même pendant la nuit qui suivit l'intervention la malade l'aurait entendu : mais, dès le lendemain, il avait définitivement disparu. L'ictus apoplectique si redouté, malgré sa rareté relative, ne s'est pas montré non plus. Il est vrai que l'ère dangereuse n'est pas encore passée et si les accidents, exceptionnels au moment précis où l'on serre le fil — bien que Le Dentu, Quénu, Lejars et Faure l'aient observé — se présentent, dans plus des deux tiers des cas, du premier au cinquième jour, on a cité des catastrophes au bout de la deuxième, de la troisième et même de la quatrième semaine. Nous ne sommes donc pas encore hors de danger; nous le sommes d'autant moins que nous ne savons pas si notre traitement de la syphilis, cause première de tout le mal, a arrêté la marche de la lésion cranienne et les céphalées sont loin d'avoir disparu.

Messieurs, je me résume; nous venons d'observer ensemble un cas remarquable d'exophtalmie pulsatile que la netteté des accidents et l'intensité du souffle nous permettent de rattacher à la variété anatomique de l'anévrisme artérioso-veineux. Cet anévrisme s'est déclaré spontanément, sans traumatisme, et doit avoir comme origine quelques altérations artérielles d'origine syphilitique, ainsi que semble le prouver l'ophtalmoplégie de l'œil droit. Les 106 injections de sérum gélatiné ont amené l'oblitération à marche soudaine et d'allure aiguë des veines ophtalmiques : mais l'anévrisme artérioso-veineux persistait et il a fallu la ligature de la carotide primitive pour faire disparaître le bruit de souffle.

Près de deux mois se sont écoulés et je reprends

mon observation d'exophtalmie pulsatile au lendemain de la ligature de la carotide primitive du côté gauche. Les premiers jours, les premières semaines s'étaient passés sans encombre et nous pouvions espérer un succès analogue à celui que j'avais obtenu chez mon ancien opéré, une belle et durable guérison. La saillie de l'œil gauche avait disparu, il n'y avait plus de pulsation, plus de thrill, plus de souffle et l'on n'observait plus qu'une paralysie du muscle droit externe.

Du côté de l'orbite droit, la ligature de la carotide n'avait et ne pouvait modifier la situation, et, de fait, l'ophtalmoplégie persistait tout entière ; l'œil demeurait immobile sous la paupière abaissée. Même, la situation devint bientôt menaçante : de vagues douleurs, accusées par la malade quelques jours après l'intervention, s'accusèrent vers le 17 avril ; à ce moment, elles ont pour siège principal le globe oculaire et la moitié droite de la tête ; elles acquièrent une telle violence que pour les apaiser on doit recourir à l'opium sous toutes ses formes, sans grands résultats, car, dès que son action s'affaiblit, les souffrances s'exagèrent et deviennent insupportables. La malade nous affirme alors que les accidents actuels lui rappellent, trait pour trait, ceux qui étaient survenus, deux ans auparavant, lorsque avait apparu l'exophtalmie pulsatile gauche.

Nous étions fort inquiets lorsque, tout à coup, le 2 mai, à sept heures du soir, quarante-deux jours après l'intervention, la malade pousse un cri, et retombe avec quelques mouvements convulsifs sur son lit où elle reste sans connaissance et, au bout d'une heure et demie, elle mourait en présentant tous les signes d'une hémorragie cérébrale avec inondation des ventricules. Vous comprenez quel intérêt présentait l'autopsie : elle fut heureusement autorisée par la famille et pratiquée par nos chefs de clinique, anciens prosecteurs de la Faculté, par nos internes aides d'anatomie et par nos chefs de laboratoire. Il y avait en effet bien des problèmes à résoudre : il fallait d'abord s'assurer que nous ne nous étions pas trompés sur la cause de la mort, mais il fallait surtout savoir à quelles lésions singulières était due l'ophtalmoplégie du côté droit. Nous avions bien parlé d'une lésion d'origine syphilitique frappant à la fois les deux sinus caverneux et se traduisant au côté gauche par un anévrisme, mais à droite nous ne savions qu'invoquer.

L'examen nous réservait bien des surprises : non pas à gauche et notre diagnostic fut vérifié de point en point : parmi les diverses variétés de l'exophtalmie pulsatile nous avions conclu à l'existence d'un anévrisme artérioso-veineux, non seulement à cause de sa plus grande fréquence, mais à cause de la netteté des symptômes, de la vigueur des pulsations, du souffle intense, de la dilatation considérable des vaisseaux veineux, du chémosis conjonctival. Or l'autopsie nous montra l'exactitude de notre diagnostic ; nous trouvâmes un sinus caverneux gros comme une noisette environ, rempli de caillots durs et, au centre, l'artère carotide interne perforée et communiquant, par un orifice large de 4 à 5 millimètres, avec le sinus caverneux. Les carotides interne et primitive sont vides jusqu'au niveau de notre ligature. En ce point existe un coagulum long de deux centimètres. Ajoutons que la veine ophtalmique et ses branches sont dilatées et oblitérées par des caillots. Toutes ces lésions sont bien celles que nous avions escomptées chez notre malade.

Il n'en était plus ainsi à droite : nous avions pensé à quelque lésion osseuse de la base du crâne provoquée par la syphilis, à quelque épaississement des parois du sinus caverneux pouvant expliquer, par la compression des nerfs moteurs du globe, l'immobilité de l'œil et la chute de la paupière. Or, à notre grand étonnement, nous avons trouvé un anévrisme artérioso-veineux, non plus petit et guéri comme à droite, mais une poche volumineuse, de la grosseur d'une belle noix, à parois minces, remplie par des caillots récents, cruorique très friable. Cette poche adhérait intimement par sa face supérieure à la face inférieure du cerveau, détruite en un point, largement perforée par un orifice pénétrant dans la corne antérieure du ventricule latéral droit. Et ce ventricule, le ventricule moyen et le quatrième ventricule étaient remplis de sang en voie de coagulation. Du moins cette partie de notre diagnostic se trouvait confirmée et notre malade était morte d'une hémorragie cérébrale par inondation des ventricules.

Mais nous n'avions pas un seul instant pensé à l'existence d'un second anévrisme, or il existait sans conteste et, dans le sinus caverneux dilaté, s'ouvrait, par une perforation nette, l'artère carotide interne. Et il était maintenant facile de bien préciser les causes de la mort. La pression, déjà trop grande dans l'anévrisme droit, avait amené la rupture de la poche dont le sang, grâce aux adhérences préalables avec le cerveau, avait fouillé et détruit la friable substance corticale : il avait ainsi fait irruption dans les ventricules et provoqué les accidents finaux. C'est bien, mais ce que nous n'avions pas prévu, je le répète, et ce que nous comprenons à peine maintenant lorsque nous reprenons à nouveau les divers détails de notre observation, c'est l'existence, à droite, de ce second anévrisme artérioso-veineux.

Quels signes nous l'eussent révélé ? Du côté droit en effet nous avions, comme seul symptôme, l'ophtalmoplégie : la paupière supérieure tombait et voilait le globe, tous les muscles moteurs de l'œil étaient paralysés et l'organe restait immobile dans l'orbite ; mais ces paralysies ne nous permettaient pas de conclure à l'existence d'un anévrisme ! L'anévrisme s'affirme par des signes autrement caractéristiques : l'exophtalmie, les pulsations, les dilatations veineuses, le chémosis, un souffle continu, et nous n'avons jamais perçu à droite la moindre trace de ces phénomènes. Nous n'admettons pas une phlébartérie sans un souffle avec renforcement ; or, dans notre observation, ce souffle n'existait pas. Et l'on ne saurait nous dire qu'il nous a échappé, car presque tous les jours nous auscultions le crâne de notre malade, justement pour essayer d'y surprendre les bruits anormaux de l'anévrisme gauche qui aurait pu persister ou réapparaître après notre ligature de la carotide primitive.

Il nous faut donc admettre que l'anévrisme artério-so-veineux droit, trouvé à l'autopsie, s'est développé dans les trois derniers jours de la vie et peut-être même dans ses dernières heures. La malade ne nous déclarait-elle pas elle-même à ce moment, au milieu de ses crises violentes de céphalalgie, qu'elle éprouvait des souffrances semblables à celles qu'elle avait perçues deux ans auparavant lorsque apparut son premier anévrisme? Et voici comment nous interpréterions la série des accidents qui ont frappé le globe oculaire droit. La pression sanguine du sinus caverneux gauche s'exagéra à la suite de la rupture de la carotide et provoqua bientôt une dilatation des canaux veineux tributaires : c'est ainsi que la veine ophtalmique prit l'énorme développement signalé au cours de l'observation; de même le sinus coronaire avait plus que triplé de volume, ainsi que l'a démontré l'autopsie, et nous pouvons en inférer légitimement que le sinus caverneux droit, en relation immédiate avec ce sinus coronaire, avait subi, lui aussi, une dilatation analogue.

C'est cette dilatation du sinus caverneux droit qui, sans nul doute, eut comme conséquence l'ophtalmoplégie : les nerfs de l'œil et en particulier le moteur oculaire commun et le moteur oculaire externe se trouvèrent comprimés par la pression anormale du sang semi-artériel venu du sinus caverneux gauche et leur fonction fut abolie. Mais la carotide interne restait intacte et même la pression exagérée qu'elle subissait par suite de la plus haute tension sanguine, communiquée au sinus droit par l'anévrisme du sinus gauche, protégeait ses parois contre la rupture en tendant à équilibrer la pression intérieure. Mais plus tard, une double modification survint à droite : la pression sanguine du sinus caverneux y diminua, puisque cette pression n'était plus actionnée par le sang artériel de la carotide gauche liée; elle diminua tandis que la pression sanguine dans la carotide interne augmentait par l'afflux nouveau dû à la ligature de la carotide primitive gauche; grâce à cette rupture d'équilibre, la pression intérieure accrue a eu plus facilement raison du point faible de la paroi artérielle : elle a cédé et l'anévrisme artérioso-veineux s'est trouvé constitué; plus tard la poche caverneuse elle-même s'est rompue dans le ventricule et la mort rapide a été la conséquence de cette hémorragie intra-cérébrale. Voilà, messieurs, la série d'hypothèses que je vous soumets et qui me paraissent mettre le mieux d'accord l'histoire clinique de nos deux anévrismes et les faits anatomiques que nous avons constatés à l'autopsie.

Que devient au regard de notre autopsie cette syphilis initiale, cause première de l'affaiblissement des parois de la carotide interne et sans laquelle, sans doute, nos anévrismes ne se seraient pas produits? Nous l'avions accepté, pour expliquer la déchirure des deux vaisseaux. Quelques commémoratifs assez fragiles plaidaient en sa faveur : en effet, après l'accouchement normal d'un enfant qui avait vécu, les enfants des trois accouchements suivants étaient morts le jour même ou peu de semaines après leur naissance. Mais, d'autre part, nous devons rappeler que les traitements les plus intensifs, les plus modernes, les plus répétés contre la vérole n'avaient ni diminué les atroces céphalalgies de notre malade, ni guéri le premier anévrisme, ni empêché l'apparition du second. De plus, l'examen le plus attentif pendant la vie, comme après la mort, ne fit découvrir en aucun tissu et au niveau d'aucun autre organe la moindre tare qui de près ou de loin pût faire soupçonner la vérole. Les viscères, le foie en particulier furent trouvés intacts; il en fut de même de tous les vaisseaux, de toutes les artères et n'y a-t-il pas quelque chose d'extraordinaire, dans ce fait d'une syphilis épargnant tous les canaux sanguins et ne provoquant en définitive qu'une altération limitée à un petit point symétrique des deux carotides internes? Une telle artério-sclérose, assez légère pour respecter tous les autres tissus, assez brutale et assez violente pour perforer deux artères du volume de la carotide interne, cela nous semble assez paradoxal.

Il est une autre question que nous devons nous poser : quel traitement aurions-nous dû instituer dans l'espèce? La ligature de la carotide primitive gauche avait assuré la guérison de l'anévrisme correspondant, le même traitement n'aurait-il pas pu conjurer la rupture de l'anévrisme droit? C'est possible, c'est même probable et certes nous regrettons de n'avoir pas pratiqué cette ligature. Mais en toute conscience, avons-nous quelque reproche à nous adresser? Il nous semble que non, car rien, absolument rien ne pouvait nous faire soupçonner la prochaine apparition du mal. Et cependant, jour par jour, nous avons suivi notre malade, nous l'avons examinée avec le plus grand soin, et nous l'avons montrée à nombre de nos collègues les plus compétents en la matière.

Vous vous rendez compte, messieurs, de l'intérêt spécial que présente cette observation : il s'agit d'un anévrisme faisant communiquer la carotide primitive avec le sinus caverneux, tumeur déjà rare; dans l'espèce, l'anévrisme n'était pas d'origine traumatique, mais succédait à une altération des parois de la carotide interne, nouvelle particularité peu fréquente; l'anévrisme est devenu bilatéral, ce qui le classe de plus en plus parmi les cas exceptionnels; puis l'anévrisme gauche a guéri par les injections de gélatine et par la ligature de la carotide primitive, ce qui n'est pas encore très banal; enfin l'anévrisme droit, démontré par l'autopsie, ne se révélait par aucun signe. Et comme nous ignorions l'existence de cette nouvelle tumeur, probablement de date très récente, nous n'avons pu songer à la ligature de la carotide primitive droite qui aurait sans doute conjuré la rupture de l'anévrisme et du même coup l'inondation ventriculaire qui emporta notre malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1908)

La grandeur relative de l'œil et l'appréciation du poids encéphalique, par M. Louis LAPICQUE. — Étude sur les vertébrés inférieurs et les mammifères.

Sur la signification sémiologique de l'indoxyle urinaire. Recherche de l'indol dans le pus, par M. Ch. PORCHER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1908)

Sclérose généralisée de l'artère pulmonaire. — MM. VAQUEZ et GIROUX communiquent une observation de lésions systématisées, scléreuses et athéromateuses de l'artère pulmonaire en rapport avec une affection complexe du cœur. Il s'agissait d'une malade de trente-deux ans qui succomba en juillet 1907 avec des accidents d'œdème irréductible, de cyanose très prononcée et permanente accompagnée de phase pulmonaire et de bronchite généralisée.

L'autopsie montra l'existence d'un rétrécissement mitral extrêmement serré, avec rétrécissement de l'orifice tricuspidien, l'artère pulmonaire était le siège de lésions scléreuses, étendues à tout l'arbre artériel avec placards athéromateux disséminés. Le système artériel aortique était remarquablement sain, l'examen histologique permet de reconnaître la présence des lésions caractéristiques de l'artério-sclérose, épaississement de la tunique interne, hyperplasie des fibres musculaires et dislocation des fibres élastiques. Les placards athéromateux présentaient leur constitution habituelle.

Les conditions mécaniques particulières créées par la lésion cardirque contrastant avec une tension normale dans la grande circulation (13 à 14) peuvent être seules incriminées dans la genèse des lésions observées. Le rôle de l'hypertension invoqué depuis Traube, dans la pathogénie de la sclérose vasculaire, apparaît ici très nettement et l'on peut en déduire aisément la filiation des altérations artérielles. Elle est réglée par l'effort fait par chacun des éléments constitutifs de l'artère pour s'adapter, suivant ses moyens particuliers, aux conditions nouvelles résultant des modifications de la pression qu'il doit supporter. La tunique interne augmente d'épaisseur, les fibres musculaires s'hyperplasient, les fibres élastiques se dissocient et s'atrophient. Cette loi d'anatomie pathologique générale trouve également sa confirmation dans les lésions de veines atteintes de varices et soumises, comme le montre Delbet, à une pression exagérée.

Les foyers athéromateux ou de dégénérescence constituent des lésions d'ordre secondaire; s'ils peuvent apparaître en dehors de l'artério-sclérose ils sont plus fréquemment associés à cette dernière, que cette altération soit systématisée ou disséminée par les mauvaises conditions de défense qu'elle réalise dans tout ou partie du système artériel.

L'étude des lésions scléreuses de l'appareil artériel pulmonaire fournit donc, par la nature des altérations observées, leur filiation et leur condition pathogénique, la preuve du rôle provocateur de l'hypertension dans la genèse de l'artério-sclérose.

Toxine du bacille d'Achalme (variété rhumatismale de l'hémoculture); son affinité pour l'appareil cardio-vasculaire. — M. THIROLOIX. Chez tous les animaux, le bacille de l'hémoculture des rhumatisants aigus se montre pourvu des deux propriétés principales suivantes, citosique vasculaire, sanguine par vaso-dilatation active et exsudative, d'où formation dans les tissus ou organes infectés d'un exsudat transparent séro-bucocytique riche en fibrine. Chez le veau, la mise en action de la faculté vaso-dilatatrice est tellement prononcée qu'elle est d'observation facile : l'injection intra-vasculaire amène instantanément chez cet animal une vaso-dilatation active généralisée avec artéralisation du sang veineux ; on constate en même temps une agitation extrême, une hypersécrétion des appareils glandulaires surtout marquée par les glandes lacrymales et salivaires, et enfin d'emblée des désordres cardiaques avec impuissance terminale du myocarde. A l'autopsie, on ne note d'altération macroscopique que du côté du cœur : le myocarde est flasque et tout l'endocarde (et uniquement l'endocarde) du ventricule gauche est le siège de vastes ecchymoses sous forme de traînées et de placards.

Rhumatisme chronique, glande thyroïde et opothérapie. — M. SOUQUES a trouvé chez deux rhumatisants chroniques, traités et améliorés par l'opothérapie thyroïdienne, une atrophie de la glande thyroïde essentiellement caractérisée par une diminution de volume des vésicules et un appauvrissement de la substance colloïde. Ces altérations sont comparables à celles qu'ont obtenues récemment MM. Hallion et Alquier sur des lapins qui avaient ingéré, pendant un an environ, une dose quotidienne assez élevée d'extrait sec d'hypophyse de bœuf.

Etant donné que les glandes pituitaire et thyroïde ont des analogies fonctionnelles reconnues, on pourrait se demander si l'opothérapie thyroïdienne ne serait pas capable de produire chez l'homme une atrophie analogue du corps thyroïde. L'auteur ne le croit pas et pense que, chez ses deux malades, l'atrophie de la glande thyroïde était antérieure au traitement opothérapique.

Urémie convulsive et comateuse. Liquide céphalo-rachidien puriforme. — MM. CAUSSADE et WILLETTE. Il s'agit d'un malade atteint d'éclampsie et coma urémiques chez lequel en même temps qu'une saignée qui amena la guérison, on pratiqua une ponction lombaire. Celle-ci révéla une polynucléose abondante (100 éléments par champ) avec intégrité des éléments.

Les ponctions suivantes cinq jours après la première, ne décelaient plus aucun élément cellulaire.

Les auteurs rapprochent ce cas des états méningés avec polynucléose, intégrité des éléments et absence d'agents microbiens sur lesquels a insisté M. Widal, et d'un cas analogue publié par M. Chauffard.

A propos de l'encéphalite aiguë hémorragique. — MM. Roger VOISIN et Léon TIXIER ont observé deux cas d'encéphalite aiguë hémorragique chez des enfants de la clinique infantile du professeur Hutinel. Le premier était secondaire à une thrombose du sinus longitudinal supérieur au cours d'une broncho-pneumonie; le second, à une thrombose du sinus longitudinal supérieur chez un malade ayant eu une méningite à bacille de Pfeiffer.

En relisant les descriptions anciennes de ramollissement rouge du cerveau et les observations récentes d'encéphalite aiguë hémorragique, ils ont pu se convaincre que, si les

lésions étaient exactement de même nature, les explications pathogéniques seules différaient. Tandis que Parrot et Hutinel incriminaient les oblitérations vasculaires dans la production du ramollissement rouge, les travaux récents parus sur l'encéphalite aiguë hémorragique faisaient jouer à la névrose cellulaire infectieuse un rôle capital. L'examen histologique des cerveaux de leurs petits malades leur a montré que, si l'infection agissait en provoquant la thrombose veineuse, elle n'était pour rien dans la réalisation du ramollissement rouge, phénomène d'ordre mécanique, directement en rapport avec une oblitération vasculaire.

Pathogénie du rhumatisme tuberculeux. — M. A. Poncet fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 22 juillet 1908)

La tuberculose inflammatoire. — M. Poncet répond à ses contradicteurs. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, n° 84, p. 1006.)

L'anesthésie par la cocaïne dans le traitement des fractures. — M. Quénu, pour faciliter la réduction des fractures, fait dans le foyer même de la fracture une injection de 2 à 3 centigrammes de cocaïne en solution à 2 p. 100. En supprimant la douleur et, par suite, la contracture, on obtient ainsi très facilement la réduction. M. Quénu communique, à l'appui, une quinzaine d'observations.

M. Paul Reclus, il y a dix-huit ans, a eu recours à la cocaïne dans ces conditions et voici l'observation telle qu'il la trouve dans son livre sur *L'analgésie localisée par la cocaïne* : « Un jeune homme se casse la jambe; il est dans la rue et l'on veut le transporter dans sa chambre située à uu cinquième étage; chaque mouvement arrache des cris au blessé. M. Reclus pousse dans le foyer de la fracture, avec de grandes minuties au point de vue antiseptique, le contenu de deux seringues de Pravaz d'une solution au centième : immédiatement les douleurs spontanées et provoquées se calment; puis elles disparaissent au point que le transport se fait sans réveiller la moindre souffrance. Il lui est même loisible de malaxer le foyer de la fracture, de réduire les fragments et d'appliquer un appareil plâtré, manœuvres qui durèrent près d'une demi-heure, à l'expiration de laquelle l'insensibilité était encore parfaite. » Un aussi beau résultat méritait de ne pas être oublié. M. Reclus n'a pas cependant souvenir d'avoir recommencé et il sait gré aux maîtres qui, avec M. Quénu, veulent bien ressusciter ce procédé et lui donner la place qu'il mérite.

Epithélioma de la face, extirpation, autoplastie. — M. Morestin présente un malade chez lequel, il y a six mois, il a enlevé un épithélioma étendu de la face. Il avait comblé la vaste perte de substance qui en résultait en partie par des lambeaux empruntés aux régions voisines, en partie par des greffes de Thiersch. L'état du malade est très satisfaisant et il n'y a aucune trace de récidive jusqu'ici.

Epithélioma de la langue, du plancher de la bouche et du maxillaire inférieur. — M. Morestin présente également deux malades, l'un opéré depuis un an, l'autre depuis six mois, chez lesquels il a enlevé d'un seul bloc des épithéliomas ayant envahi une partie de la langue, le plancher de la bouche, des ganglions et l'arc de la mâchoire inférieure. Les deux malades conservent un maxillaire inférieur encore utile, grâce à la conservation d'un mince pont osseux.

Cancer de la vésicule biliaire. — M. Potherat présente un épithélioma cylindrique de la vésicule biliaire qui s'est développé sur les débris restants de la vésicule enlevée, pour des accidents de cholécystite calculeuse. Il eût été intéressant de connaître l'examen histologique de la partie de la vésicule enlevée la première fois.

FORMULAIRE

VAGINITE SIMPLE

Faire un pansement tous les jours avec du coton hydrophile fortement imprégné de :

Thigénol « Roche »	50 grammes.
Glycérine	50 —

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 25, 21 juin 1908.) Patoir : Accidents du travail. Luxation et fracture du coude droit chez un menuisier de cinquante-huit ans. Une déformation de la main (immobilisation des doigts en flexion) constatée quatre mois après l'accident, lui est-elle antérieure ou en dépend-elle ? — Paucot : Intoxication alcoolique chez un nourrisson. — (N° 26, 28 juin.) L. Julien : Un autographe inédit d'Emile Zola. Les idées de Zola sur l'opération de la castration chez la femme. — Curtis et J. Vanverts : Grand kyste du parovaire à contenu cholestérique (cellules géantes à cholestérine).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 25, 21 juin 1908.) H. Mandoul : Stégomyas et rats à bord des navires. Quelques conditions communes favorisant leur pullulation. Effets de la pétrolisation. — (N° 26, 28 juin.) Sabrazès et Muratet : Le sérum lactescent du chat normal nouveau-né et allaité. — Etienne Ginestous : De la prédisposition aux accidents oculaires du travail.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 25, 21 juin 1908.) Lalesque : L'huître dans l'alimentation. — (N° 26, 28 juin.) Bergonié : La fulguration (méthode de Keating-Hart pour le traitement du cancer).

Therapie der Gegenwart. — (Mai 1908.) Kohts : De quelques cas de maladie de Hirschsprung chez l'enfant. — E. Aron : Quelles maladies sont à traiter dans les chambres d'air comprimé. — Ernst Steinitz : Symptomatologie, pronostic et traitement des empoisonnements aigus par le véronal. — (Juin.) L. Brauer : Traitement des affections chroniques du poumon par le pneumothorax. — Max Herz : De l'influence fâcheuse sur le cœur des attitudes défectueuses du corps. — A. Moeller : Origine et traitement de l'asthme. — Wilhelm Sternberg : Traitement de l'ulcère de l'estomac par une cuisine rationnelle. — J. A. Schabud : De l'huile de foie de morue phosphorée dans le traitement du rachitisme. Son influence sur les échanges calcaires. — Richard Mühsam : Du bain permanent en chirurgie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Synonymick der dermatologie, par le docteur Johannes FICK (de Vienne). Un vol. in-8° broché. — Prix 1 mark 40. — Vienne et Leipzig, 1908 ; Alfred Hölder, édit.

N° 86. — JEUDI 30 JUILLET 1908. 81e ANNÉE. JFUDI 30 JUILLET 1908. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Par arrêté en date du 27 juillet 1908, la chaire de physique médicale est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret du 17 juillet 1908, ont été promus dans le cadre auxiliaire du corps de santé :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Gendron, Gazet, Sizaret, Chevalier, Raoult, Benoist, Delpont, Dodéro, Bertrand, Brulant, Sergent, Verdié, Balland, Bidon, Thalinger, Guende, Lévêque-Lacroix, Soutoul, Roux, Grinda, Duchesne, Sallard, Boulloche, Egret, Jacques, Boëteau, Sallès, Legrand, Virey, Jeannin, Rousseau, Tournier, Ravé, Woolonghan, Langlois, Piras, Martin, Delore, Gallet, Zaleski, Bué, Faure, Gasne, Guigon, Leduc, Bourguignon, Deléarde, Pauchet, Gayet, Debrigode, Carpentier, Plouvier, Tonnel, Zibelin.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — Médecine interne. — M. le docteur Sergent, médecin des hôpitaux, fera tous les matins, à dix heures, du 10 août au 10 septembre, des exercices de médecine pratique et d'auscultation, à propos des maladies du service, à l'hôpital Necker.

— Maladies nerveuses et mentales. — M. le docteur Gasne, médecin des hôpitaux, fera tous les samedis, à partir du 5 septembre, des conférences de clinique et de thérapeutique des maladies du système nerveux, à l'hôpital Bicêtre.

M. le docteur Roubinovitch, médecin de Bicêtre, fera en septembre et en octobre 1908, tous les jeudis, de neuf à onze heures du matin, des conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales des adultes et des enfants (diagnostic, indications thérapeutiques, consultations médico-pédagogiques), à l'hospice de Bicêtre.

PHYSIOTHÉRAPIE. — Cours de vacances. — MM. les docteurs Albert-Weil, Bardet, de Beurmann, Bouloumié, Cautru, Desfosses, Dominici, Durey, Kruger, Lagrange, Lalesque, Gaston Lyon, Mougeot, Pariset et Sandoz feront du 15 octobre au 7 novembre, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, un cours complet de physiothérapie avec démonstrations et exercices pratiques.

Ce cours sera divisé en trois séries de 20 leçons et sera complété par une visite de deux jours aux installations modèles de physiothérapie et d'hydrologie de Vichy.

La première série comprendra l'électrothérapie, la radiothérapie, la radiumthérapie, la photothérapie et la méthode de Bier.

La deuxième série comprendra le massage, la mécanothérapie, la gymnastique thérapeutique et éducative.

La troisième série comprendra la diététique, l'hydrologie, la climatothérapie, les cures naturistes, l'hydro et la thermothérapie.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 40 francs.

Le prix du voyage d'études à Vichy (frais de séjour et de transport compris) par suite d'une entente avec la Compagnie fermière ne sera que de 30 francs.

On peut s'inscrire dès à présent pour une série ou pour les trois chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, ou chez M. le docteur Durey, 16, rue de Logelcach.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement; l'horaire des diverses leçons sera réglé de telle sorte que les élèves pourront suivre les trois séries simultanément.

INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE BERCK-SUR-MER. — Cours de M. Calot (du 17 au 24 août). — Le nombre des inscrits étant déjà de 50, le registre d'inscriptions est clos *pour cette série.*

COURS SPÉCIAL. — Le docteur Sigaud (de Lyon) fera, à sa clinique, 19, quai Tilsitt (Lyon), une série de leçons sur de *Nouveaux procédés d'examen du tube digestif*, avec démonstrations cliniques. Diagnostic évolutif, indications du régime alimentaire, etc. Le cours commencera le 23 novembre prochain, durera deux mois et aura lieu trois fois par semaine. Droit d'inscription : 60 francs. S'inscrire chez le docteur Sigaud, 4, place Bellecour, à Lyon. (Le nombre des inscriptions est limité.)

DIABÈTE ET TUBERCULOSE [1]

Par Marcel LABBÉ,
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Il n'est point de maladie qui prédispose autant à la tuberculose que le diabète sucré. La fréquence de cette complication n'avait point échappé aux anciens auteurs. Bardsley (2), Coopland allaient jusqu'à considérer la tuberculose comme la cause unique de la mort des diabétiques. Nicolas et Gueudeville, frappés de sa terminaison presque fatale par phtisie, avaient donné au diabète le nom de phtisurie sucrée.

Il n'y a pas à tenir compte de l'opinion contradictoire de Pavy et de Wilks (3) qui, non seulement niaient la fréquence de la tuberculose chez les diabétiques, mais encore doutaient de son existence. Leur erreur venait de ce que, partisans avec Virchow de la dualité de la phtisie, ils attribuaient à la pneumonie caséeuse non tuberculeuse les ulcérations du poumon constatées chez les diabétiques.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour admettre cette prédisposition effrayante des diabétiques à la tuberculose. Griesinger (4) dit que, sur 100 diabétiques, 43 meurent phtisiques. Les statistiques de Frerichs (5), de Seegen (6), de Williamson (7), basées sur les autopsies faites dans les hôpitaux donnent aussi une proportion de 43 tuberculeux sur 100 diabétiques.

Durant la vie, Williamson trouve sur 100 diabétiques examinés : 14 atteints de tuberculose avancée; 14 atteints de tuberculose incipiente; et 1 reconnu tuberculeux seulement à l'autopsie.

Si la tuberculose est une menace constante pour les diabétiques, tous n'y sont pas également exposés. La fréquence de cette complication varie avec les trois conditions suivantes : le milieu dans lequel vit le malade ; son âge ; la forme de son diabète.

La plupart des statistiques ont porté sur les malades des hôpitaux, et c'est là ce qui explique la fréquence extrême de la tuberculose. Ces résultats sont tout différents quand on étudie les diabétiques de la classe aisée.

Bouchardat, Durand-Fardel, Griesinger, Mandl sont unanimes à cet égard; ils arrivent presque à ne considérer la tuberculose que comme une complication du diabète des pauvres.

La statistique de von Noorden (8) établie, non plus dans un hôpital de pauvres, mais probablement dans une maison de santé de riches et dans la clientèle, donne une importance relativement très faible à la tuberculose parmi les causes de mort chez les diabétiques. Sur 140 cas, observés aux différents âges de la vie, il a vu la mort causée 6 fois par tuberculose pulmonaire et 1 fois par tuberculose intestinale, tandis que le coma diabétique en était 80 fois responsable.

Tout en étant moins nombreux, les faits que j'ai observés parlent dans le même sens.

(1) Leçon de clinique médicale faite à l'hôpital Saint-Antoine.
(2) Bardsley. *Med. reports and experiments*, London 1807.
(3) Pavy. *Researches on the nature and treatment of diabetes*, 2e édit., London 1869.
(4) Griesinger. Stud. über Diabetes, *Arch. f. phys. Heilk.*, 1859.
(5) Frerichs. *Ueber der Diabetes*, Berlin 1884.
(6) Seegen. *Der Diabetes Mellitus*, Berlin 1893.
(7) Williamson. *Diabetes mellitus and its treatment*, London 1898.
(8) Von Noorden. *Die Zuckerkrankheit*, Berlin, Hirschwald, 1895.

Sur 71 diabétiques suivis par moi, 51 étaient hospitalisés ou venaient à une consultation d'hôpital, 20 étaient des malades de clientèle.

Sur les 51 diabétiques d'hôpital, 22 étaient tuberculeux et 15 non tuberculeux; sur les 20 diabétiques de la ville, 2 étaient tuberculeux et 18 non tuberculeux.

Pareille fréquence de la tuberculose chez les diabétiques d'hôpital, opposée à sa rareté relative chez les diabétiques de clientèle, ne tient pas seulement, comme le croyaient les anciens auteurs, à l'épuisement par la misère et les privations; elle est due principalement à ce que le diabétique est hypersensibilisé à l'égard du bacille de Koch et qu'il ne peut résister à la contagion, lorsqu'il y est exposé, comme à l'hôpital.

Aucun âge ne met le diabétique à l'abri de la tuberculose. Bertail (1) avait avancé faussement que le diabète se complique rarement de phtisie chez le vieillard et chez l'enfant.

Au contraire, Bouchardat considère la tuberculose comme presque fatale chez les diabétiques âgés de moins de quinze ans; Traube et Durand-Fardel admettent aussi que le diabète des jeunes sujets se complique beaucoup plus souvent de tuberculose que celui des gens âgés. Cette relation tient, à mon avis, à la forme du diabète qui est presque toujours, chez les jeunes, un diabète avec dénutrition.

M. Bouchard (2) estime que l'albuminurie marque chez le diabétique une prédisposition plus grande à la tuberculose; il a vu la phtisie diabétique presque exclusivement chez les malades albuminuriques; il n'a vu qu'une seule fois la glycosurie faire défaut dans la phtisie diabétique.

M. Dieulafoy (3) n'attache point à l'albuminurie la même valeur pronostique; sur les 12 diabétiques tuberculeux cités dans l'une de ses cliniques, 8 n'étaient point albuminuriques.

La tuberculose s'observe dans toutes les formes du diabète, quelle que soit son étiologie et quelle que soit sa gravité.

Charcot et Brouardel l'ont vue compliquer le diabète dit « goutteux », c'est-à-dire un diabète léger. Il est fréquent de voir la tuberculose se greffer sur le diabète d'un obèse, c'est-à-dire sur cette forme de diabète que les auteurs classiques rattachent à l'arthritisme. M. Hutinel (4) a même rapporté un exemple très démonstratif de tuberculose à évolution rapide chez un jeune homme atteint de diabète traumatique à la suite d'un accident de chemin de fer.

Superficiel ou profond, le trouble glycorégulateur prédispose toujours à la tuberculose. Celle-ci n'est nullement, dit M. Dieulafoy, l'apanage des diabètes intenses; elle apparaît souvent chez des diabétiques robustes dont la glycosurie est légère et parfois même ignorée.

Assurément, la tuberculose peut apparaître chez tous les diabétiques, petits et grands; mais il n'est pas juste de dire que tous y soient également exposés. L'intensité du trouble glycorégulateur semble au contraire mesurer le degré de la prédisposition. Lancereaux avait déjà noté que les diabètes pancréatiques se terminent habituellement par la tuberculose.

(1) Bertail. *Etude sur la phtisie diabétique*, Th. de Paris, 1873.
(2) Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 205.
(3) Dieulafoy. Diabète sucré et tuberculose pulmonaire, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. IV, 1901-1902.
(4) Hutinel, in Dieulafoy. *Clin. méd.*, t. IV.

La fréquence de la tuberculose est considérablement plus grande chez les diabétiques avec dénutrition que chez les diabétiques sans dénutrition.

De ma statistique personnelle portant sur 71 cas, il résulte que :

Sur 61 diabétiques sans dénutrition, il y en a 16 de tuberculeux seulement.

Sur 10 diabétiques avec dénutrition, il y en a 5 qui sont manifestement tuberculeux; 3 autres présentaient des signes de tuberculose probable au moment où je les ai observés, et peut-être aujourd'hui sont-ils devenus tuberculeux. Ces signes étaient, chez l'un d'eux (Bonn...) de la submatité du sommet droit, avec une respiration granuleuse et faible en avant, et une respiration rude en arrière; chez un autre (Con...), de la submatité et de l'obscurité respiratoire au sommet gauche en arrière, de la submatité du sommet droit en avant, de la toux et de l'expectoration mucopurulente.

De ces faits on peut conclure que la tuberculose est incomparablement plus fréquente au cours du diabète sans dénutrition, et qu'elle y est même presque la règle.

Le diabétique prend souvent la tuberculose par contagion; sa réceptivité à l'égard du bacille rend pour lui très dangereuse la cohabitation avec un tuberculeux; le séjour dans la salle commune à l'hôpital fait courir de gros risques aux diabétiques.

M. Rénon (1) a cité un bel exemple de contagion familiale, celui d'un diabétique qui prit la tuberculose en soignant sa fille; l'un de mes diabétiques, Les.., est devenu tuberculeux un an après la mort de sa femme emportée par la phtisie.

Pourtant il serait inexact de voir toujours dans la tuberculose des diabétiques le résultat d'une contagion; souvent le bacillose existait déjà chez le diabétique, mais elle était guérie ou endormie; le diabète n'a fait que la réveiller et favoriser son expansion.

Ainsi Chup... diabétique, devenu tuberculeux à quarante-cinq ans, avait eu un mal de Pott à l'âge de cinq ans. Charp... marié à une femme bien portante, avait perdu trois enfants de méningite. Pampl. avait perdu un enfant de péritonite tuberculeuse. Vess... avait aussi perdu deux enfants de convulsions et de méningite. En présence de pareils antécédents, on ne peut se défendre de soupçonner une infection tuberculeuse des parents.

***

La tuberculose pulmonaire est susceptible de revêtir chez les diabétiques des formes diverses. Son évolution présente certaines particularités que les observations mettent bien en relief.

Forme caséeuse habituelle. — Nous avons eu au n° 22, salle Moïana, une diabétique, Mme Lebl..., atteinte de tuberculose.

Après avoir été fortement obèse, cette femme était devenue diabétique à l'âge de trente ans; elle avait eu alors un syndrome d'hyperglycémie très intense et une glycosurie abondante (62 grammes par litre). A différentes reprises, le traitement et le régime l'avaient améliorée et elle avait conservé un état de santé relatif pendant trente-cinq ans. En octobre 1906, à l'âge de soixante-cinq ans, ses forces déclinèrent très rapidement ainsi que son poids; en cinq mois, elle maigrit de 40 livres.

(1) Rénon. Tuberculose pulmonaire et diabète sucré, *Arch. gén. de méd.*, 1903.

De plus en plus affaiblie, ne pouvant plus se tenir sur ses jambes, elle se décide à entrer à l'hôpital le 8 octobre 1907. On constate alors de la polydipsie, de la glycosurie, de la polyphagie, une température oscillant entre 37 et 38 degrés, et l'examen des poumons ne dénote pas autre chose que de la rudesse respiratoire au sommet gauche sans modification de la sonorité.

Sous l'influence du régime on fait très facilement cesser la glycosurie; mais la malade ne reprend pas ses forces et maigrit de plus en plus; la fièvre augmente.

Un mois plus tard, le 7 novembre, la malade se plaint d'une toux pénible et d'étouffements. On constate que la tuberculose a fait de rapides progrès. Le sommet du poumon gauche est ramolli, il laisse entendre en avant et en arrière de gros râles humides, et en arrière l'inspiration y est soufflante. Le sommet du poumon droit est aussi en voie de ramollissement; on y entend des râles humides en arrière et quelques râles sous-crépitants en avant.

Le 20 novembre, le sommet gauche est dans le même état; au sommet droit on entend un souffle à timbre métallique.

Le 23 novembre, la respiration est soufflante dans tout le poumon droit.

Les jours suivants, l'état de la malade s'aggrave. La tuberculose fait des progrès dans les poumons. La malade quitte l'hôpital, ne voulant pas y mourir.

Voilà donc un exemple typique de tuberculose greffée sur un ancien diabète, avec son évolution rapide, torpide, fatale. Deux mois ont suffi pour amener une fonte caséeuse des deux poumons.

L'observation de Les... est analogue.

Les... est un homme de cinquante-trois ans, marchand ambulant, ayant fait autrefois des excès éthyliques, et diabétique depuis plusieurs années, sans qu'on puisse préciser la date de début de son diabète; quatre ans auparavant il a perdu ses dents par gingivite expulsive; et sept ans avant il a souffert d'une sciatique; il est possible qu'il fût déjà diabétique à cette époque. En tous cas les symptômes de diabète se sont aggravés depuis quelque temps.

Les... a été marié deux fois; sa seconde femme est morte il y a deux ans de phtisie pulmonaire. Lui, a été atteint il y a un an d'une soi-disant grippe, et depuis cette époque il tousse, maigrit et perd ses forces.

Lors de son entrée à l'hôpital le 5 décembre 1905, Les... a une glycosurie modérée. Il est amaigri, fatigué, légèrement fébricitant; sa température oscille entre 37 et 38 degrés; il tousse et crache abondamment. L'on constate des signes de tuberculose pulmonaire déjà avancée. Il y a une caverne au sommet droit et une infiltration avec ramollissement du reste du poumon droit; le poumon gauche est infiltré de lésions tuberculeuses qui commencent à se ramollir.

La cure de régime fait rapidement cesser la glycosurie, et l'on constate que le malade possède une tolérance pour 125 grammes d'hydrates de carbone.

Au bout de vingt jours, il avait déjà repris ses forces et engraissé de 5 kilogrammes, il toussait moins, expectorait moins abondamment et les râles étaient moins nombreux dans les poumons.

Quarante jours après son entrée, l'amélioration est considérable; les râles sont plus rares et moins humides; la toux et l'expectoration ont presque cessé.

Le 22 février, Les... sort de l'hôpital, engraissé et dans un état relativement bon; ce n'est plus qu'au

sommet droit qu'on entend des râles sous-crépitants.

Au dehors, il suit mal son régime et ne tarde pas à présenter de nouveaux accidents de diabète et de tuberculose.

Le 13 mars, il revient à l'hôpital, fatigué, ayant reperdu 5 kilogrammes de poids avec une glycosurie de près de 100 grammes; on entend des râles nombreux dans les deux poumons.

Cette fois encore la cure de régime est suivie de succès; elle fait en même temps cesser la glycosurie, améliore l'état du poumon, relève les forces, engraisse le malade de 4 kilogs.

Au bout d'un mois le malade nous quitte de nouveau.

Il revient après un mois dans un état très grave. Il est pâle, abattu, il a maigri de 7 kilogrammes. La respiration est très difficile, la toux pénible, l'expectoration abondante; la température oscille entre 38 et 39 degrés. On constate des signes de broncho-pneumonie tuberculeuse dans les deux poumons. La glycosurie est abondante.

Cette fois le régime est impuissant à faire cesser la glycosurie, à améliorer l'état du poumon et à relever les forces. Le malade meurt le 13 juin dans un état comateux, et l'on trouve à l'autopsie les deux poumons creusés de cavernes et une méningite tuberculeuse.

En résumé, Les... nous offre l'exemple d'un sujet atteint de diabète sans dénutrition à allures modérées qui, contagionné par sa femme, fait une tuberculose à évolution d'abord torpide, mais rapidement caséeuse, sur laquelle la cure de régime exerce à deux reprises une action d'arrêt manifeste, et qui finit par emporter le malade moins de deux ans après son début.

L'observation de Biss... démontre aussi que l'évolution de la tuberculose subit un ralentissement lorsqu'on soigne le diabète.

Biss..., âgé de quarante et un ans, entre le 5 novembre 1906 à l'hôpital Laënnec dans un état très grave. Il est diabétique depuis deux ans environ; il avait à cette époque fait examiner ses urines parce qu'il souffrait d'une soif intense et se sentait très affaibli, et l'on y avait trouvé 119 grammes de sucre. Depuis six mois, les symptômes de diabète sont devenus plus intenses : la polydipsie, la polyurie, la polyphagie sont très marquées; le malade souffre en outre d'amblyopie, d'anaphrodisie et d'impuissance.

Enfin, depuis deux mois, il est atteint de tuberculose pulmonaire et a maigri considérablement. Ses antécédents sont très chargés; c'est un alcoolique, il a été atteint de paludisme grave à la Guyane, il est syphilitique et a souffert d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Cinq ans auparavant, il a eu une ascite qui a guéri.

A son entrée, on constate un homme très amaigri et très affaibli, d'aspect vieilli, avec les cheveux grisonnants, une teinte subictérique des conjonctives. La langue est saburrale, le foie est hypertrophié, la rate est grosse et perceptible à la palpation. Les réflexes rotuliens sont très diminués. La glycosurie est abondante. Mis au régime de l'hôpital, le malade excrète 319 grammes de glycose.

Enfin, il tousse, expectore des crachats purulents, et l'on découvre au sommet du poumon droit de la matité avec de nombreux râles humides décelant l'existence d'une caverne. Dans le reste des poumons on entend des râles sous-crépitants. Il n'a pas de fièvre.

Devant la gravité de l'état général, le développement avancé de la tuberculose, la faiblesse du malade, l'abondance de la glycosurie, je pensai d'abord que le traitement serait inefficace et le régime illusoire.

Cependant nous tentâmes la cure de l'hyperglycémie par la réduction du régime. Au bout de trois semaines, le résultat était merveilleux : le syndrome d'hyperglycémie avait disparu, la glycosurie avait cessé; le malade avait repris du poids et des forces. Les râles avaient diminué dans les poumons et l'on ne constatait plus guère que les symptômes de la caverne pulmonaire.

Durant les mois suivants, notre malade a été maintenu presque constamment au même régime égal à sa tolérance hydrocarbonée; la glycosurie n'a point reparu; le sujet a engraissé de plus de 5 kilogrammes et l'état général est resté relativement bon, cependant que les lésions pulmonaires progressaient et que le poumon droit s'excavait lentement.

Pendant l'été, une fièvre hectique à grandes oscillations s'est installée, et les forces ont décliné. Depuis cette époque, j'ai cessé de l'observer, mais j'ai appris que la tuberculose l'avait emporté.

Voilà donc un diabétique chez lequel la tuberculose s'est installée insidieusement et a fait des progrès si rapides que deux mois après son début il y avait déjà une caverne dans le poumon.

Malgré l'étendue des lésions pulmonaires et la gravité de l'état général, la cure de régime réduit a été couronnée de succès, le malade a engraissé; et ce sujet qui nous avait été amené dans un état de cachexie et de faiblesse extrême, incapable de sortir de son lit, a pu se lever, pour aller et venir dans l'hôpital. Il semble bien enfin que l'évolution de la tuberculose ait été enrayée pour un moment.

L'évolution paraît encore plus fatale et plus rapide dans les diabètes avec dénutrition.

Tel est le cas de D... Cet homme qui n'avait aucun antécédent personnel ou héréditaire de tuberculose et dont le passé n'était entaché d'aucune maladie grave, tombe malade à l'âge de trente-quatre ans. Il s'aperçoit qu'il maigrit, que ses forces déclinent rapidement, qu'il se fatigue au moindre effort; il souffre d'une soif intense et d'un appétit considérable, il devient nerveux et irritable. Inquiet il consulte un médecin qui diagnostique le diabète avec 86 grammes de glycose par litre d'urine, et lui ordonne un régime carné avec suppression du sucre et des féculents.

L'état général semble redevenir meilleur; mais bientôt le malade commence à tousser; c'est d'abord une toux sèche, puis une toux accompagnée d'expectoration; D... a des sueurs la nuit et maigrit rapidement.

Un séjour à la campagne produit une amélioration passagère; puis la fièvre reprend, les forces déclinent, l'amaigrissement progresse.

C'est alors, le 3 novembre 1905, que D... se décide à entrer à l'hôpital. Nous constatons un diabète grave; la quantité des urines oscille entre 2 500 et 3 500 centimètres cubes; celle du sucre entre 200 et 300 grammes par jour, avec un régime de 110 grammes d'hydrates de carbone.

L'appétit est très irrégulier, le foie hypertrophié, la langue saburrale.

Les réflexes tendineux sont très diminués; D... se plaint de myalgies, de prurit cutané; sa force musculaire est très diminuée, il a des accès de narcolepsie et de diplopie passagère.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

La tension artérielle est abaissée à 13 (sphygmomanomètre de Potain).

La fièvre est modérée.

La toux est fréquente, l'expectoration abondante. Au sommet du poumon gauche, il y a une infiltration tuberculeuse avec ramollissement et petites cavernes multiples. Au sommet du poumon droit, une infiltration avec submatité et râles sous-crépitants.

Quinze jours après son entrée à l'hôpital, D... est dans le même état; la glycosurie est toujours aussi abondante. L'état du poumon n'est pas modifié.

Dans la suite, la maladie s'aggrave. Les forces déclinent rapidement. D... ne peut plus sortir de son lit; les jambes sont œdématiées; l'appétit est presque nul. Du muguet se développe dans la cavité buccale.

Le 8 décembre, D... est très abattu, somnolent, son haleine et ses urines dégagent une odeur d'acétone; la réaction de Gerhardt apparaît dans les urines. Le pouls est rapide, à 112; la tension artérielle s'abaisse à 11. On ordonne du bicarbonate de soude à haute dose.

L'état subcomateux persiste les jours suivants.

Le 13 décembre, on constate un pyopneumothorax du côté gauche et une ascite peu abondante, et le lendemain le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve une péritonite purulente, un pyopneumothorax gauche et un poumon tellement creusé de cavernes et adhérent à la paroi qu'il est impossible de l'extraire de la cavité thoracique; le poumon droit est farci de tubercules.

Chez Mme Pampl..., que j'ai observée avec M. Joltrain dans le service de mon collègue M. Caussade, le diabète s'installe avec des allures graves au mois de novembre 1905 et, au mois d'août 1906, la malade commence à tousser, à souffrir dans le côté gauche de la poitrine, à perdre ses forces et à maigrir rapidement.

Elle se décide alors à entrer à l'hôpital. On constate une glycosurie abondante de 200 à 300 grammes par jour, malgré un régime hydrocarboné réduit, une polyurie de 5 litres, un foie hypertrophié, des réflexes rotuliens abolis.

L'examen du poumon dénote seulement un début de tuberculose du sommet gauche : vibration augmentée, inspiration rude et granuleuse, expiration prolongée; quelques craquements secs après la toux. A la base droite quelques râles sous-crépitants.

La température varie de 37 à 38 degrés.

Malgré le traitement, la tuberculose fait des progrès rapides, les deux poumons se ramollissent et s'excavent et le 11 octobre la malade meurt. On trouve une pneumonie caséeuse du poumon droit avec une caverne au sommet; des lésions de tuberculose disséminées et de l'œdème du poumon gauche.

Encore plus rapide est l'évolution, dans le cas de Mme Vess..., dont l'observation m'a été communiquée par M. Joltrain. Cette femme, âgée de vingt-neuf ans, est atteinte seulement depuis quelques mois d'un diabète avec dénutrition grave. Elle commence à tousser au début de décembre 1906 et entre à l'hôpital où l'on constate seulement des râles ronflants et sibilants disséminés dans toute la poitrine et une légère submatité du sommet droit.

Les phénomènes pulmonaires s'aggravent rapidement, la malade maigrit, a des sueurs profuses la nuit, tousse et crache davantage. Au sommet droit on constate de la submatité, une respiration soufflante, et quelques râles éclatent à la fin de l'inspiration.

Le sommet gauche se prend à son tour, et l'on y entend des craquements après la toux. Les crachats contiennent une grande quantité de bacilles de Koch.

La faiblesse est extrême; l'appétit disparaît; la glycosurie oscille entre 200 et 300 grammes par jour.

Les urines sont albumineuses.

La fièvre augmente, la température varie de 38 à 40 degrés.

Les râles humides se généralisent dans les poumons, la caséification fait des progrès rapides, et la malade meurt le 7 février 1907, un peu plus de deux mois seulement après le début de la tuberculose pulmonaire.

* * *

Ces observations sont classiques. Elles vous montrent l'allure habituelle de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques.

Le début est insidieux : il n'y a pas de point de côté, pas de réaction fébrile, pas d'hémoptysie. Il est seulement marqué par la toux, l'expectoration et l'amaigrissement rapide.

Par suite le diagnostic de la tuberculose à sa période initiale chez un diabétique est particulièrement difficile.

Un rhume prolongé, un rhume tombé sur la poitrine chez les diabétiques doit éveiller la méfiance du médecin; tout diabétique qui tousse doit être ausculté.

L'examen des crachats, en montrant l'existence du bacille de Koch, fournit un renseignement de premier ordre; malheureusement il est souvent négatif chez les diabétiques tuberculeux. Von Noorden a insisté sur l'absence fréquente des bacilles dans les crachats, même dans des cas où la tuberculose est indubitable.

Il en est ainsi pour une de nos malades actuelles, Mme X..., qui, depuis quelques jours, maigrit, perd ses forces, a une température légèrement supérieure à 37 degrés, tousse et expectore de gros crachats purulents. A l'auscultation nous avons entendu des râles sibilants disséminés dans les deux poumons, et des frottements amidonnés aux deux sommets; dans la fosse sous-épineuse droite, la sonorité est diminuée à la percussion. Malgré ce syndrome, qui impose le diagnostic de tuberculose, l'examen des crachats est resté négatif; on n'y trouve point de bacilles de Koch.

L'absence de bacilles est fort gênante pour le diagnostic, car les signes cliniques tirés de l'examen des sommets pulmonaires chez les diabétiques induisent souvent en erreur. Je connais deux exemples de ce genre. L'un est celui d'un diabétique avec dénutrition (Gr...) soigné à l'hôpital Laënnec, qui fut examiné par un grand nombre de médecins; or les uns affirmaient la tuberculose au sommet droit où ils trouvaient de la submatité et de la respiration rude et saccadée, les autres l'affirmaient au sommet gauche avec la même conviction.

Dans le second exemple, l'autopsie a montré les errements de la clinique; le sujet, diabétique sans dénutrition, est mort de rhumatisme infectieux pendant sa maladie. On constatait au sommet gauche : de la submatité, avec diminution du murmure vésiculaire et une inspiration rude. L'autopsie montra qu'il n'y avait nulle part trace de tuberculose; on voyait une congestion œdémateuse des bases des

deux poumons avec adhérences pleurales récentes; rien aux sommets.

L'amaigrissement est un symptôme important qui doit vous faire songer à la tuberculose, car le diabétique peut maigrir pour d'autres raisons; très souvent c'est parce que son régime est mal ordonnancé; il suffit alors de le régler convenablement pour arrêter l'amaigrissement.

L'évolution de la tuberculose des diabétiques est rapide; c'est une phtisie qui brûle les étapes. Le début même est parfois difficile à saisir; lorsque, inquiet de son état, le diabétique vient consulter son médecin, celui-ci est souvent étonné des ravages que la tuberculose a pu faire en peu de temps. D'un examen à l'autre, la tuberculose a progressé; chez l'un de mes malades, je constate seulement le premier jour une légère submatité du sommet droit; huit jours plus tard, on entendait des craquements à ce sommet; trois mois après, le malade était mort après une caséification progressive des deux poumons et une excavation du sommet droit.

Malgré cette fonte rapide des poumons, la fièvre est très modérée; souvent elle ne dépasse pas 38 degrés jusqu'à la fin; elle ne s'accompagne pas de sueurs; parfois même elle reste latente et ne se découvre qu'au thermomètre. Mais il est exceptionnel qu'elle fasse défaut complètement. La tuberculose des diabétiques est, comme le disait Pidoux, froide et sans réaction.

Quoi qu'on en ait dit, la tuberculose n'exerce en général aucune action sur le processus diabétique lui-même. Lecorché (1) et beaucoup d'auteurs ont noté la disparition de la glycosurie à la dernière période de la maladie. La cause de ce fait est bien naturelle; il tient à ce que, l'appétit diminuant, l'ingestion des hydrates de carbone alimentaires tombe au-dessous de la tolérance du malade. Mes observations, en particulier celle de Les..., démontrent que ni la tuberculose ni la fièvre n'augmentent la tolérance du diabétique; bien au contraire, elles la diminuent parfois : le même régime qui, chez Les..., faisait lors des deux premiers séjours à l'hôpital cesser la glycosurie, ne put l'empêcher lorsqu'il revint pour la troisième fois à Laënnec. Chez les diabétiques avec dénutrition (D..., Pampl..., Veyss...) la glycosurie a persisté jusqu'au dernier jour sans diminuer sensiblement.

La tuberculose des diabétiques a presque toujours une évolution fatalement progressive.

Elle enlève le malade en un ou deux ans, parfois en deux mois seulement. Elle est plus rapide encore dans les diabètes avec dénutrition que dans les diabètes sans dénutrition. Ainsi mes trois premiers malades qui appartenaient à la seconde catégorie sont morts en un an et demi à deux ans, tandis que les trois derniers ont été emportés en deux mois à peine.

Il s'en faut cependant qu'elle soit toujours aussi fatalement et rapidement progressive; elle a quelquefois une marche prolongée et subit des arrêts.

Les faits publiés par Lecorché, Bouchardat (2), Griesinger, Trousseau (3), montrent que la tuberculose est susceptible de s'arrêter et peut-être même de guérir. Lépine (4) a insisté plus récemment sur la bénignité relative de certains cas.

(1) Lecorché. *Traité du diabète*. Paris 1877, p. 285.
(2) Bouchardat. Mémoire sur l'étiologie des tuberculoses pulmonaires, *Gaz. méd.*, 1861.
(3) Trousseau. *Gaz. des hôpit.*, 1857.
(4) Lépine. *Les complications du diabète sucré*, Paris, Baillière.

J'ai même observé que, sous l'influence du traitement de l'hyperglycémie, une tuberculose pulmonaire, déjà avancée, comme celle de Les... et de Bis..., pouvait subir un arrêt, rétrograder en apparence et tromper le pronostic fatal à brève échéance que l'on avait porté. J'ai aussi quelques observations de diabétiques dont les lésions pulmonaires paraissent n'avoir aucune tendance à progresser.

Cependant je n'ai jusqu'ici jamais vu la tuberculose pulmonaire guérir chez un diabétique, et je crois qu'il faut faire des réserves au sujet des cas de guérison, étant donné la difficulté grande de diagnostiquer la tuberculose à son début chez les diabétiques.

Je suis donc d'accord avec Jaccoud, Dieulafoy et la majorité des auteurs pour assigner un pronostic de haute gravité à la tuberculose des diabétiques.

Au point de vue anatomique, la phtisie des diabétiques ne se distingue par aucune particularité de la tuberculose à évolution caséeuse avec infiltration, ramollissement et formation de cavernes

A la période terminale elle a tendance à se généraliser; on découvre parfois à l'autopsie, comme dans deux de mes observations, une méningite ou une péritonite tuberculeuse, avec des tubercules dans les divers organes.

* * *

La tuberculose typique à évolution caséeuse est la forme la plus fréquente chez les diabétiques, mais elle n'est pas la seule. On a vu des formes : *broncho-pneumonique*, *miliaire aiguë*, *hémoptoïque*, *pleurétique*.

Forme broncho-pneumonique. — M. Dieulafoy a rapporté une observation de broncho-pneumonie tuberculeuse chez un diabétique. J'ai eu l'occasion d'en suivre un cas, chez une femme de soixante et un ans dont le diabète paraissait avoir débuté vers l'âge de cinquante-deux ans et était resté modéré. A cinquante-quatre ans cette femme avait été opérée d'un fibrome utérin; à cinquante-six ans elle avait subi une seconde opération abdominale; on avait alors trouvé du sucre dans ses urines et ses dents s'étaient déchaussées et étaient tombées par gingivite expulsive. A l'âge de cinquante-neuf ans on l'avait opérée d'un abcès du cou qui était probablement une adénite tuberculeuse suppurée.

Elle vint me consulter le 7 mai 1907 à l'hôpital Laënnec, se plaignant d'oppression et d'une toux sèche sans expectoration; je constatai à la partie moyenne du poumon droit du souffle et un foyer de râles sous-crépitants fins.

Au bout de dix jours les symptômes s'étaient amendés. On ne retrouvait plus que quelques râles sous-crépitants au sommet de l'aisselle droite et quelques frottements le long de la colonne vertébrale.

Après une période d'amélioration, la malade revient le 7 juin à l'hôpital Laënnec; la toux a augmenté, l'expectoration est abondante, nummulaire, et contient des bacilles de Koch; la respiration est pénible, accélérée, et la malade est obligée de rester presque tout le temps assise dans son lit.

On constate un foyer de broncho-pneumonie au lobe supérieur du poumon droit : matité, exagération des vibrations thoraciques, râles sous-crépitants et souffle à timbre presque amphorique. Dans le poumon gauche la respiration est soufflante. La température oscille entre 38 et 39 degrés.

Le 12 juin, les lésions ont progressé. Au sommet

le souffle persiste et s'accompagne de gargouillement. Dans les deux tiers inférieurs on entend de gros râles sous-crépitants; à la base, quelques râles fins.

Le cœur bat rapidement (110 pulsations); la langue est sèche et rôtie. La fièvre est toujours intense.

Le 20 juin, une caverne s'est faite au sommet droit, la percussion y dénote un bruit de pôt fêlé.

Dans la suite, la température s'élève jusqu'à 39 et 40 degrés, la dyspnée et l'asphyxie augmentent, la diarrhée s'installe. La prostration est de plus en plus marquée. La mort survient le 5 juillet.

A l'autopsie on trouve une énorme caverne du sommet droit pleine de pus, de la congestion avec foyers tuberculeux et adhérences pleurales dans le reste des poumons.

Forme miliaire aiguë. — M. Letulle (1) a publié deux observations de tuberculose miliaire aiguë survenue chez des diabétiques. Ce sont là des faits plus rares.

Forme hémoptoïque — Il est admis par tous les auteurs que la tuberculose pulmonaire des diabétiques s'accompagne rarement d'hémoptysies; mais on ne saurait nier, comme autrefois, la possibilité de ces hémoptysies. Christison, Marchal de Calvi, Lecorché, Von Noorden en ont observé. Celles-ci peuvent même acquérir une importance considérable; elles ont été la cause de la mort dans les cas de M. Dieulafoy et de MM. Richardière et Sicard (2).

D'autres fois, elles se répètent si fréquemment et avec une telle abondance qu'elles impriment une allure particulière à la tuberculose.

M. Rénon en a observé un bel exemple chez une malade qu'il a pu suivre pendant plusieurs années et dont l'état ne s'était point aggravé au bout de cinq ans; il pense que cette forme hémoptoïque est plus superficielle et plus sujette à rémission que les autres formes.

Je puis en citer une observation recueillie cet été à l'hôpital Tenon, chez un diabétique sans dénutrition.

Le début du diabète était impossible à préciser; il semblait très ancien.

Le début de la tuberculose remontait à l'âge de dix-huit ans, et avait été marqué par un crachement de sang qui avait duré trois jours et s'était accompagné de fièvre. Cependant le sujet avait pu faire trois ans de service militaire sans être malade, et travailler ensuite.

C'est à l'âge de quarante ans que sa santé commença à décliner; il maigrissait, éprouvait une grande lassitude, et toussait. Pourtant, il continua son métier de tailleur.

A l'âge de quarante trois ans, sa femme remarque que son haleine a souvent une odeur particulière d'acétone durant l'hiver; la toux est fréquente, l'expectoration est purulente, le malade a des sueurs la nuit. En juin 1907, il est pris d'un grand crachement de sang et entre à l'hôpital.

Il en sort après un mois, amélioré. Le 8 août, nouvelle hémoptysie qui décide le malade à rentrer à l'hôpital Tenon; durant tout ce mois, sa température oscille autour de 38 degrés.

A la fin d'août, l'état s'aggrave, la fièvre augmente, la température atteint 39 degrés, la toux est pénible, la respiration difficile, les crachats sont purulents et teintés de sang, les nuits sont mauvaises.

(1) Letulle. Soc. méd. des hôpit., 21 juin 1901.

(2) Richardière et Sicard. Maladies de la nutrition, art. diabète, *Nouv. traité de méd. et de thérap.*, p. 257.

Pendant tout le mois de septembre, les forces déclinent; le 18 septembre on constate l'existence d'une caverne au sommet droit et d'une infiltration tuberculeuse du sommet gauche. On entend des râles humides disséminés dans les deux poumons.

Quelques jours après le malade a une violente hémoptysie et il meurt.

A l'autopsie, on constate une caverne, du volume d'une noix, remplie de caillots sanguins, au sommet du poumon droit, et environ 300 centimètres cubes de liquide hémorragique dans la plèvre droite.

Forme pleurétique. — La pleurésie est rare chez les diabétiques et M. Dieulafoy fait ressortir la rareté de la tuberculose pleurale opposée à la fréquence de la tuberculose pulmonaire. Il n'a trouvé à signaler qu'un seul cas de pleurésie séro-fibrineuse rapporté dans la thèse de R. Bagou (1), cette pleurésie se termina par la mort.

Forme fibreuse. — La phtisie fibreuse et ses diverses modalités cliniques ne paraissent guère exister chez les diabétiques. Je n'en connais aucune observation. Etant donnée la fréquence de cette forme quand on considère l'ensemble des cas de tuberculose, il faut bien admettre que le terrain diabétique est particulièrement impropre à l'évolution scléreuse du tubercule, tandis qu'il favorise au contraire la caséification.

* * *

La prédisposition si curieuse des diabétiques à la tuberculose s'explique par l'action du glycose qui favorise le développement du bacille de Koch. Les bactériologues nous ont appris que ce bacille pousse mieux où l'on ajoute de la glycérine ou de la glycose au milieu de culture. L'hyperglycistie crée donc un milieu admirablement préparé au développement de l'infection bacillaire.

On peut aussi se demander si ce n'est point dans certains cas la tuberculose qui crée le diabète. Il est en effet des cas, comme celui de D..., où la tuberculose et le diabète semblent apparaître presque simultanément et évoluer de concert; chez les diabétiques pancréatiques de Lancereaux, chez les diabétiques avec dénutrition, la tuberculose est presque constante. Sachant aujourd'hui par les expériences de Gougerot, de Salomon, etc., que les tuberculoses atténuées sont capables de faire des scléroses hépatiques et même des scléroses pancréatiques, nous pouvons supposer que la tuberculose crée la lésion pancréatique responsable du diabète.

* * *

Ce que nous savons de la prédisposition des hyperglycémiques à la tuberculose nous dicte notre devoir de thérapeute. Avant tout, il faut garder le diabétique de la contagion bacillaire et l'éloigner des tuberculeux : c'est la prophylaxie.

Quand le diabétique est atteint de tuberculose, il faut modifier le terrain et faire disparaître l'hyperglycistie favorable au développement du bacille. Ce n'est point la doctrine classique.

La plupart des auteurs admettent qu'un traitement sévère est plus nuisible qu'utile chez les diabétiques tuberculeux. M. Dieulafoy dit qu' « il n'est pas nécessaire, qu'il est même nuisible de chercher par un régime draconien à faire disparaître totalement la glycosurie »; il croit que « sous l'influence d'un

(1) Bagou. *La tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré*, Th. de Paris, 1888.

régime intransigeant, la nutrition est viciée, et le diabétique est exposé à l'albuminurie, à l'amaigrissement, à la tuberculose ».

M. Rénon a émis la même opinion. Mais dans une conversation récente, il m'annonçait qu'il avait changé d'avis et croyait maintenant à l'utilité du traitement.

Les observations que j'ai rapportées montrent combien cette crainte du régime est peu fondée. Avec un régime bien ordonné, j'ai pu faire cesser chez Biss... une glycosurie de 300 grammes, en même temps qu'il reprenait des forces et engraissait de 4 kilogrammes, ce qui lui permettait de lutter avec avantage contre sa tuberculose ; et je suis certain que si, malgré mon pronostic, la tuberculose a eu chez lui une évolution relativement lente, c'est aux effets de la cure de régime qu'il le doit ; aucun traitement médicamenteux n'a en effet été institué.

De même, c'est par le régime seul, sans adjuvance médicamenteuse, que j'ai pu à deux reprises faire cesser la glycosurie de Les... en même temps que l'engraisser et produire une amélioration considérable des symptômes pulmonaires ; au contraire, quand Les..., sorti de l'hôpital, ne suivait plus son régime, la glycosurie reparaissait et la tuberculose faisait de nouveaux progrès.

Puisque c'est le terrain hyperglycistique qui favorise le développement du bacille de Koch, il est en effet logique, pour s'opposer à la tuberculose, de faire la cure de l'hyperglycistie, et c'est par le régime seul que l'on y parvient.

D'ailleurs, le régime de réduction hydro-carbonée, lorsqu'il est bien ordonné, ne doit pas faire maigrir le diabétique ; il l'engraisse au contraire. Pour cela il ne faut point se contenter de formuler à l'aveugle le régime de proscriptions de Bouchardat qui est le plus souvent impossible à suivre ; s'il s'agit d'un diabétique sans dénutrition, le médecin doit réduire progressivement et dans la mesure du possible les hydrates de carbone, et indiquer la quantité exacte des divers aliments permis au diabétique, d'après des règles que j'ai déjà exposées. Suivant le degré de tolérance du malade on est obligé d'abaisser plus ou moins la proportion des hydrates de carbone du régime, et la cure se fait plus ou moins vite.

S'il s'agit d'un diabétique avec dénutrition, la conduite est différente. Ici l'hyperglycistie ne peut être supprimée, puisque le malade fait du sucre aux dépens des albumines et des graisses. On ne fera donc que la réduire, sans supprimer complètement les hydrates de carbone ce qui exposerait à l'intoxication acide et au coma ; d'autre part, on fournit au diabétique une riche alimentation azotée et graisseuse.

Le traitement médicamenteux n'a qu'une importance toute secondaire. Il n'a pas plus d'action sur le diabète qu'il n'en a sur la tuberculose. L'arsenic est utile pour soutenir les forces du malade ; les alcalins pour lutter contre les troubles hépatiques et contre l'intoxication acide ; quant à l'antipyrine et à l'aspirine, elles sont inefficaces et quelquefois nuisibles.

POUR FAIRE DISPARAITRE DE LA PEAU LES TACHES DE NITRATE D'ARGENT

Fluck recommande la solution suivante : Bichlorure de mercure, chlorure ammonique, *ââ* 10 gr. ; eau distillée, 80 gr. (*Journ. de pharm. d'Anvers.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1908)

Eaux minérales. — M. DUGUET fait un rapport sur les missions des stagiaires aux eaux minérales.

Septicémie tuberculeuse. — M. LANDOUZY, en son nom et au nom de M. Læderich, fait une communication très intéressante sur une forme subaiguë de septicémie tuberculeuse avec déterminations pulmonaires et pleurales, cutanées (érythème polymorphe noueux), périostées (nodosités sur le crâne et les coudes), articulaires et périarticulaires, endo et péricardiaques.

Mieux on connaît les manifestations anatomiques et cliniques de la tuberculose, dit M. Landouzy, plus grand apparaît leur polymorphisme. Chaque jour nous apprenons à rapporter à la tuberculose nombre de lésions et de manifestations cliniques tellement dissemblables que jusqu'à hier on hésitait à accepter leur identité d'origine.

De même que son domaine anatomo-pathologique, la tuberculose a vu grandir son domaine clinique. Aux côtés du phtisique classique, prennent place des malades ne rappelant en rien le type hippocratique, malades souffrant d'affections disparates et qui, cependant, sont des tuberculeux : ainsi nombre de pleurétiques, d'emphysémateux asthmatiques, de cardialgiques, d'arthropathiques, de cirrhotiques, de dermatopathiques, etc.

Dans ce travail, M. Landouzy vient donner une vue synthétique des formes aiguës afin de classifier un type spécial qu'il vient d'observer.

Les nosographes décrivent trois types de tuberculose aiguë : 1° la phtisie galopante qui brûle les étapes ; 2° la phtisie aiguë granulique ou granulie d'Empis, sorte de septicémie aiguë fatalement mortelle ; 3° la typho-bacillose que M. Landouzy a décrite lui-même il y a vingt-cinq ans, sorte de toxi-infection tuberculeuse se traduisant cliniquement par un état typhoïde avec fièvre continue, pouvant se terminer par une guérison momentanée et aboutissant, après un temps plus ou moins long, à une localisation tuberculeuse pulmonaire.

A ces trois types, il convient d'en ajouter un quatrième caractérisé par une forme de septicémie subaiguë dont l'observation suivante constitue un exemple démonstratif :

Voici, résumée autant que possible, cette observation : Adolescent de seize ans, chétif et pâle, entrant à Laënnec le 17 juillet 1907. Venu de province à Paris pour être groom, il devient souffrant, maigrit, contracte une rougeole, souffre des articulations et a de la fièvre. Il présente sur le tronc et les cuisses un érythème polymorphe, noueux et induré. L'examen du cœur révèle un assourdissement et une prolongation du premier bruit à la pointe.

Cet ensemble symptomatique, arthropathie, érythème polymorphe et endopéricardite répondait bien à la description classique du rhumatisme infectieux. Cependant, dès le premier examen, M. Landouzy mit ce syndrome sur le compte de la tuberculose. L'examen minutieux du thorax révélait, en effet, de l'induration et de la congestion au sommet gauche. En outre le facies invitait à cette suspicion de tuberculose.

L'évolution ultérieure confirme cette manière de voir ; l'inefficacité du salicylate de soude, la persistance de la fièvre, l'apparition de nodules durs et douloureux dans la région occipitale et au niveau des articulations du coude, des signes d'insuffisance mitrale et de symphyse péricardique, des signes de pleurite, d'abord à gauche, puis à droite, apparition et disparition successives de l'érythème polymorphe sans concordance d'arthropathies.

Enfin, après trois mois, l'amaigrissement fait de rapides progrès, le teint devient blafard. Les lésions pulmonaires restent cependant minimes, telles qu'elles étaient à son entrée à l'hôpital. Le malade devient profondément cachectique et succombe le 14 novembre, cinq mois après son entrée à l'hôpital.

De toutes les recherches pratiquées pour mettre en évidence la tuberculose, seule l'oculo-réaction avait donné un résultat positif. La cytologie des sérosités pleurales n'avait pas fourni la formule caractéristique, des inoculations de sang aux cobayes n'avaient donné aucun résultat.

Et cependant l'autopsie apporte la preuve qu'il s'agit bien de tuberculose, mais d'une forme anatomique spéciale.

Granulation grise tuberculeuse au sommet du poumon gauche avec deux bacilles de Koch; à la base, tubercule caséeux; plèvres avec quelques adhérences, mais sans granulations. Cœur très hypertrophié et très dilaté, enveloppe d'un péricarde en symphyse fibreuse totale, sans formations folliculaires même microscopiques. Végétations papillomateuses sur la valvule mitrale; végétations du même aspect sur la tricuspide. Les sigmoïdes de l'aorte ont leur face axiale couverte de végétations. La crosse de l'aorte présente quelques plaques discrètes d'entartérite. Toutes ces végétations sont de structure étiologique banale, sans follicules et sans bacilles.

Le foie est volumineux et en dégénérescence graisseuse. Il n'y a pas de formation folliculaire. Le péritoine contient un peu de liquide, mais il n'y a pas de granulations. Au-devant des deux rotules deux nodosités constituées par une paroi fibreuse limitant une cavité remplie du contenu habituel des hygromas. Dans cette paroi fibreuse, on a trouvé deux bacilles de Koch.

En résumé, l'autopsie montrait deux tubercules pulmonaires avec bacilles de Koch et de multiples lésions du type inflammatoire banal, non folliculaires, dont une contenait aussi des bacilles de Koch.

Des inoculations multiples ont été faites à cinq cobayes. Ces cobayes ont eu des abcès aux points d'inoculation, sans bacilles et qui se sont cicatrisés. Puis ils se sont mis à maigrir et ont succombé, profondément cachectiques après vingt-deux à trente jours. A l'autopsie aucune lésion viscérale appréciable, aucun tubercule.

Ces résultats négatifs, bien qu'un peu troublants, n'empêchent pas M. Landouzy de conclure à la tuberculose. Les expériences d'Yersin ont, en effet, démontré que chez l'animal comme chez l'homme, le bacille de Koch est susceptible de provoquer des infections aiguës ou subaiguës cachectisantes, quoique non génératrices de tubercules.

C'est là, ajoute M. Landouzy, ce qui fait la caractéristique de cette observation : l'infection bacillaire a évolué à la manière d'une septicémie subaiguë, affectant successivement presque tous les tissus et appareils, y provoquant des réactions anatomiques et fonctionnelles variées, d'allure inflammatoire banale, entraînant la mort par phtisie.

M. Landouzy fait suivre cette intéressante observation de réflexions générales. Il rappelle avoir, il y a vingt-cinq ans, lorsqu'il a affirmé la notion tuberculeuse de la pleurésie, ajouté que ce qui était vrai pour la séreuse pleurale pourrait l'être aussi pour les autres séreuses. Les cardiopathies bacillaires que tout le monde admet aujourd'hui à côté des tumeurs blanches, donnent raison à cette production.

Les localisations de la bacillose sur les séreuses cardiaques acquièrent, elles aussi, de plus en plus d'importance. Les endocardites tuberculeuses s'observent de plus en plus. Il en est de même des déterminations cutanées, en particulier de l'érythème noueux et du purpura qui prennent une place de plus en plus importante parmi les dermopathies tuberculeuses.

L'observation que vient de donner M. Landouzy justifie pleinement l'opinion qu'il a émise, au début de cette communication, sur le polymorphisme anatomique et clinique de la tuberculose.

M. Poncet est très heureux d'avoir entendu l'observation si intéressante de M. Landouzy.

Elle lui a permis de développer devant l'Académie les idées qu'il a mis au jour, il y a tantôt dix ans, avec le rhumatisme tuberculeux et à son sujet.

Il a montré depuis, en maintes circonstances, en particulier à l'Académie, qu'il existait une *tuberculose inflammatoire*, c'est-à-dire une tuberculose spécifique, anatomiquement parlant (sans follicules, sans cellulles géantes, etc.) et que cette tuberculose frappait tous les tissus, tous les organes aussi lésés que la tuberculose virulente ou classique, la seule connue jusqu'à nos recherches.

Dans quelles conditions peut-on obtenir une dissociation du formène dans l'endiomètre-grisoumètre? — M. N. Gréhant. Le professeur de physiologie générale du Muséum communique à l'Académie de médecine les résultats de l'expérience suivante : il introduit dans l'endiomètre-grisoumètre plein d'eau, 50 centimètres cubes d'hydrogène pur et 10 centimètres cubes de formène pur. Le passage maintenu dix minutes d'un courant électrique continu qui porte la spirale de platine au rouge vif produit un accroissement de volume de 26 centimètres cubes, égal à deux fois et demi le volume du formène.

C'est un nouveau moyen de contrôle des résultats que M. Gréhant obtient dans ses recherches endiométriques et grisoumétriques.

Les substances lipoïdes de l'organisme, leur teneur en composés cholestériques, leur rôle en pathologie générale. — MM. E. Gérard, G. Lemoine et Leulier (de Lille) ont extrait de certains organes et tissus du chien les corps lipoïdes comprenant les graisses, phosphatides et composés cholestériques (cholestérine, oxycholestérine et éther-oxyde de la cholestérine). Ils ont dosé les composés cholestériques à l'état de benzoate de cholestéryle, des lipoïdes du poumon, des capsules surrénales, de la prostate, du pancréas et de la rate.

A propos de la grande diffusion, dans l'organisme, des lipoïdes et, en partiuclier, des composés cholestériques, ils rapprochent l'action anti-hémolytique et anti-toxique de la cholestérine des théories nouvelles de la dégénérescence graisseuse de certains organes dans les intoxications et ils arrivent à une conception très vraisemblablement réelle du rôle des lipoïdes. Pour eux, les lipoïdes sont les organes de défense contre les intoxications, ils en trouvent la preuve dans l'apport de graisse bien démontré par divers auteurs lorsque l'organisme doit lutter contre l'intoxication.

Cette migration de la graisse vers les organes menacés apporte son contingent de cholestérine pour exercer son action anti-toxique et, aussi, son pouvoir anti-hémolytique, sachant que la plupart des poisons ont une action destructive considérable vis-à-vis des globules rouges.

Vaccinations. — M. Kelsch lit un travail sur l'immunité et l'immunisation vaccinales dans leurs rapports avec la voie de pénétration du vaccin, et sur l'immunisation par les revaccinations.

La prochaine séance aura lieu le 6 octobre.

N° 87. — SAMEDI 1er AOUT 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 1er AOUT 1908. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 30 juillet publie un « arrêté modifiant l'arrêté du 20 février 1907, relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie ». Nous donnerons cet arrêté dans notre prochain numéro.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — M. le docteur Ch. Lefeuvre fils, chef des travaux de physiologie, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Ch. Lefeuvre père, nommé professeur honoraire.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours pour cinq places d'élève en médecine et en chirurgie aura lieu le 26 octobre 1908, à neuf heures du matin, à l'hôpital civil de Mustapha.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la direction de l'hôpital, au plus tard la veille du jour fixé pour le concours, jusqu'à dix heures du matin, et fournir, outre les pièces habituelles, un certificat constatant la possession de huit inscriptions au moins prises dans une Faculté ou dans une Ecole de médecine française.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 17 juillet 1908, ont été promus dans le cadre auxiliaire du corps de santé :

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Ninaud, Prunier, Bestion, Souleyre, Lenoble, Fonvielle, Laporte, Poumier, Lombard, Bidault, Mazeran, Puyaubert, Bottone, Carrus, Garmier, Lebœuf, Petitjean, Gamet, Lamard, Vichard, Dumont, Galtier, Coulomb, Lazinier, Menuisier, Paraire, Lafon, Gérard, Gouzy, Moinard, Coyola, Dubois, Saumade, Gauthier (L.), Dumaine, Contal, Pareau, Saint-Pierre, Guillaumat, Gueutal, Moundlic, Moret, Genevet, Herpain, Dussaut, Gilli, Lebhar, Lepage, Cœurderoy, Astié, Vincent, Sogniès, Gauthier (V.), Clément, Kuntzler, Rignier, Cassagne, Chesneau, Vial, Ponthieu, Bonte, Parini, Hélot, Poirier, Buisson, Montaigne, Daubret, Leroy, Lesueur, Charuel, Duvivier, Aucaigne, Reliquet, Cat, Dufour, Liron, Naudet, Weiss, Coutin, Testé, Zerlaut, Trolley, Faure, Terral, Audic, Pascal, Mourre, Ferrand, Bussard, Ducoudray, Lavergne, Guisset, Cabaniols, Montfort, Dupuis, Derain, Dupuy, Fort, Coste, Mouras, Chausserie-Laprée, Saint-Aubin, Jouane, Veaudelle, Reyt, Mac-Auliffe, Besserve, Prime, Poirault, Franco, Monod, Salmon, Vallée, Charbonnier, Jacowski, Bréger, Perrot, Quillard, Morel, Guillemin, Barbarroux, Guillaume, Boutes, Andrieux, Cholet, Corcket, Sichère, Nivelet, Coffard, Brunat, Bruneau, Reilhac, Coste, Pamart, Foucher, Rochette, Mézard, Cailleton, Morgoulieff, de Brye, Thiellement, Loin, Philippet, Vital, Carré, Fabre-Pitoiset, Osty, Rerolle, Collinot, Rochette, Lafon, Pothet, Bènes, Perrier, Collin, Petit, Laffitte, Latron, Fraisse, Caire, Pannetier, Pariset, Souchon, Ducot, Dravet, Audy, Morel, Duboz, Batsère, Mathieu, Paulet, Merklen, Pernot, Dupuis, Cochart, Baudin, Houdart, Delom, Brissart, Monmayou, Monnier, Rigollet-Ardillaux, Le Maguet, Galetti, Tabet, Ricoux, Monraisse, Trenaunay, Lepeut, Bretonville, Niot, Chabrol, Compain, Bertemes, Bouyon, Auboin, Péloni, Cabuche, Gebhar, Mulon, Perreau, Wacogne, Jean, Tarnaud, Appraillé, Jardin, Defossez (P.), Blanc (L.), Rascalou, Devaux, Schmitt, Barge, Picandet, Guerbé, Roux, Blanc (P.), Rousseau, Chevalier-Joly, Rocher, Grasseteau, Lombard, Defossez (A.), Bargues, Ponte, Page, Lançon, Ettighoffer, Picot, Dégardin, Kaeppelin, Ermenge, Hervy, Toussaint, Limasset, Valentin, Vrasse, Lelong, Arnoux, Grandjean, Comte, Ledoux, Fiocre, Blavot, Fieux, Delor, Vassor, Boyer, Joret, Hugues, Marlière, Marcailhon d'Aymeric, Darmezin, Lussac, Delacourt, Podevin, Hartemann, Lefebvre, Marsoo, Delahousse, Martin, Bachelet, Barrel, Renou, Bosquet, Groz, Le Roux, Arzac, Roblaz, Colas, Crauste, Leclerc, Oppenheim, Michard, Vigne, Dabout, Dardenne, Stépinski, Six, Weigert, Barlerin, Perge, Cauzard, Emeric, Bourdeaux, Caron, Vedel, Decottignies, Mondiet, Locard, Gimbert, Schmid, Roger, Mortier, Délage, Guéguen, Sévin, Etienne, Thomas, Colle, Pinatelle, Muratet, de Fornel, Colombani, Deygas, Petit, Audan, Maussire, Durand (M.), Schmitt (F.), Cardot, Perrin, Teissier, Turcan, Briens, Griewank, Duplan, Le Roy des Barres, Rousse, Laborde, Malosse, Aronssohn, Maringer, Ravarit, Tissot, Ribis, Susbielle, Boursier, Dufoix, Delteil, Carles, Stanislas, Dussauze, Alexandre, Barrau, Coste, Fontanié, Blanchard, Boué, Dubois, Delobel, Livon, Lecène, Caudmont, Petit, Descamps, Dauvergne, Legros, Pravaz, Salomon, Riche, Pouliot, Challaye, Moindrot, Rimbaud, Sencert, Gautrelet, Marquis, Porot,

Müller, Armand-Delille, Foisy, Juquelier, Tillaye, Depis, Grenet, Job, Bériel.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Escalaïs, Dubard, Jénart, Mazeroux, Nordmann, Perriollat, d'Ailhaud-Castelet, Lorenzi, Darteyre, Beaudonnet, Fournier, Bossan, Trajit, Adoue, Berger, Tessier, Séguin, Courchet, Azoulay, Aba, Guiollot, Gélibert, Chanay, Arondel, Creutzer, Morin, Bloc, Boissou, Cordonnier, Fusier, Delort, Résibois, Rousseau, Cousteau, Ayroles, Pierrot, Goy, Berthail, Escorne, Pissard, Pasquier, Lebeuf, Laboisne, Cohendy, Gaillard, Ramès, Vincent, Castin, Boisramé, Seu, Berton, Boutin, Aviat, Ladevèze, Olivry, Vialle, Petit, Frappier, Nicolas, Desjardin, Salavert, Desjars, Naulleau, Pineau, Mazataud, Atger, Chauvin, Lemesle, Lucas, Landry, Texier, Lesage, Morin, Lazard, Bony, Weill, Lecocq, Lecœur, Gentil, Boullet, Goubert, Limasset, Maquart, Grognot, Bigex, Joubert, Meyer, Robin, Proust, Gaube, Guibout, Roger, Maurage, Fourré, Vuillième, Herbout, Landron, Lamy, Vienne, Poirier, Bahuaud, Haslé, Krüger, Alibert, Phelippon, Nicolas, Chevrey, Carrez, Villard, Aoust, Blotin, Cailloué, Roy, Vignat, Siot, Murgue, Jaucent, Cayre, Léveillé, Foulon, Colin, Danthez, Belin, Léné, Vincelet, Profichet, Touraille, Mayeur, Dorvaux, Pignot, Benoist de la Grandière, Mereau, Adoue, Ouvrier, Devillard, Constensoux, Guéry, Laporte, Keim, Guillot, Lévy, Curie, Courgeou, Dide, Jahan, Rozoy, Brunet, Bloch, Lehmann, Roussel, Julien, Léculier, Pichardie, Claus, Kouritsky-Mottel, Faivre, Petit, Depoutre, Bonnefond, Ferry, Maucotel, Trabarel, Couvreur, Allanic, Guihal, Tapie, Germain de Saligny, Sée, Mainguy, Ferraud, Fanier, Meslay, Pouillaude, Dupont, Duchesne, Barret, Destouesse, Cassin, Giraud, Moineau, Vignaud, Laferrère, Lévy, Berthier, Tanquerel des Planches, Valtas, Michel, Vève, Pauly, Labroy, Lafont, Ménard, Lecomte, Lansac, Lenglet, Vallin, Giusez, Flouret, Dupin de Lafforcade, Guilbard, Desportes, Guëgo, Baillon, Millot, Maury, Mercier, Audion, Guénard, Millet, Fossier, Cathelin, Crouzon, Mouchotte, Mauban, Bertier.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'Agence des excursions économiques internationales, une excursion dans la *Haute-Italie* (*lacs italiens*), du 13 au 21 septembre. — Prix (tous frais compris) : 2e classe, 225 fr.; 3e classe, 190 fr.

S'adresser pour tous renseignements à M. de Villette, directeur de l'Agence, 29, rue Vivienne, à Paris (maison Fayet).

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE DIAGNOSTIC

DE LA

BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE INFANTILE

D'APRÈS LES DONNÉES RÉCENTES (2)

Par G. MOURIQUAND,

Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Lyon.

La tuberculose pulmonaire infantile affecte de préférence la forme broncho-pneumonique. Par ce côté elle se confond presque, au moins cliniquement, avec la broncho-pneumonie banale. Leur distinction, des plus délicates, est de toute nécessité. Les travaux d'Hutinel, de Marfan, d'Aviragnet, après ceux de Cadet de Gassicourt, ont établi les points essentiels du diagnostic. M. le professeur Weill (3) et nous-même (4), sous l'inspiration de ce maître, avons apporté notre contribution à cette étude. Le moment est, croyons-nous, venu de fixer l'état actuel de la question.

Nous étudierons successivement :

1° La valeur des *signes stéthoscopiques*, considérés d'abord en eux-mêmes, puis dans leurs rapports avec les signes fonctionnels et généraux;

2° La valeur des *symptômes extra-pulmonaires*;

3° Celle des *méthodes de laboratoire*;

4° Nous opposerons enfin la broncho-pneumonie tuberculeuse à la broncho-pneumonie banale et aux affections pulmonaires voisines.

I

Diagnostic clinique. — Nos recherches nécropsiques nous ont montré que les lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse se développent secondairement sur les lésions de broncho-pneumonie banale. Le ganglion trachéo-bronchique tuberculeux peut être considéré comme l'agent habituel de cette inoculation. La compréhension des signes de la broncho-pneumonie tuberculeuse découle de cette notion primordiale (Weill).

Nous placerons en vedette l'étude des signes stéthoscopiques, leur valeur, plus grande qu'on ne l'a dit, méritant d'être affirmée.

ETUDE DES SIGNES STÉTHOSCOPIQUES. — *Signes stéthoscopiques étudiés en eux-mêmes.* — Dans une séméiologie aussi délicate, aussi fugitive que celle de la broncho-pneumonie tuberculeuse, il est bon d'analyser avec précision chacun des symptômes révélés par une auscultation journalière et de toujours rechercher leur explication dans l'étude nécropsique minutieuse des lésions pulmonaires.

(1) Reproduction interdite.

(2) *Travail de la clinique de M. le professeur Weill.*

(3) WEILL. *Clinique inédite*, 1905-1906; — *Assoc. pour l'avanc. des sc.*, Lyon 1906, p. 190.

(4) G. MOURIQUAND. Th. de Lyon, 1905-1906.

Au niveau des points lésés on constate presque toujours des signes identiques.

On y trouve des râles sous-crépitants fins ou de véritables râles fins. Ces râles sont métalliques, retentissants.

Mais près du foyer typique éclatent d'autres signes qui n'ont plus la même valeur : ronchus, sibilances, signes de broncho-pneumonie banale qui s'affaiblissent, il est vrai, à mesure que s'affirment les signes caractéristiques et disparaissent à la fin, leur laissant le champ libre.

Localisation des signes. — Par analogie avec la tuberculose de l'adulte, les premiers auteurs avaient admis que la localisation des signes stéthoscopiques aux sommets indiquait la nature bacillaire de l'affection. A la vérité, cette localisation n'obéit chez l'enfant à aucune règle fixe. Hutinel (1), Bertherand (2) montrent que la broncho-pneumonie post-rubéolique se localise aux bases. Dans l'étude que nous avons faite (3) de la question nous sommes arrivé aux conclusions suivantes. Dans la moitié des cas environ la localisation se fait exclusivement aux bases; lorsque la localisation se fait également au sommet, elle prédomine toujours au niveau de la base qui paraît véritablement le lieu d'élection de la lésion. Cette prédominance aux bases est vraie, aussi bien pour les broncho-pneumonies tuberculeuses survenant après la rougeole que celles qui succèdent à la coqueluche ou à une affection quelconque. Les poumons droit et gauche sont indifféremment touchés.

La *fixité des symptômes* en un point était considérée à bon droit comme un caractère important par Cadet de Gassicourt, Hénoch, Hutinel, Marfan, Aviragnet, Zuber (4). Cette fixité des signes doit être recherchée parmi les symptômes mobiles des congestions passagères. Malheureusement cette fixité absolue du foyer de râles fins ne peut souvent être affirmée que fort tard. Certains foyers de congestion ou de splénisation banales peuvent donner les mêmes symptômes pendant plusieurs semaines, faire croire à la broncho-pneumonie tuberculeuse et disparaître tout à coup.

L'*évolution générale des signes d'auscultation* précisée et interprétée par M. Weill est caractéristique. Au début on a tous les signes stéthoscopiques d'une broncho-pneumonie banale. Les râles sonores de grosse bronchite se mêlent aux râles muqueux sous-crépitants, crépitants, aux souffles changeants et fugaces de congestion. Puis les signes de grosse bronchite rétrocèdent, les râles muqueux diminuent et seuls persistent les signes de condensation et surtout les râles crépitants et sous-crépitants métalliques. *Un foyer de râles sous-crépitants ou crépitants absolument pur de râles, de grosse et de moyenne bronchite, très localisé et tres fixe, peut être considéré comme un foyer de broncho-pneumonie tuberculeuse.*

Rapports des signes stéthoscopiques avec les sym–

(1) HUTINEL. *Ibid.*

(2) BERTHERAND. *Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant,* Th. de Paris, 1900.

(3) G. MOURIQUAND. *Ibid.*

(4) ZUBER. *Traité des maladies de l'enfance*, t. IV.

ptômes fonctionnels. — La dissociation entre les symptômes physiques et les signes fonctionnels a été notée par C. de Gassicourt, Roger, Hutinel.

La première période, avec ses symptômes de broncho-pneumonie banale, montre souvent une concordance entre les signes physiques abondants et l'intensité des signes fonctionnels (dyspnée, cyanose). Parfois la dyspnée pénible et fréquente s'atténue du huit au quinzième jour, et cette accalmie coïncide avec la rétrocession des signes de grosse et de moyenne bronchite. Seuls persistent alors les foyers de râles fins et fixes, parfois très discrets, de broncho-pneumonie tuberculeuse. Après ce temps d'accalmie, ou succédant sans transition à la dyspnée pénible du début, s'installe une dyspnée d'un type spécial qui est peut-être bien un des symptômes les plus précieux de l'affection. L'enfant, qui lors de l'atteinte de broncho-pneumonie banale luttait péniblement contre une asphyxie menaçante, supporte mieux sa dyspnée, bien que le chiffre des respirations soit parfois considérable (80 et plus). La respiration est courte, superficielle, mais apparemment aucun des muscles respiratoires accessoires n'entre en jeu. Il est frappant de voir cette dyspnée supportée sans lutte, sans inquiétude. L'enfant s'intéresse à ce qui se passe autour de lui. Sa dyspnée lui est « comme indifférente ». Cette dyspnée, dont la cause paraît devoir être recherchée bien moins dans la lésion pulmonaire que dans l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme, présente donc des caractères propres d'une haute valeur diagnostique.

Rapports des signes stéthoscopiques avec les symptômes généraux. — Il faut insister particulièrement sur la discordance qui existe entre les signes physiques et les signes généraux (Weill). Les lésions pulmonaires peuvent être insignifiantes à l'oreille alors que la santé générale s'altère gravement. Cette discordance, qui n'a jamais lieu dans la broncho-pneumonie banale aiguë, est presque caractéristique de la tuberculisation. Une de nos observations présente le type accompli de cette discordance :

« Pas de signes pulmonaires. L'enfant est pâle, la température est normale, il mange bien, ne vomit pas, n'a pas de diarrhée et *pourtant il maigrit.* »

Nous pensons avoir montré par l'étude analytique des signes stéthoscopiques quelle valeur de premier plan ils doivent avoir dans le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Par contre ni l'*inspection*, ni la *percussion*, ni la *palpation* ne peuvent lui apporter de signes précis.

Systématiquement nous passons ici sous silence les signes fonctionnels classiques ou nouveaux que nous exposerons en bloc en opposant, au chapitre du diagnostic différentiel, la broncho-pneumonie banale à la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Signes extra-pulmonaires. — Les signes extra-pulmonaires marquent l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme. Lorsqu'ils sont nets ils ont une grande valeur séméiologique. Nous ne décrirons ici que les plus importants.

Habitus extérieur de l'enfant. — L'habitus propre au jeune tuberculeux a été bien décrit par Hutinel, Aviragnet, Marfan. Son teint est pâle, sa peau sèche et écailleuse, les cils sont longs, le visage tiré, l'air triste. Les yeux brillent et les pommettes sont saillantes. Les cils et les cheveux sont souvent « blond vénitien ». Le développement du système pileux est exagéré, surtout à la région interscapulaire, sur la face externe des bras ou à la partie supérieure des cuisses.

Les petits tuberculeux sont généralement doux et tranquilles. Ils se laissent examiner avec passivité, cette « gentillesse » de l'enfant est souvent considérée comme d'un mauvais pronostic par les personnes expérimentées qui l'approchent.

Le pouls est plus souvent rapide et instable.

Température. — Landouzy et Queyrat (1), Aviragnet et surtout Marfan avaient noté la fréquence de l'apyrexie dans les tuberculoses de la première enfance. MM. Weill et Dauvergne (2) ont repris et précisé la question. Pour ces auteurs « quel que soit l'âge où la tuberculose évolue chez l'enfant on peut dire que l'apyrexie est l'apanage presque exclusif des formes chroniques, les formes aiguës s'accompagnant de température ». L'apyrexie absolue peut donc être considérée comme exceptionnelle au cours de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile. Nous nous sommes efforcé de démontrer que si la fièvre existe elle présente des modalités différentes, suivant les âges auxquels on étudie la courbe thermique.

De cet examen une conclusion se dégage : c'est que la broncho-pneumonie de la première enfance évolue avec le minimum de fièvre que comporte une affection aiguë ; sa tendance apyrétique est manifeste. A mesure que l'enfant grandit les réactions sont plus fortes et la courbe thermique de la seconde enfance se rapproche de celle de l'adulte.

Nous rappellerons enfin que, pour M. Weill, chez l'enfant comme chez l'adulte, la fièvre tuberculeuse n'est pas ressentie par le malade, elle est uniquement objective.

Micropolyadénopathie périphérique. — Elle a été décrite par Legroux (3) qui la considère comme un indice de tuberculose profonde. Cette micropolyadénopathie serait caractérisée par de petits ganglions ronds ou ovales, plus ou moins fermes, roulant sous le doigt comme un pois ou comme des *grains de plomb.* Ils ne s'enflammeraient pas et seraient indolores. Ils siégeraient plus volontiers à la région cervicale, à l'aisselle, à l'aine, au creux poplité. Mirinescu (4), Potier (5) ont confirmé cette description dans ses grands traits.

Cette micropolyadénopathie avec petits ganglions durs en grains de plomb se rencontre malheureusement au cours des affections les plus banales de

(1) Landouzy et Queyrat. *Ibid.*

(2) Dauvergne. *De l'apyrexie dans la tuberculose de l'enfance,* Th. de Lyon, 1904.

(3) Legroux. Congrès de la tuberculose, 1re session 1888, 1er fascicule, p. 400.

(4) Mirinescu. De la polyadénopathie périphérique et sa valeur au point de vue du diagnostic de la tuberculose infantile, *Revue mens. des mal. infant.*, 1891.

(5) Potier. *De la polyadénite chronique périphérique chez les enfants*, Th. de Paris, 1894.

l'enfance. La valeur de ce symptôme est donc toute relative dans le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse. Pour M. Weill, seuls seraient caractéristiques d'une tuberculisation profonde les ganglions périphériques, nettement hypertrophiés, réniformes, un peu mous. Cette micropolyadénopathie périphérique vraiment caractéristique n'est rencontrée que dans le cinquième environ des cas de broncho-pneumonie tuberculeuse.

L'*adénopathie tuberculeuse localisée* est un signe de présomption en faveur de la nature tuberculeuse de la broncho-pneumonie.

Les *gommes sous-cutanées* doivent être toujours recherchées chez le nourrisson, surtout au niveau de la région fessière.

L'*hypertrophie du foie* est fréquente. Le foie est gros dans les trois quarts des cas.

L'*hypertrophie de la rate* est assez rare.

L'*albuminurie* est notée dans le quart des cas environ.

Les *troubles digestifs* sont peu marqués. Parfois il existe même une véritable boulimie. Mais la suralimentation ne profite pas à l'enfant qui maigrit rapidement.

Le *rhumatisme tuberculeux* de Poncet, surtout net dans la seconde enfance, étudié par Barbier (1), Weill et Beutter (2) et par nous-même (3), est un symptôme nouveau d'imprégnation tuberculeuse dont la valeur séméiologique a été mise hors de doute.

Un autre signe extra-pulmonaire de valeur, c'est le *syndrome particulier aux enfants tuberculeux* étudié par Weill (4), il est caractérisé par une susceptibilité particulière au froid, telle que lorsque l'enfant quitte son lit ou passe d'un milieu chaud dans un milieu froid, il présente une sensation de refroidissement avec abaissement notable de la température périphérique. En une demi-heure celle-ci baisse de 12 à 15 degrés, la température centrale diminue elle-même de 1 à 2 degrés. Il y a en même temps de la cyanose de la face et des extrémités, augmentation du volume de la rate, albuminurie, hyperglobulie. Tous ces phénomènes sont passagers et se produisent par période, ils se montrent aussi bien au début qu'à une période avancée de la maladie.

Le *syndrome de Weill* étudié par Favre-Gilly (5) est caractérisé par une hémihyperesthésie profonde, musculaire, osseuse, siégeant du côté de la lésion pulmonaire. Il serait d'ailleurs moins fréquent dans la première que dans la seconde enfance.

L'*atrophie rapide des muscles thoraciques* pour Hutinel (6) coïnciderait avec l'évolution de la tuberculose. L'*hyperesthésie thoracique* en serait un bon signe pour Quinsling (1).

Enfin tous les *stigmates classiques de tuberculose* devront être recherchés : spina ventosa, mal de Pott, coxalgie, lupus, etc., plaideront en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection.

La *tuberculose du testicule* serait particulièrement fréquente pour Hutinel qui conseille de la rechercher toujours.

Tels sont les signes d'imprégnation tuberculeuse dont la présence sera précieuse au diagnostic. Nous avons chemin faisant indiqué leur valeur respective. Ils n'ont pas de valeur absolue au point de vue de la nature de la broncho-pneumonie. Mais par leur réunion ils forment un important faisceau de signes de probabilité qui ne doivent pas être négligés.

En somme, les signes cliniques qui paraissent posséder la plus grande valeur dans la séméiologie de la broncho-pneumonie tuberculeuse sont :

1° Les *signes stéthoscopiques* caractérisés par la finesse des râles, sans mélange de râles de grosse bronchite, la fixité des symptômes pulmonaires, la dissociation entre les symptômes physiques et les symptômes fonctionnels, et surtout le défaut de parallélisme entre les signes stéthoscopiques et les signes généraux;

2° Les *signes fonctionnels*, dyspnée et cyanose, ont des caractères spéciaux qu'il faudra rechercher avec soin;

3° Les *signes d'imprégnation tuberculeuse* sont précieux au diagnostic; la courbe thermique présente des caractères variables suivant les âges. La micropolyadénopathie périphérique n'est valable comme signe de tuberculose profonde que lorsqu'elle présente les signes spécifiés par M. Weill. Les adénopathies localisées et surtout les gommes fessières sont de bons signes. Les autres sont secondaires.

II

Diagnostic par les moyens de laboratoire. — Les auteurs récents ont demandé aux différentes méthodes scientifiques modernes d'éclairer le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse. Nous voudrions faire l'exposé succinct et la critique de ces nouveaux procédés. Ils sont de deux ordres :

1° Les uns s'adressent à la réaction de l'organisme tout entier vis-à-vis de la toxine tuberculeuse;

2° Les autres, plus précis, tendent à démontrer l'existence du bacille de Koch au niveau du poumon.

Procédés généraux révélant l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme. — 1° *La tuberculine.* — Prônée par les uns [Hutinel, Richardière (2), Moussous (3), Mettetal (4), et la généralité des auteurs allemands] la tuberculine est rejetée par les autres comme dangereuse [Madison (5), Grancher, Marfan].

(1) Barbier. Phénomènes extra-pulmonaires de la tuberculose à la période de germination, *Bulletin méd.*, 2 mai 1902, 21 mars 1903.

(2) Weill et Beutter. Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 26 juin 1906.

(3) G. Mouriquand. Rhumatisme tuberculeux. Polyarthrites et synovites tendineuses chroniques d'origine bacillaire chez une petite fille de quatre ans, *Gaz. des hôpit.*, 21 janv. 1904.

(4) Weill. Un syndrome particulier chez les enfants tuberculeux, *Lyon méd.*, 1894.

(5) Favre-Gilly. *Syndrome de Weill chez les enfants*, Th. de Lyon, 1900.

(6) Hutinel. Diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse, *Semaine méd.*, 1890.

(1) Quinsling. *Semaine méd.*, 1891, n° 5, p. 26.

(2) Richardière. *Congrès de méd.*, 1900 (section de médecine infantile), p. 316.

(3) Moussous. *Congrès de méd.*, 1900 (section de médecine infantile), p. 316.

(4) Mettetal. *Tuberculose de l'enfance. Valeur de la tuberculine dans le diagnostic*, Th. de Paris, 1899 (y voir la bibliographie de la question).

(5) Madison. *Amer. Med.*, 20 déc. 1901.

Pour Mettetal, la tuberculine donne des réactions uniquement chez les sujets atteints de tuberculose. L'injection ne doit être pratiquée que lorsque la température est entre 36°5 et 38 degrés. La dose de tuberculine utile chez le nourrisson est de 1/10 de milligramme, mais on peut atteindre 2/10, 3/10 sans grands inconvénients. On doit se borner à une ou deux injections car les infections répétées ne donnent plus de réaction et peuvent amener des accidents d'accumulation. La réaction positive ne précise que l'existence d'une tuberculose latente sans qu'elle puisse la localiser.

Cuti-réaction. — La cuti-réaction a, comme l'épreuve classique de la tuberculine, une valeur diagnostique indirecte. La réaction positive dénonce, avec assez de précision, la présence d'un foyer tuberculeux caché dans l'organisme, mais la méthode ne localise point ce foyer.

Ophtalmo-réaction ou réaction de Calmette. — On peut en dire autant de l'ophtalmo-réaction à la tuberculine. Nous l'avons appliquée à de nombreux cas de tuberculose infantile, à quelques cas de broncho-pneumonie tuberculeuse. Chez ces divers malades la réaction a été nettement positive. Mais le nombre des ophtalmo-réactions positives a été si grand dans des cas où la tuberculose n'était pas cliniquement en jeu, que le procédé peut être considéré comme trop sensible.

2° *Injections de sérum artificiel.* — Préconisée par Hutinel (1), cette méthode de diagnostic fut successivement étudiée par Lemaire (2), Combemale et Mouton (3), Sirot (4) [de Beaune]. Sa valeur diagnostique a été très discutée. De l'avis de tous les auteurs cette méthode paraît surtout applicable aux tuberculoses latentes et apyrétiques. Il semble donc difficile d'en tirer un grand parti pour le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Suivant l'expression d'Azema (5), « elle reste une méthode thérapeutique qui peut se doubler dans certains cas d'un moyen de diagnostic. »

3° *Diazo-réaction.* — Haman et Joris (6), Nuhoff (7), Pelloux (8) ont étudié la diazo-réaction dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Aucune recherche spéciale n'avait été faite avant nous au cours de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile. Pour notre part nous avons toujours trouvé cette réaction négative.

4° *Séro-réaction tuberculeuse.* — Descos a fait, dans le service de M. Wiell, une étude complète de la réaction d'Arloing et Courmont au cours de la tuberculose infantile. Nos recherches nous ont amené aux mêmes conclusions que lui : « Dans la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile la séro-réaction est en général très faiblement positive. Mais même dans ces conditions elle acquiert, du fait de son absence complète dans la broncho-pneumonie non tuberculeuse, une très grande valeur; dans certains cas elle suffira à affirmer le diagnostic, dans les autres cas, elle devra être retenue à titre de très sérieuse indication. »

5° *Formule leucocytaire.* — Les recherches relatives à la formule leucocytaire au cours de la tuberculose infantile ont été exposées dans la thèse de d'Oelsnitz. Avant lui, Holmes, Stein et Erbmann, Achard et Lœper avaient envisagé la question cliniquement et expérimentalement.

De ces différents travaux découlent les conclusions suivantes : La leucocytose n'est pas la règle au cours de la tuberculose infantile. Modérée au début, elle diminue rapidement avec les progrès de l'affection. Nos recherches nous ont montré que ces conclusions s'appliquent à la broncho-pneumonie tuberculeuse.

6° *Recherche du bacille de Koch dans le sang.* — On peut la faire par divers procédés. Les plus connus sont ceux de l'*homogénisation du caillot* de Bezançon, Griffon et Philibert (1), de l'*inoscopie* de Jousset (2) qui compte parmi les procédés les plus précis, etc. Ces méthodes sont connues. Nous voudrions insister ici sur un procédé plus récent : « La recherche du bacille de Koch dans le sang par le procédé de la sangsue. » Ce procédé a été employé par MM. Ch. Lesieur (3) et Garry (4) chez l'adulte, par Weill, Lesieur, Mouriquand (5) chez l'enfant.

Le bacille manque dans tous les cas de tuberculose infantile à évolution lente. L'examen est positif dans la granulie, et fréquemment dans la méningite tuberculeuse. Nous n'avons jamais rencontré le bacille dans le sang au cours de la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Procédés locaux. — *Ponction exploratrice du poumon.* — Bellile, Rosenthal ont pratiqué au cours de la broncho-pneumonie infantile des ponctions pulmonaires en vue de cultures bactériologiques. Dans plusieurs cas de broncho-pneumonie tuberculeuse, ces auteurs après ensemencements des quelques

(1) Hutinel. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1895; — Congrès 1898.

(2) Lemaire. *Les injections de solutions salines dans les broncho-pneumonies infantiles*, Th. de Lille, 1897.

(3) Sirot. IVe Congrès pour l'étude de la tuberculose, 27 juillet-2 août 1898.

(4) Combemale et Mouton. *Le sérum artificiel, moyen de diagnostic précoce de tuberculose pulmonaire*, 1900.

(5) Azema. *De la broncho-pneumonie tuberculeuse chez les enfants*, Th. de Toulouse, 1903-1904, n° 535.

(6) Haman et Joris. Diazo-réaction d'Ehrlich dans la tuberculose pulmonaire chronique, *Presse méd.*, 10 oct. 1903, p. 711-712.

(7) Nuhoff. *Arch. internat. de pharm. et de thérap.*

(8) Pelloux. *Etude sur la diazo-réaction d'Ehrlich dans ses rapports avec la tuberculose et en particulier avec la tuberculose pulmonaire,* Th. de Paris, 17 fév. 1904.

(1) Bezançon, Griffon et Philibert. Recherche du bacille de Koch dans le sang par homogénisation du caillot, *C. r. de la Soc. de biol.*, 14 janv. 1903; — *Presse méd.*, 4 janv. 1907; — Causes d'erreur, *C. r. de la Soc. de biol.*, 7 fév. 1903.

(2) Jousset. Sur une nouvelle méthode de recherche du bacille tuberculeux, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 9 janv. 1903; — L'inoscopie, *Arch. de méd. expérim.*, 1903; — Des septicémies tuberculeuses, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 8 mai 1903 ; — La bacillémie tuberculeuse, *Sem. méd.*, 14 sept. 1904.

(3) Lesieur. Recherche directe des microbes dans le sang. Procédé de la sangsue, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 1904; — Recherche directe des microbes dans le sang, bacille de Koch en particulier, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*

(4) Garry. *Bacille de Koch dans le sang. Nouvelles méthodes de recherches des microbes dans le sang. Procédé de la sangsue,* Th. de Lyon, 1904.

(5) Weill, Lesieur, G. Mouriquand. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1906.

gouttes de liquide retirées du poumon par la seringue de Pravaz, ont toujours obtenu des cultures de streptocoques, staphylocoques et pneumocoques. Ils n'ont jamais obtenu de cultures de bacilles de Koch.

Radioscopie. — La radioscopie a été étudiée dans les affections pulmonaires infantiles par Variot (1), Bertherand (2), Roux et Josserand (3), etc. Nous l'avons nous-même étudiée au cours de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile. Dans tous nos cas la radioscopie a été négative. Elle est incontestablement utile dans la recherche de l'hypertrophie trachéo-bronchique si fréquemment d'origine tuberculeuse. Cependant il est des cas où les plus gros paquets ganglionnaires peuvent passer inaperçus (4).

Examen des crachats. — Cet examen est malheureusement difficile à faire chez l'enfant. Le jeune malade ne sait pas cracher, il avale les mucosités et le pus venu des bronches.

Les uns vont recueillir les mucosités dans l'arrière-gorge au moyen d'une petite sonde de Nélaton [Hutinel et Meunier (5) n'ont d'ailleurs pu, par ce moyen, confirmer des cas de tuberculose avérés, contrôlés par la nécropsie]. Les autres se servent simplement du manche d'un pinceau où l'on enroule un bourrelet d'ouate. Nos propres recherches ont été négatives.

Crachats recueillis par lavage de l'estomac [Meunier (5)]. — Ce procédé qui semble avoir une réelle valeur diagnostique lorsqu'il est employé au cours des tuberculoses ouvertes, donne peu de renseignements dans la broncho-pneumonie tuberculeuse qui est souvent une tuberculose « fermée ».

Bacilles de Koch dans les selles de l'enfant. — Pour la même raison cette méthode préconisée par Cruchet et Lepage (6), Kossel (7), Marfan, etc., donne peu de résultats positifs dans la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile. Diverses causes d'erreur peuvent d'ailleurs fausser l'examen des selles (P. Courmont).

En résumé, le laboratoire a apporté au diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse deux sortes de procédés; les uns, généraux, permettant de se rendre compte de l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme, mais incapables par eux-mêmes de préciser la localisation tuberculeuse primitive. Nous avons chemin faisant, critiqué la valeur diagnostique de tels procédés, parmi eux la réaction à la tuberculine, le séro-diagnostic tuberculeux, peut-être l'ophtalmo-réaction paraissent les procédés les plus précis. Les autres sont de second ordre.

Les autres procédés ou procédés locaux cherchent à préciser la nature de la localisation pulmonaire. De ces procédés un seul est pathognomonique lorsqu'il donne des résultats positifs : c'est la recherche du bacille de Koch dans les crachats, mais nous avons montré combien les cas positifs sont rares et combien cette recherche est difficile chez l'enfant.

(1) VARIOT. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 22 déc. 1899.
(2) BERTHERAND. *Ibid.*
(3) ROUX et JOSSERAND. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, déc. 1904.
(4) WEILL et G. MOURIQUAND. Soc. des sciences méd., 24 janv. 1906, et Soc. des sc. méd., 1908.
(5) MEUNIER. Th. de Paris, 1898.
(6) CRUCHET et LEPAGE. Le bacille de Koch dans les selles chez l'enfant; son importance diagnostique, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, déc. 1905.
(7) KOSSEL. Ueber die Tuberculose in frütsen Kinderelter, *Zeit. f. Hyp. v. Inf.*, 1892.

III

Diagnostic différentiel. — Pratiquement, on ne discute guère qu'un diagnostic : celui de la broncho-pneumonie banale et de la broncho-pneumonie tuberculeuse.

DIAGNOSTIC DE LA BRONCHO-PNEUMONIE BANALE AIGUE ET DE LA BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE. — Le *début* des deux affections est généralement identique. La cause en est simple : la broncho-pneumonie tuberculeuse est dans tous les cas précédée par la broncho-pneumonie banale. Dans les symptômes physiques (ronchus, sibilances, râles muqueux, râles sous-crépitants, crépitants) et dans les grandes manifestations fonctionnelles du début (dyspnée intense, cyanose, toux moniliforme, etc.) il ne faut voir que des manifestations d'infection banale.

Il convient au contraire de rechercher *le début vrai de la broncho-pneumonie tuberculeuse loin de son début apparent.* Il faut, au cours d'une broncho-pneumonie de nature indéterminée, guetter l'installation des signes d'imprégnation tuberculeuse et chercher le foyer pulmonaire fixe et persistant au milieu de la variabilité des autres foyers. Quand ces symptômes s'affirment, alors seulement commence cliniquement la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Les *symptômes fonctionnels* des deux affections présentent quelques nuances qu'il est utile de noter pour leur diagnostic.

Le diagnostic de la broncho-pneumonie peut être fait « à vue de nez ». La *dyspnée* présente le plus généralement le type inverse de Bouchut; elle est expliquée par la présence de gros foyers pulmonaires. S'il s'agit d'une broncho-pneumonie simple, cette dyspnée cède habituellement vers le huitième ou dixième jour avec les symptômes physiques qui s'atténuent peu à peu. Si les signes d'auscultation ayant diminué, la dyspnée persiste et surtout s'accentue, s'il existe une dissociation nette entre les signes physiques et les signes fonctionnels, il faut songer à la tuberculisation secondaire de la broncho-pneumonie. On est en droit d'affirmer cette tuberculisation si l'amaigrissement progresse rapidement. La dyspnée de la broncho-pneumonie banale est une dyspnée de lutte et d'angoisse; celle de broncho-pneumonie tuberculeuse paraît « inconsciente ».

La *toux moniliforme* décrite par M. Weill dans la thèse de son élève Christiany (1) est caractérisée par une série de secousses de toux, égales, monotones, « en chapelet. » Elle peut être tenue par un des signes les plus constants et les plus caractéristiques de la broncho-pneumonie simple. C'est donc un signe de début. Cette toux disparaît généralement quand la broncho-pneumonie tuberculeuse évolue avec ses caractères propres.

La *toux spasmodique* au cours de la broncho-pneumonie doit faire penser à la présence de gan-

(1) CHRISTIANY. *La toux moniliforme*, Th. de Lyon, 1906.

glions trachéo-bronchiques tuberculeux et à une tuberculisation possible du poumon.

La *cyanose* de la broncho-pneumonie banale est une cyanose mécanique, par obstacle pulmonaire à l'hématose, nettement révélé par l'auscultation. La cyanose peut se montrer chez le tuberculeux en l'absence de lésions pulmonaires importantes (1) et relever de l'adénopathie trachéo-bronchique (Weill).

Signes physiques. — L'*inspection* donne peu de renseignements dans les deux cas, et la forme du thorax n'a rien de caractéristique. La *palpation* est négligeable. La *percussion* peut révéler dans la broncho-pneumonie banale des foyers de submatité essentiellement variables d'un jour à l'autre. La persistance prolongée d'un foyer de submatité en un point fixe du poumon peut être une présomption en faveur de la broncho-pneumonie tuberculeuse, mais on sait que certains foyers de broncho-pneumonie chronique ou subaiguë donnent les mêmes symptômes et persistent très longtemps.

Les *signes d'auscultation* nous sont connus. Dans un cas c'est le bruit de tempête de Récamier avec ses râles de toutes grosseurs, ses foyers de congestion passagers et changeants, ces « feux de paille » (Weill) congestifs; dans la broncho-pneumonie tuberculeuse ce sont au contraire, après les symptômes tapageurs du début, les signes stéthoscopiques localisés, souvent discrets, les râles fins, métalliques, immuables en un ou plusieurs points *sans mélange de signes de grosse bronchite.*

Dans la broncho-pneumonie banale tous les signes marchent de front, les symptômes pulmonaires expliquent les signes fonctionnels (dyspnée, cyanose) et les signes généraux. Dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, les symptômes sont au contraire éminemment dissociés. On est étonné de trouver une dyspnée, une cyanose intense avec des signes stéthoscopiques si localisés, on assiste à une déchéance rapide de l'organisme avec des lésions pulmonaires insignifiantes. La broncho-pneumonie banale aiguë touche peu l'état général, la broncho-pneumonie tuberculeuse cachectise vite.

Signes généraux et extra-pulmonaires. — L'*hérédité tuberculeuse* et la contagion sont relevées plus fréquemment dans les antécédents des sujets atteints de broncho-pneumonie tuberculeuse que dans ceux des sujets atteints de broncho-pneumonie banale.

L'*habitus extérieur* de l'enfant tuberculeux offre des caractères sur lesquels nous avons insisté.

La *fièvre* bien supportée par le tuberculeux agite le broncho-pneumonique banal. Les poussées thermiques correspondent chez lui aux périodes de plus grands malaises. Chez le broncho-pneumonique simple, si l'on a soin de prendre la température toutes les trois heures, comme le conseille M. le professeur Renaut, les courbes montrent deux poussées thermiques dans le nyctémère toujours à égale distance l'une de l'autre. Ces deux poussées ne se reproduisent pas tous les jours aux mêmes heures mais paraissent se déplacer, en conservant l'égalité de leur distance, suivant le sens des aiguilles d'une montre ou en sens inverse. Si on prend la température deux fois par jour seulement, comme on le fait trop fréquemment, la courbe obtenue est irrégulière et inexacte, car les points thermiques notés passent par un point quelconque et variable de la vraie courbe.

Ces caractères appartiennent en propre à la courbe thermique de la broncho-pneumonie banale et ne se retrouvent pas dans celle de la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Les *stigmates tuberculeux extra-pulmonaires* fréquemment rencontrés au cours de la broncho-pneumonie tuberculeuse manquent généralement chez les sujets atteints de broncho-pneumonie banale. Mais un sujet porteur de stigmates tuberculeux peut fort bien faire une broncho-pneumonie banale sans tuberculisation secondaire. On voit donc combien le diagnostic doit être réservé dans les cas douteux.

L'*évolution clinique* différencie également les deux affections.

La broncho-pneumonie simple après une période d'asphyxie qui peut entraîner la mort par les obstacles mécaniques qu'elle crée à l'hématose, cède vers le huitième ou dixième jour. La défervescence de tous les signes se fait généralement avec une grande lenteur. Cette défervescence est souvent traversée par des poussées broncho-pneumoniques congestives vite disparues. L'amélioration se fait lentement, graduellement, les signes généraux qui étaient les moins marqués disparaissent les premiers, les signes fonctionnels rétrocèdent et seuls persistent, parfois pendant un temps fort long, des foyers pulmonaires qui peuvent aboutir à la formation de lésions de dilatations bronchiques dont on retrouve les signes plusieurs mois, ou même plusieurs années après la disparition des autres signes de la maladie.

L'évolution de la broncho-pneumonie tuberculeuse est tout autre. Après la phase asphyxique du début, survient généralement une période de pseudo-défervescence. Les foyers pulmonaires s'atténuent, les râles de grosse bronchite disparaissent, seuls persistent les râles fins, localisés, la cyanose et la dyspnée bien supportée. L'état général s'aggrave, la cachexie s'affirme et la mort survient après un temps variable, par généralisation tuberculeuse (granulie, méningite) ou par les seuls progrès du mal.

Tels sont les signes cliniques qui différencient les deux affections.

Nous avons également pour les différencier les *procédés de laboratoire* dont nous avons indiqué la valeur diagnostique.

Diagnostic entre la broncho-pneumonie tuberculeuse et la broncho-pneumonie banale subaiguë. — Dans quelques cas peu fréquents, le laboratoire et la clinique paraissent tous les deux impuissants à préciser la nature de l'affection. Il s'agit surtout alors de cas de broncho-pneumonie banale, prolongée, passée à l'état subaigu.

Après les signes broncho-pneumoniques du début, survient une accalmie entre le huitième et le dixième jour. La dyspnée diminue, les râles se localisent, prennent le caractère de râles fins ou sous-crépi-

(1) Médan. *Des crises de cyanose dans l'adénopathie trachéo-bronchique*, Th. de Lyon, 1906.

tants. La température persiste, elle oscille autour de 38 degrés, ou fait de grandes oscillations entre 37 degrés et 39 degrés, rappelant celles de la fièvre hectique et celles de la courbe thermique de la broncho-pneumonie tuberculeuse. La dyspnée est marquée, assez bien supportée. Pour plus de similitude encore l'état général s'altère, le malade maigrit, se cachectise ; tout fait penser à une tuberculisation secondaire de la broncho-pneumonie. Au bout d'un temps qui varie entre plusieurs semaines et plusieurs mois, les signes physiques s'atténuent, les symptômes fonctionnels s'effacent, la cachexie disparaît et le malade guérit alors avec une surprenante facilité, recouvrant en quelques semaines son poids et ses couleurs.

Dans des cas semblables la présence des signes extra-pulmonaires de tuberculisation est précieuse. C'est dans ces cas ainsi où les réactions de laboratoire seront d'une haute utilité.

Ces broncho-pneumonies banales subaiguës simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse ont été bien étudiées par Morel (1). Nous ne saurions trop insister sur la difficulté de leur diagnostic.

V

Autres diagnostics. — Il est rare que d'autres affections puissent simuler avec quelque netteté la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Nous passerons donc rapidement en revue les autres diagnostics, plus rares, mais qu'il est classique de discuter.

La *bronchite aiguë* qui s'accompagne souvent de fièvre, de dyspnée chez l'enfant, peut faire songer à une broncho-pneumonie. Elle en est souvent le prélude. La présence de signes extra-pulmonaires pourra faire songer à un ensemencement possible. Mais les râles sont gros. L'état général est à peine touché. L'affection évolue en quelques jours vers la guérison.

La question se complique quand survient une *poussée de congestion pulmonaire* entraînant de la matité, des râles fins, de la dyspnée. Mais ces poussées ne durent qu'un ou deux jours.

La *spléno-pneumonie ou maladie de Grancher* est une affection peu commune et encore mal classée. Elle semble se montrer de préférence chez les tuberculeux (Weill). Au début l'affection simule la pleurésie; après un certain temps apparaissent des râles fins et bientôt un souffle tubaire ; mais ces nouveaux signes ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de symptômes fonctionnels, et c'est ce caractère qui permettra de différencier la maladie de Grancher de la maladie que nous décrivons.

La *pneumonie franche* a des signes trop particuliers pour qu'il soit possible de la confondre soit avec la broncho-pneumonie simple, soit avec la broncho-pneumonie tuberculeuse. Cependant en présence d'une pneumonie, quelque franche qu'elle apparaisse, il faudra songer à la possibilité d'une *pneumonie caséeuse tuberculeuse*. Hutinel (1), Weill (2) ont étudié cette affection chez l'enfant. Ce dernier auteur différencie ainsi la pneumonie simple de la pneumonie tuberculeuse. « Dans la pneumonie tuberculeuse les signes physiques sont ceux d'une pneumonie, le tracé thermique, celui d'une pneumonie lobulaire, la défervescence ne se fait pas, l'amaigrissement est rapide. »

La *pleurésie* peut elle-même prêter à confusion. L'observation suivante très résumée le démontre : « Il s'agissait d'un enfant pâle, dyspnéique et cachectique présentant de la matité limitée à une base avec peu de râles. Il fut considéré comme atteint de pleurésie purulente. Mais la ponction ne ramena aucun liquide et l'autopsie montra des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse. »

La *dilatation bronchique* est facile à différencier en général de la broncho-pneumonie tuberculeuse. Mais leur association est possible. Il importera de faire la part des deux processus.

Il serait facile, mais sans intérêt clinique, de pousser plus loin cette étude diagnostique.

(1) Ch. Morel. Les broncho-pneumonies de la rougeole, *Gaz. méd.-chir. de Toulouse*, 1891.

(1) Hutinel. Diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse, *Sem. méd.*, 1900, p. 348; — *Tuberculose à forme pneumonique chez l'enfant.*

(2) Weill. *Précis de méd. inf.*, 2e édition, p. 641, Paris, 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance supplémentaire du 23 juillet 1908)

Fin de la discussion sur l'aphasie. — On continue, dans la première partie de la séance, à discuter les lésions de l'aphasie. M. Marie ne pense pas qu'il existe de cas d'aphasie motrice par lésion strictement localisée au noyau lenticulaire. Il croit, comme il l'a soutenu dans ses premiers travaux, que les ganglions centraux jouent un rôle important dans la phonation; mais troubles de la phonation et aphasie sont deux choses différentes. M. Déjerine n'admet pas qu'une lésion du noyau lenticulaire seul détermine des troubles de la phonation.

La lésion de l'aphasie motrice avec ataxie et graphie occupe-t-elle un siège différent de celui de l'aphasie motrice pure? Cette question, M. Déjerine estime qu'on doit encore la laisser en suspens; car, pour sa part, il n'a jamais observé d'aphasie motrice pure. Dans un cas que M. Souques rapportait récemment, il y avait une parésie légère de la phonation : dès lors il ne s'agissait plus d'aphasie motrice pure. A cela, M. Souques répond que, dans son cas, la parésie était fort légère, et que, chez presque tous les aphasiques, il existe quelques troubles des mouvements de la langue. La plupart des aphasiques, dit M. Marie, soutenant une opinion opposée à celle de M. Déjerine, présentent, pendant les premières semaines tout au moins, une grande difficulté pour tirer la langue; les troubles moteurs variables que l'on observe chez eux sont-ils d'ordre paralytique, comme l'affirme M. Déjerine? Il est tout aussi possible, déclare M. Marie, qu'il s'agisse d'un défaut de coordination, d'apraxie, comme le pense M. Ballet.

La Société aborde ensuite la physiologie pathologique de l'aphasie. M. Marie tient tout d'abord à bien préciser ses idées sur la question. La théorie classique, dit-il, admet un

centre auditif verbal (pied de T_1) et un centre visuel verbal (pli courbe). Dans ces centres sont reçues les paroles ou les images visuelles. Quand l'un d'entre eux est détruit, les images correspondantes ne peuvent plus s'emmagasiner : on dit qu'il y a aphasie sensorielle ou de réception. M. MARIE n'admet aucun de ces centres classiques : pour lui, il n'y a qu'un centre auditif ou visuel général; mais il n'existe pas de centres verbaux spéciaux. C'est donc en vertu d'une opération intellectuelle que les impressions reçues par le centre général visuel ou auditif déterminent une pensée. Donc, l'aphasie dite de réception ne résulte pas de phénomènes sensoriels, mais bien d'un trouble intellectuel; le mot intelligence doit être pris ici dans son sens le plus général, et, lorsque M. Marie parle de déficit intellectuel chez les aphasiques, cela ne signifie pas du tout, comme on le lui a fait dire, que ces malades soient des déments.

Jamais, déclare M. BALLET, on n'a prétendu que l'opération qui consiste à recueillir par un centre sensoriel le son d'un mot et à l'interpréter n'est pas un phénomène intellectuel. L'aphasie sensorielle résulte d'un trouble intellectuel localisé; la doctrine classique, selon M. Ballet, n'a jamais prétendu autre chose.

Dans l'aphasie sensorielle, dit M. DUPRÉ, il y a eu suppression d'images; mais ces images elles-mêmes sont d'ordre intellectuel.

A cela, M. MARIE répond que la théorie classique insiste sur la réception sensorielle; c'est cette notion qu'il n'admet pas; l'aphasie dite sensorielle résulte d'un trouble intellectuel prédominant; en un mot, elle n'est pas sensorielle. Pour M. DUPRÉ, il y a bien un trouble sensoriel qui préside à l'aphasie de réception, mais il ne porte pas sur les images élémentaires; il est sensorio-psychique.

Comme le fait remarquer M. DÉJERINE, la question se résume à ceci : l'aphasie dite sensorielle est-elle, comme il le croit fermement, liée à une lésion des centres spécialisés, ou bien, comme le soutient M. Marie, à un trouble intellectuel général ? Tout se résume à la question des centres spécialisés.

Tout le monde admet que les symptômes de l'aphasie sont liés à un trouble du langage intérieur; mais les avis divergent sur la façon de concevoir le langage intérieur, et en particulier sur la signification à donner à l'expression *images du langage*. M. MARIE ne lui attribue pas de sens bien précis. On pourrait, d'après MM. DÉJERINE et BALLET, concevoir les images de langage comme la représentation mentale d'un mot, le souvenir évoqué d'un mot.

La Société aborde ensuite la question suivante : quels sont les territoires dans l'écorce qui jouent dans la fonction du langage un rôle établi par l'anatomie pathologique? C'est revenir à la question des centres spécialisés. MM. DÉJERINE et MARIE restent sur leurs positions. Il y a, dit M. Déjerine, un centre verbal visuel, un centre verbal auditif, etc. Ils n'existent pas dès la naissance, mais se forment par l'éducation. Alors, objecte M. MARIE, si l'éducation développe un centre spécial pour chaque fonction apprise, pourquoi les troubles sont-ils toujours limités à la fonction du langage; pourquoi ne voit-on jamais la destruction d'un centre entraîner la perte des mouvements appris; tels par exemple que ceux qui permettent d'aller à bicyclette?

M. BALLET résume les points sur lesquels tout le monde se trouve d'accord : l'aphasie est, chez les droitiers, consécutive à une lésion de l'hémisphère gauche; l'aphasie de Wernicke résulte d'une lésion des circonvolutions entourant la scissure de Sylvius (T_1 et T_2 et pli courbe), sans qu'il soit possible de préciser davantage. La lésion est-elle dissociable encore en centres distincts? On a exagéré la tendance à multiplier les localisations. Pourtant une lésion de T_1 détermine l'aphasie avec maximum de surdité verbale; si la lésion siège plus en arrière, il y a prédominance de cécité verbale. Les sensations sont récoltées en un point dans l'écorce. Pourquoi les images optiques des mots ne se localiseraient-elles pas au voisinage de la zone visuelle, au voisinage de la scissure calcarine ? Soit, dit M. MARIE; il ne s'agit pas alors d'une lésion du pli courbe.

M. MARIE tente de tirer la conclusion du débat. « Je n'admets, dit-il, aucun des trois centres classiques; M. Ballet ne fixe pas de localisations très précises. Seuls, M. et M[me] Déjerine et M. Thomas soutiennent la spécificité absolue des centres. En dehors d'eux, personne, dans cette Société où siègent les neurologistes les plus distingués de Paris, n'est en état de dire : J'ai vu tel ou tel centre détruit dans tels cas précis. Ce silence est éloquent; il prouve que la question de l'aphasie doit être revisée; il faudra désormais s'attacher à étudier les faits; les théories ne viendront qu'ensuite. »

Mais répond M. DÉJERINE, « les faits que j'ai apportés me semblent prouver la solidité de la théorie de Broca. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1908)

Sur la coagglutination du méningocoque et du gonocoque. — On sait qu'un sérum antiméningococcique agglutine à la fois le méningocoque et le gonocoque, et que les deux germes d'autre part peuvent être agglutinés de même par un sérum antigonococcique. Ces faits ont engagé certains auteurs à déclarer l'identité spécifique de ces bactéries, d'ailleurs morphologiquement semblables. Il n'en est rien cependant, ainsi que le prouvent les expériences de MM. DOPTER et KOCH.

Ils ont procédé à l'épreuve de l'absorption des agglutinines avec les sérums antiméningococcique et antigonococcique vis-à-vis des deux germes envisagés. Ils ont vu que le sérum antiméningococcique dont les agglutinines ont été fixées totalement par le méningocoque, a perdu pour les deux microbes son pouvoir agglutinant; au contraire, ce même sérum, impressionné dans des conditions identiques par le gonocoque a conservé son pouvoir agglutinant pour le méningocoque. Dans cette expérience donc, l'agglutination vis-à-vis de ce dernier est bien spécifique, tandis que pour le gonocoque, il ne s'agit que d'une agglutination de groupe.

L'expérience répétée avec du sérum antigonococcique donne des résultats exactement concordants.

On peut donc conclure qu'au point de vue de l'agglutination, vis-à-vis d'un même sérum, le méningocoque et le gonocoque sont des bactéries spécifiquement différentes.

Sur les précipitines méningococciques et gonococciques. — MM. DOPTER et R. KOCH ont utilisé pour la recherche des précipitines les sérums qui ont servi à l'épreuve de l'absorption des agglutinines, et qui, avant cette dernière, étaient précipitants pour le méningocoque et le gonocoque.

Ils ont vu que le sérum antiméningococcique ainsi traité par le méningocoque perd son pouvoir précipitant; s'il est traité par le gonocoque, il le conserve vis-à-vis du méningocoque seul. Les mêmes expériences répétées avec du sérum antigonococcique ont donné des résultats analogues et superposables. Par ce nouveau fait donc, l'identité des deux germes étudiés s'impose encore, conclusion qui s'accorde avec celle qu'a fournie l'étude de l'absorption des agglutinines.

Etat de l'hypophyse, des surrénales et des ovaires dans l'épilepsie. — MM. H. CLAUDE et A. SCHMIERGELD. L'hypophyse dans leurs 15 cas était d'un volume un peu supérieur en moyenne à la normale; ils ont noté dans 3 cas la sclérose, dans 1 cas l'hémorragie avec infarctus; 2 fois ils ont constaté un état des divers éléments, cellules chromophiles, chromophobes, colloïde, répondant aux caractères de l'hyperfonctionnement. Dans 7 cas les apparences étaient celles qu'on tend à attribuer à l'hypofonctionnement; enfin 6 des glandes

examinées se rapprochaient du type considéré comme normal, ou n'en différaient que par un caractère insuffisant pour interpréter le sens de l'activité fonctionnelle, comme l'augmentation seule des chromophobes ou la faible quantité de colloïde.

Les surrénales étaient en général d'un poids inférieur à la normale ; 3 fois les auteurs ont constaté l'existence d'hémorragies. Fréquemment, ils ont vu la sclérose de la corticale et même de la médullaire ; 7 fois les caractères histologiques des deux glandes se rapprochaient de ceux attribués à l'hypofonctionnement. Dans 5 cas les aspects étaient très différents entre les deux substances, corticale et médullaire de chacune des deux glandes qui offraient à côté des caractères de l'hyperfonctionnement ceux de l'hypofonctionnement ; 2 fois seulement, ils ont noté de petites formations adénomateuses ; 3 fois les glandes pouvaient être considérées comme normales. Les ovaires chez les femmes jeunes étaient pauvres en follicules de Graaf. Rarement, il leur a été possible de voir des corps jaunes en évolution ; les cicatrices étaient également peu abondantes, la vascularisation était peu développée, mais d'autre part, ils n'ont constaté ni sclérose, ni formations kystiques très prononcées.

Rôle du noyau des phagocytes dans la digestion cellulaire. Le cancer, maladie parasitaire du noyau des cellules normales. — M. Doyen. 1° Les noyaux jouent un rôle actif dans la phagocytose et dans la bactériolyse ;

2° Le parasite du cancer est un parasite intra-cellulaire et surtout intra-nucléaire ;

3° Le cancer est une maladie parasitaire du noyau des cellules normales ;

4° Ce parasitisme intra-nucléaire explique l'anarchie cellulaire qui caractérise l'évolution du néoplasme.

Une forme d'amaigrissement, non décrite, chez les dyspeptiques. — M. G. Leven. Il y a des dyspeptiques maigres dont le poids est encore supérieur à leur poids physiologique, ainsi que le montre l'amaigrissement inattendu qui accompagne la guérison de la dyspepsie. Cette réduction de poids subsiste aussi longtemps que le sujet reste en bonne santé.

Un malade de vingt-huit ans, mesurant $1^{m}70$, pèse 71 kilos au début du traitement et ne pèse plus que $56^{k}300$, lorsqu'il est guéri ; s'alimentant bien et digérant tous les aliments, un autre malade de cinquante-deux ans, mesurant $1^{m}62$, pèse d'abord $60^{k}200$ et $54^{k}600$ après guérison.

Cet amaigrissement si spécial est bon à connaître : en effet, lorsque le malade est âgé et maigre, malgré une alimentation abondante, on est disposé à admettre l'existence d'un cancer, dans des cas où l'on est en présence de cette variété d'amaigrissement favorable chez les dyspeptiques maigres.

Toxicité du contenu de l'intestin grêle ; influence de la putréfaction. — MM. Roger et Garnier ont établi antérieurement que le contenu de l'intestin grêle était plus toxique que celui du gros intestin. On peut se demander par suite quel est le rôle des putréfactions bactériennes dans la production des poisons intestinaux. Pour arriver à la déterminer ils ont laissé putréfier à l'étuve le liquide intestinal prélevé sur des lapins ou sur des chiens. Dans ces conditions, la toxicité du contenu de l'intestin grêle du lapin subit peu de variations : sur cinq cas elle a augmenté légèrement trois fois. Le contenu intestinal du chien prélevé par une fistule établie soit sur le duodénum, soit au niveau de l'iléon, ou obtenu en sacrifiant l'animal en digestion, provoque fréquemment des coagulations quand on l'injecte dans la veine du lapin. Pour éviter cette cause d'erreur, ils ont pratiqué des injections préalables d'extrait de sangsue ; ils ont reconnu ainsi que le plus souvent la putréfaction augmentait la toxicité dans des proportions assez grandes. Toutefois ce résultat n'est pas constant ; de plus, si le liquide est laissé quarante-huit heures à l'étuve au lieu de vingt-quatre, la toxicité a tendance à diminuer. L'inconstance du résultat tient sans doute aux variétés de bactéries qui entrent en jeu et dont des recherches ultérieures montreront l'influence.

Les connexions entre les circulations porte et pulmonaire. — MM. Gilbert et Villaret, dans une note préliminaire, communiquent certains résultats de leurs séries d'injections entreprises pour l'étude du syndrome d'hypertension portale. Ils montrent que lorsqu'on supprime toute cause d'erreur tenant au passage de la masse à injection par la veine cave inférieure ou le système aortique, celle-ci poussée dans la veine porte finit à la longue par envahir le parenchyme pulmonaire ; ces connexions porto-pulmonaires se font d'une part par les veines azygos, d'autre part par l'intermédiaire de vésicules réunissant à travers le médiastin les plexus péri-œsophagiens et les réseaux veineux pleuraux et bronchiques. Cette notion des connexions veineuses porto-pulmonaires explique en partie les congestions pulmonaires et les pleurésies mécaniques constatables chez certains cirrhotiques ; elles pourront peut-être jeter un jour nouveau sur le mécanisme des infections pulmonaires d'origine intestinale.

Les lipoïdes solubles dans l'éther et insolubles dans l'acétone de quelques organes. Leur pouvoir hémolytique. — Mme J. Bourguignon et M. H. Iscovesco. Les lipoïdes EIA des muscles, de la synoviale, de l'hypophyse, du foie et du rein n'ont aucun pouvoir hémolytique. Ils ne sont pas activables par la lécithine et ne suppriment pas le pouvoir hémolytique des savons.

Les lipoïdes du corps thyroïde. Leur pouvoir toxique. — M. H. Iscovesco a étudié le pouvoir toxique des différents lipoïdes qu'il a extraits du corps thyroïde.

Parmi ceux-ci le lipoïde EIA (soluble dans l'éther, insoluble dans l'acétone) qui est absolument dépourvu de tout pouvoir hémolytique est justement le seul toxique. Il provoque chez les animaux auxquels on l'injecte des troubles graves de la nutrition, entraînant un amaigrissement considérable, pouvant aller jusqu'à la cachexie et la mort avec des doses convenables. Le lipoïde le plus hémolytique (ESA) ainsi que tous les autres contenus dans le corps thyroïde n'ont aucun pouvoir toxique.

Il n'y a donc pas parallélisme entre pouvoir toxique et pouvoir hémolytique.

FORMULAIRE

PRURIT GOUTTEUX

1° Bains amidonnés.

2° Procéder de 2 à 3 fois par jour à des lotions avec :

Sous-acétate de plomb........	$2^{g}50$
Teinture d'opium............	10 grammes.
Eau de roses................	250 —

usage externe.

3° A l'intérieur, pipérazine granulée effervescente (de 3 à 6 mesures par jour dissoutes chacune dans un peu d'eau, le matin à jeun dans l'intervalle des repas et le soir au coucher).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 88. — MARDI 4 AOUT 1908. 81e ANNÉE. MARDI 4 AOUT 1908. — Nº 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour la place de médecin résidant à l'hôpital Saint-André sera ouvert le mardi 10 novembre 1908.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au lundi 26 octobre, au secrétariat des hospices.

— LE MANS. — Après concours, le docteur Canaguier vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux du Mans.

— SAINT-ETIENNE. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis qu'il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 15 février 1909, un concours public pour une place de médecin titulaire de ses établissements.

Ce concours aura lieu devant la Commission assistée d'un jury médical. Il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Badouillière, à Saint-Etienne.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 25 juillet 1908, les mutations suivantes ont été prononcées dans le personnel du cadre auxiliaire du service de santé, savoir :

Médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Le Rouvillois passe à la 13e région.

Médecins-majors de première classe de l'armée territoriale. — MM. Baret passe à la 11e région; Fabre, à la 15e région.

Médecin aide-major de première classe de réserve. — M. Massoni passe à la 15e région.

Médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Moniez passe à la 3e région.

Médecins aides-majors de deuxième classe de réserve. — MM. Artault passe à la 9e région; Bourret, à la 15e; Charuel, à la 20e; Chaussat, à la 2e; Clermonthe, au gouvernement militaire de Paris; Courbon, à la 10e région; Delage, à la 15e; d'Herbomez, à la 11e; Duhem, à la 10e; Elloy, à la 20e; Forget, à la 12e; Fulconis, à la 15e; Herrouet, à la 4e; Israëls de Jong, au gouvernement militaire de Paris; Jacquet, à la 20e région; Lecerf, à la 3e; Ledroit, à la 5e; Nordmann, à la 13e; Normand, à la division de Tunisie; Rozier, à la 18e région; Sayol, à la 15e; Servent, à la 3e; Tanret, à la 20e.

Médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Dicquemare passe à la 19e région; Laffage, à la 15e.

MARINE. — Un concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale à l'École d'application des médecins et pharmaciens de troisième classe de la marine, s'ouvrira à Toulon le 26 octobre 1908.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Une médaille d'argent a été attribuée à Mme Challot (Hortense), en religion sœur Caroline, supérieure des filles de la Charité de Saint-Vincent-de-Paul à l'hôpital-hospice civil de Saint-Amand-les-Eaux (Nord), pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — RÉPARTITION DES STAGIAIRES DANS LES SERVICES HOSPITALIERS. — I. *Inscription et classement des stagiaires.* — Le choix des services hospitaliers, pour la période de stage comprise entre le 1er novembre 1908 et le 1er mars 1909, aura lieu les 20, 21 et 22 octobre 1908, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Seront seuls inscrits d'office pour être appelés à choisir, MM. les étudiants en cours régulier d'études, c'est-à-dire ayant pris à la Faculté de médecine de Paris, en juillet 1908, les quatrième, huitième ou douzième inscriptions. Ne seront appelés que sur leur demande écrite : MM. les étudiants soumis au stage, se trouvant dans l'une des situations suivantes : 1° Elèves en cours irrégulier d'études; 2° Elèves libérés du service militaire ; 3° Elèves sortant d'une Faculté ou école des départements. Les demandes d'inscription devront parvenir à M. le doyen avant le 15 septembre. Une convocation sera adressée aux élèves inscrits.

II. *Dispositions relatives aux internes et externes des hôpitaux.* — Le stage de spécialité, imposé aux élèves de quatrième année par l'article 1er du décret du 20 novembre 1893, n'est pas exigé des internes et externes titulaires des hôpitaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement. Le certificat à produire doit être revêtu de la signature du chef de service d'accouchement et du directeur de l'hôpital, ainsi que du visa de M. le secrétaire général de l'Assistance publique.

— Cours de vacances. — Une série de démonstrations cliniques, avec présentation de malades, aura lieu du 14 septembre au 3 octobre 1908, dans les laboratoires des cliniques médicales de Beaujon, de la Salpêtrière et des Enfants-Malades et au laboratoire de thérapeutique (professeurs : MM. Debove, Raymond, Hutinel et Gilbert), par MM. Carnot, Castaigne, Claude et Nobécourt, agrégés.

La première séance aura lieu le lundi 14 septembre 1908, à neuf heures et demie, à la clinique médicale de Beaujon.

Programme des cours. — M. Carnot : Maladies du tube digestif (neuf séances).

M. Castaigne : Maladies des reins et du foie (neuf séances).

M. Claude : Maladies nerveuses et mentales (neuf séances).

M. Nobécourt : Maladies infantiles (neuf séances).

Le droit à payer pour cette série d'exercices est de 100 francs.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

RENSEIGNEMENTS

PATHOGÉNIE DU RHUMATISME TUBERCULEUX [1]

Par le professeur A. PONCET.

Nous pourrions, M. Souques et moi, discuter longtemps et, très probablement, sans nous entendre, la nature des *rhumatismes chroniques*, dont il vous a entretenus ces temps derniers.

Il parle de sujets atteints de rhumatisme chronique progressif et de tuberculose. Il conclut à l'indépendance, à la simple coïncidence, de ces doubles manifestations pathologiques. Autrement dit, il continue de penser, comme on l'avait du reste toujours fait avant nos recherches sur le rhumatisme tuberculeux, qu'il s'agit, chez de tels malades, de *rhumatismes chroniques chez des tuberculeux*.

Je crois, au contraire, qu'il existe un lien causal entre ces lésions articulaires rhumatismales et l'infection tuberculeuse.

Toute la doctrine du rhumatisme tuberculeux et de la tuberculose inflammatoire, dont il n'est que la modalité sur les articulations, se trouve donc en jeu.

Aussi me paraît-il naturel de ne plus envisager des faits particuliers, dont la dicussion n'offre, du reste, pas grand intérêt, et, puisqu'on le désire encore, je crois utile de vous présenter quelques considérations générales sur le rhumatisme tuberculeux, vu plus particulièrement à travers sa pathogénie. Ainsi se trouveront, de nouveau, éclairées son existence, sa fréquence, etc.

Je verse donc très volontiers aux débats sur cette importante question quelques premières pages d'un ouvrage actuellement sous presse, et qui a pour titre : *Rhumatisme tuberculeux*, par MM. A. Poncet et P. Leriche (2).

Avant d'étudier le déterminisme exact du rhumatisme tuberculeux, nous devons, disons-nous avec Leriche, établir son droit à l'existence.

En pratique, à vrai dire, ce ne devrait point être nécessaire. Il suffit de regarder pour le voir, et en théorie, la pathologie générale peut, à priori, en démontrer par elle seule la réalité. Du moment que toutes les maladies infectieuses prennent l'allure fluxionnaire et créent un rhumatisme, la tuberculose, maladie infectieuse et fluxionnaire au premier chef, doit rentrer dans la règle commune.

Au reste, comme celui qui démontrait le mouvement en marchant, nous croyons avoir légitimé le type en en faisant connaître de nombreux cas.

Mais sans faire état de ces preuves, trop simples pour être suffisantes, on peut fournir, à l'appui des idées que nous défendons, trois sortes d'arguments : cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentaux.

1° Preuves cliniques. — De toutes les lois qui régissent la clinique, la plus importante et la plus féconde est incontestablement la loi de coïncidence d'après laquelle les phénomènes pathologiques multiples relevés chez un même malade, chez un même infecté, dépendent de la même infection causale. Certes, il peut se trouver des exceptions à cette loi; mais ce ne sont que des exceptions, et, dans la très grande majorité des cas, il faut accorder aux coïncidences la valeur qu'elles méritent et que l'histoire des doctrines médicales leur confirme.

Or donc, *de même que, chez un blennorragien indemne de toute autre infection, une manifestation articulaire spontanée quelconque doit être considérée, à priori, comme de nature blennorragique; de même une arthrite survenant, sans raison, chez un tuberculeux, doit être rapportée à la tuberculose, avant tout.*

Si l'on ne veut pas raisonner par catégorie (et il n'y a nulle raison de le faire), on doit penser, en face de la tuberculose, comme devant la plus banale des infections.

On le doit d'autant plus que les manifestations articulaires rhumatismales sont d'une très grande fréquence chez les tuberculeux. Les thèses de Trebeneau, de Merson, de de Mouxy, de Valentin, de Raynaud ont établi qu'on les rencontrait dans 5 à 17 p. 100 des tuberculeux avérés.

En ce qui concerne les formes bâtardes ou atténuées, Schneider, Bouveyron, Michel les relèvent 20 fois sur 100. Une pareille fréquence est suffisante pour établir une causalité, mais il y a plus encore.

Dans certains cas, on ne peut, *de par la clinique*, retrouver aucun foyer bacillaire, *le rhumatisme est cliniquement primitif*. En réalité, ces lésions ne sont probablement pas primitives. Le foyer initial se cache et n'est décelable que par des procédés de laboratoire. On sait, en effet, combien souvent, chez des sujets n'ayant pas succombé à de la tuberculose, on relève dans les ganglions thoraciques ou abdominaux des bacilles de Koch latents (Picini, Behring, Bartol). L. Dor en a trouvé dans la moelle osseuse normale. Balme, récemment, a bien établi cette fréquence de la tuberculose cachée. On peut aller plus loin encore, comme viennent de le démontrer S. Arloing et Thévenot, dans une note, d'intérêt majeur, communiquée à l'Académie des sciences. Les moyens de diagnostic expérimentaux, disent-ils, sont révélateurs de l'infection bacillaire plutôt que des lésions tuberculeuses palpables. Un malade peut réagir à la tuberculine ou agglutiner *in vitro*, et l'autopsie ne montrera aucune lésion macroscopique ou microscopique de tuberculose.

Il est donc permis de prévoir des désaccords, souvent plus apparents que réels, entre le diagnostic expérimental et le diagnostic post-mortem. *On en diminuera considérablement le nombre, en cherchant à l'autopsie les altérations histologiques et, à la rigueur, la présence des bacilles.*

On saisit la portée pratique de ces considérations théoriques : un rhumatisme banal peut être l'unique manifestation anatomo-clinique d'une infection tuberculeuse, que les seuls procédés expérimentaux mettent en évidence. Les recherches toutes récentes de Gougerot sur les typhlo-bacilloses de Landouzy soulignent encore la justesse de cette conception.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 24 juillet 1908.

(2) Ce volume sera le premier paru d'une série de 25 volumes, en cours de rédaction, formant la *Bibliothèque de la tuberculose*, publiée sous la direction des professeurs A. Chantemesse, A. Poncet, F.-J. Collet. Secrétaire général : docteur M. Piery. Octave Doin, éditeur.

Aux preuves cliniques se rattachent encore des faits d'observation, auxquels on doit accorder une haute valeur.

Ce sont les suivants : a. *Il n'est pas rare de voir succéder à une arthrite purement inflammatoire, d'apparence rhumatismale, des fongosités caractéristiques.*

Bonnet, dès 1845, insistait sur la fréquence de cette transformation *in vitro*, en faisant toutes réserves sur leur nature. D. Molière conseillait de se méfier des rhumatismes traînants qui se révèlent un jour tumeurs blanches caractéristiques. Nous avons, maintes fois, observé des faits de cet ordre. Certains auteurs ont pu croire qu'il s'agissait là d'erreurs de diagnostic, de tumeurs blanches méconnues au début et dépistées tardivement. L'objection est toute théorique, quand un malade fait une fluxion polyarticulaire, d'allure rhumatismale, se localisant secondairement à une seule articulation qui devient fongueuse. Au bout de quelques mois, on ne saurait soulever pareil argument ; de même, on ne peut le faire quand l'évolution fongueuse se fait après trois ou quatre attaques de rhumatisme, terminées chaque fois par résolution complète. Nous ne nous y arrêterons donc pas. Nous croyons, quant à nous, qu'il s'agit là de l'augmentation locale de virulence d'un processus, tuberculeux dès la première heure.

Faut-il admettre, en pareil cas, un métissage, un croisement de diathèses ? Faut-il dire et penser qu'une infection a fait son lit à la suivante ? Nous ne voyons nulle raison de croire à cette entr'aide éphémère des agents microbiens dont bientôt le dernier venu chasserait l'autre. La simplicité est une des plus réelles caractéristiques des saines conceptions pathogéniques. Et la simplicité des choses dit qu'il est inutile, pour expliquer un processus fluxionnaire, d'aller chercher une infection de nature inconnue, d'essence mal déterminée, quand on a sous les yeux la plus infectante des maladies. N'est-il pas commun de voir se changer la morphologie d'une même maladie ? Les différents stades d'une inflammation ont-ils donc toujours le même aspect ? Qu'y a-t-il de plus dissemblable, au point de vue de l'aspect et des caractères extérieurs, que le chancre induré et la plaque muqueuse ?

Aussi bien doit-on, en bonne clinique, considérer, comme fonction de tuberculose, la fluxion rhumatismale qui, petit à petit, se transforme en tumeur blanche.

b. *Il est des cas où le balancement de lésions franchement tuberculeuses et des localisations rhumatismales est tel qu'on ne peut parler d'autre chose que d'une infection unique à type métastatique.*

Ainsi en fut-il chez un malade de H. Rondet. Pulmonaire caverneux, cet homme supprime un jour brusquement son expectoration et sa toux à l'aide d'un sirop complexe. Immédiatement après, il fut pris de douleurs violentes dans la hanche droite qui l'obligent à garder le lit ; les genoux, les chevilles, les petites articulations des pieds furent successivement frappés de fluxions rhumatismales aiguës. De toute évidence, l'administration intempestive de bromoforme à hautes doses, en supprimant un émonctoire, avait favorisé la résorption des sécrétions bacillaires que le malade rejetait régulièrement auparavant. Ce rhumatisme erratique mit deux mois et demi à disparaître.

Chez plusieurs de nos malades, nous avons vu les localisations bacillaires se chasser l'une l'autre : le poumon allait bien quand les articulations étaient prises, et inversement. Bien des fois, nous avons vu une arthrite rhumatismale disparaître brusquement au moment où le malade prenait une hémoptysie.

Tout cela s'enchaîne trop logiquement, trop simplement, pour prêter à discussion. On a voulu y voir un jeu des infections secondaires. L'hypothèse n'est guère vraisemblable. Elle ne repose sur rien, puisque toutes les recherches bactériologiques sont négatives en pareil cas.

2° Preuves expérimentales. — Certains faits d'observation clinique peuvent être considérés comme ayant toute la précision d'une expérience de laboratoire.

Plusieurs fois, comme tant d'autres, nous avons observé des arthralgies, des synovites aiguës après des injections sous-cutanées de lymphe de Koch.

Lannelongue a rapporté autrefois, dans cet ordre d'idées, un fait particulièrement frappant. Ayant traité, par la tuberculine de Koch, un enfant atteint de lupus, il vit apparaître, dès la troisième injection, des phénomènes rhumatismaux généralisés.

Récemment nous avons vu un de nos malades, convalescent d'une astragalectomie pour ostéo-arthrite fongueuse, suppurée, tibio-tarsienne, présenter, en plus d'une conjonctivite intense, des douleurs rhumatoïdes erratiques à la suite de l'oculo-réaction. Plus significatifs encore, dans le même ordre d'idées, sont les faits rapportés par Milian (et nous en avons observé deux ou trois du même genre). Milian a vu une injection de tuberculine, faite dans un but de diagnostic, avoir pour effet une *réaction locale* au niveau des articulations rhumatisantes, cette réaction se traduisant par l'apparition de douleurs, durant autant que la réaction générale, au niveau de jointures indolores la veille, et par un certain degré d'enflure et même d'hydarthrose.

En dehors de ces observations cliniques qui, à elles seules, suffiraient pour établir la justesse des idées que nous avançons, le rhumatisme tuberculeux a été réalisé expérimentalement à une époque où il n'en était pas encore question.

Dans des expériences déjà anciennes, L. Dor et J. Courmont ont vu des injections intra-veineuses de tuberculoses cutanées faites à des lapins donner naissance à des arthrites fongueuses, à des synovites à grains riziformes, ou à des épanchements articulaires purement séreux.

Nous savons, d'autre part, qu'à l'autopsie de lapins vaccinés contre l'infection tuberculeuse par des injections répétées de cultures homogènes, S. Arloing a trouvé, une fois, une arthrite fongueuse bénigne, et, une autre fois, des synovites hydropiques, sans la moindre trace de lésions spécifiques.

3° Preuves anatomo-pathologiques et bactériologiques. — De l'ensemble des recherches contempo-

raines, il ressort que l'on peut classer, sous trois chefs, les observations de tuberculose rhumatismale. Il y a des rhumatismes tuberculeux avec réaction spécifique (polyarthrite granulique du type Laveran); des rhumatismes tuberculeux sans spécificité anatomo-pathologique, mais avec spécificité bactériologique; enfin, des rhumatismes tuberculeux, qui ne font la preuve de leur origine, ni par l'anatomie pathologique, ni par la bactériologie, ces cas étant de beaucoup les plus fréquents.

a. *Rhumatisme tuberculeux avec réaction spécifique.* — Dans quelques cas rares d'ailleurs, le rhumatisme tuberculeux a été cliniquement réalisé par une éruption granulique des synoviales, ordinairement associée à l'arthrite fongueuse ou à la pyarthrose tuberculeuse; la granulie articulaire peut parfois constituer une lésion en quelque sorte indépendante. En pareille occurrence, elle revêt cliniquement des types divers sur lesquels Maurice Pollosson a autrefois attiré l'attention, et parmi ceux-ci prendre la physionomie typique du rhumatisme.

Mais c'est là une éventualité rare, que, pour notre part, nous n'avons pas rencontrée. Elle est connue pourtant de longue date. Une très curieuse observation de Laveran a suffi pour la vulgariser du premier coup. Cette observation princeps, publiée dans le *Progrès médical*, en 1876, était celle d'un jeune soldat, mort à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu portant sur le genou droit, et à l'autopsie duquel on trouva sur la synoviale une éruption granulique confluente.

Les rares observations de ce genre rentrent de plein droit dans le cadre du rhumatisme tuberculeux; mais la granulie articulaire n'en représente qu'une forme, la plus virulente, étiologiquement parlant.

b. *Rhumatisme tuberculeux sans spécificité anatomo-pathologique, mais avec spécificité bactériologique.* — Dans le plus grand nombre des cas, en effet, les articulations frappées de lésions rhumatismales tuberculeuses n'offrent aucune des productions classiquement définies, caractéristiques de l'affection causale. Parmi celles-ci, il en est quelques-unes, dans lesquelles la présence du bacille de Koch *in situ* a pu être mise en évidence. Le bacille lui-même n'a presque jamais été vu (pour notre part, nous ne l'avons pas rencontré), quel que soit le procédé de recherche employé (examen direct par la méthode de Ziehl, culture sur sang, en bouillon, glycérine, etc...). Par l'inoscopie de Jousset on a pu parfois le déceler.

Mais dans ces cas, où l'examen bactérioscopique avait été négatif, l'inoculation a, maintes fois, donné des résultats probants. L. Dor a eu plusieurs inoculations positives, dans le laboratoire de la clinique. Dieulafoy et Griffon, Barbier, Delbet, Milian ont également réussi à tuberculiser le cobaye par injection intra-péritonéale de liquides articulaires. Dans tous ces cas, les lésions de l'animal en expérience ont été tardives, la plupart du temps bénignes, relevant, en somme, d'une infection atténuée.

c. *Rhumatismes tuberculeux ne faisant la preuve de leur origine ni par l'anatomie pathologique ni par la bactériologie.* — C'est le cas habituel : de seuls considérants cliniques avèrent la notion tuberculeuse des fluxions articulaires. Dans nombre de cas, ceux-ci sont si frappants qu'ils servent de chaînon pour arriver aux faits moins évidents. C'est, en effet, dans des rhumatismes de type banal, que l'on a observé ces brusques métastases que seule explique une infection unique, quelque peu protéiforme. C'est dans ces cas que l'on voit succéder la tumeur blanche à l'arthrite rhumatismale, ou la jointure rhumatismale réagir, de façon vive, à la tuberculine. Aussi bien devant une étiologie aussi nette, rapprochée de l'absence de toute caractéristique anatomique ou bactériologique de la tuberculose, avons-nous pensé qu'il s'agissait de lésions trop atténuées pour être spécifiques. C'est de là qu'est née notre conception de la tuberculose inflammatoire, tuberculose spécifique, n'engendrant que des réactions banales des tissus, sorte de paratuberculose, à rapprocher de la parasyphilis de Fournier.

Accueillie, à son apparition, avec un certain scepticisme, et tout d'abord vivement discutée, bientôt vérifiée par l'observation journalière, enfin contrôlée par l'expérimentation, cette doctrine nouvelle est aujourd'hui en dehors de tout conteste, quoi qu'on en ait pu dire.

La tuberculose ne peut plus tenir aujourd'hui dans l'étroite formule du passé. Comme l'un de nous l'avait écrit en 1903, il est impossible de conserver la notion classique de la spécificité du follicule tuberculeux; d'autres agents, animés ou inanimés, peuvent le produire et, en outre, le bacille de Koch peut provoquer par sa présence les processus inflammatoires communs. Après L. Dor, qui avait obtenu des lésions banales à l'aide de cultures atténuées de bacilles de Koch, nombre d'auteurs sont venus confirmer, pour d'autres organes, ce que nous avions avancé pour les articulations. Carnot, dans des expériences anciennes, a montré que le mode de réaction habituel du pancréas devant l'invasion tuberculeuse était la sclérose diffuse, la plus banale qui soit.

Braillon, dans sa thèse sur les endocardites, écrit : « A côté des endocardites tuberculeuses déjà connues, et caractérisées par des productions pathologiques jusqu'à ce jour considérées comme spécifiques des lésions bacillaires, doivent prendre place les *endocardites tuberculeuses purement inflammatoires.* Ces endocardites sont dues au poison tuberculeux, etc. »

L. Bernard et Salomon s'expriment en termes presque identiques, à la suite de leurs travaux sur le rein : « Il existe une néphrite sans caractères anatomiques spécifiques, mais dont l'origine tuberculeuse est attestée seulement par la présence de bacilles à leur niveau. » — « Le follicule n'est que l'expression la plus haute, la plus différenciée, mais nullement exclusive des réactions multiples et complexes que le bacille de Koch peut engendrer, et au niveau du rein, toutes les figures de transition peuvent être obtenues entre les follicules les plus typiques et les lésions inflammatoires les plus banales d'aspect. »

Dans un travail récent, MM. L. Bernard et Gou-

gerot ont groupé toutes ces recherches. Désignant du nom de « lésions non folliculaires de la tuberculose » tout ce que nous avions appelé la tuberculose inflammatoire, ils montrent combien sont fréquentes les réactions tissulaires banales chez les tuberculeux. Ces réactions, qui ne diffèrent en rien de celles produites par d'autres infections, sont incontestablement, disent-ils, d'origine tuberculeuse. La chose est si nette, qu'il leur paraît inutile de revenir sur les « discussions passées dont l'intérêt s'efface sous la poussée des découvertes récentes ».

Ces lésions si variées, ils les ramènent à quelques types généraux, selon qu'elles représentent des réactions des vaisseaux, du tissu conjonctif ou des cellules nobles des organes. Sans insister sur ces dernières, qui n'ont rien à voir ici, nous rappellerons brièvement ce qui en est des autres. Les *réactions vasculaires* sont du type congestif le plus banal, ils en donnent, comme exemple, certains érythèmes noueux.

Les *réactions du tissu conjonctif* sont variables suivant les variétés de ce tissu : dans le tissu conjonctif diffus, c'est l'infiltration embryonnaire et la série entière des phénomènes inflammatoires ordinaires de même ordre ; c'est surtout la sclérose banale ; dans les séreuses, c'est l'exsudation séro-fibrineuse simple ; qu'il s'agisse de séreuse pleurale, péricardique, péritonéale, méningée ou articulaire.

Dans le tissu adénoïde, c'est l'hyperplasie simple, sans la moindre caractéristique anatomique.

On voit par là ce qu'il en est de la fréquence des lésions purement inflammatoires de la tuberculose. Si l'on envisage la question d'ensemble, on se rend compte de la gradation des réactions tissulaires devant la tuberculose, que la clinique indiquait.

Les recherches de Broden sur l'épiploon du lapin nous font d'ailleurs saisir sur le vif cette succession hiérarchique dans la production des lésions initatives des tissus séreux. Le premier acte morbide, consécutif à l'inoculation bacillaire, est un simple phénomène inflammatoire exsudatif; ce n'est que par la suite que l'agglomération des cellules irritées constituera le follicule tuberculeux. Il y a tout lieu de penser que des bacilles, très atténués dans leur virulence, se trouvent amenés à franchir le premier stade de l'inflammation banale.

Et ce qui le prouvait bien, c'est que dans certains cas de tuberculose-rhumatismale, l'on a relevé comme un effort vers la spécificité ; sur la coupe, il y avait des ébauches de groupements cellulaires faisant songer, de loin, au follicule.

Ainsi donc, on ne saurait aujourd'hui refuser au bacille de Koch le pouvoir de s'accompagner dans les séreuses de réactions banales : injection vasculaire, état catarrhal de leurs surfaces, exsudations séro-fibrineuses, etc.

Et cela nous suffit pour légitimer complètement la tuberculose rhumatismale sans lésion.

II

La doctrine du rhumatisme tuberculeux étant bien établie et ne pouvant plus soulever que des controverses secondaires, comme l'a dit J. Teissier dans son rapport au Congrès de Liége, quel peut en être le déterminisme exact?

Nous éliminerons de cette étude les rhumatismes granuliques du type Laveran. La question ne peut se poser que pour les rhumatismes tuberculeux sans lésion spécifique.

Pour quelques esprits, qui se refusent à voir, les infections secondaires seraient tout. M. Verhoogen ne veut même pas reconnaître à l'infection tuberculeuse la possibilité de provoquer la fluxion rhumatismale que nous envisageons ici. Pour lui, la présence d'agents des infections banales serait largement suffisante, dans tous les cas, pour expliquer l'apparition de ces polyarthrites chez les bacillaires. Nous ne voulons pas discuter longuement une opinion en désaccord aussi complet avec les lois de la pathologie générale. Il nous suffira de demander sur quelles constatations s'appuient pareilles doctrines? A-t-on quelquefois constaté le coli-bacille, le streptocoque ou le colibacille *in situ*, ou dans le sang chez des rhumatisants tuberculeux? Il nous paraît inutile d'insister sur une théorie qui ressemble plus à une boutade qu'à toute autre chose. Comme l'a dit excellement Auclair, on ne doit point, sur le champ de bataille, accorder aux oiseaux de proie l'honneur de la victoire, bien qu'ils viennent après la défaite.

Le rhumatisme tuberculeux relevant d'une toxi-infection par le bacille de Koch, toute la question est de savoir comment agit ce dernier pour en produire les différentes modalités.

Trois hypothèses se présentent à l'esprit. Elles reposent sur des preuves d'inégale valeur. Aucune d'elles n'est pleinement démontrée ; mais, dans l'état actuel de la science, elles nous fournissent toutes, au moins, des jalons qui permettent une interprétation très vraisemblable de faits cliniques, du reste indiscutables.

1° Toxines bacillaires diffusibles. — Au début, en ne faisant appel qu'à la clinique, nous avions supposé que, théoriquement, le rhumatisme tuberculeux s'expliquait par la présence, au milieu de tissus, de bacilles en petit nombre, d'une virulence amoindrie, ou bien, par l'action seule de leurs toxines, élaborées dans le sang peut-être, plus probablement dans un foyer lointain, ancien ou récent.

A cette époque, on faisait quelque difficulté d'admettre que le bacille de Koch pût évoluer dans les tissus, sans y traduire sa présence par des lésions anatomiquement définies, et l'origine toxinienne du rhumatisme tuberculeux nous semblait la plus plausible.

Une telle explication, comme d'ailleurs les faits qu'elle visait, ne fut pas, sans réserves, acceptée par tous. Sans doute, la tuberculine injectée, à petites doses répétées, faisait bien naître dans les divers parenchymes, dans le rein en particulier, des lésions congestives, et des réactions fibreuses plus ou moins diffuses, mais il n'y avait là rien de spécifique, et par suite, c'était quantité négligeable !

L'expérimentation avec des sacs de collodion, suivant la méthode de Roux et Nocard, donnait des résultats analogues ; mais on leur refusait, pour la

même raison, droit de cité dans le domaine de la tuberculose. Et pourtant, le passage incessant de toxines dans le sang, en pareil cas, était assez identique à ce qui doit se passer cliniquement chez tout individu porteur d'un foyer bacillaire plus ou moins latent.

Aujourd'hui on admet plus volontiers, nous l'avons dit, que la congestion et la sclérose, en tant que processus généraux, sont fréquemment d'origine tuberculeuse.

Partant du fait bien connu des hyperplasies cellulaires au voisinage des tuberculoses locales, R. Tripier, dans son *Traité d'anatomie pathologique générale*, s'est efforcé de démontrer cette notion capitale. Après avoir étudié les lésions scléreuses diffuses que l'on trouve un peu dans tous les organes, dans les mêmes conditions que la tuberculose classique, il conclut qu'il faut arriver, par extension, à leur reconnaître la *même étiologie qu'aux manifestations tuberculeuses à tubercules. Les scléroses diffuses, sans tubercules, sont probablement d'origine tuberculeuse. Elles s'expliquent par une action irritative, lente et continue.* Il confirme ainsi la théorie émise par nous dès le début.

Bref, on peut concevoir les choses de la façon suivante : des toxines sont sécrétées par le bacille en un point quelconque de l'organisme, puis lancées dans la circulation ; elles viennent se fixer sur certaines articulations pour y produire des lésions auxquelles manque la signature habituelle du bacille, mais qui n'en sont pas moins une manifestation certaine de l'intoxication bacillaire.

Certains faits corroborent cette opinion : les arthropathies consécutives à l'injection de tuberculine de Koch, les réactions locales chez les rhumatisants, après tuberculino-réaction ou ophtalmo-réaction, le balancement entre les arthropathies et la marche des accidents pulmonaires, etc... Mais cela paraît quantité négligeable aujourd'hui à beaucoup d'auteurs, l'étude des toxines diffusibles au moyen de la tuberculine ayant montré que ces substances ne provoquent chez les animaux que des phénomènes généraux d'intoxication, sans réaction anatomique appréciable. Nous y reviendrons plus loin.

2° Poisons adhérents. — On tend, en effet, beaucoup aujourd'hui à admettre que le bacille de Koch, pour pouvoir agir réellement, doit abandonner un foyer distant et le courant sanguin, pour se fixer au niveau des tissus. On lui refuse le pouvoir d'engendrer, à distance, par des toxines, ces lésions d'inflammation que les anatomo-pathologistes admettent, et que démontre l'étude des malades.

On veut voir là une action locale et spécifique de l'agent, lui-même spécifique.

Les tuberculines, nous voulons dire par là les toxines sécrétées à distance, sont tenues pour incapables de produire une irritation suffisante des tissus. Elles ne sauraient entrer en ligne de compte.

La congestion et la sclérose ne sont plus des réactions indifférentes des éléments qui se défendent. Il faut les comprendre comme des processus d'évolution de la tuberculose, engendrés par un virus spécial. Elles ne relèvent pas des toxines diffusibles dont la virulence est très faible et l'action limitée, mais des poisons adhérents : la tuberculose est, avant tout, une maladie d'intoxication locale, le bacille générateur accompagnant toujours l'altération qu'il provoque, et cette lésion ne se trouvant que là où a cultivé et cultive encore ce bacille ?

Pour Auclair qui, dans de remarquables travaux, s'est attaché, depuis plusieurs années, à démontrer cette doctrine, on peut extraire du bacille de Koch des matières grasses, dont l'injection dans les tissus produit les altérations anatomiqnes de la tuberculose. L'extrait éthéré est *caséifiant* ; l'extrait chloroformé est *sclérosant*. La nodosité inflammatoire produite par ce dernier a peu de tendance à évoluer. Elle s'entoure d'une gangue fibreuse, et donne, comme ultime évolution, une cicatrice épaisse, se rapprochant de la chéloïde. Dans les viscères, la chloroformine fait de *la sclérose avec cellules géantes, et cette sclérose est toujours spécifique.* Mais il y a là des questions de degré, et on a parfois de la peine à mettre en évidence l'élément caractéristique.

Ainsi s'expliqueraient les lésions dont nous parlions plus haut. Telle serait pour Auclair la pathogénie des manifestations tuberculeuses que nous étudions.

Les expériences d'Armand Delille pour les méninges, celles de Jousset, de Bernard et Salomon pour le rein, d'Oppenheim et Lœper pour les capsules surrénales, de Courroux et Ribadeau-Dumas pour le foie, tendent toutes à démontrer que la plupart des scléroses parcellaires ou diffuses des viscères sont fonction de tuberculose.

Elles seraient de nature à faire accepter pareille opinion pour les articulations. Dès lors, *le rhumatisme tuberculeux serait un rhumatisme toxinien, le bacille, dont la présence est nécessaire, agissant, non point par ses produits solubles, mais par ses poisons adhérents.*

Nous retiendrons, d'autre part, des travaux d'Auclair, le point suivant digne d'attention. Si l'on a soin de débarrasser complètement les bacilles de leurs graisses par l'éther et le chloroforme combinés, et si on injecte ensuite les bacilles ainsi traités, à des animaux, *on ne reproduit plus aucune lésion spécifique de la tuberculose.*

Ce détail, avons-nous dit, n'est pas négligeable. Il mérite d'être relevé. On est loin, en effet, de connaître encore tous les poisons du bacille de Koch. Les poisons adhérents ne sont pas les seuls, et en supposant qu'ils expliquent toutes les lésions de la tuberculose classique, il est bien permis de penser qu'ils ne sont pas toute la tuberculose.

D'ailleurs, dans les résultats si intéressants obtenus par Auclair et ses collaborateurs, quelques faits s'harmonisent mal avec ce que nous avons vu.

Dans le rhumatisme tuberculeux, comme dans les autres manifestations de la tuberculose inflammatoire, le bacille n'a été que très rarement rencontré, soit par nous (L. Dor), soit par d'autres (Dieulafoy et Griffon). Ce n'est qu'exceptionnellement que les exsudats retirés des articulations ont tuberculisé le cobaye (Dor), et quand l'infection se réalise, on ne

commence à la constater que longtemps après l'inoculation, au bout de deux à trois mois. D'autre part, nous n'avons pas trouvé de néoformations spécifiques dans la synoviale : follicules ou cellules géantes, Tout ce que nous avons pu mettre en évidence. comme nous le dirons plus loin, c'est, quelquefois, dans les parties ligamenteuses, capsulaires, périarticulaires, dans les tissus fibreux voisins, une vascularisation anormale, un peu d'infiltration embryonnaire, avec tendance à l'organisation autour des vaisseaux. Est-ce suffisant pour affirmer qu'un tel processus est spécifique? Nous ne le pensons pas et nous pouvons dire que, dans le rhumatisme tuberculeux, rien ne nous a montré, dans le plus grand nombre des cas, l'évolution locale spécifique du bacille de Koch.

C'est pour la même raison que nous ne saurions admettre la doctrine de la granulie discrète, exposée par Bar dans les thèses de J. Pallard et de Lasserre. « Quand on parle de granulie, dit-il, on a toujours en vue la grande granulie d'Empis ; mais cette forme, pour être certaine, est loin de résumer en elle toute l'histoire des formes granuliques : elle est même la plus rare de toutes, et il y a place, à côté d'elle, pour des granulies plus atténuées. » Cette deuxième forme, bénigne, d'allure *discrète*, peut guérir sans laisser de trace. Ainsi en serait-il dans la polyarthrite du rhumatisme tuberculeux, et nous voici ramenés, sprès de longs détours, à la fameuse observation de Laveran et à l'identification de toutes les formes de rhumatisme tuberculeux que nous avons séparées.

C'est là une pure hypothèse dont ni Bard ni ses élèves n'ont jamais fait la preuve. Il n'y a, dans la thèse de Lasserre, aucune constatation qui permette de saisir la granulation à son début ou à son déclin. Par contre, nous avons pu constater directement sur certaines articulations, dans une phase initiale de la maladie, l'absence de toute granulie, même discrète. De même Broca, arthrotomisant des enfants atteints de rhumatisme tuberculeux en pleine évolution, n'a relevé aucune trace de granulations récentes ou anciennes.

Ce processus est donc trop éphémère pour être constaté. Autant vaut dire qu'il n'existe pas.

3° Action directe du bacille. — S'agit-il donc d'un processus microbien direct, n'engendrant, sous des causes mal connues, que des altérations banales?

Depuis quelques années déjà, Arloing avait indiqué, dans la thèse de Pupier notamment, qu'il était possible d'obtenir une espèce de bacilles de Koch, ne créant, dans les tissus, que des lésions infectieuses simples.

En accoutumant des bacilles humains, entretenus sur pomme de terre depuis plusieurs mois, à vivre dans la profondeur d'un bouillon glycériné, il est arrivé à obtenir des bacilles un peu plus longs, un peu mobiles, retenant moins fortement les couleurs, après passage dans l'eau acidulée, quelques-uns se décolorant même entièrement. Ces bacilles qui, avant leur transformation, jouissaient du pouvoir infectant habituel, étaient ensuite incapables de tuberculiser les animaux par injections sous-cutanées.

Par contre, si leur virulence diminuait pour le cobaye et le lapin, elle était augmentée pour le veau, chez lequel *elle détermine une tuberculose septicémique ou infectieuse, provoquant, dans les viscères, des formations tissulaires, dont la disposition rappelle seulement des lésions microscopiques débutantes*.

Et Arloing, tout dernièrement, émettait l'hypothèse que le rhumatisme tuberculeux était peut-être un type clinique de cette variété de tuberculose, obtenue expérimentalement ?

Il y aurait bacillémie passagère avec arrêt et colonisation dans certains points. Ceci ne saurait surprendre, car il est admis, nous l'avons vu, que le bacille de Koch peut engendrer dans les tissus la banale inflammation sans trace de réaction spécifique.

En un mot, le rhumatisme tuberculeux serait un rhumatisme microbien. Les faits mis au jour dans ces derniers temps, synthétisés dans le travail récent de Bernard et Gougerot dont nous avons déjà parlé, tendraient à nous rapprocher de cette dernière hypothèse.

Le rhumatisme tuberculeux rentrant dans le cadre des lésions non folliculaires de la tuberculose, étant fonction de tuberculose inflammatoire, relèverait d'une dissémination des bacilles dans les tissus. Ceux-ci s'y trouveraient « isolés, répartis et disposés à l'état d'unités pour ainsi dire ».

Expérimentalement, on pourrait retrouver *in situ*, par des recherches très minutieuses, ces bacilles épars; leur rareté expliquerait les insuccès qu'on a eu jusqu'ici dans leur recherche ; expérimentalement, on pourrait avec le bacille de Koch obtenir des lésions de même ordre?

Tout cela est fort séduisant, et peut-être, dans un avenir prochain, devra-t-on adopter pleinement cette explication nouvelle venue.

Mais actuellement, devant tant de théories, toutes justifiables par d'excellents arguments, il est bien difficile de prendre parti.

Nous dirions volontiers en terminant, que la vérité se trouve probablement dans le plus large éclectisme.

La tuberculose inflammatoire, le rhumatisme tuberculeux qu'elle conditionne, sont fonction du virus tuberculeux, dans le sens le plus large et le plus extensif donné à ce terme. Tous les modes d'action de cette toxi-infection peuvent intervenir pour le produire.

Peut-être pourrait-on dire que les rhumatismes avec spécificité bactériologique relèvent de poisons adhérents ou de microbes atténués, localement existants, tandis que les autres sont le fait des toxines diffusibles ? Peu importe au fond.

Toxinien, toxi-infectieux, le rhumatisme tuberculeux est un des plus beaux types qui soient de rhumatisme infectieux.

En envisageant de cette façon, très large, le rôle de la tuberculose, on se trouve conduit à soulever une dernière face du problème pathogénique qu'a posé le rhumatisme tuberculeux.

Apparaissant au cours d'une infection générale, il n'a peut-être pas toujours le déterminisme simpliste que nous avions primitivement supposé. Après Ser-

gent, Claisse, Lévi et de Rothschild, Ménard, etc., ont attiré l'attention sur les liens qui unissent le rhumatisme chronique et l'insuffisance thyroïdienne.

Constatant la fréquence de la coexistence des deux maladies, notant les bons effets de l'opothérapie thyroïdienne chez les rhumatisants, ils ont conclu à l'origine thyroïdienne du rhumatisme chronique.

Que le rhumatisme thyroïdien existe, nous en sommes *a priori* convaincus. Mais nous pensons et nous l'avons dit déjà, que dans la théorie ainsi échafaudée, il manque un échelon. Quel est le motif de l'insuffisance thyroïdienne? Celle-ci en soi n'existe pas. Elle n'est qu'un aboutissant de traumatismes chirurgicaux, toxiques ou infectieux. Poser le problème, tel qu'on l'a posé, ce n'est pas en fournir la solution. L'échéance est reculée; elle n'est pas couverte.

Il faut donc, quand on parle de rhumatisme thyroïdien, chercher la cause de l'hypothyroïdie que l'on constate. Elle n'est habituellement, suivant toute vraisemblance, qu'une résultante d'états infectieux. Les belles recherches de Roger et Garnier le font comprendre aisément. Et dès lors, quand le rhumatisme thyroïdien se voit chez un tuberculeux, nous croyons qu'il faut le considérer comme une simple modalité de la tuberculose rhumatismale.

L'infection originelle a stérilisé partiellement la glande thyroïde, dont l'insuffisante sécrétion a réagi sur les articulations. Le rhumatisme est thyroïdien, mais le thyroïdisme est d'essence tuberculeuse. L'opothérapie améliore les malades, mais ce n'est là qu'une heureuse médication symptomatique.

Le *primum movens* n'en reste pas moins la tuberculose, qu'il faut savoir reconnaître avant sa brutale manifestation terminale.

DOCUMENTS OFFICIELS

ARRÊTÉ MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 20 FÉVRIER 1907, RELATIF A L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
Vu le décret du 22 août 1854;
Vu les statuts des 20 décembre 1855, 16 novembre 1874 et 27 décembre 1880;
Vu le décret du 12 juillet 1878 et l'arrêté du 17 juillet 1885;
Vu l'arrêté du 30 juillet 1887;
Vu la loi du 27 février 1880;
Vu l'avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique,

Arrête :

L'arrêté du 20 février 1907, relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est modifiée ainsi qu'il suit, à partir du 1er janvier 1909 :

TITRE PREMIER

Dispositions générales.

ARTICLE PREMIER. — Les épreuves des concours qui déterminent la nomination des agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont réparties en deux séries indépendantes : épreuves d'admissibilité et épreuves d'admission.

Les épreuves d'admissibilité comportent trois sections : 1° Sciences anatomiques, physiologiques, physiques, chimiques, naturelles; 2° Sciences médicales; 3° Sciences chirurgicales et obstétricales.

Dans les première et troisième sections, les sujets des épreuves sont différents suivant les spécialités pour lesquelles sont inscrits les candidats.

Les épreuves d'admission sont spéciales suivant les sections déterminées ci-après.

TITRE II

Des épreuves d'admissibilité.

ART. 2. — Nul n'est admis à s'inscrire pour les épreuves d'admissibilité s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

ART. 3. — Le ministre détermine, d'après les besoins des établissements d'enseignement supérieur médical de l'Etat, le nombre maximum des candidats qui peuvent être déclarés admissibles à la suite de chaque concours.

Ce nombre ne peut être augmenté, une fois clos les registres d'inscription.

Suivant la valeur des épreuves, le jury peut rester en deçà de ce nombre.

ART. 4. — La date et le siège des épreuves sont fixés par le ministre.

Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies six mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils restent ouverts pendant quatre mois.

ART. 5. — Pour chaque section, les épreuves sont subies devant un jury de neuf membres choisis par le ministre parmi les professeurs titulaires ou honoraires et les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes.

Aucune faculté ne peut être représentée par plus de trois membres dans le jury.

Le jugement peut être rendu valablement par cinq juges.

Une note en chiffre est attribuée, après délibération du jury, à chaque candidat pour chacune de ses épreuves.

ART. 6. — Les épreuves d'admissibilité sont : 1° Une composition écrite d'anatomie, d'histologie et de physiologie; 2° Un exposé oral de trois quarts d'heure au maximum sur une question de pathologie générale; 3° Une épreuve de clinique; 4° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides.

ART. 7. — Le président du jury assure la surveillance des épreuves et la régularité des opérations.

ART. 8. — Les sujets de la composition écrite sont choisis par le jury.

L'enveloppe qui les contient ne doit être ouverte qu'au début de la séance de composition, en présence des candidats.

La durée de la composition écrite est de quatre heures.

Elle a lieu dans une salle fermée.

Les candidats ne peuvent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Toute communication entre les candidats est interdite.

Chaque candidat, après avoir signé sa composition, la remet au membre du jury chargé de la surveillance, lequel y appose son visa.

Les compositions sont lues en séance publique sous le contrôle d'un des juges.

ART. 9. — Trois heures sont accordées à chaque candidat pour la préparation, en salle fermée, sans notes et sans ouvrages imprimés ou manuscrits, de l'exposé oral sur une question de pathologie générale.

Tous les sujets proposés pour cette épreuve sont choisis par le jury avant le commencement de la série des exposés oraux.

Il doit y avoir autant de fois trois sujets que de candidats. Ces sujets sont placés trois par trois sous enveloppes fermées. Chaque candidat tire une de ces enveloppes suivant

l'ordre déterminé par le sort, et choisit pour son exposé oral un des trois sujets qu'elle contient.

Art. 10. — Le jury détermine le temps accordé aux candidats pour l'épreuve de clinique et la préparation de l'épreuve pratique.

Art. 11. — L'admissibilité est prononcée par le jury, après délibération.

La liste des candidats déclarés admissibles est dressée par ordre alphabétique.

Elle est publiée au *Journal officiel*.

Après la clôture des opérations, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des épreuves.

Art. 12. — Le bénéfice de l'admissibilité reste acquis indéfiniment.

Art. 13. — Un concours est ouvert chaque année pour les épreuves d'admissibilité.

TITRE III

Des épreuves d'admission.

Art. 14. — Les épreuves d'admission correspondent aux sections suivantes :

I. *Médecine.* — Anatomie et embryologie; histologie et embryologie; physiologie; physique biologique et médicale; chimie biologique et médicale; sciences naturelles appliquées à la médecine; pathologie générale et médecine interne; anatomie pathologique; médecine expérimentale et comparée; thérapeutique et pharmacologie: hygiène; médecine légale; maladies nerveuses et psychiatrie; maladies cutanées et syphilitiques; chirurgie générale; obstétrique; chirurgie infantile et orthopédie; médecine infantile; ophtalmologie; maladies du larynx, du nez et des oreilles; gynécologie; maladies des voies urinaires.

II. *Pharmacie.*

PHARMACIE ET MATIÈRE MÉDICALE.

Art. 15. — Nul n'est admis à se présenter aux épreuves spéciales pour les sections de médecine s'il n'a subi avec succès les épreuves d'admissibilité.

Art. 16. — Les candidats aux fonctions d'agrégé (section de pharmacie) dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent justifier :

Soit : 1° du doctorat en médecine et de l'admissibilité à l'agrégation, soit : 2° du titre de pharmacien de première classe et du doctorat ès sciences physiques ou naturelles, soit : 3° du diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 17. — Les épreuves sont :

1° Une épreuve de titres.

Elle consiste en un exposé public de ses travaux personnels fait par le candidat.

Il est accordé une heure à chaque candidat pour cet exposé.

En vue de cette épreuve, le candidat est tenu de fournir une notice imprimée de ses titres et travaux scientifiques.

Le format de la notice est le format prévu par l'arrêté du 1er mai 1896 pour les thèses de doctorat en médecine.

Les candidats doivent déposer en outre un exemplaire de chacune de leurs publications.

2° Une épreuve théorique.

Elle consiste en une leçon orale d'une heure faite, après quatre heures de préparation dans une salle fermée, sans aucune collaboration sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit.

Pour cette préparation le candidat ne doit apporter aucun livre, aucune note.

Les ouvrages de la bibliothèque de l'établissement où a lieu le concours sont mis à sa disposition, sur sa demande.

La surveillance est organisée par le président du jury.

3° Une épreuve pratique sur un sujet se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit.

Pour chaque ordre d'agrégation, le jury détermine la nature de l'épreuve pratique, sa durée et la durée de l'exposé oral public où le candidat rend compte de cette épreuve.

Art. 18. — Les jurys des diverses sections sont nommés par le ministre.

Ils sont constitués ainsi qu'il suit :

Section d'anatomie et embryologie et section d'histologie et embryologie. — Un seul jury composé de cinq titulaires : deux professeurs d'anatomie; un professeur d'anatomie comparée ou d'embryologie; deux professeurs d'histologie; deux juges suppléants.

Section de physiologie. — Cinq juges titulaires : trois professeurs de physiologie; deux professeurs choisis parmi les professeurs d'histologie, de physique et de chimie médicales ou biologiques et de médecine expérimentale ou de bactériologie; deux juges suppléants.

Section de physique biologique et médicale. — Cinq juges titulaires : trois professeurs de physique; un professeur de physiologie; un professeur de médecine expérimentale ou de bactériologie; deux juges suppléants.

Section de chimie biologique et médicale. — Cinq juges titulaires : trois professeurs de chimie; un professeur de physique; un professeur de physiologie; deux juges suppléants.

Section des sciences naturelles appliquées à la médecine. — Cinq juges titulaires : quatre professeurs d'histoire naturelle; un professeur de bactériologie; deux juges suppléants.

Section de pathologie générale et médecine interne. — Sept juges titulaires : un professeur d'anatomie pathologique; un professeur de pathologie générale; un professeur de pathologie expérimentale ou de thérapeutique; les autres juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie interne, de clinique médicale et des cliniques médicales spéciales; trois juges suppléants.

Section d'anatomie pathologique. — Cinq juges titulaires deux professeurs d'anatomie pathologique; un professeur d'histologie; un professeur de pathologie générale ou de pathologie expérimentale; un professeur de médecine interne; deux juges suppléants.

Section de médecine expérimentale et comparée. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de médecine expérimentale ou de bactériologie; deux professeurs de pathologie générale, de médecine interne, de thérapeutique, d'hygiène ou d'anatomie pathologique; un professeur d'histologie ou de physiologie; deux juges suppléants.

Section de thérapeutique et pharmacologie. — Cinq juges titulaires : un professeur de thérapeutique; un professeur de pharmacologie; un professeur de chimie médicale; un professeur de clinique médicale; un professeur de physique médicale, de physiologie ou de pathologie expérimentale; deux juges suppléants.

Section d'hygiène. — Cinq juges titulaires : deux professeurs d'hygiène; un professeur de physiologie; un professeur de chimie médicale; un professeur de médecine interne ou de médecine expérimentale ou de bactériologie; deux juges suppléants.

Section de médecine légale. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de médecine légale; un professeur de médecine mentale; un professeur de chimie ou de pharmacologie; un professeur de pathologie médicale, de pathologie chirurgicale ou de clinique obstétricale; deux juges suppléants.

Section des maladies nerveuses et psychiatrie. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de pathologie nerveuse; deux professeurs de pathologie mentale; un professeur de médecine interne ou d'anatomie pathologique; deux juges suppléants.

Section des maladies cutanées et syphilitiques. — Cinq juges titulaires : trois professeurs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques; un professeur de pathologie générale ou de

médecine interne; un professeur d'histoire naturelle; deux juges suppléants.

Section de chirurgie générale. — Sept juges titulaires : les juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie externe, de clinique chirurgicale, de médecine opératoire et des cliniques chirurgicales spéciales; trois juges suppléants.

Section de chirurgie infantile et orthopédie. — Cinq juges titulaires : trois professeurs de chirurgie infantile et orthopédie; deux professeurs de clinique chirurgicale; deux juges suppléants.

Section de médecine infantile. — Cinq juges titulaires : trois professeurs de médecine infantile; deux professeurs de clinique médicale; deux juges suppléants.

Section d'ophtalmologie. — Cinq juges titulaires : trois professeurs de clinique ophtalmologique; un professeur de physique médicale; un professeur de chirurgie; deux juges suppléants.

Section des maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Cinq juges titulaires : trois professeurs des maladies du larynx, du nez et des oreilles; un professeur de chirurgie; un professeur de médecine; deux juges suppléants.

Section de gynécologie. — Cinq juges titulaires : trois professeurs de gynécologie; un professeur d'obstétrique; un professeur de chirurgie; deux juges suppléants.

Section des maladies des voies urinaires. — Cinq juges titulaires : trois professeurs de clinique des maladies des voies urinaires; un professeur de chirurgie; un professeur de médecine; deux juges suppléants.

Section d'obstétrique. — Cinq juges titulaires : trois professeurs d'obstétrique; un professeur de chirurgie; un professeur de médecine; deux juges suppléants.

Section de pharmacie et matière médicale. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de pharmacie; un professeur de chimie médicale; deux professeurs de botanique ou de matière médicale; deux juges suppléants.

Le professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de médecine de l'Université de Paris peut être appelé à siéger dans tel ou tel jury, suivant sa compétence.

Art. 19. — Peuvent être appelés, au même titre que les membres des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, à faire partie de chaque jury, mais seulement pour une place, les membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, les professeurs du Collège de France, du Muséum d'histoire naturelle et des facultés des sciences et les professeurs honoraires des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 20. — Aucune faculté ne peut être représentée par plus de deux membres dans les jurys, quand ils sont composés de cinq juges : par plus de trois membres quand ils sont composés de sept juges.

Art. 21. — Lorsque le jury est composé de sept juges titulaires, le jugement peut être valablement rendu par cinq juges.

Lorsque le jury est composé de cinq juges titulaires, le jugement peut être valablement rendu par trois juges.

Les juges suppléants ne peuvent pas appartenir à la même faculté. Ils sont choisis dans les facultés qui ne sont pas représentées dans le jury, ou, s'il s'agit de jurys composés de sept juges titulaires, dans les facultés qui n'y comptent pas plus d'un juge titulaire.

Art. 22. — Le procès-verbal de la délibération à la suite de laquelle est dressée, par ordre de mérite, la liste des candidats proposés au ministre pour le titre d'agrégé, doit, à peine de nullité du concours, faire connaître, pour chaque candidat, la valeur de chacune de ses épreuves et les raisons qui ont déterminé le jury dans ses choix et classement.

Suivant leur rang de classement, les agrégés sont appelés à désigner, parmi les facultés où des places de leur spécialité ont été déclarées vacantes, celle à laquelle ils désirent être attachés.

Si, dans l'intervalle de deux concours, une place d'agrégé de leur spécialité devient vacante dans une autre faculté, ils peuvent y être transférés sur leur demande.

TITRE IV

Dispositions transitoires.

Art. 23. — Les docteurs en médecine candidats à l'agrégation et déclarés admissibles dans les concours antérieurs au 1er novembre 1907 sont dispensés des épreuves d'admissibilité prévues aux articles 1 et 6 du présent arrêté.

Art. 24. — Les dispositions du présent arrêté relatives aux épreuves d'admission seront appliquées aux concours qui seront ouverts à partir de l'année scolaire 1909-1910.

Art. 25. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent arrêté, les dispositions contraires des statuts du 16 novembre 1874 et du 27 décembre 1880 et de l'arrêté du 30 juillet 1887.

Art. 26. — L'arrêté du 25 juillet 1906 relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est rapporté.

Fait à Paris, le 28 juillet 1908.

GASTON DOUMERGUE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le bromure de potassium est, ainsi que l'a montré M. le professeur Pouchet, tout particulièrement intéressant au point de vue de son action médicamenteuse, parce qu'en raison des métamorphoses qu'il subit dans l'économie, il permet la dissociation des actions pharmacodynamiques du brome et du potassium, répondant chacune à des indications et à des électivités spéciales.

Si on introduit le brome dans l'organisme sous forme de bromure de sodium, il agit sur le cerveau, calme la surexcitation nerveuse produite par un travail intellectuel trop prolongé et se conduit alors comme un hypnotique très efficace.

Si nous lui substituons, au contraire, le bromure de potassium, à l'action précédente viendra se joindre une influence sur le cœur, la respiration, la température dont on pourra entraver ou annuler les manifestations au moyen d'un exercice violent ou de tout autre procédé aboutissant à une exagération des phénomènes de nutrition, alors que l'influence cérébrale n'est empêchée en aucune façon.

Autant de cas, autant d'indications différentes en face desquelles le praticien sera heureux de trouver à sa disposition la gamme des bromures alcalins de Henri Mure d'un emploi si fidèle et toujours si exactement dosés à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La dynamique des phénomènes de la vie, par J. Lœb, professeur de physiologie à l'Université de Berkeley (Californie). Traduit de l'allemand par MM. Daudin et Schæffer. Préface de M. le professeur Giard (de l'Institut). In-8° avec fig., de la Biblioth. scientif. internat., cart. à l'angl. — Prix : 9 francs. — Paris, F. Alcan.

Philosophie zoologique, ou exposé des considérations relatives à l'histoire naturelle des animaux, par M. Jean Lamarck. In-8° de XLII-416 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

VALÉROBROMINE LEGRAND

Bromovalérianate de soude :

LIQUIDE	CAPSULES
0 gr. 50 par cuillerée à café (2 à 6 par jour).	0 gr. 25 par Capsule (4 à 12 par jour).

SUC DE VIANDE CRUE INALTÉRABLE

MUSCULOSINE



PLASMA MUSCULAIRE TOTAL BYLA

Préparé selon la Méthode des Professeurs RICHET et HÉRICOURT.

Le flacon (1/2 litre)..... Prix 7 fr.
— (1/4 de litre).. — 3f75

Établissements BYLA Jeune à GENTILLY (Seine)

KÉPHIR SALMON

28, Rue de Trévise. — *TÉLÉPHONE* 149-78

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexies, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ANTIGONORRHÉIQUE

Sans saveur. Sans odeur. *CAPSULES de*

Santyl-Knoll

(Éther Salicylique neutre du Santalol.)

Dose quotidienne : 2 capsules (à 0gr40), 3 à 4 fois par jour après les repas.
PRESCRIRE :
Capsules de Santyl-Knoll, 1 boite.

L'éthérification du Santalol par l'acide salicylique a pour résultats : *Suppression absolue du goût et de l'odeur du Santal ; — Suppression des troubles gastro-intestinaux et de l'irritation rénale ; — Augmentation de l'action antiseptique due à la libération de l'acide salicylique.*

Notices et échantillons : **PHARMACIE du Dr BOUSQUET,** *140, Faubourg Saint-Honoré, Paris.*

« JAMAIS D'IODISME »

LIPIODOL LAFAY

à **40 %** d'**Iode** sans aucune trace de chlore

54, Chaussée-d'Antin, PARIS

INDICATIONS

—

ENFANTS strumeux, lymphatiques, adénoïdiens.

ARTÉRIOSCLÉROSE,

ASTHME, guérison dans presque tous les cas.

SYPHILIS TERTIAIRE et HÉRÉDO-SYPHILIS

POSOLOGIE

—

INJECTION (*indolore*),
(1 cent. cube = 2 gram. 84 KI.)
1, 2, 3, 5 cent. cubes et même plus (tolérance parfaite).

CAPSULES
(1 capsule = 1 gramme KI.)
2 à 5 par jour en moyenne.

EMULSION
(1 cuil. à café = 1 gr. KI.)
Adultes, *2 à 5 cuil. à café par jour.*
Enfants, *1 à 2 cuil. à café par jour.*

La plus riche, la plus active, la mieux tolérée de toutes les préparations iodées organiques.

N° 89. — JEUDI 6 AOUT 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 6 AOUT 1908. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — La chaire de chimie biologique de la Faculté des sciences de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

CONDAMNATION D'UN MÉDECIN ET D'UN PHARMACIEN A BORDEAUX. — A la suite de plaintes déposées par diverses personnes, le parquet poursuivait correctionnellement un médecin et un pharmacien.

Il était reproché au docteur d'avoir porté tort à des patrons et à des compagnies d'assurances en exagérant les maladies des ouvriers pour prolonger leur chômage, et en prescrivant d'inutiles médicaments.

Le pharmacien était accusé de complicité pour avoir fourni des médicaments en quantité anormale.

Le tribunal correctionnel a rendu son jugement. Le médecin a été condamné à huit mois de prison, 100 francs d'amende et quatre ans d'interdiction d'exercice de la médecine; le pharmacien, à trois mois de prison et 100 francs d'amende, tous deux sans sursis. D'autre part, le médecin et le pharmacien sont condamnés solidairement à 200 francs de dommages et intérêts envers le syndicat des patrons, et à 600 francs envers un patron qui s'était porté partie civile.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Dans le but d'aider à l'amélioration de la situation morale et hygiénique des marins pêcheurs, la Société française d'hygiène a décidé, sur la proposition de son président honoraire, M. E. Cacheux, d'ouvrir pour l'année 1908 un concours sur la question suivante :

Enquête sur les habitations des marins pêcheurs d'une région déterminée aux choix des candidats. Le programme se composera de deux parties :

1° Statistique de la natalité, de la mortalité et de la morbidité limitée aux maladies évitables; description de quelques maisons de marins pêcheurs avec leurs dépendances; prix de revient d'une habitation, détails sur les services relatifs à la fourniture d'eau potable, à l'utilisation des eaux ménagères, à l'écoulement des eaux pluviales et usées;

2° Marche à suivre pour améliorer les conditions hygiéniques des habitations, en assainissant les quartiers ou les communes qui se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques, en créant de nouveaux quartiers dans les environs des villes maritimes encombrées, notamment dans celles qui sont encore fortifiées et dont le déclassement s'impose.

Plusieurs prix, dont une médaille d'or de 200 francs, offerte par M. Cacheux, seront affectés à ce concours.

Les mémoires devront être adressés avant le 31 décembre 1908, dernier délai, au siège social de la Société, à Paris, rue Serpente, 28.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trentième semaine, 752 décès, au lieu de 753 pendant la semaine précédente et de 850, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc toujours satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 44 au lieu de 38 précédemment et au lieu de la moyenne 28.

La diarrhée infantile a causé 30 décès de 0 à 1 an, au lieu de 44 pendant la semaine précédente (moyenne 61).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 76 décès, au lieu de 81 la semaine précédente, et au lieu de 93, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès (moyenne 184).

CHATEL-GUYON. — Un entrefilet d'un journal parisien, sous le titre de : « Une ville d'eaux sans eaux », a laissé croire que les sources de Châtel-Guyon s'étaient taries.

Nous nous empressons de dire que cet entrefilet est dû à la plume d'un journaliste mal informé, et qu'il y a eu en réalité une défaillance momentanée de deux seulement des sources aménagées en buvette, défaillance due à une surproduction gazeuse qui a fait baisser le niveau de jaillissement de ces deux sources. Cette défaillance n'a pas duré plus de quinze minutes pour l'une des deux sources, et de deux heures pour l'autre. Nos sources continuent à déverser leur torrent de 5000000 de litres quotidiens, très amplement suffisants à l'exécution de toutes les opérations thermales.

Voilà ce que peuvent attester les cinq mille baigneurs présents en ce moment à Châtel-Guyon.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies des organes génito-urinaires. — (N° 10, 1908.) NICOLICH : Sur deux cas de néphrolithiase aseptique. — MARTINI : Sur la production cornée du gland.

Journal des praticiens. — (N° 22, 30 mai 1908.) L. RÉNON : Les principes généraux de l'opothérapie. — RAYMOND : Les tumeurs de la moelle. — SABOURIN : Le bruit œsophagien dans l'auscultation des phtisiques. — (N° 23, 6 juin.) DEBOVE : Le zona exophtalmique. — A. TROUSSEAU : La conjonctivite blennorragique métastatique. — GUISEZ : De l'extraction par l'œsophagoscopie de plusieurs corps étrangers enclavés dans l'œsophage (arête, dentiers, boutons de corozo). — (N° 24, 13 juin.) HUTINEL : Les réactions broncho-pulmonaires au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique. — (N° 25, 20 juin.) CALOT : Le mal de Pott. — RÉNON : Histoire d'une cure de bégaiement. — (N° 26, 27 juin.) RECLUS : La maladie kystique de la mamelle estelle bénigne ? — Louis RÉNON : Du pragmatisme en médecine : la thérapeutique pragmatique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 25, 20 juin 1908.) Dominique AUGIER et CHOQUET : Kyste hydatique du foie avec éosinophilie considérable.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 juin 1908.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : La prophylaxie du tétanos par le sérum.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 26, 18 juin 1908.) DEBRAY : Hémichorée chronique. — (N° 26, 25 juin.) J. DE MEYER : Etude sur la pathogénie du diabète. — DUSTIN : L'origine et la signification des cellules « myoïdes » et « épithéloïdes » du thymus.

Lyon médical. — (N° 25, 21 juin 1908.) GIULANI et ARCELIN : Calculs de la vessie et radiographie. — LATARJET et CHALIER : La gouttière dorso-sous-capsulaire et son contenu. — (N° 26, 29 juin.) COURMONT et CREMIEU : Effets de la déchloruration chez un épileptique bromuré. — Désir DE FORTUNET et REGNAULT : Balle de fusil à aiguille ayant séjourné trente-huit ans dans le fémur.

Montpellier médical. — (N° 23, 7 juin 1908.) PERRIER : Nouveaux procédés de captage et de mise en bouteille des eaux minérales.

Nord médical. — (N° 329, 15 juin 1908.) RICHARD-LESAY : Traitement abortif et curatif de la variole (observations personnelles et 25 cas traités à l'hôpital de Toulouse par M. Daunic).

Presse médicale. — (N° 50, 20 juin 1908.) NETTER : L'argent colloïdal dans les maladies infectieuses. — DANIEL : Atrophie numérique consécutive aux brûlures de l'enfance. — (N° 51, 24 juin.) L. TANON : L'épidémiologie et la bactériologie dans la lutte scientifique contre la fièvre typhoïde. — Lucien CAMUS : Quelques inconvénients reprochés à l'anesthésie par le chlorure d'éthyle. — J.-P. LANGLOIS : Une nouvelle théorie de shock chirurgical. — (N° 52, 27 juin.) LANDOUZY : Valeur séméiologique des leucoplasies jugales et commissurales dites « plaques des fumeurs ». — Louis QUEYRAT : Quelques ulcérations infectieuses des doigts. — Maurice LETULLE : Tuberculose du pharynx.

Province médicale. — (N° 26, 27 juin 1908.) MAZOYER (d'Ax-les-Thermes) : Syphilis, mercure, cures thermales.

Revue de chirurgie. — (N° 6, 10 juin 1908.) P. BERGER : Epithéliome du talon développé autour d'un séquestre résultant d'une ostéomyélite ancienne du calcanéum. Opération de Wladimiroff-Mikulicz (1 fig.). — QUÉNU et Pierre DUVAL : Technique opératoire de la colpo-hystérectomie totale par voie combinée périnéo-abdominale (10 fig.). — P. CAVAILLON et Emile PERRIN : La colectomie dans les cancers du gros intestin (4 fig.). — FABRE et THÉVENOT : Le goitre chez le nouveau-né (4 fig.). — HARDOUIN et MARQUIS : Abcès froids thoraciques rétro-mammaires (6 fig.). — QUÉNU : De la cholécystite typhique au cours et pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et principalement de son traitement opératoire.

Revue de médecine. — (N° 6, 10 juin 1908.) J. PAVIOT et L. NOVÉ-JOSSERAND : Myoclonie chez un vieillard, avec autopsie. Méningo-encéphalomyélite chronique. — LAIGNEL-LAVASTINE : Anatomie pathologique du plexus solaire des tuberculeux. — ANGLADE et JACQUIN (de Bordeaux) : Syndrome cérébelleux chez une femme de cinquante et un ans. Atrophie cérébelleuse. — FROMENT : Aphasie avec dysarthrie. Hémorragie de la capsule externe dépassant légèrement en arrière la zone lenticulaire (3 fig.). — M. ROCH : Une forme particulière de lipomatose asymétrique. La lipomatose discrète. Lipomes multiples, circonscrits et indolores des avant-bras, des cuisses et de la ceinture. — HARTENBERG : L'auto-suggestion chez les neurasthéniques. — WICKHAM et DEGRAIS : Traitement des angiomes (tumeurs vasculaires et taches de vin par le radium.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 25, 20 juin 1908.) ROQUES : Etat actuel de l'électro-diagnostic en étiologie.

Revue neurologique. — (N° 11, 15 juin 1908.) Henri FRANÇAIS et R. JACQUES : Etude anatomo-clinique d'un cas de ramollissement bulbo-protubérantiel. — Pierre BONNIER : La Baresthésie.

Semaine médicale. — (N° 26, 24 juin 1908.) Hans SACHS : Des modifications du sérum sanguin par le chauffage.

Tribune médicale. — (N° 25, 20 juin 1908.) MOSNY et PINARD : Paraplégie spasmodique syphilitique. Injections intra-rachidiennes d'électrargol. — AUBERTIN et Pierre HÉBERT : Hyperhépatie et surcharge glycogénique du foie dans l'intoxication alcoolique expérimentale. — (N° 26, 27 juin.) LAIGNEL-LAVASTINE et Jean TROISIER : Aphasie de Broca par hémorragie du noyau lenticulaire gauche.

SUR UN CAS D'ACROMÉGALIE AVEC ÉPILEPSIE ET PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE

Par le docteur JACQUES ROUBINOVITCH (1),
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Depuis que le professeur P. Marie a attiré l'attention, en 1885, sur un syndrome particulier caractérisé par une « hypertrophie singulière, non congénitale, des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques », de nombreuses observations en furent publiées, tant en France qu'à l'étranger, et montrèrent la fréquence des névroses et des psychoses au cours de l'acromégalie. Ces troubles nerveux et mentaux sont d'autant plus intéressants à étudier, qu'ils ne semblent être qu'une manifestation des auto-intoxications auxquelles on attribue actuellement les différents symptômes de la maladie de Marie.

Ce fut G. Guinon qui le premier, en France, rapporta à la Société médicale des hôpitaux, en 1890, un cas de cette maladie associée à l'hystérie; puis Raymond et Souques, Tick, Schlesinger signalèrent en 1895-1896 des observations où l'épilepsie compliquait cette affection. Pick en 1890, Tanzi en 1891, Dercum, Hascovec en 1893, insistèrent sur la fréquence des troubles mentaux que présentent les acromégaliques et signalèrent même chez eux de véritables psychoses bien définies. Les travaux successifs de Tynn Thomas, Joffroy, Moncorvo, Brunet et Farnarier (1899), démontrèrent la justesse de leur opinion.

Presque toutes les psychoses et la plupart des névroses ont été signalées au cours de l'acromégalie, et d'après Brunet (2), 25 p. 100 des malades atteints de cette affection présenteraient des troubles psychiques. Cependant, ce fait a peu attiré l'attention des aliénistes et est resté presque inaperçu dans nos asiles, quoiqu'un coup d'œil peu exercé suffise pour le reconnaître.

Le cas du malade que je vous présente, D..., âgé de trente-huit ans, valet de chambre, est un exemple des plus typiques des faits que je viens de vous rapporter, car son acromégalie s'est compliquée successivement d'épilepsie, puis de psychose maniaque dépressive.

L'étude des antécédents héréditaires de ce malade est des plus intéressantes : du côté maternel, nous trouvons des exemples incontestables de gigantisme et il semble que dans sa famille le mal soit presque héréditaire. Vous savez, en effet, que l'on considère actuellement, comme étant de même nature, le gigantisme et l'acromégalie. D'après M. Brissaud, le gigantisme ne serait qu'une acromégalie à début infantile ayant entraîné non seulement un développement des extrémités, mais encore du corps tout entier et notamment du squelette. M. Marie s'est élevé contre cette théorie et d'après lui les deux dystrophies ne seraient pas identiques. Il admet toutefois que le gigantisme se complique fréquemment d'acromégalie. Le grand-père maternel de notre malade était un colosse réputé dans son village pour sa force musculaire; sa mère est elle-même très grande; un oncle maternel atteint la taille de 1m84; enfin sa sœur mesure 1m74.

Toute la lignée paternelle paraît saine, tant au point de vue somatique qu'au point de vue mental; le père eut cependant vers l'âge de vingt ans une « fièvre cérébrale » qui dura près de deux ans, l'empêchant de travailler et le faisant réformer du service militaire. Complètement remis à l'âge de vingt-quatre ans, il se maria, et c'est deux années après, en 1870, que naquit dans le département de l'Indre, d'où les parents étaient originaires, le premier enfant, notre malade.

Son développement fut normal jusqu'à vingt ans; mais l'on avait remarqué dans son enfance, vers l'âge de huit ou dix ans, que ses extrémités étaient plus développées que celles d'un enfant de la même taille. A vingt-deux ans, étant au régiment, il eut coup sur coup une série de fièvres infectieuses : scarlatine, rougeole et typhoïde.

Pendant sa convalescence, il eut sur la face dorsale de la verge un « bouton suspect », sur lequel il donne peu de renseignements, mais qui ne paraît pas avoir été un chancre syphilitique; il n'eut d'ailleurs pas d'accidents secondaires et actuellement il n'a ni cicatrices, ni autres stigmates de vérole. Notre malade n'est ni un alcoolique ni un fumeur.

C'est dans ces circonstances, vers l'âge de vingt-deux ans, que les premiers symptômes de l'affection se déclarèrent. Des signes de tumeur hypophysaire ouvrirent la scène : le malade constata un affaiblissement progressif et continu de la vue de l'œil gauche s'accompagnant de douleurs orbitaires des plus vives, et qui aboutit en deux années à l'amaurore complète. En même temps apparaissait un léger strabisme de l'œil droit. Quelques mois après, à l'âge de vingt-trois ans, en fin 1893, D... commença à « forcir et à s'affaiblir »; c'est ainsi qu'il atteint rapidement le poids de 103 kilos, alors qu'actuellement il n'en pèse plus que 95. Il n'est pas en effet comme ces acromégaliques dont parle le professeur Debove, qui trouvent « qu'ils sont faits comme tout le monde et qui considèrent comme mal conformés ceux qui ont la tête et les extrémités de taille ordinaire ou petite ». Puis, peu à peu, le syndrome se compléta : l'amaurose de l'œil gauche devint complète : les douleurs orbitaires s'accompagnèrent de céphalées atroces plus marquées à certaines heures et s'accompagnant alors de vomissements.

Vers l'âge de trente et un ou trente-deux ans, sept ou huit ans après le début des premiers symptômes, en 1901, le malade eut sa première crise comitiale. La névrose se manifesta sous les formes les plus diverses et devint même si grave en 1904 qu'elle nécessita son placement dans le service du professeur P. Marie. Le malade fut observé très longtemps dans ce service. M. Moutier en publia récemment

(1) Conférence faite à l'hospice de Bicêtre le 10 mai 1908, recueillie par J. Dumont, interne des hôpitaux.

(2) BRUNET. *L'état mental des acromégaliques*, Th. de Paris, 1899.

l'observation et le présenta à la Société de neurologie (1).

En 1906-1907 apparurent enfin des manifestations délirantes caractéristiques de la psychose maniaque dépressive, c'est pour l'une de ces crises d'excitation que le malade fut transféré dans mon service le 7 avril 1908 (2).

Actuellement, D... présente presque au complet le syndrome acromégalique et les déformations squelettiques dont il est atteint vous seront rendues encore plus saisissantes par la comparaison de ces deux photographies, dont l'une le représente à dix-huit ans et l'autre à trente-huit ans.

Le front qui était large, proportionné, est maintenant étroit, petit et allongé verticalement. Il s'agit d'une sorte d'hypertrophie verticale. Le crâne qui paraissait jadis de forme normale est pointu et saillant; les bosses occipitales sont très développées et la protubérance occipitale externe acuminée et légèrement douloureuse est appréciée le plus facilement du monde par la palpation. Les arcades zygomatiques,



Fig. 1. — *D..., à l'âge de dix-huit ans.*

autrefois effacées, sont extrêmement saillantes. La branche horizontale du maxillaire inférieur, de courte qu'elle était, s'est hypertrophiée et entraîne un léger prognathisme, assez peu marqué pour ne pas modifier les rapports des arcades dentaires. Le maxillaire supérieur est aplati. Le nez auparavant bien fait est fortement épaté. En un mot, la face qui était ovale arrondie est devenue ovale allongée. Elle mesure : du vertex au menton, 31 centimètres; du tragus au menton, 16 centimètres; de la protubérance occipitale externe au menton, 24 centimètres; le bord inférieur du maxillaire inférieur mesure 12 centimètres de long. La radiographie montre l'hypertrophie des os de la base du crâne et leur développement prédominant en largeur. La selle turcique paraît augmentée de volume, ainsi qu'il est de règle au cours des tumeurs hypophysaires qui dilatent la loge où elles sont emprisonnées et l'élargissent peu à peu.

Le squelette des mains est assez hypertrophié et revêt dans son ensemble une forme carrée. Ce sont des mains « en battoir ». Le carpe, le métacarpe sont épaissis; les doigts sont très courts, par rapport à l'épaisseur de leurs phalanges. Les mensurations vous rendront compte, d'une façon plus précise, de ces déformations que les pieds présentent également. Le poignet a 20 centimètres de circonférence; la longueur de la main, du pli du poignet à l'extrémité du médius, est de 19 centimètres. Sa largeur au niveau de la racine du pouce est de 13 centimètres. La circonférence du médius mesure 8 centimètres. La longueur du pied est de 27 centimètres; sa largeur de 10 centimètres; sa circonférence de 26 centimètres à sa partie antérieure; le tour du gros orteil mesure 10 centimètres.



Fig. 2. — *D..., à l'âge de trente-huit ans.*

La colonne vertébrale est également anormale; vous savez d'ailleurs que la cyphoscoliose est de règle au cours de l'acromégalie. Le rachis forme dans sa partie moyenne une forte courbe à convexité droite, que vous apprécierez facilement par la palpation, mais que l'abaissement du pli thoracique inférieur du côté gauche vous montrera d'une façon plus visible. Tout le reste du système squelettique, thorax, bassin, humérus et os de l'avant-bras, fémurs et os de la jambe, paraît normal, mais les téguments qui les recouvrent sont épaissis et donnent au

(1) Moutier. Sur un cas d'acromégalie avec épilepsie, Soc. de neurol., 1906.

(2) M. Ameuille a bien voulu nous prêter les notes recueillies précédemment sur ce malade; nous l'en remercions vivement.

malade une apparence lourde et obèse. Le système osseux n'est pas, en effet, le seul lésé dans l'acromégalie. Remarquez comme la peau et le tissu cellulaire sont hypertrophiés, les sillons interpapillaires sont profonds et distendus; les plis articulaires et musculaires limitent de larges bourrelets de tissus épaissis et cette déformation est des plus nettes au niveau des doigts renflés « en boudin ». Çà et là vous apercevrez quelques molluscums dont la fréquence a déjà été signalée dans l'affection qui nous occupe.

Les muscles sont peu volumineux, par rapport aux extrémités qu'ils desservent; néanmoins D... est encore vigoureux et la dynamométrie nous a démontré l'intégrité de sa force musculaire. Dans ses crises délirantes, il est d'ailleurs des plus dangereux, tant par ses impulsions que par sa force. L'amyotrophie est cependant un symptôme assez fréquent de la maladie de Marie, et Duchesneau a même individualisé une forme amyotrophique de cette affection (1).

Notre malade ne présente comme troubles sensitifs que des symptômes subjectifs. Il accuse notamment des céphalées occipitales, persistantes, uniquement diurnes, et ne cédant à aucune thérapeutique, sauf la ponction lombaire. J'appellerai également votre attention sur la sensation de froid qu'il ressent. C'est ainsi que récemment il faisait maintenir l'atmosphère de sa chambre à une température de 30 degrés, trouvant encore qu'il n'y faisait pas assez chaud et se couvrant le corps de linges chauffés à la bouche du calorifère. Si la sensibilité objective est intacte, il n'en est pas de même de sa vision; car elle est des plus atteintes. L'examen ophtalmoscopique fait par M. Poulard, alors que le malade était dans le service de M. P. Marie, a révélé les lésions suivantes :

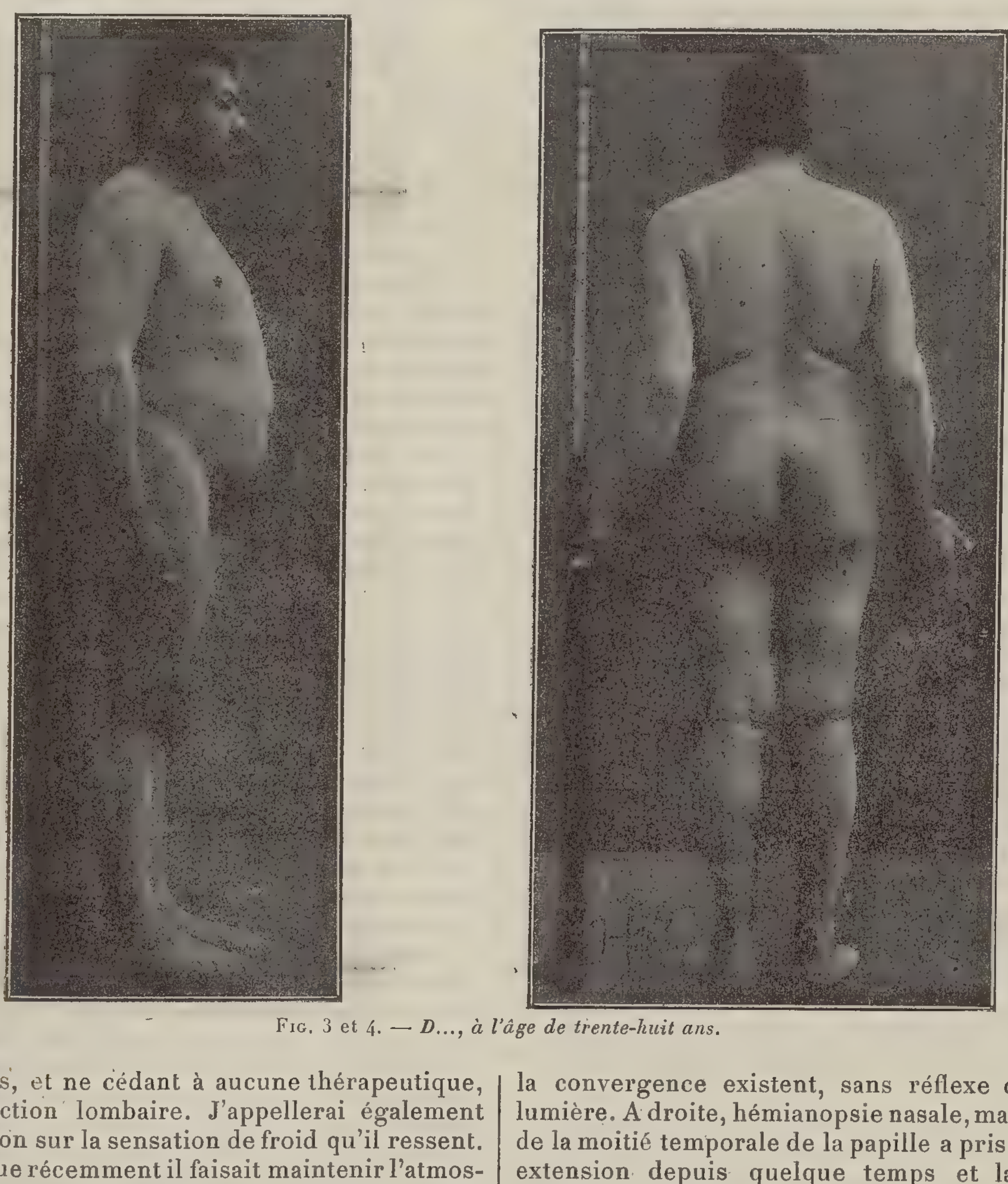


Fig. 3 et 4. — *D..., à l'âge de trente-huit ans.*

« Il existe actuellement une atrophie papillaire complète de l'œil gauche. Les réflexes consensuel et à la convergence existent, sans réflexe direct à la lumière. A droite, hémianopsie nasale, mais l'atrophie de la moitié temporale de la papille a pris une grande extension depuis quelque temps et la cécité est presque totale pour l'œil droit comme pour l'œil gauche. Le réflexe pupillaire à la lumière est bien conservé à gauche. Il existe un notable degré de strabisme divergent de l'œil droit. Ce strabisme a son explication suffisante dans l'amblyopie de l'œil gauche, et il n'est pas besoin d'invoquer pour l'expliquer une lésion d'un nerf moteur » (Poulard). A la suite d'une série de crises comitiales, la vue de

(1) Duchesneau, Th. de Lyon, 1891.

l'œil droit s'est encore affaiblie ; D... ne peut même plus lire un journal et distingue difficilement les personnes qui l'entourent.

Notre malade a également une otite moyenne droite entraînant des bourdonnements insupportables. Son oreille gauche perçoit normalement. Le sens de l'olfaction est très atténué, surtout à droite ; la gustation est intacte ; enfin les réflexes patellaires et cutanés sont normaux.

Tels sont les symptômes cardinaux que présente cet acromégalique. Vous voyez qu'il s'agit évidemment d'une maladie de Marie avec tumeur hypophysaire comprimant ses nerfs optiques et produisant cette amaurose. A côté de ces signes s'en placent quelques autres moins importants pour le diagnostic, mais très intéressants au point de vue pathogénique : je veux parler de l'insuffisance testiculaire très manifeste dans ce cas. La verge est petite, les deux testicules sont très atrophiés, mous, non déformés, leur sensibilité à la pression est conservée. Leur volume atteint environ celui d'une noisette. Les autres parties de l'appareil génital sont normales ; toutefois ce malade aurait été opéré il y a quelques années d'une varicocèle, alors qu'il était déjà hospitalisé ; mais il est impossible de constater une cicatrice opératoire quelconque et le scrotum a une longueur normale. Les fonctions génitales sont d'ailleurs très atteintes et semblent l'avoir toujours été, quoique l'atrophie testiculaire ait débuté il y a seulement quelques mois. Avant son mariage, D... préférait la masturbation au coït ; depuis cinq ans, il n'a plus eu de rapports sexuels ; depuis un an, il n'a plus eu d'érections. Ces troubles sexuels sont des plus fréquents dans la maladie de Marie que l'on observe soit une atrophie soit une hypertrophie des glandes génitales. Chez la femme, l'aménorrhée est souvent un symptôme du début. Cette insuffisance ne semble pas compensé par un hyperfonctionnement des autres glandes vasculaires sanguines que l'hypophyse. Le corps thyroïde est en effet normal à la palpation. L'appareil circulatoire est indemne : le cœur a un volume ordinaire ; le pouls bat rythmiquement ; la TA = 14. Les deux jambes sont très variqueuses ; le système lymphatique splénique et médullaire est intact, ainsi que nous l'a montré l'examen du sang sec et coloré. Du côté des urines, on note une très légère diminution de l'urée et une décharge chlorurée peu marquée. Il n'y a ni albumine, ni sucre. L'épreuve de la glycosurie alimentaire a été négative. Vous savez combien est fréquente, cependant, la glycosurie au cours de l'acromégalie. Il s'agit généralement d'une glycosurie très abondante avec polyurie que les uns expliquent par un hyperfonctionnement de la cellule hépatique (Gilbert), que d'autres attribuent à un trouble de la sécrétion pancréatique, que d'autres enfin rattachent à une compression du bulbe ou du tuber cinereum pour la tumeur hypophysaire.

Du côté du tube digestif et de ses glandes annexes, nous ne trouvons aucun symptôme digne d'intérêt sauf une macroglossie moins marquée qu'elle ne l'est habituellement. La langue ne porte pas de cicatrice nette de morsure. Le liquide céphalo-rachidien montre une lymphocytose de cinq éléments par champ d'immersion. L'injection d'un demi-centimètre cube de ce liquide dans l'hémisphère droit d'un cobaye n'a causé aucun accident. L'examen chimique (1), que voici, nous a révélé quelques modifications de sa formule habituelle :

Densité	1008	
Albumine	1,90	p. 100
Phosphates	0,83	—
Sulfates	0,22	—
Chlorures	8g25	—
Glucose	traces	
Urée	traces	
Graisses	0,18	—
Peptones	néant.	

Enfin, notre malade est un tuberculeux ; il présente des signes de tuberculose pulmonaire aux deux sommets. L'examen des crachats n'a pas montré de bacilles de Koch ; mais leur inoculation au cobaye a déterminé l'apparition d'un chancre et de ganglions.

La voix de D... est rude et rauque sans que son larynx paraisse lésé ; de semblables modifications de la voix sont fréquentes au cours de l'acromégalie. Il accuse enfin quelques vagues douleurs articulaires très frustes qui sont loin d'atteindre le même degré d'acuité que dans la forme douloureuse de l'acromégalie décrite par Sainton et State (2).

Tels sont les signes physiques que l'on peut constater chez ce malade ; ils rendent le diagnostic évident et permettent d'éliminer à première vue l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique et la syringomyélie à type pseudo-acromégalique.

L'histoire clinique nous démontre que ces troubles sont apparus il y a une vingtaine d'années alors que les troubles psychiques ne se manifestèrent que très longtemps après au fur et à mesure que les désordres somatiques s'accentuaient. Ils leur sont donc bien secondaires.

L'épilepsie débuta en 1901 et se manifesta sous les aspects les plus variés : crises convulsives, vertiges, épilepsie psychique. Au début, les crises convulsives se reproduisirent quotidiennement pendant quinze mois ; puis elles s'espacèrent, revinrent environ tous les quinze jours.

Actuellement, leur moyenne est de trois par mois. Le malade n'a aucune aura, il pousse un cri, tombe, est pris de convulsions toniques, puis cloniques, brèves et peu marquées, écume, se mord la langue, et enfin il se réveille au bout de trois quarts d'heure à une heure, abattu, amnésique, en proie à de violentes douleurs céphaliques et lombaires. Les vertiges sont aussi bien diurnes que nocturnes. Tout à coup pendant la conversation il s'arrête, pâlit, prend une pose extatique ; puis, au bout de quelques secondes, reprend la phrase au point où il l'avait abandonnée.

D'autres fois, ces pertes de connaissance sont un peu plus longues et s'accompagnent de quelques mouvements des yeux et des membres, absolument inconscients. Enfin D... a également des impulsions

(1) Dû à l'obligeance de M. Magnenand, interne en pharmacie.

(2) STATE. Th. de Paris, 1900.

très caractéristiques dont la nature est nettement comitiale. Je vais vous en citer quelques exemples des plus remarquables rapportés par M. Moutier. Un jour, passant devant l'église grande ouverte, il se jette sur un aveugle qui cheminait à ses côtés et le porte au pied de l'autel. Une autre fois, alors qu'il était valet de chambre, il se précipite sur la maîtresse de la maison et l'embrasse; il déchire inconsciemment un journal, empoigne un tuyau de calorifère et le démolit, etc. D'autres fois il a commis des actes d'exhibitionnisme, notamment dans un atelier de femmes. Ces différents symptômes sont comme les crises comitiales absolument inconscients, et le malade ne les connaît que par le dire de ses camarades.

A côté de ces troubles mentaux divers il s'en place d'autres d'une nature différente; car le malade en a parfaitement conscience. Il a surtout remarqué depuis le début de sa maladie une diminution considérable de la mémoire. Les souvenirs très anciens, son enfance, sa première communion sont encore nets dans son esprit; mais il a complètement oublié les faits plus récents, tels que les circonstances de son mariage. Les associations des idées sont, dit-il, plus lentes et plus paresseuses que par le passé. Il avoue n'avoir « rien à dire », « il ne sait quoi écrire, » il a la « tête vide ». Son caractère, jadis gai, s'est aussi modifié. Il est habituellement morose, mélancolique, ne s'intéresse à rien. A certains moments, il devient encore plus sombre : il se juge perdu, ne se croit plus bon qu'à faire une « bête à expérience »; il demande la mort. Ces états de dépression conscients sont d'assez courte durée et paraissent d'autant plus saisissants que le malade présente parfois des phases d'euphorie et d'agitation. C'est pour l'une de celles-ci qu'il fut transféré dans mon service. Il se met alors à chanter, à crier, devient violent; il est pris de graphomanie et barbouille d'encre des cahiers entiers, soit en prose, soit en vers. Il manifeste dans ses écrits et dans ses paroles une joie exubérante. En voici un exemple : « A. D... a l'honneur de présenter ses respects à M. le docteur et de lui annoncer ses plus sincères remerciements en lui annonçant sa parfaite guérison; oui, sa parfaite guérison, etc. » — « Je n'étais plus le même, nous dit-il, j'étais guéri. Dans mon idée, je ne pensais qu'à écrire; d'habitude je ne trouve pas de mots. Il me semblait que j'avais plus de facilité de parler, d'écrire. » Ces périodes d'euphorie ou de dépression durent une quinzaine de jours; puis elles s'éteignent peu à peu et sont remplacées par l'apathie et l'indifférence habituelles.

Vous voyez que D... a parfaitement conscience de ces phénomènes; il en garde le souvenir et les raconte. On peut donc diviser les symptômes psychiques qu'il présente en deux grands groupes. Les uns en effet sont tout à fait analogues à ceux que présentent les comitiaux ordinaires. Vous rencontrerez chez eux cet automatisme avec amnésie sous les formes les plus diverses, exhibitionnisme, érotisme, violences, délire ambulatoire. Les autres sont caractéristiques d'une affection mentale connue aujourd'hui sous le nom de psychose maniaque-dépressive. Cette affection décrite par Kræpelin, qui ne paraît être qu'une variété nosologique de la folie intermittente des auteurs français, est caractérisée par des périodes d'apathie avec déficience intellectuelle alternant avec des périodes d'excitation et d'euphorie. L'aliéné est habituellement plongé dans un état qui rappelle la dépression mélancolique simple avec intégrité de la conscience. Il est triste, abattu, découragé, indifférent, mais a parfaitement conscience de sa mollesse et de son peu d'énergie. Puis, de temps à autre, mais à intervalles assez éloignés, il est pris d'excitation plus ou moins violente ou de dépression comme notre malade.

C'est la première fois, à ma connaissance, que cette affection mentale est décrite au cours de la maladie de Marie, mais on l'a déjà signalée comme compliquant la maladie de Basedow.

Brunet avait insisté en 1899 sur l'état mental particulier des acromégaliques et avait remarqué que beaucoup d'entre eux (25 p. 100) présentaient des signes d'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire. Il a même signalé des symptômes de dépression avec idées de suicide. Farnarier explique ces troubles psychiques non seulement par une auto-intoxication, mais surtout par une prédisposition héréditaire des centres nerveux. Il a montré combien était lourdement chargée l'histoire familiale des acromégaliques. A côté de ces troubles mentaux psychiques assez vagues on a rencontré chez ces malades de vraies névroses et de vraies psychoses. Je vous ai déjà signalé l'association de l'hystérie, de l'épilepsie à la maladie de Marie; on y a observé la maladie de Basedow (Lancereaux) et le paramyoclonus multiplex (1). Parmi les psychoses, Dercum a cité un cas de dépression mélancolique (1893); Tynn Thomas et Hascovec, la démence précoce; Tamburini, le délire de persécution (1894); Pick, la paranoïa hallucinatoire aiguë (1890); le professeur Joffroy, la démence aboulique (1895); Moncorvo, l'idiotie avec microcéphalie (1895). Beaucoup des psychoses ont donc été décrites au cours de la maladie de Marie, et il est probable que leur fréquence tient non seulement au terrain prédisposé qu'elles rencontrent chez les acromégaliques, mais encore très probablement à des auto-intoxications d'origine glandulaire.

Vous savez, en effet, combien est encore douteuse la pathogénie de la maladie de Marie. L'étiologie ne nous apporte aucun éclaircissement à ce problème. On a noté la fréquence de l'affection dans le sexe féminin; le début se place généralement entre dix-huit et trente-cinq ans (P. Marie), mais on a rapporté des observations où il était précoce ou beaucoup plus tardif. L'hérédité directe a été invoquée par quelques auteurs et Schaffer en a encore signalé un cas en 1903. Dans les antécédents personnels on rencontre toutes les diathèses, toutes les infections. Chez notre malade il est curieux de faire remarquer les différentes fièvres infectieuses qui précédèrent les premiers symptômes oculaires. Ces données sont de valeur incertaine, et l'on ne peut fournir comme explication du syndrome acromégalique que des hypothèses.

(1) Feindel et Froussard. *Revue neurol.*, 1899.

L'angiomatose thymique de Klebs et Massalongo n'est qu'une supposition basée sur la fréquence de la « reviviscence du thymus » (Marie). Notre malade ne présente pas la matité rétro-sternale caractéristique de la persistance de cette glande. Freund, Verstraeten ont invoqué une inversion dans l'évolution de la vie génitale. L'atrophie testiculaire ou ovarique a une influence reconnue sur le développement du système osseux dont les pièces s'allongent et perdent leurs inflexions.

Le professeur Marie a fait remarquer que les lésions hypophysaires étaient presque constantes au cours de l'affection qu'il a décrite. Aussi pour lui est-ce à un trouble de l'activité de cette glande, soit hyperfonctionnement, soit insuffisance qu'il faut attribuer le syndrome acromégalique. Mais l'on a rapporté des cas d'acromégalie sans lésion hypophysaire, et des observations où les tumeurs de cette glande n'entraînèrent aucune déformation squelettique. Il est plus probable que la maladie de Marie n'est qu'une maladie de toute la nutrition dont la lésion glandulaire ne serait qu'une conséquence comme l'a soutenu Vassale, soit la manifestation clinique d'une hyperplasie de l'ensemble des glandes à sécrétion interne ainsi que l'a prétendu Strümpell. C'est d'ailleurs avec cette idée préconçue que l'on a préconisé dans le traitement de l'acromégalie la méthode opothérapique. Les uns ont essayé de l'extrait thyroïdien, d'autres de la poudre d'hypophyse et d'ovaire. Dans notre cas la méthode de Brown-Séquard paraît indiquée. Enfin, récemment, M. Hochenegg (de Vienne) a signalé au Congrès allemand de chirurgie les bons effets du traitement chirurgical; mais celui-ci n'a pas encore été tenté en France et les grosses lésions oculaires que présente ce malade me paraissent être une contre-indication formelle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1908)

Sur le sucre total du sang. — Dans d'autres notes antérieures, MM. R. LÉPINE et BOULUD ont montré qu'en employant soit l'invertine, soit le chauffage en tube scellé, on n'obtient pas tout le sucre virtuel des urines. On réussit beaucoup mieux par le procédé suivant :

20 grammes de sang sont reçus dans du sulfate de soude chaud. Le caillot est épuisé à plusieurs reprises avec de l'eau bouillante contenant du sulfate de soude, puis séparé par centrifugation. Dans le liquide, on dose ce qu'on a appelé jusqu'à ce jour le sucre du sang (A). Mais il reste le sucre virtuel contenu dans le caillot. On le délaie dans 500 centimètres cubes d'eau qu'on introduit dans une sorte de cornue en plomb composée d'une capsule et d'un large couvercle s'emboîtant exactement; on ajoute 5 grammes d'une solution d'acide fluorhydrique à 50 p. 100. On place la cornue dans un bain-marie pendant une vingtaine d'heures; puis on neutralise avec une solution de potasse caustique; on concentre et l'on dose le sucre.

Le sucre obtenu B, qui représente la totalité ou la presque totalité du sucre virtuel, ajouté à A donne le sucre total du sang.

Contribution à l'étude du sérum des animaux éthyroïdés. — M. L. LAUNOY. Chez les chiens normaux, on peut injecter d'emblée de grandes quantités de sérum de chien éthyroïdé sans provoquer aucun des phénomènes, même primitifs : polypnée, paralysie des extenseurs, frémissement musculaire des masséters et des temporaux, etc., qui sont caractéristiques, chez le chien, du début des accidents, rapidement mortels, d'athyroïdie. A fortiori, on ne remarque aucun accident aigu, tel que crise convulsive généralisée. Le seul fait à noter consiste dans l'apparition de mouvements fibrillaires localisés, immédiatement après ou quelques minutes après l'injection.

L'injection rapide, intra-veineuse, d'une grande quantité de sérum de chien éthyroïdé à un animal également éthyroïdé ne détermine pas d'attaques convulsives. Comme dans le cas précédent, M. Launoy a noté quelques contractions fibrillaires et l'apparition d'un état psychique (hébétude, stupeur) assez particulier, qui se rapproche de l'état d'immobilité et d'indifférence aux excitations extérieures présenté par les myxœdémateux.

Chez les chiens thyro-parathyroïdectomisés, l'injection d'une grande quantité de sérum de chien éthyroïdé n'accélère pas l'apparition des symptômes d'athyroïdie; elle n'abrège pas la survie de ces animaux et ne fait pas apparaître dans leur sérum de propriétés toxiques particulières.

De l'influence des ferrocyanures et des ferricyanures alcalins sur la coagulation du sang. — M. J. LARGUIER DES BANCELS. L'addition au sang, ou plus généralement à une liqueur fibrinogénée, d'une petite quantité d'un électrolyte comportant un ion négatif plurivalent fait obstacle à la coagulation spontanée ou provoquée de cette liqueur. Il semble légitime de rapporter cette action aux propriétés stabilisatrices d'un tel ion. Cette hypothèse apparaît, provisoirement, comme la plus simple et la plus naturelle.

Sur l'inégalité de volume des glandes mammaires chez la femme. Conséquences physiologiques. — MM. G. VARIOT et P. LASSABLIÈRE. Il résulte d'une statistique portant sur 550 nourrices de la campagne, examinées à l'hôpital des Enfants-Aasistés de Paris, que l'inégalité dans le volume des deux seins n'est pas une exception, comme on a pu le croire. Au contraire, l'asymétrie des glandes mammaires en lactation est plutôt la règle.

La différence de volume des seins a des conséquences immédiates sur la sécrétion lactée, en particulier sur la quantité et la composition du lait sécrété qui varient dans chaque sein.

Parfois la quantité de lait sécrétée dans deux seins qui n'offrent extérieurement qu'une faible différence de volume peut varier du simple au double. Mais, lorsque l'inégalité de volume est très prononcée, la glande, dans le sein le plus petit, semble atrophiée et peut ne fournir qu'une quantité de lait tout à fait minime relativement à l'autre sein, qui s'hypertrophie.

Sur 40 nourrices dont les glandes ont été épuisées complètement, la quantité de lait contenue dans chacun des deux seins variait suivant la différence de volume entre 40 et 335 centimètres cubes de lait.

L'asymétrie des seins peut avoir comme conséquence des variations notables dans la composition du lait de chaque glande. Alors que la composition du lait du sein le plus déve-

loppé reste, ou à peu près, normale, celle du sein le plus petit peut être plus ou moins modifiée.

Etude expérimentale de la transmissibilité de la tuberculose par les crachats desséchés. — M. Kuss. Lorsque les conditions de dessiccation sont favorables, les crachats tuberculeux se dessèchent rapidement en quelques jours et se réduisent avec une extrême facilité en poussières fines, en particulier par le balayage et le brossage.

Il est erroné de prétendre que les poussières très mobilisables de crachats tuberculeux sont toujours des poussières inertes; les crachats tuberculeux abandonnés à la dessiccation naturelle dans un endroit obscur ont encore une virulence considérable au moment où ils sont devenus suffisamment secs pour être facilement réduits en poussières fines.

Il est extrêmement facile de tuberculiser les animaux par voie d'inhalation avec des crachats desséchés, artificiellement pulvérisés; la tuberculisation se produit, dans ces conditions, aussi bien que par inhalation de poussières humides; toutefois, les lésions pulmonaires dues aux poussières sèches sont, d'ordinaire, moins confluentes que celles qu'on obtient avec un spray bacillifère.

Le simple balayage ou brossage de tapis contaminés par des crachats tuberculeux répand dans l'air, au cours du balayage, des poussières virulentes suffisamment fines et suffisamment légères pour être aspirées dans les voies respiratoires des cobayes. Les cobayes exposés à ces poussières de balayage se tuberculisent à coup sûr quand la dessiccation a duré huit, dix, quinze jours.

Les tuberculoses qui se produisent dans ces conditions sont des tuberculoses d'inhalation. Ces tuberculoses sont, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus graves que les tuberculoses obtenues par inoculation sous-cutanée d'une quantité équivalente des poussières virulentes.

Chimie biologique de quelques graisses. — M. R. Robinson a déjà établi dans un mémoire récent l'identité des séro-appendices et des corps adipeux des insectes ou des amphibiens. La graisse que contiennent ces deux sortes d'organes est aussi analogue, d'après R. Robinson, puisqu'elle est constituée en grande partie par des lipoïdes. La présence de ces derniers explique l'expérience curieuse suivante que R. Robinson a faite avec M. Saunier. La poudre de bronze ou de vermillon déposée sur l'extrémité inférieure des corps graisseux de la grenouille est vite absorbée, et les lymphatiques qui y abondent transportent ces poudres vers les régions supérieures. Dans ce cas, il n'y a ni effraction, ni inflammation, il se fait donc entre la poudre métallique et les lipoïdes une combinaison qui facilite l'absorption des matières métalliques pulvérulentes. L'auteur continue ses recherches dans ce sens, et il est probable que maintes questions encore obscures seront élucidées par ces expériences multipliées à l'envi.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 29 juillet 1908)

La tuberculose inflammatoire. — La discussion se poursuit. Les mêmes arguments sont présentés de part et d'autre, et chacun, comme toujours, reste sur ses positions.

M. Kirmisson, tout en reconnaissant que l'opinion soutenue par M. Poncet n'a rien de déraisonnable, lui reproche de n'apporter aucune preuve histologique, bactériologique ou anatomo-pathologique. M. Poncet ne s'appuie que sur la clinique. Or, même sur ce terrain, il faudrait que M. Poncet pût donner des caractères spéciaux aux troubles qu'il attribue à la tuberculose. Il ne suffit pas de constater un accident quelconque chez un tuberculeux ou un syphilitique pour affirmer que cet accident se rattache à la syphilis ou à la tuberculose. Il faut encore que ces accidents revêtent un caractère spécial.

M. Kirmisson n'admet pas que le rachitisme ou la scoliose puissent être envisagés comme des affections d'origine tuberculeuse.

Il proteste également contre la désignation de coxalgie du pied donnée par M. Poncet à la tarsalgie qui est une affection toute particulière qui n'a rien de commun avec la tuberculose.

M. Kirmisson retrace ici, d'une façon magistrale, l'histoire clinique et étiologique de la tarsalgie des adolescents, si bien décrite par Gosselin.

M. Broca fait observer que, partie de l'estomac, la discussion aboutit au pied plat. C'est dire l'importance qu'elle a prise. Pour M. Broca, la tarsalgie n'a rien à voir avec la tuberculose. C'est une affection spéciale qui ne se termine jamais par ankylose. Elle n'est pas plus d'origine tuberculeuse qu'elle n'est d'origine blennorragique.

M. Broca discute pied à pied quelques-unes des observations publiées par les élèves de M. Poncet et, comme il aime beaucoup à citer Voltaire, il rappelle à M. Poncet cette maxime : « Je me charge de mes ennemis, mais, Seigneur, délivrez-moi de mes amis. »

En somme, M. Broca n'a trouvé dans les documents fournis par M. Poncet et ses amis aucune preuve en faveur de la nature tuberculeuse des affections qu'il a passées en revue. Dans les assertions de M. Poncet, il y a, dit-il, une part de vrai, une part de faux et surtout une grande part d'hypothèse.

M. Poncet répond à ses contradicteurs. Il reprend une partie des arguments qu'il a déjà mis en avant. Nos lecteurs, par les publications récentes, sont éclairés sur les idées de M. Poncet, idées qui ont déjà reçu une certaine consécration et qui méritent l'étude et la discussion.

La prochaine séance aura lieu le 14 octobre 1908.

FORMULAIRE

L'ESSENCE DE SAUGE CONTRE LES SUEURS NOCTURNES

Pour modérer les transpirations nocturnes qui sont si pénibles pour beaucoup de personnes dans beaucoup de maladies et en particulier dans la tuberculose pulmonaire où elles constituent pour le malade une grande cause d'affaiblissement, M. P. G. Mezernizky ayant trouvé que c'est l'essence qui constitue le principe actif de ces feuilles commença à l'employer, en place de l'infusion de la plante, pour combattre les sueurs des phtisiques, et il s'en trouva si bien qu'il la recommande aux praticiens sous la forme que voici :

Essence de sauge.........	1 gramme.
Alcool à 90 degrés.........	25 —

Prendre par x à xii gouttes, trois ou quatre fois dans la journée. (*Nouv. remèdes.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET SIGNES PHYSIQUES DU PNEUMOTHORAX

Le pneumothorax est l'épanchement d'air ou de tout autre gaz dans la cavité de la plèvre; ce n'est pas une maladie, c'est un syndrome, survenant par décomposition d'une pleurésie putride (cas exceptionnel), par effraction de la plèvre pariétale avec communication extérieure (traumatisme accidentel ou chirurgical), et surtout par formation d'une fistule broncho-pleurale (tuberculose pulmonaire, emphysème, gangrène pnlmonaire, vomiques, etc.)

Selon que l'air remplit toute la cavité pleurale ou seulement une partie de cette cavité limitée par des adhérences, le pneumothorax est total ou partiel. Le plus souvent, surtout en cas de pneumothorax total, un liquide séreux ou purulent vient s'ajouter à l'épanchement d'air, ce qui constitue un hydro ou un pyo-pneumothorax; le pneumothorax d'origine traumatique est souvent un hémothorax.

Les symptômes varient dans ces différents cas ; il faut d'abord décrire ceux du pneumothorax total purement gazeux.

SYMPTOMES FONCTIONNELS. — Le pneumothorax se produit quelquefois chez un sujet en bonne santé apparente [pneumothorax des emphysémateux, pneumothorax des conscrits (Galliard)], quelquefois à la suite d'un traumatisme, beaucoup plus souvent chez un malade déjà atteint de quelque affection pulmonaire ou pleurale ; dans la majorité des cas, c'est une complication de la tuberculose pulmonaire.

Le *début* du pneumothorax, au moment de la perforation pleuro-pulmonaire, est habituellement brusque et solennel, comparable à celui des perforations intestinales (Louis). A l'occasion d'une quinte de toux, d'un effort, d'un vomissement, quelquefois pendant le repos de la nuit, le malade est pris d'une douleur thoracique intense sous forme de point de côté déchirant, d'une dyspnée extrême avec pâleur ou cyanose de la face, sueurs visqueuses, extinction de la voix. Quelquefois cependant, un pneumothorax même total, n'a pas ce début dramatique, si l'autre poumon est parfaitement sain et si la suppléance de la fonction respiratoire s'établit rapidement; le début est encore lent et insidieux si la fistule est étroite et si l'épanchement gazeux se fait en plusieurs temps.

A la période d'état, la *douleur* est vive, donnant la sensation d'une déchirure interne, à l'angle de l'omoplate ou sous le mamelon ; elle est exaspérée par les mouvements, aussi le malade ne fait pas un geste, ne prononce pas une parole ; ce point de côté a pour cause la distension de la plèvre par l'épanchement gazeux et la déchirure d'adhérences pleurales, s'il en existait, mais il diminue assez rapidement d'intensité et, après quelques jours, il a presque complètement disparu.

La *dyspnée* persiste plus longtemps ; très violente au début, elle est angoissante ; le malade étouffe, suffoque, a soif d'air ; c'est une véritable insuffisance aiguë du poumon (Wintrich). Le nombre des mouvements respiratoires s'élève à 40 et 50 par minute; la dyspnée va jusqu'à l'orthopnée; le malade assis sur son lit, se tient penché en avant, les coudes fixés en arrière pour fournir un point d'appui aux muscles inspirateurs. La dyspnée perd ensuite ces caractères et ne se manifeste plus que par la fréquence et l'amplitude des respirations.

La *toux* peut manquer; habituellement, elle est sèche, fréquente, très pénible pour le malade. L'expectoration n'est pas un symptôme du pneumothorax ; quand elle existe, elle dépend de lésions pulmonaires sous-jacentes ; elle est donc symptomatique de l'affection causale et ses caractères sont variables.

L'*aspect général* du malade est inquiétant, surtout pendant les premières heures ; le battement des ailes du nez, la cyanose de la face, font craindre l'asphyxie, les extrémités sont froides et violacées, le pouls est petit et accéléré ; la mort peut d'ailleurs survenir assez rapidement. Mais, le plus souvent, ces symptômes s'apaisent.

La *température* est rarement normale ; elle s'élève parfois à 39 ou 40 degrés ; cette élévation dépend de l'état antérieur du malade et dans la suite de la réaction pleurale plutôt que du pneumothorax lui-même.

SIGNES PHYSIQUES. — Après la période d'orthopnée, le malade n'a pas de *décubitus* fixe ; il se couche tantôt sur le côté atteint, tantôt sur le côté sain, ou indifféremment sur l'un ou l'autre (Widal). D'après Galliard, en cas de décubitus latéral, le malade repose plutôt sur le côté du pneumothorax.

Les signes physiques sont fournis par l'examen du thorax, le déplacement des organes voisins, la radiographie et la radioscopie, la ponction exploratrice.

Inspection. — Le thorax est *dilaté* du côté malade ; la paroi a un aspect lisse, les espaces intercostaux ne font plus de dépression. C'est une ampliation réelle du thorax, et la mensuration le prouve, ou seulement une apparence tenant à l'absence de retrait des parois pendant l'expiration. Le thorax est également *immobile* du côté malade. Dans certains cas, on remarque un développement de la circulation veineuse sous-cutanée.

Enfin, du côté sain, on peut voir des vergetures, regardées par certains auteurs comme un trouble trophique, par d'autres comme le résultat mécanique de mouvements respiratoires d'une amplitude exagérée exécutés par le poumon sain pour entretenir l'hématose ; ces vergetures sont d'ailleurs exceptionnelles.

Palpation. — La palpation confirme un résultat de l'inspection : l'immobilité d'un côté du thorax. En faisant parler le malade, on constate que les vibrations thoraciques sont abolies ou au moins très affaiblies ; ce signe est très important.

Percussion. — La sonorité est augmentée (*tympanisme*) ainsi que l'élasticité sous le doigt qui percute. La sonorité tympanique a une tonalité basse, grave et vibrante quand le pneumothorax est ouvert ou fermé ; elle a une tonalité haute, un son élevé, presque aigu, en cas de pneumothorax à soupape. Si le pneumothorax est ouvert et communique facilement avec une grosse bronche, le son est plus haut quand le malade a la bouche ouverte ou pendant l'inspiration. Il est plus bas quand le malade a la bouche fermée ou pendant l'expiration. Près de la colonne vertébrale, entre elle et le bord interne de l'omoplate, là où se loge habituellement le poumon rétracté, on trouve un son mat avec diminution ou perte de l'élasticité.

Le tympanisme peut avoir une tonalité tellement élevée qu'il se rapproche de la matité. Il peut s'atténuer ou même faire défaut, non pas que les gaz de la plèvre ont une très grande tension, mais quand la plèvre est tapissée de fausses membranes. Malgré ces réserves, le tympanisme doit être retenu comme un des meilleurs signes de pneumothorax.

Auscultation. — L'*abolition complète du murmure vésiculaire* est le plus sûr de tous les signes fournis par l'auscultation.

L'association des deux signes, augmentation de la sonorité et absence du murmure vésiculaire suffit pour faire le diagnostic du pneumothorax. « Quand, du côté où la poitrine résonne le mieux, on n'entend pas du tout la respiration, on peut affirmer qu'il y a pneumothorax » (Laënnec). Tympanisme et silence = pneumothorax (Galliard).

Mais il est rare que le silence complet persiste longtemps ; après quelques jours, on entend généralement un *souffle amphorique* qui remplace le murmure vésiculaire. C'est un bruit retentissant à timbre métallique, qu'on imite en soufflant dans une carafe à goulot étroit et à parois résonnantes. Ce souffle s'entend dans toute la hauteur du poumon du côté malade, aux deux temps de la respiration ; il est plus fort à l'expiration. Si on fait parler ou tousser le malade, la *voix* et la *toux* ont le même caractère *amphorique*, le même timbre métallique.

Pour expliquer le souffle amphorique, Laënnec croyait nécessaire à sa production l'existence simultanée de gaz et de liquide dans la cavité pleurale ainsi que la libre communication de cette cavité avec les bronches. D'après Skoda, ces deux conditions ne sont pas indispensables, car la vibration de l'air dans les bronches peut se propager à travers une lame de poumon peu épaisse jusque dans la cavité pleurale remplie d'air et y prendre, par suite de la résonnance, le caractère amphorique. On admet plutôt aujourd'hui qu'à l'ouverture pleuro-bronchique par laquelle l'air entre et sort à chaque mouvement respiratoire, se produit une veine fluide vibrante qui retentit dans la cavité pleurale.

(*A suivre.*)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie et aux Échelles du Levant, ou vice versa.* — La Compagnie délivre toute l'année des carnets, individuels ou collectifs, de 1re, 2e et 3e classes pour effectuer, à prix réduits, des voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux suivants : 1° Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, État (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, Sfax-Gafsa ; 2° sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale de transports maritimes à vapeur ; 3° sur les lignes maritimes ci-après, desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens ; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou comptés pour 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des quatre Compagnies de navigation participantes ; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des Messageries maritimes et par ceux de l'une quelconque des trois Compagnies de navigation.

Validité. — Les carnets sont valables pendant quatre-vingt-dix jours, à compter du jour du départ, ce jour non compris ; mais ils sont valables cent vingt jours lorsqu'ils comportent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des Messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demandes de carnets. — Les demandes de carnets peuvent être adressées aux chefs de toutes les gares des réseaux participants ; elles doivent leur parvenir cinq jours au moins avant la date du départ.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 90. — SAMEDI 8 AOUT 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 8 AOUT 1908. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal. — Écrire lisiblement les noms et adresses.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAL CIVIL D'ORAN. — Après concours, M. Pariente a été nommé médecin-adjoint.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — Après concours, M. le docteur Malosse a été nommé professeur suppléant de physique et de chimie.

— Un concours pour une place de chef de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées, s'ouvrira le 26 octobre prochain devant l'Ecole de médecine d'Alger.

— Un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1908, devant l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente et unième semaine, 823 décès, au lieu de 752 pendant la semaine précédente et de 850, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 34 au lieu de 44 précédemment et au lieu de la moyenne 28.

La diarrhée infantile a causé 49 décès de 0 à 1 an, au lieu de 30 pendant la semaine précédente (moyenne 61).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 92 décès, au lieu de 76 la semaine précédente, et au lieu de 93, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 189 décès (moyenne 184).

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — Un cours pratique d'ophtalmologie, fait par le professeur de Lapersonne, assisté de MM. Cantonnet, Cerise, Coutela et Pley, chefs de clinique et de laboratoire, commencera le mardi 20 octobre 1908 (trois heures, amphithéâtre Dupuytren). Il sert de cours d'introduction pour les docteurs et étudiants qui désirent suivre la clinique pendant l'année scolaire. Les élèves sont exercés individuellement au maniement de l'ophtalmoscope et des appareils employés en oculistique.

Le droit à verser est de 50 francs.

EMPLOIS OFFERTS EN ALGÉRIE AUX DAMES DOCTEURS EN MÉDECINE. — Le gouvernement général fait appel aux doctoresses pour assurer un service de consultations gratuites dans les villes de la colonie où la population musulmane a une importance suffisante.

L'administration leur fournit le local, le matériel, les instruments, ainsi que les médicaments.

L'indemnité annuelle allouée à ces praticiennes est de 3000 francs ; une indemnité supplémentaire de 600 francs sera accordée à celles qui seront chargées d'une infirmerie indigène.

Les demandes doivent être adressées au gouvernement général, à Alger (direction des affaires indigènes).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs P. Olivier (de Rouen), Mailfert et H. Thiébault (dAlger).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition franco-britanique à Londres.* — Billets d'aller et retour, avec réduction de 40 à 50 p. 100, suivant la distance, émis, au départ de toutes les gares du réseau P.-L.-M. à destination de Paris. — Validités diverses.

Pour tous renseignements s'adresser aux gares, bureaux de ville de la Compagnie ou agences de voyages.

— *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 11 août, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août 1908, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue la conserveront.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments d'ophtalmologie, par H. Truc, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Montpellier, E. Valude, médecin de la clinique ophtalmologique nationale des Quinze-Vingts, et H. Frenkel, professeur agrégé, chargé du cours de clinique ophtalmologique à la Faculté de Toulouse. 2e édit. complètement transformée et considérablement augmentée, avec 282 fig. dans le texte et 15 pl. en couleurs. — Prix : broché, 24 fr.; net, 21 fr. 50 ; relié toile, 26 fr.; net, 23 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur. Insuffisance cardiaque. Asystolie, par Pierre Merklen, médecin de l'hôpital Laënnec; publiées par Jean Heitz. In-8 de 423 p., avec 38 fig. dans le texte et un portrait de P. Merklen. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Glossaire allemand-français des termes d'anatomie et de zoologie, par le professeur R. Blanchard. In-8 de 298 p., à 2 colonnes. — Prix : cart., 8 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Technique précise de radiothérapie et de radioscopie. Instrumentation pratique, par le docteur P. Vaudet, de la Faculté de médecine de Paris, préface de M. le professeur E. Gaucher, médecin de l'hôpital Saint-Louis. In-8 avec fig. et 20 pl. hors texte (récompensé par l'Académie de médecine en 1906), 2e éd. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Leclerc.

Clinique du cœur d'après l'étude de ses divers rythmes, par le docteur Arthur Leclercq. In-8 écu de 372 p., avec une planche hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Assainissement et salubrité de l'habitation. Compte rendu des travaux du IIe Congrès international tenu à Genève du 4 au 10 septembre 1906 publié par les soins de M. Ferdinand Marié-Davy, secrétaire général. In-8 de 874 p. — Paris, J. Rousset.

La ménopause, par le docteur Ch. Vinay, médecin des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine. In-8 (19-12) de 175 p. (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire). — Prix : br., 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Cours de philosophie positive, par Auguste Comte. Tome II « Philosophie astronomique et philosophie physique ». In-8 de 380 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

Histoire de la terre, par Ch. Sauerwein. In-8, avec 79 fig. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, C. Reinwald, Schleicher frères.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE PROBLÈME DE L'HYSTÉRIE

Par le docteur L. ALQUIER.

Malgré les innombrables travaux qu'a suscités cette passionnante question, la nature de l'hystérie est encore pour nous un problème. Plus que jamais à l'ordre du jour, ce problème a été longuement discuté au Congrès de Lausanne et d'Amsterdam (1907) ainsi que dans les deux séances supplémentaires que vient de lui consacrer la Société de neurologie de Paris, et qui ont été résumées dans ce journal (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1908, n° 45, p. 536, et n° 58, p. 692). En se rapportant aux comptes rendus officiels de ces discussions, on voit quel chemin reste à parcourir avant d'arriver enfin à la solution définitive, M. Babinski estime, d'accord en cela avec MM. Ballet et Pitres, que, seule, une définition clinique est actuellement possible : d'autre part, depuis une vingtaine d'années, de nombreuses théories ont été proposées, pour définir les phénomènes morbides, et en expliquer la genèse; la plupart sont encore debout.

Cependant, tant d'efforts ne sont pas demeurés stériles : l'hystérie n'apparaît plus, aujourd'hui, telle que la considéraient Charcot et ses élèves, pour certains points, tout au moins, et, si les théories sont différentes, elles présentent néanmoins des points communs. Chacun, peut-être, voit l'hystérie à sa manière, suivant les séries de malades qu'il a observées et aussi, suivant ses tendances d'esprit personnelles; mais les hypothèses se limitent à un certain nombre d'idées, et cette limitation apparaît comme un progrès sérieux. Il serait impossible de résumer ici tous les travaux, et même d'en donner la bibliographie complète, nous essaierons de montrer, le plus simplement possible, ce qui paraît acquis, et ce qui reste incertain.

Le problème comprend deux parties; de quoi est faite l'hystérie, et quelles en sont la ou les causes?

I

Quelles sont les manifestations morbides propres a l'hystérie?

Suivant le mot de Lasègue, que rappelait M. Babinski, l'hystérie est comme une corbeille, dans laquelle on jette tous les papiers qu'on ne sait où classer. En fait, tout ce que la pathologie peut réaliser, en tant que symptômes morbides, a été attribué à celle qu'on a si souvent appelée « la grande simulatrice ». Actuellement, un travail de revision est en train de s'opérer, et de multiples recherches, au premier plan desquelles celles poursuivies, avec tant de précision et de rigueur scientifique, par M. Babinski, ont montré qu'en matière d'hystérie, l'observateur ne saurait trop se tenir en garde contre deux causes perpétuelles d'erreurs: la suggestion qu'il exerce, inconsciemment, celle du milieu, enfin, l'auto-suggestion, plus ou moins voulue, et la simulation.

La première cause d'erreur se résume d'un mot: la « culture » des hystériques. Dans sa récente discussion, la Société de neurologie de Paris a admis que les stigmates de l'hystérie sont dus, pour une grande part, à la suggestion : la chose apparaît particulièrement nette pour les troubles oculaires; la dyschromatopsie n'a pu être retrouvée, par M. Brissaud, depuis qu'il emploie le diploscope; il en est de même pour la polyopie monoculaire. Le rétrécissement du champ visuel ne se voit plus en évitant la suggestion, et en prenant soin d'indiquer aux malades qu'il ne s'agit pas des limites de la vision nette, mais de l'aperception simple (Babinski), il faut également ne pas confondre le retrécissement vrai, et la fatigue oculaire (Rochon-Duvigneaud). Si bien qu'on serait tenté de conclure qu'il n'y a pas de symptômes oculaires propres à l'hystérie (1).

Pour les troubles sensitifs, les paralysies et contractures, la discussion de la neurologie semble aboutir à ceci : ces symptômes sont, le plus souvent, dus à la suggestion; on ne saurait affirmer catégoriquement qu'ils peuvent exister en dehors d'elle, mais il faut se garder de toute conclusion prématurée. Rappelons que la contracture hystérique se distingue de l'organique, notamment par l'absence de signe de Babinski.

Dans une très intéressante étude graphique du clonus (2) MM. Claude et Rose mettent en évidence l'inégalité des secousses, qui, dans un cas difficile, est rendue manifeste sur le tracé graphique tandis que, dans les maladies organiques, le tracé est absolument régulier. Le clonus vrai n'existe pas dans l'hystérie: M. Babinski n'a pu y observer que ce qu'il appelle le « clonus fruste », c'est-à-dire un tremblement assez régulier, parfois, pour donner le change, mais qui est dû à la contre-pression volontaire, exercée par le pied du sujet, sur la main de l'opérateur.

Une fort intéressante question, celle de la persistance, pendant le sommeil, de la contracture hystérique, a été soulevée par M. Raymond, à propos d'une malade, qu'il présentait à la Société de neurologie. Si la contracture persiste bien pendant le sommeil, elle n'est pas imputable à la suggestion. La très intéressante discussion qui a eu lieu au sujet de ce cas, montre que la question n'est pas encore élucidée (voir *Revue neurol.*, 30 avril et 30 mai 1908).

Pour les paralysies flasques, on n'observe pas, dans l'hystérie, ce que les Allemands appellent « la cuisse large », c'est-à-dire l'étalement par hypotonie des masses musculaires paralysées, comme on l'observe dans les paralysies organiques. Enfin, que la paralysie soit flasque, ou avec contracture, les réflexes tendineux ne présentent pas, lorsqu'on les compare

(1) Reproduction interdite.

(1) M. Redlich a tout récemment (*Deutsche med. Woch.*, 20 février 1908) observé, au cours des crises hystériques, la mydriase avec disparition de la réaction à la lumière, mais il a retrouvé ce phénomène, qu'il attribue à l'irritation du sympathique, au cours de crises épileptiques. Deux ans auparavant, Sauvineau niait la mydriase hystérique. *Revue neurol.*, 1906, p. 1017, 1086.

(2) Claude et Rose. *Revue neurol.*, 1906, p. 829.

avec ceux du côté sain, les modifications qu'il est de règle d'observer dans les paralysies organiques.

L'état des réflexes en général est variable, dans l'hystérie. Dans sa *Séméiologie*, M. Déjerine estime les réflexes tendineux souvent exagérés, comme dans d'autres états. Quant aux réflexes cutanés et muqueux leur état est variable, suivant les variations de la sensibilité cutanée et muqueuse. M. Crocq (1) considère les réflexes tendineux comme exagérés dans 79 p. 100 des cas, surtout dans les formes à accès : cette exagération ne s'accompagne jamais du signe de Babinski, mais, dans 8 p. 100 des cas, du signe de l'éventail. Le réflexe abdominal est, le plus souvent, normal. Quant aux réflexes cutanés plantaires, dont l'auteur fait une étude approfondie, il convient de distinguer : l'excitation plantaire légère provoque la flexion simple du gros orteil, c'est, pour l'auteur, le seul réflexe plantaire d'origine corticale. Une excitation plus forte provoque la contraction du tenseur du fascia lata ; enfin, si l'excitation est encore plus énergique, on obtient le réflexe profond, ou réflexe défensif, caractérisé par l'extension des orteils (faux signe de Babinski), mais, en même temps, on observe la flexion de la jambe et de la cuisse. Dans l'hystérie, dit M. Crocq, l'abolition du réflexe plantaire s'observe dans 42 p. 100 des cas, et sa rareté dans d'autres névroses, faif, de ce signe, un signe digne de remarque. Le « phénomène plantaire combiné », c'est-à-dire l'abolition simultanée du réflexe cortical en flexion, et de la contraction du fascia, spécial à l'hystérie, s'y rencontre dans 59 p. 100 des cas surtout dans les formes avec anesthésies, la sensibilité plantaire persiste dans plus de la moitié des cas où le réflexe combiné plantaire existe. Quant au réflexe profond, il est exagéré dans la moitié des cas, et peut persister alors que les deux autres font défaut; quand il manque, c'est en même temps qu'eux.

Lors de la discussion à la Société de neurologie, l'accord parfait, pour affirmer la valeur du signe de Babinski et la variabilité des réflexes tendineux, qui ne présentent rien de spécial à l'hystérie, a été moins parfait au sujet des réflexes cutanés. Leur suppression apparente peut tenir à l'inhibition exercée par le sujet, et qui peut annuler plus ou moins la réaction de défense : M. Babinski faisait ramarquer, à propos du réflexe pharyngé, que l'on arrive aisément à inhiber volontairement, que, lorsque la réaction nauséeuse est supprimée, la contraction des piliers du voile persiste ; c'est là le vrai témoin de la persistance du réflexe.

L'étude des troubles viscéraux, vaso-moteurs et trophiques, semble, d'après les recherches les plus récentes, devoir être reprise complètement. On se heurte, ici, à deux grandes causes d'erreur, particulièrement difficiles à éviter : d'une part la simulation qui s'exerce là surtout, et qui peut être particulièrement difficile à dépister, d'autre part, il faut se garder soigneusement d'attribuer à l'hystérie, ce qui peut être dû soit à une affection concomitante, plus ou moins latente, soit au terrain « névropathique » sur lequel évolue l'hystérie.

(1) Crocq. *Revue neurol.*, 1904, p. 1069.

Et d'abord, la simulation. En ce qui concerne les troubles viscéraux, il y a longtemps que M. Mathieu a étudié « l'hémosialhémèse hystérique », c'est-à-dire la fausse hématémèse par succion des gencives, le sang ainsi extravasé, pouvant être retenu un certain temps dans l'œsophage contracturé. Dans l'anorexie hystérique, une surveillance suffisante montre, je l'ai plusieurs fois observé moi-même, que les malades mangent en cachette ; la ration journalière qu'on parvient à dépister. paraît, il est vrai, parfois, bien minime. M. Dopter (1) a observé, chez un soldat, deux crises d'hystérie, accompagnées d'albuminurie qui n'existait pas entre les crises ; outre cette albuminurie, existaient de la cyanose et des œdèmes. Mais, M. Babinski (*Ibid.*, déc. 1903) faisait remarquer que les réflexes cutanés étaient, chez cet homme, abolis après les crises, contrairement à ce qu'on observe dans l'hystérie, et se demandait s'il ne s'agissait pas plutôt de crises épileptiques. Mais voici mieux : en 1904, M. Kienboch (2) consacrait un Mémoire à l'observation d'une jeune fille de vingt-cinq ans, atteinte d'accès d'angine de poitrine hystérique. Pendant une crise, la radiographie-radioscopie avait révélé un « véritable tétanos de cœur », « manifestement vide de sang. » Or, la même année, dans le même journal, l'auteur reconnaît, avec une parfaite loyauté, qu'il s'agissait, non d'un spasme du cœur, comme il l'avait cru tout d'abord, mais d'un spasme de la glotte et des muscles de l'abdomen, gênant la diastole cardiaque, mécaniquement.

Si nous passons aux troubles vaso-moteurs et trophiques, les exemples de simulation vont abonder. MM. Lannois et Lançon (3) ont observé une grande hystériqne, avec chorée, hémosialhémèses, éruption pemphigoïde, et qui simulait l'œdème du membre inférieur, à l'aide d'une ligature qu'elle faisait avec le cordon de son tablier. Un autre malade eut, pendant plusieurs mois, à la suite d'un panaris, un œdème de tout le membre supérieur, jusqu'au deltoïde, limité en haut par un sillon. MM. Brissaud et Sicard (4) ont publié deux observations très intéressantes de troubles trophiques simulés : l'une des malades présentait une éruption de bulles pemphigoïdes, qui avait surpris la bonne foi d'un dermatologiste des plus éminents. Or, on découvrit qu'elle produisait ces bulles, par l'application d'un tisonnier rongi au feu, déterminant ainsi des lésions profondes. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un œdème de tout le membre supérieur, provoqué par une compression très habilement faite au-dessous de l'épaule (ligature avec un tuyau de caoutchouc). Cette malade parvint à faire considérer son œdème, comme un œdème hystérique, post-traumatique, par des experts, et à obtenir, de ce chef, une indemnité. Ailleurs (5) M. Sicard, à propos de la malade de MM. Balzer et Fouquet, citait deux cas de pseudo-troubles trophiques, provoqués, l'un par un crayon de capsicum, l'autre,

(1) Dopter. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 26 nov. 1903.
(2) Kienboch. *Wiener klin. Woch.*, 1904.
(3) Lannois et Lançon. *Journ. des pratic. de Lyon*, 1904. Voyez aussi Boué. Th. de Lyon, 1904.
(4) Brissaud et Sicard. *Revue neurol.*, 1907, p. 685.
(5) Sicard. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 3 déc. 1903.

par des attouchements phéniqués, et rappelait que M. Raymond a consigné dans ses cliniques une observation de mélanodermie obtenue par l'emploi d'une pâte caustique complexe. Parfois, la simulation peut conduire le malade aux plus extrêmes limites, jusqu'à se laisser amputer, par exemple. Tel le cocher dont M. White (1) rapporte l'histoire : il fut amputé pour une brûlure du doigt, une ulcération survint, s'aggrava, jusqu'à nécessiter une nouvelle amputation. Le fait se renouvelle ensuite, et fait penser à des accidents septiques, mais, l'aspect dermatologique inclassable des ulcérations fait enfin supposer l'action voulue d'un caustique chimique ; on arrive à en établir la preuve. On ne peut se dispenser de citer le fait, désormais célèbre, communiqué par le professeur Dieulafoy à l'Académie (2). Un homme de trente ans présente, depuis deux ans et demi, des escares sur l'avant-bras et le bras gauche. Un chirurgien fait, d'abord, l'élongation des nerfs, puis l'amputation du bras au tiers supérieur. Quelques mois après, des plaques gangréneuses apparaissent sur le bras gauche. M. Dieulafoy fait avouer au malade qu'il détermine lui-même ces escares, par l'application de potasse caustique. De pareils exemples, que l'on pourrait multiplier, suffisent pour montrer ce qu'est la simulation chez les hystériques : on ne sait jamais à quel moment ils cessent d'altérer la vérité.

L'autre écueil n'est pas moins redoutable, et souvent, on attribue à l'hystérie, des troubles viscéraux, vaso-moteurs ou trophiques qui appartiennent, en réalité, à une affection organique. A la séance du 7 juin 1906 de la Société de neurologie, M. Claude présentait un homme atteint d'un œdème de la main, qu'il considérait comme un œdème bleu hystérique : or, à une séance ultérieure de la même société, M. Claude (3) rectifiait son premier diagnostic, et reconnaissait que l'évolution ultérieure avait été celle d'une tuberculose des gaines synoviales, dont le diagnostic s'imposait actuellement. Dans la séance du 2 juin dernier, MM. Lévy et Tournai communiquaient, à la Société de neurologie, l'observation d'une femme dont la peau présentait des ecchymoses pour le plus léger traumatisme : on aurait pu penser à l'hystérie, si cette malade n'avait eu en même temps, les signes évidents d'une néphrite. Le problème se pose encore plus délicat, à propos des troubles viscéraux observés dans l'hystérie, de la « fièvre hystérique » enfin, des atrophies et rétractions musculaires, ces dernières paraissant, cependant, pouvoir être parfois dues à l'hystérie. Aussi, comprend-on que, dans sa récente discussion, la Société de neurologie n'ait pas voulu se prononcer sur ces questions qu'elle regarde comme non résolues, actuellement. Il faut regretter que cette sage réserve ne soit pas imitée par tous, et que certains auteurs n'hésitent pas, malgré tout, à rapporter à l'hystérie des troubles trophiques dont la nature est actuellement si incertaine (4).

(1) WHITE. *Boston med. and surg. journ.*, 26 juin 1907.
(2) DIEULAFOY. Sur la pathomimie, Acad. de méd., 1er juin 1908.
(3) CLAUDE. *Revue neurol.*, 1906, p. 1080.
(4) Notamment, au sujet des « stigmates sanglants ». APTE, Th. de Paris, 1903, et DUMAS. *Revue des Deux Mondes*, 1er mai 1907.

En somme, les signes physiques de l'hystérie sont, à l'heure actuelle, l'objet d'une revision ayant pour but de délimiter le domaine de la grande névrose, et certainement, de le restreindre.

Jusqu'où doit aller cette restriction ? M. Bernheim (1) arrive à écrire ceci : « L'hystérie n'est pas une entité morbide. Ce mot ne doit pas être détourné de son sens primitif, pour être appliqué aux innombrables psychonévroses d'origine émotive, suggestive ou traumatique : il doit être réservé aux seules crises que certains sujets subissent par certaines causes émotives, et qu'ils sont aptes souvent à reproduire par suggestion ou auto-suggestion. » Les stigmates sensitivo-sensoriels, les troubles moteurs sont des psychonévroses faciles à réaliser par suggestion, et que beaucoup de sujets réalisent par autosuggestion. Les phénomènes de l'hystérie viscérale sont aussi des psychonévroses. Quant aux crises, elles constituent une réaction psycho-physiologique exagérée, d'origine émotive, et peuvent être primitives, c'est-à-dire se développer chez un sujet sain, à la suite d'une émotion, ou être secondaires, c'est-à dire, se développer au cours d'une maladie, toujours par le mécanisme de l'émotion. « Ces crises se développent chez les sujets qui ont un mode de réaction spéciale exagérée, à l'égard de certaines émotions, c'est-à-dire chez les sujets qui ont un appareil hystérogène, qui sont hystérisables. »

Au contraire, M. Babinski, à la suite de patientes observations cliniques, est arrivé à considérer aux manifestations hystériques un lien commun, l'origine suggestive, dont il fait un caractère fondamental sur lequel il base toute une classification. Pour lui, n'appartiennent pas à l'hystérie les phénomènes que la suggestion ne peut réaliser, ou, tout au moins, la preuve de leur nature hystérique ne peut être considérée comme faite ; tels sont : la fièvre, les troubles trophiques et vaso-moteurs, sphinctériens, sensoriels, les modifications des réflexes, les troubles viscéraux, les altérations du liquide céphalo-rachidien. Enfin, les paralysies organiques ont des caractères les distinguant des paralysies hystériques. Les trou-

— La question de la « fièvre hystérique » ne saurait être ici résumée ; rappelons seulement, à titre d'exemple particulier, la polémique qui a eu lieu, à ce sujet, entre Woss et Strümpell. En 1906, le premier (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, t. XXX, p. 166-177) rapportait deux cas qu'il considérait comme typiques, et admettait que la fièvre peut constituer un symptôme des formes graves, convulsives de l'hystérie. La fièvre est, dans ce cas, primitive, et nullement une conséquence de l'activité musculaire pendant la crise convulsive. Le professeur de Breslau (*Ibid.*, p. 281-283) répond en niant la fièvre hystérique, qu'il dit due, en réalité, à de multiples fraudes, et admise seulement en France et en Russie. Voss (*Ibid.*, p. 327-330) maintient, au contraire, son opinion.

Au dernier congrès de Lausanne, M. Terrien (de Nantes) rapportait un cas, qu'il considérait comme probant ; M. Babinski (Soc. de neurol., mai 1908) le rejette, comme insuffisamment à l'abri des causes d'erreur.

Les mêmes discussions se retrouvent à propos de tous les troubles trophiques, les affections bulleuses, dont MM. Raymond et Terrien citaient chacun un exemple au congrès de Lausanne, les œdèmes, etc.

(1) BERNHEIM. *Conception du mot hystérie*, p. 46, Paris 1904, et *Bull. méd.*, 1907. — Voir aussi les thèses de ses élèves de Nancy : Blum, 1906, et Amselle, 1907.

bles appartenant à l'hystérie se distinguent en deux catégories : les troubles primitifs, susceptibles d'être, chez certains sujets, reproduits par persuasion, qui peut également les faire disparaître, ce sont les « troubles primitifs » (ou « pithiatiques »). Ceux de la deuxième catégorie, les troubles secondaires, ont pour caractère d'être étroitement liés aux précédents (1).

M. Nissl estime que le seul criterium des manifestations hystériques est : 1° leur existence chez un hystérique : et 2° la possibilité de leur disparition, sans laisser de traces.

M. Pitres leur assigne les caractères communs suivants :

1° Ils sont la conséquence de troubles fonctionnels du système nerveux ;

2° Ils subissent de brusques modifications, sont provoqués ou supprimés par des influences psychiques ou des causes physiques qui n'ont aucune action sur les accidents nerveux similaires dépendant de lésions organiques ;

3° Ils sont très rarement isolés, et certains stigmates latents coexistent avec des manifestations éclatantes de la névrose ;

4° Leur évolution n'est pas régulière ; ils surviennent sans ordre pré-établi et se succèdent sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets ;

5° Malgré leur gravité apparente, ces accidents n'ont pas le retentissement profond sur l'état psychique ou mental, qu'auraient les accidents similaires organiques.

L'exposé que nous venons de faire montre que bien des points sont encore actuellement matière à controverse, et que l'hystérie est loin d'être comprise dans des limites nettes, et reconnues par tous ; en particulier, l'étude de la fièvre, des troubles viscéraux, vaso-moteurs et trophiques apparaît comme tout entière à reprendre, à l'aide de documents nouveaux.

II

Quelles sont la nature et la cause de l'hystérie ? — Si on ne peut exactement dire de quoi est faite l'hystérie, sommes-nous plus avancés en ce qui concerne sa nature et ses causes ?

Certains faits d'une grande importance semblent définitivement acquis. Tous ceux qui ont étudié l'hystérie ont été frappés du caractère « contradictoire » de ses symptômes, c'est-à-dire de l'absence de gêne fonctionnelle telle qu'on serait en droit de l'attendre d'une paralysie, d'une contracture, d'un trouble sensitif ou sensoriel. D'autre part, les recherches anatomiques n'ont jamais donné que des résultats négatifs : ce sont là des données dont l'importance n'échappera à personne.

Le caractère contradictoire des symptômes consiste en ceci : une malade présentant un rétrécissement très marqué du champ visuel se servira, en pratique, des parties de la rétine, qui ne devraient pas voir, si ce rétrécissement existait réellement : la perte des sensibilités superficielles et profondes de tout un membre, quelque totale qu'elle paraisse, ne s'accompagne de la gêne fonctionnelle, que déterminerait une anesthésie organique bien moins considérable : les yeux fermés, le sujet se sert du membre anesthésié, et n'a pas d'ataxie. Il en est de même pour les paralysies et contractures, qui ne déterminent pas les troubles de la marche, de l'équilibre, etc., qu'elles devraient comporter ; le fait vient d'être mis élégamment en évidence à l'aide du cinématographe, par M. Néri (1).

De même, si l'on en excepte les résultats de Gilles de la Tourette et Cathelineau, les recherches chimiques n'ont rien révélé de bien spécial. Cependant, MM. Claude et Blanchetière (2) ont observé des variations des échanges nutritifs particulièrement grandes chez les hystériques. Même résultat négatif pour les recherches anatomo-pathologiques : tout récemment, M. Claude (3) apportait le résultat négatif de l'examen histologique de deux hystériques, dont une avait, pendant de longues années, présenté une contracture hystérique, qui avait fini par guérir.

L'ensemble de ces constatations semble séparer nettement l'hystérie des maladies organiques et a permis à beaucoup d'auteurs de chercher son explication, soit dans une modification fonctionnelle des centres nerveux supérieurs, soit dans une perturbation spéciale des facultés psychiques. D'autres, au contraire, estiment une définition clinique seule actuellement possible. A ceux-ci, M. Vogt (4) répond qu'il lui semble impossible de définir l'hystérie sans tenir compte du facteur psychologique dont elle dépend. Lasègue enfin disait que « l'hystérie n'est pas définie et ne le sera jamais » (5).

Parmi les théories émises pour expliquer l'hystérie les unes font intervenir des modifications dynamiques et fonctionnelles du névraxe, amenant la perturbation psychique qui constitue l'hystérie ; d'autres essaient, par l'analyse psychologique, de définir en quoi consiste cette perturbation psychique ; d'autres enfin, estiment qu'il ne suffit pas d'étudier le dynamisme nerveux et l'état mental des hystériques, mais qu'il faut encore tenir grand compte du terrain spécial sur lequel se développe la névrose.

Quelques mots suffiront pour indiquer quelles sont les hypothèses relatives *aux modifications dynamiques et fonctionnelles du névraxe des hystériques*. Pour M. Raymond (voir le rapport de M. Claude au Congrès de Lausanne, p. 45), « la psychose hystérie qui n'est qu'une manière spéciale de réagir et de sentir, de la part de l'individu atteint, résulte d'une modification particulière du dynamisme nerveux, caractérisée par un trouble du régime des réflexes corticaux et sous-corticaux ; ceux-ci, innhibés ou

(1) Voir, au sujet de la signification du mot « suggestion » et de la suggestion dans l'hystérie, la discussion de la Société de neurologie, in *Revue neurol.*, 1908, p. 497-510.

(1) Néri. Soc. de neurol., 3 mars 1908 ; — *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 354.

(2) Claude et Blanchetière. *Revue neurol.*, 1907, p. 772.

(3) Claude. *L'encéphale*, juillet 1907.

(4) Vogt. *Revue neurol.*, 1908, p. 511.

(5) Voir l'excellente revue des « Conceptions de l'hystérie », par Charpentier, *Arch. de neurol.*, 1904, p. 119.

excités, engendrent la dissociation des opérations psycho-physiologiques et leur fonctionnement isolé et sans contrôle. Ainsi sont créés desyndromes nerveux plus ou moins durables dans les divers domaines que régissent ces réflexes. »

M. Grasset se représente l'hystérie comme due à une simple désagrégation de ce qu'il appelle les « communications polygonales » entre les centres psychiques supérieurs et inférieurs. Cette représentation est basée sur le schéma du polygone par lequel M. Grasset synthétise le fonctionnement du névraxe; mais, bien que ce schéma soit des plus intéressants, il faut ne pas oublier que ce n'est là qu'un schéma, qu'une simple hypothèse.

M. Binswanger (1) estime que les phénomènes hystériques sont dus à un défaut de corrélation entre les sphères physique et psychique: les excitants physiques produisent des réactions psychiques nulles ou insuffisantes : l'excitation des neurones corticaux peut, d'autre part, déterminer des réactions anormales.

M. Pailhas (2) voit, dans l'hystérie, le résultat d'une déséquilibration entre les rapports du psychisme supérieur et inférieur. Chez l'enfant, dit-il le psychisme inférieur prédomine, puis le supérieur se développe peu à peu. Si ce développement ne se fait pas, on a l'idiotie, l'imbécillité; la régression du psychisme supérieur détermine la démence qui peut simuler l'hystérie: dans celle-ci la valeur des deux psychismes peut être considérable ; c'est une psychonévrose d'évolution, constituée au cours du développement de l'axe cérébro-spinal, par l'excessive prédominance des centres du psychisme inférieur, prédominance tendant à entretenir l'état de déséquilibration ou, tout au moins, l'aptitude à une déséquilibration favorable, d'une part, à des empiètements morbides du psychisme inconscient sur le psychisme conscient, et d'autre part, aux multiples manifestations qui sont la répercussion de cette anormale condition, sur les divers points du territoire nerveux central ou périphérique (désagrégation mentale de Janet, troubles délirants, psycho-sensoriels, moteurs, inhibitoires). L'hystérie se distingue des débilités psychiques constitutionnelles ou acquises, en ce que celles-ci impliquent toujours l'altération organique et l'asthénie, et de l'épilepsie qui serait une déséquilibration par accumulation de potentiel dans un domaine encore indistinct des centres encéphaliques aboutissant aux décharges que l'on sait.

Certains voient, dans une modification, en plus ou en moins, *de l'activité physiologique*, la cause de l'hystérie. Pour M. Zichen (3) ce qui distingue l'hystérique de l'homme normal, c'est la puissance extraordinaire d'évocation des représentations mentales que présente le premier, l'idée de paralysie suffit pour causer celle-ci; certains souvenirs se présentent avec l'intensité d'illusions ou d'hallucinations. Mais, l'auteur admet que les impressions qui ne causent pas une émotion suffisante n'entrent pas dans le champ de la conscience. Par là sa théorie se rapproche de celles fondées sur l'analyse psychologique.

M. Sollier, au contraire, définit l'hystérie (1) « un trouble physique, fonctionnel du cerveau, consistant en un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent des centres corticaux et se traduisant par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices, trophiques, viscérales, sensorielles, sensitivo-motrices et enfin psychiques, et suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques ». A cela M. Claude objectait que certaines manifestations de l'hystérie indiquent de la suractivité plutôt qu'un processus d'arrêt, et que le même trouble physique engendrerait, dans cette conception, des manifestations par trop variables.

M. Claparède (2) attribue l'hystérie à une réaction de désintérêt du sujet, analogue à un sommeil partiel, systématisé, augmentant lorsque l'attention du sujet est attirée sur les choses dont il se désintéresse. Comme le fait remarquer M. Claude dans son rapport, resterait à expliquer pourquoi les choses se passent ainsi chez l'hystérique, non chez d'autres.

Arrivons maintenant aux théories fondées sur l'analyse psychologique. M. Mœbius (3) considère l'hystérie comme une maladie due à un excès ou un défaut de représentation; les modifications somatiques d'origine psychique déterminent ensuite d'autres modifications, celles-ci persistantes : cette théorie est acceptée par M. Strumpell (4) et récemment par M. Bruns (5).

Se basant sur la méthode psycho-analytique, M. Freud a essayé de remettre en honneur la vieille théorie populaire de l'origine sexuelle de l'hystérie. Il la range parmi les « abwehr neuropsychosen » qui ont pour caractère commun de se développer par un mécanisme psychique inconscient, consistant en l'effort d'expulsion d'une image insupportable, en contradiction pénible avec le « moi » du malade. Est hystérique, tout individu réagissant anormalement (par dégoût) à une excitation sexuelle : l'hystérie est le résultat d'un désir sexuel que le sujet cherche à combattre ou à réaliser. Que chez un hystérique apparaisse un symptôme somatique, il en fait un symbole et le conserve : la psycho-analyse permet de découvrir, sous chaque symptôme hystérique, un symbole sexuel, et les négations du malade équivalent fréquemment, comme on arrive à le prouver, à des affirmations. Les manifestations hystériques disparaissent, au fur et à mesure que la psycho-analyse arrive à mettre à jour leur véritable signification.

Les lecteurs français trouveront cette théorie fort bien résumée dans le travail que MM. Schmiergeld et Provotelle, ont consacré à l'étude des « abwehr neuropsychosen » de M. Freud (6) ; dans ce travail, on

(1) Binswanger. *Die Hysterie*, Wien 1904.
(2) Pailhas. Congrès de Lausanne, 1907.
(3) Zichen. *Ueber Hysterie*, Berlin 1906.

(1) Sollier. Discussion du congrès de Lausanne, 1907.
(2) Claparède. *Arch. de phychol.*, 1905, et Congrès de Lausanne, 1907.
(3) Mœbius. *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1888, n° 3.
(4) Strumpell. *Ueber die Eutstehung die Heilung von Krankheiten durch. Vorstellung*, Erlangen 1892.
(5) Bruns. *Die Hysterie in Kindeshalter*, Halle 1906.
(6) Freud. *Journal de neurol.*, 5 et 20 avail 1908.

trouvera résumées, avec suffisamment de détails, les observations sur lesquelles M. Freud appuie sa manière de voir, et les auteurs s'attachent à préciser ce qui, dans l'interprétation de M. Freud, paraît vrai, et ce qui est axagéré. (Rappelons, en passant, que, pour M. Freud, le traumatisme psycho-sexuel est l'origine non seulement de l'hystérie, mais encore de la plupart des psychoses, obsessions, paranoia.)

La théorie de M. Freud a suscité de vives critiques, notamment de la part de M. Aschaffenberg; M. Jung (1) s'est élevé contre ces critiques, et défend la théorie qui présente de grands avantages au point de vue thérapeutique, et qu'il présente sous une forme moins absolue que M. Freud en disant qu'« un nombre illimité de cas d'hystérie prend naissance dans le domaine sexuel ».

S'appuyant également sur la psycho-analyse, M. Joire (2) a formulé une autre conception de l'hystérie: elle est due à une modification de l'équilibre dynamique du système nerveux, telle que l'activité ou le potentiel du système nerveux est diminué sur certains points, et augmenté sur d'autres, au détriment des premiers, sans qu'il y ait, en réalité, augmentation ou diminution absolue dans le total de l'activité nerveuse disponible. Par exemple, l'impressionnabilité est exagérée pour certaines choses ; les malades ont une émotion violente pour la perte d'un objet futile; cette émotivité exagérée va jusqu'aux impulsions automatiques; d'autre part, ils accueillent souvent les événements importants, les grands malheurs avec une remarquable indifférence. Il en est de même pour la volonté : à côté d'une aboulie partielle, les hystériques suivent leurs idées fixes avec une volonté tenace. Toutes les facultés se concentrent sur le point suggéré, souvent par une suggestion inconsciente et échappant à l'entourage: la tension sur tous les autres points diminue, ce qui cause l'affaiblissement apparent de la volonté. Les malades manquent de personnalité, parce que, sous l'empire de la suggestion, se sont formées de vives impressions pouvant devenir des idées fixes, et auxquelles ils réagissent exagérément par des impulsions motrices. C'est dans l'exagération des réactions psychiques qu'il faut chercher la cause des idées érotiques, de coquetterie, de la tendance au mensonge.

Mais de toutes les conceptions basées sur la psycho-analyse, la plus intéressante et celle qui semble contenir la plus grande part de vérité, est celle que M. Janet développe dans une série de travaux de tout premier ordre (3). C'est à l'analyse psychologique qu'il faut demander de nous faire connaître la nature de l'hystérie, maladie mentale. Depuis vingt ans, M. Janet défend cette idée que tous les phénomènes de l'hystérie s'expliquent par le rétrécissement du champ de la conscience. Les malades perçoivent toutes les sensations, exécutent tous les mouvements gardent tous les souvenirs, mais la conscience ne peut les admettre en aussi grand nombre qu'à l'état normal; un nombre exagéré de souvenirs, de sensations, de mouvements, restent subconscients, d'où les anesthésies, les amnésies, les paralysies. Il ne s'agit pas de simulation, puisque les anesthésies, le rétrécissement du champ visuel par exemple, sont ignorés du sujet et lui sont indifférents; la suggestion localise souvent le symptôme, sans le produire, en totalité.

Pour M. Dufour (1), l'hystérie relève d'un état psychique spécial, d'une « dysboulie » consistant en un besoin d'imitation exagérée; c'est une « psychose d'imitation ». Cette tendance à l'imitation dépend, pour M. Babinski, de la suggestion.

Les perceptions qui disparaissent du champ de la conscience sont les moins nettes, celles qui paraissent les moins importantes au sujet. Par exemple, M. Janet fait remarquer, pour expliquer le rétrécissement du champ visuel, que le sujet concentre toute son attention sur des perceptions visuelles nettes, et laisse dans la subconscience toutes celles qui viennent des parties moins essentielles de la rétine; l'attention augmente encore le rétrécissement. Les limites du champ de la conscience sont variables, chez chaque sujet, d'un moment à l'autre, et il faut bien reconnaître que la suggestion les déplace, plus qu'elle ne les élargit.

L'hystérie est une psychose dépressive qui se développe sous l'influence des causes déprimantes, telles que les intoxications, surtout à la puberté. Elle est « surtout voisine de la psychasthénie, et on pourrait presque dire que les hystériques ne sont qu'une variété de psychasthéniques ». Mais il ne s'agit pas, comme dans la psychasthénie, d'une sorte de décapitation des facultés supérieures; certaines de celles-ci l'entêtement, la volonté, l'attention, peuvent ne pas être diminuées dans l'hystérie. La dissociation porte ici particulièrement sur la conscience, la personnalité, et, beaucoup moins, sur les fonctions elles-mêmes. La forme de la dépression mentale de l'hystérie est « caractérisée par la tendance au rétrécissement du champ de la conscience et la dissociation des systèmes d'images et des fonctions, qui, par leur synthèse, constituent la conscience personnelle ».

Le rétrécissement du champ de la conscience ne laisse au malade qu'un petit nombre d'idées, qui, non contrebalancées par d'autres, deviennent aisément des idées fixes. Les malades vivent alors dans un rêve perpétuel, d'où un état de délire spécial à l'hystérie, que M. Janet compare à celui de lady Macbeth, ne vivant que son crime, et disant tout haut, en public : « Damnée tache (de sang qu'elle croit souiller sa main), tous les parfums de l'Arabie ne t'enlèveront pas. » De même l'hystérique vit son délire; ses yeux ne voient pas le reste. Cet état mental se distingue aisément de la confusion et des démences; les délires systématisés remplissent la vie entière, au lieu de n'occuper, comme dans l'hystérie, qu'un seul moment séparé des autres : on ne trouve ni anes-

(1) Jung. *Münchener med. Woch.*, 1906, p. 230.

(2) Joire. *De l'hypnotisme*, 1908.

(3) Voir notamment : Janet. *Arch. de neurol.*, 1893, nº 1; — *L'état mental des hystériques* (Charcot-Debove); — Dissociation des souvenirs par l'émotion, *Journ. de psychologie normale et pathologique*, 1906; — *Leçons faites en 1907 à l'Université de Harward* (publiées en anglais); — Congrès d'Amsterdam, sept. 1907.

(1) Dufour. *Revue neurol.*, 1908, p. 511.

thésies, ni amnésie; l'état mental hystérique se rapproche plus des obsessions des psychasthéniques qui sont moins complètes, moins indépendantes, et ne s'accompagnent ni d'anesthésie, ni d'amnésie.

Un gros reproche a été fait à toutes les théories basées sur l'analyse psychologique; cette méthode exige la collaboration de l'observateur et de son sujet; chaque observateur examine les malades et dirige l'analyse suivant les tendances propres à son esprit; l'analyse n'est possible qu'avec un nombre restreint de sujets et est difficile à généraliser à tous; enfin, comme le fait remarquer M. Claude, dans son rapport au Congrès de Lausanne, chaque observateur crée autour de lui une ambiance, exerce une suggestion inconsciente, fort importante en matière d'hystérie. On sait, en effet, que chez les hystériques certaines manifestations sont très facilement observées par certains observateurs, alors que d'autres ne peuvent les réaliser.

Enfin, reste à préciser la question du « terrain » sur lequel se développe l'hystérie, en d'autres termes à dire pourquoi des causes analogues ne rendent hystériques que certains sujets, et non tous (1).

M. Bernheim (2) répond ainsi à cette question. L'hystérie (pour lui réduite aux crises convulsives) n'est que l'exagération des réactions normales, en face d'une émotion; chez un sujet sain, ces réactions sont en miniature celles de l'hystérie; elles ne s'exagèrent, au point de constituer l'hystérie, que chez les sujets doués d'un « appareil hystérisable »; on devient hystérisable à la suite d'une émotion accidentelle, de neurasthénie, d'une psychose, d'une intoxication, d'une maladie organique, créant l'état émotif.

Dans son rapport, M. Claude s'élève contre cette assertion de M. Bernheim que nous sommes tous plus ou moins hystériques, et pense, au contraire, que, pour produire l'hystérie, il faut dans les conditions étiologiques quelque chose de spécial. On naît hystérique, on ne le devient pas, a dit M. Pitres; quel est donc le terrain apte à laisser éclore l'hystérie? Sont-ce des tares héréditaires, et lesquelles? Faut-il admettre, avec Kamienski, un trouble originel du développement psychique? Pour M. Claude, l'hystérie apparaît chez les malades qui, tout enfants, avaient déjà des réflexes mal réglés, puis présentent ce que M. Oppenheim décrit sous le nom de nervosisme, c'est-à-dire des réactions intenses, non en rapport avec la cause d'excitation, d'une durée exceptionnellement prolongée, enfin, avec défaut d'adaptation de l'expression des émotions aux circonstances. Les réactions vaso-motrices sont, chez ces malades, exagérées; enfin, on observe chez eux la fatigabilité, l'émotivité, les phobies, le somnambulisme. On ne peut préciser à quel moment commence l'hystérie, car elle peut se développer graduellement.

M. Claude résume ainsi sa pensée : L'hystérie relève d' « une diathèse prenant en général son origine dans un état constitutionnel du système nerveux, le nervosisme, caractérisé par un défaut de régulation dans les processus réflexes élémentaires psychiques ou organiques. Elle tire son caractère propre de la faculté qu'acquiert le sujet d'isoler, d'une façon consciente ou inconsciente, certaines perceptions ou aperceptions, et de leur laisser prendre, pendant un temps plus ou moins long, en dehors de l'activité psychologique supérieure, une importance telle qu'elles exercent une action dynamogénique considérable sur certaines fonctions, et cela, grâce à la modification primitive des processus réflexes et aux dépens d'autres perceptions et aperceptions laissées dans l'ombre ». La persuasion rétablit l'équilibre, sauf s'il y a des perturbations profondes.

La neurasthénie qui se développe aussi sur le terrain du nervosisme est une simple fatigabilité; la psychasthénie est une débilité constitutionnelle, sans suppression complète des facultés de contrôle; il existe, d'ailleurs, des faits de passage avec l'hystérie. L'épilepsie, également née sur le terrain du nervosisme, présente les mêmes variations de la nutrition que dans l'hystérie; dans l'épilepsie, les troubles sont plus passagers, l'hystérie ne s'accompagne pas d'un affaiblissement mental analogue à celui qu'on observe, à la longue, dans l'épilepsie. Enfin, ce qui différencie l'hystérie du simple nervosisme, c'est la suggestibilité et l'état mental spécial à l'hystérie; le pouvoir particulier de dissociation mentale qu'ont les hystériques. L'échec de la suggestion ne suffit d'ailleurs pas, pour éliminer le diagnostic d'hystérie.

Les modifications de la mentalité des hystériques reposent sur un manque de jugement, de critique raisonnable, particularité qui est à la base de la mentalité infantile, mais qui, chez l'adulte, peut être le résultat de la dégénérescence. Le défaut de jugement se traduit par une appréciation fantaisiste des réalités, par une conception morale erronée de la vie; il conduit à l'expression anormale des états émotifs, à la désagrégation de la personnalité, à la production d'actes subconscients, et de phénomènes ayant le caractère d'auto-suggestion, auxquels peuvent succéder des réactions psycho-physiques anormales.

M. Vogt (1) remarquait que les hystériques sont moins des suggestionnables que des malades doués d'une émotivité exagérée qui appartient à la dégénérescence mentale.

M. Schnyder (de Berne), co-rapporteur au Congrès de Lausanne, est surtout frappé par la mentalité infantile des hystériques, et conçoit l'hystérie, non comme une entité morbide, mais comme une modalité de psychonévrose, sans mentalité propre. L'hystérie pure n'est pas celle des classes supérieures, combinaison, difficile à définir, de l'hystérie avec d'autres états : migraine et autres psychoses; il faut la rechercher chez les âmes simples du campagnard, du prolétaire, aux périodes d'évolution des peuples, telles que le moyen âge. Elle se développe, lorsque ces individus à mentalité simple se trouvent transportés dans des conditions auxquelles ils ne s'habi-

(1) Young (*Medical News*, 12 déc. 1903), tout en pensant que l'hystérie est une psychose qui a son origine dans les impressions inconscientes de l'enfance et de la jeunesse, estime que les altérations du système surrénal pourraient être en relation avec elle.

(2) Bernheim. *Revue méd. de l'Est*, 1904, et brochure citée.

(1) Vogt. *Revue neurol.*, 1908, p. 498.

tuent que difficilement. Elle n'indique ni la décadence de l'individu, ni celle des peuples; c'est non une manifestation de dégénérescence mentale, mais bien d'insuffisance mentale, par rapport aux conditions de l'existence; elle apparaît particulièrement fréquente aujourd'hui, où la lutte pour la vie est particulièrement âpre.

L'hystérie, écrit M. Schnyder, reconnaît « pour point de départ un défaut de jugement, conduisant à une conception erronée des situations réelles, à un défaut d'adaptation à celles-ci. L'hystérie est, avant tout, une maladie d'évolution de l'esprit humain; elle représente une brisure dans le développement de la mentalité; aussi, l'hystérie de forme pure est-elle une maladie des individus jeunes, comme elle est aussi la maladie de l'enfance de l'humanité : on la rencontre rarement chez le vieillard, dont la mentalité a terminé son évolution ».

Ainsi donc l'hystérie apparaît actuellement comme une psychonévrose voisine de la psychasthénie, à laquelle elle semble bien être reliée par des faits de passage. Comme les psychonévroses en général, elle se développe sur le terrain du nervosisme, toutes les causes déprimantes peuvent servir de cause occasionnelle, et, parmi toutes, les traumatismes moraux paraissent tenir la place prépondérante (insuffisance mentale de Schnyder, vis-à-vis des conditions de l'existence, et, dans certains cas, tout au moins, émotions d'origine sexuelle).

Nous ne savons pas pourquoi l'ensemble des causes que nous venons d'énumérer, provoque, tantôt l'hystérie, etc., tantôt d'autres psychonévroses. Il y a là une question de prédisposition individuelle, actuellement non élucidée.

De quoi est faite l'hystérie? On ne peut plus, aujourd'hui, lui attribuer tous les phénomènes morbides qui peuvent apparaître chez des hystériques et une revision absolument nécessaire est actuellement en train de se faire.

En étudiant minutieusement les caractères des maladies organiques, M. Babinski est arrivé à creuser le fossé qui sépare leurs manifestations de celles de l'hystérie, la distinction est, aujourd'hui, nette, pour les troubles moteurs, sensitifs et sensoriels; l'étude des réflexes a considérablement diminué l'importance qu'on attachait autrefois à leurs modifications, pour le diagnostic de l'hystérie. Quant aux troubles viscéraux, vaso-moteurs, trophiques, et à la « fièvre hystérique », leur étude est entièrement à reprendre; on sait aujourd'hui combien, en pareille matière, il faut se méfier de la simulation qui peut, les exemples que nous avons cités le montrent bien, aller jusqu'au sacrifice d'un membre, et dérouter toute logique. Il faut donc de nouveaux faits, observés, pendant toute leur durée, d'une manière impeccable, et en se tenant soigneusement à l'abri des deux grandes causes d'erreur, simulation et suggestion. D'autre part, il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une association hystéro-organique, et ne pas oublier que les troubles vaso-moteurs, en particulier, peuvent être dus, en réalité, non à l'hystérie, mais au « nervosisme » du sujet. A cet égard, il convient de remarquer que les troubles vaso-moteurs, observés chez les hystériques, n'ont encore pu être modifiés par la suggestion, que dans le sens de l'inhibition; comme le faisait remarquer M. Babinski, à la discussion de la Société de neurologie, le dermographisme peut être absolument indépendant de l'hystérie. Y a-t-il là l'indépendance complète de deux états morbides distincts l'un de l'autre, ou bien, comme le disait M. Raymond au cours de la discussion, les sujets atteints de dermographisme, ne sont-ils que de véritables candidats à l'hystérie, à qui il manque seulement l'occasion d'entrer dans la névrose?

Si nous ne pouvons dire actuellement quelles sont les limites de l'hystérie, avons-nous, au moins, un criterium, qui puisse servir de base aux recherches futures? Sur quels caractères peut-on se fonder pour admettre que tel symptôme, en particulier, est ou n'est pas hystérique? Admettre, avec M. Bernheim, que tout ce qui est d'ordre suggestif, appartient à une autre psychonévrose, et ne représente qu'une cause d'erreur, apparaît exagéré; on a souvent répondu au professeur de Nancy que les crises elles-mêmes peuvent se développer sous l'influence de la suggestion. Pour M. Babinski, sont seuls avérés de nature hystérique, les phénomènes « pithiatiques » et les troubles secondaires à ceux-ci : pour les autres, ceux qui n'appartiennent à aucune de ces deux catégories, la preuve de leur nature hystérique n'est pas faite. Soit, mais il s'agit justement de dissiper cette incertitude. Comment y parvenir? Ce point d'interrogation reste, actuellement, sans réponse.

La clinique étant, actuellement, impuissante à résoudre le problème, faut-il se tourner vers la psychologie, et lui demander, puisque l'hystérie est reconnue d'origine psychique, quels sont les caractères psychologiques propres à ses manifestations? La psychologie donne, certes, des résultats du plus haut intérêt, en montrant quels liens rattachent le psychisme des hystériques à celui des psychasthéniques, et en montrant les différences qui séparent les deux, la conception de M. Janet, du rétrécissement du champ de la conscience, est des plus séduisantes, mais, la « psycho-analyse reste, actuellement, soumise à deux ordres d'objections, qui, au point de vue *médical* qui nous occupe seul ici, en restreignent singulièrement l'intérêt: 1° est-elle infaillible? C'est une méthode délicate, ne paraissant applicable qu'à *certains* sujets d'élite : pour chacun d'eux, il faut une enquête longue et minutieuse, au cours de laquelle le prestige moral de l'opérateur exerce fatalement son influence, sur l'état d'âme du sujet, qu'il peut modifier, toujours dans le même sens, peut-être, mais, jusqu'à quel point? Enfin, la psycho-analyse étend ses explications à des troubles tels, par exemple, que le rétrécissement du champ visuel, dont l'existence est, aujourd'hui, contestée, par des cliniciens de la valeur de MM. Babinski et Brissaud; 2° même toutes ces questions résolues, comment un médecin pourrait-il, *pratiquement*, faire usage de la pycho-analyse, non plus au point de vue thérapeutique, où elle est si utile, mais au point de vue théorique, et pour y chercher le criterium tant souhaité, qui permette de

dire avec certitude : Ceci est de l'hystérie, ceci n'en est point.

Ainsi donc, aujourd'hui comme hier, le problème de l'hystérie se dresse, non résolu, mais il est mieux posé par les recherches récentes, qui ont eu au moins le mérite de mieux dégager la grande névrose des états morbides voisins et de mettre en lumière les difficultés de son étude.

FORMULAIRE

LA DÉSINFECTION DES OBJETS DE TOILETTE (1).

La question de la désinfection des instruments employés chez les coiffeurs, dit M. Langlois, a souvent été abordée. Mais ce problème n'intéresse pas seulement ce commerçant; dans les familles il est indispensable de stériliser certains objets de toilette ayant servi à un malade : peigne, brosse à cheveux, brosse à habits, car ces ustensiles sont souvent contaminés par un grand nombre de germes dangereux. Pour arriver à ce but on ne peut avoir recours à la chaleur de l'ébullition qui les altérerait, il faut employer des solutions antiseptiques qui agissent à froid.

On a recommandé une solution ainsi composée :

Formol commercial..........	40 grammes.
Alcool à 90 degrés...........	560 —
Eau........................	400 —

Ou les solutions de lusoforme à 5 p. 100 qui, par un contact de six heures, suffisent pour assurer la neutralisation et la stérilisation des brosses chargées de staphylocoques ou de bacilles d'Eberth. On peut encore utiliser l'eau oxygénée à 5 p. 100; il suffit de couper l'eau oxygénée chirurgicale de deux tiers d'eau et de laisser en contact une heure pour assurer la désinfection. Non seulement les brosses sont désinfectées, mais encore nettoyées par ce procédé.

On voit qu'en utilisant soit le lusoforme, soit l'eau oxygénée, on peut arriver à stériliser tous les objets de toilette. C'est une mesure qui devrait être prise dans les familles après et même pendant chaque maladie contagieuse.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Marseille médical. — (N° 12, 15 juin 1908.) ALEZAÏS et CORSY : Epithélioma primitif du foie. — PLATON : Actes opératoires dans la pratique gynécologique.

Medical Record. — (Vol. LXXIII, n° 16, 18 avril 1908.) W. M. POLK : Chirurgie réparatrice à la suite d'une blessure étendue de l'abdomen produite par un coup de feu. — W. Gilman THOMPSON : Un anévrisme aortique phénoménal. — George L. PEABODY : Un cas de jaunisse récidivante; mort à la troisième attaque, d'un cancer du pancréas. — Otto LERCH : La maladie de Bright et son traitement. — Frank E. PECKHAM : Fractures de l'extrémité du bec de l'olécrane. — (N° 17, 25 avril.) George B. WALLACE : Mécanisme physiologique de la vaso-constriction et de la vasodilatation. — Augustin H. GŒLET : Traitement de l'endométrite par l'irrigation et le drainage. — M. L. BARSHINGER : La sciatique. — Channing W. BARRET : Transplantation intrapariétale des ligaments ronds comparée à l'opération d'Alexander et à la ventro-suspension-fixation de l'utérus dans les rétro-déviations. — Albert ABRAMS : Auto-intoxication et indicanurie. — (N° 18, 2 mai). Eugène Colman SAVIDGE : Le problème du cancer. — Samuel Horton BROWN : La cinquième paire cranienne dans ses rapports avec l'état de l'œil. — Walter S. REYNOLDS : Expulsion d'un fragment de cathéter pendant la miction. — Sidney F. WILCOX : L'iodoforme dans la péritonite tuberculeuse. — (N° 19, 9 mai.) R. G. ECCLES : Darwinisme et diabète. — Joseph COLLINS : Hémorragie cérébelleuse; remarques sur les fonctions du cervelet. — Leonard W. ELY : Neuf cas de fracture du scaphoïde. — Henry DWOD : Les pulsations du système nerveux. — Medwin LEALE : Quelques considérations sur le traitement des brûlures chez les nouveau-nés et dans la deuxième enfance. — Charles GRAEF : Relation de 50 observations d'ophtalmo-réaction de Calmette. — (N° 20, 16 mai.) Lewis A. CONNER : Les attaques épileptiformes dans le diabète sucré. — Charles GOODMAN : Traitement chirurgical de l'emphysème pulmonaire; — Nécessité d'une prophylaxie plus stricte et d'une organisation plus scientifique des opérations obstétricales dans la pratique privée. — W. Sohier BRYANT : Les infections provenant de l'atmosphère ; leur mode de pénétration ; traitement préventif, abortif et curatif. — H. Burton STEVENSON : La nitroglycérine dans le traitement de la névrite. — (N° 21, 23 mai.) W. W. GRAVES : Etude clinique d'un cas de tumeur cérébrale; opération, guérison complète. — Charles A. ELSBERG : Pneumothorax et attitude; importance du décubitus abdominal dans les opérations sur la plèvre et les poumons. — Edville Gerhardt ABBOT : Trente et un cas de luxation congénitale de la hanche réduits par des manipulations. — Charles Summer FISCHER : Sources d'erreur dans le diagnostic gastrique. — Paul PILCHER : Prophylaxie et traitement de la cystite.

Therapie der Gegenwart. — (Juillet 1908.) P. KRÖNIG : Les limites naturelles de l'efficacité du traitement par un sérum dans la diphtérie et l'adjonction parfois nécessaire d'une action locale déterminée (incision). — Ernst STEINITZ : De l'emploi facile de narcotiques solubles du groupe véronal en thérapeutique. — Félix MENDEL : L'action et l'excrétion de médicaments injectés dans les veines et remarques sur la thérapeutique intra-veineuse de l'attritin, de l'atoxyl et de la digitale. — Franz KIRCHBERG : Traitement de l'emphysème pulmonaire et de l'asthme bronchial par le massage et l'exercice. — Max LÉVY-DORN : Le médecin praticien et le traitement par les rayons de Röntgen. — Rudolf PINNEZ : Sur un nouveau et actif moyen de traitement dans différentes affections inflammatoires de la femme.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 11, 15 juin 1908.) MATHIEU : La peste.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

(1) *Les Nouveaux remèdes.*

N° 91. — MARDI 11 AOUT 1908. 81e ANNÉE. MARDI 11 AOUT 1908. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. le docteur Mouret, chargé du cours de clinique oto-rhino-laryngologique, est nommé professeur adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier.

GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN AIDES-MAJORS DE DEUXIÈME CLASSE DES TROUPES COLONIALES EN 1908. — Un concours s'ouvrira le 1er décembre prochain, à neuf heures du matin, à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens de première classe à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français;

2° Avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi de recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée. Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins;

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. POUR LES DOCTEURS EN MÉDECINE. — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. POUR LES PHARMACIENS DE PREMIÈRE CLASSE. — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie;

3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés);

4° Épreuve de chimie analytique : Recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 15 novembre prochain. — Les pièces à fournir sont :

I. AVANT LE CONCOURS. — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi;

2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves);

3° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services;

5° Indication du domicile.

II. Après l'admission. — Engagement de service pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens stagiaires admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de deuxième classe et vont suivre, à Marseille, pendant neuf mois, les cours de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales. Ils portent l'uniforme des aides-majors de deuxième classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour cause de maladie.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles du service de santé et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major, dans l'ordre de classement de sortie.

Marine. — M. le médecin de première classe Porre, du port de Toulon, est désigné pour servir à l'école de pyrotechnie, en remplacement de M. le docteur Dubois.

Distinctions honorifiques. — Par décret du 6 août 1908, MM. les médecins principaux Negretti et Santelli sont nommés officiers de la Légion d'honneur.

L'Association d'enseignement médical professionnel organise, du lundi 21 septembre au samedi 3 octobre 1908, une série de cours et de démonstrations à l'usage des praticiens.

Liste des cours. — I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Huit heures. Chirurgie pratique (exceptionnellement ce cours n'aura pas lieu pendant cette série et reprendra à Pâques 1909), M. Cazin; — Onze heures. Chirurgie dentaire, M. Roy; — Quatre heures. Électricité médicale, M. Legros; — Cinq heures. Accouchements, M. Dubrisay.

II. *Dans différents hôpitaux.* — Huit heures. Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde (établissement dermatologique, 31, rue de la Boëtie); — Neuf heures et demie. Gynécologie, M. d'Herbécourt (Clinique, 73, rue d'Amsterdam); — Neuf heures et demie. Auscultation, M. Audistère (Hôtel-Dieu); — Neuf heures et demie. Thérapeutique infantile, M. Armand-Delille (Enfants-Malades); — Onze heures. Maladies des voies urinaires, M. Pasteau (Necker); — Quatre heures. Orthopédie et chirurgie infantile, M. Barbarin (Clinique, 76, quai des Orfèvres); — Cinq heures. Ophtalmologie, M. de Font-Réaulx (Clinique, 73, rue d'Amsterdam); — Cinq heures. Oto-rhino-laryngologie, M. Caboche (Clinique, 73, rue d'Amsterdam); — Six heures. Oto-rhino-laryngologie, M. Menier (Clinique médico-chirurgicale, 76, quai des Orfèvres).

Le droit d'inscription de chaque cours (qui comprendra en moyenne 9 leçons) est fixé à 25 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance, ou le lundi 21 septembre, de onze heures et demie à midi, à l'hôtel des Sociétés savantes.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Paul Barbarin, 186, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Cours hors série. — Le docteur Audistère fera, pendant la durée des cours, une série de six leçons pratiques, à l'Hôtel-Dieu, sur les applications à la clinique des méthodes de laboratoire : Recherche des principaux microbes. Inoculation aux animaux. Angines, séro-diagnostic, cyto-diagnostic, ponction lombaire, examen des urines, examen du sang.

Chaque élève sera exercé individuellement. Le nombre des élèves est limité à dix. Plusieurs séries pourront être faites. Prix : 50 francs.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Relations entre Paris, Béziers, le Midi de la France et l'Espagne.* — Rapide, 1re classe. L. S. Voiture directe entre Paris et Cerbère.

Aller, départ de Paris : 9 h. 10 matin (1re classe); 7 h. 27 soir (1re, 2e, 3e classes); 9 h. 15 soir (1re classe).

Retour, départ de Barcelone : 9 h. 40 matin (1re classe); 6 h. 46 soir (1re, 2e classes); — Départ de Cerbère : 1 h. 57 soir (1re, 2e, 3e classes); 11 h. 11 soir (1re, 2e classes).

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

— *Voyages internationaux à itinéraires facultatifs.* — Toutes les gares des grands réseaux français et certaines agences de voyages délivrent, toute l'année, des livrets de voyages internationaux à itinéraires établis au gré des voyageurs et pouvant comporter à la fois des parcours :

a. Sur les lignes des grands réseaux français, des réseaux algériens et tunisiens et du réseau corse;

b. Sur certaines lignes maritimes;

c. Sur les lignes de chemins de fer de l'Europe à l'exclusion des chemins de fer anglais, espagnols, portugais et russes.

L'itinéraire des voyages commencés en France, en Algérie, en Tunisie, en Corse ou en Italie, doit comporter obligatoirement des parcours étrangers. L'itinéraire doit, dans tous les cas, ramener le voyageur à son point de départ.

Parcours minimum taxé : 600 kilomètres.

Validité : 60 jours jusqu'à 3 000 kilomètres, 90 jours de 3 001 à 5 000 kilomètres et 120 jours au-dessus de 5 000.

Les livrets donnent aux voyageurs la faculté de s'arrêter à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Les demandes de livrets internationaux sont satisfaites le jour même aux gares de Paris et de Nice et dans les agences de voyages lorsqu'elles arrivent à ces gares et agences avant midi. Pour toutes les autres gares, les demandes doivent être faites au moins quatre jours à l'avance. Les livrets commandés en Algérie, en Tunisie et en Corse, étant établis en France, le délai de quatre jours est augmenté des délais de transmission.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La gastrectomie. Histoire et méthodes opératoires, par le professeur A. Monprofit (d'Angers), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, président du XIXe Congrès français de chirurgie. In-8 de 306 pages, avec 50 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, J. Rousset.

L'adénopathie trachéo-bronchique dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire chronique chez les enfants, par le docteur Charles Leroux, médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine. In-8 de 90 pages. — Prix : 2 fr. 50 — Paris, Asselin et Houzeau.

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Par MM. DELMAS,
Chef de clinique à la Faculté,
et ROGER,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Le peu de fréquence du rhumatisme chez la femme enceinte ou récemment accouchée, les discussions auxquelles son étiologie a donné lieu nous engagent à publier un cas de rhumatisme blennorragique que nous venons d'observer chez une femme enceinte, et à faire suivre cette observation de quelques réflexions sur la pathogénie et le traitement de ce rhumatisme.

B... (Julie), épouse B,.., âgée de vingt-quatre ans, ménagère, primigeste, entre le 30 janvier 1908, à la Clinique obstétricale, dans le service de otre maître M. le professeur Vallois, pour *douleurs articulaires survenues au cours de sa grossesse.*

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorragie cérébrale, mère atteinte de névralgie sciatique et de douleurs rhumatismales.

Antécédents personnels. — *Généraux* : Variole à deux ans et demi, rougeole à huit ans, scarlatine à dix ans, épistaxis fréquentes. Rhumes fréquents, bronchite en décembre 1907. Pas de rhumatisme antérieur.

Gynécologiques : Premières règles à quinze ans; depuis, menstruations régulières, peu abondantes, indolores. Pertes blanches depuis la défloration, tachant le linge, plus marquées depuis quinze jours.

Obstétricaux : Cette femme aurait eu ses dernières règles le 23 mai 1907 (?). Sa grossesse a évolué d'une façon tout à fait normale, et à son entrée dans le service, l'utérus est à 26 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. On constate une présentation du sommet mobile.

Le *début* de ses accidents articulaires remonte à quatre jours environ : quelques troubles généraux, courbature, insomnie, céphalée, anorexie, constipation, épistaxis, les ont précédés de quelques heures.

Le 26 janvier, dans la nuit, surviennent des douleurs articulaires, violentes; elles attaquent successivement le genou droit, le genou gauche et les deux poignets. Seuls le *genou et le poignet droits* restent douloureux et augmentent de volume. Plusieurs épistaxis assez abondantes accompagnent ce tableau.

A son entrée (30 janvier) nous constatons un léger état fébrile : température rectale, 37°8 à 38°6; pouls, 104 à 116; céphalée, langue saburrale, constipation, traces d'albumine. Les articulations du genou et du poignet droits sont chaudes et très douloureuses, aucun mouvement n'est possible; la palpation surtout périarticulaire arrache des cris à la malade. La tuméfaction est considérable, s'accompagne d'épanchement de liquide. Pas de localisation cardiaque. *Pertes blanches abondantes* où on trouve de nombreux *gonocoques*. Nous avons appris par la suite que le mari présentait à la même époque un écoulement urétral abondant, suivi bientôt d'orchite.

Nous prescrivons *4 grammes de salicylate de soude* associés à 6 grammes de bicarbonate, et des applications locales de salicylate de méthyle.

Le lendemain, 31 janvier, M. le professeur Vallois, craignant un effet nocif du salicylate sur la grossesse, le remplace par l'antipyrine, 2 grammes. Douleurs et température restent stationnaires. Les épistaxis continuent.

Le 1er février, à huit heures du matin, apparaissent quelques contractions utérines.

Le 2, les membranes se rompent spontanément; le col est long, ouvert comme un franc. Pas de contractions utérines.

On reprend, le 3, le salicylate de soude (4 grammes); on désire se rendre compte s'il calmera les douleurs articulaires et accélérera le travail. Le genou et le poignet gauches ont été passagèrement atteints par le rhumatisme (quelques heures), sans présenter de tuméfaction. Les épistaxis continuent, presque quotidiennes. Température : 38, 39 degrés. Pouls, 120.

Le 4 février, nouvel écoulement de liquide amniotique.

Le 5 février, les contractions réapparaissent à une heure du soir, et à six heures la femme accouche d'un enfant mesurant 37 centimètres et pesant 1k080. La délivrance est normale; le placenta pèse 350 grammes, les membranes mesurent 38 centimètres sur o : il s'agit donc d'un *placenta prævia* inséré au ras du col, *placenta marginal.*

L'enfant, mis en couveuse, meurt quatre jours après la naissance.

Après l'accouchement, la fièvre persiste, oscillant entre 38 et 39 degrés, atteignant même un jour 39°5 sans qu'il y ait aucun signe d'infection puerpérale. Le rhumatisme reste définitivement localisé aux deux articulations primitivement atteintes, genou et poignet droits, qui sont toujours très douloureux. Le genou est très tuméfié, en demi-flexion. Au poignet, l'empâtement prédomine à la face dorsale; la main s'incline sur le bord cubital.

Le salicylate de soude est continué jusqu'au 11 février, sans grande amélioration. A partir de cette date, on commence le traitement par la stase veineuse au moyen de la bande en caoutchouc (*méthode de Bier*). La bande est appliquée, moyennement serrée au-dessus du coude et du genou, et laissée environ quatre à six heures, matin et soir. Pendant chacune de ces séances on a soin de changer la bande au moins une fois de place pour éviter les effets d'une constriction trop prolongée au même point. En outre le membre inférieur, qui a tendance à s'ankyloser en flexion, est maintenu en extension continue au moyen de poids. Il nous a été difficile de nous rendre compte de l'influence de la bande de Bier sur les phénomènes douloureux, la femme étant des plus geignardes. Toutefois, au bout de quelques séances, la bande était bien supportée, calmait même les douleurs et seule l'application prolongée déterminait quelques plaintes.

A partir du 18 février, la température rectale ne dépasse pas 37°5. L'épanchement articulaire du genou se résorbe; la palpation est moins douloureuse.

Le 5 mars 1908, le gonflement et l'empâtement du genou ont beaucoup diminué; le membre inférieur est en bonne position et quelques mouvements spontanés sont possibles et indolores dans l'articulation du genou. Au poignet, la tuméfaction a en partie rétrocédé, mais les douleurs au moindre essai de mobilisation sont très vives. La malade passe à cette date à l'Hôpital suburbain, dans le service du professeur Carrieu, à la salle Bichat, n° 25.

Elle y reste jusqu'au 17 avril et y est traitée par le salicylate de N*a* (4 grammes) à l'intérieur, l'enveloppement ouatocaoutchouté du poignet, des pointes de feu au genou. Nous avons pu la suivre pendant son séjour et l'examiner à sa sortie : son genou ne présente plus qu'un peu d'empâtement

du cul-de-sac sus-rotulien et une atrophie considérable du quadriceps. La marche est possible et facile depuis trois semaines, mais la flexion de la jambe sur la cuisse ne peut pas encore être tout à fait complète. Quant au poignet il est moins amélioré ; les mouvements y sont bien plus limités et ne sont pas tout à fait indolores (1).

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à cause :

I. Des discussions que soulève la *pathogénie* du rhumatisme chez la femme enceinte ;

II. De quelques particularités du *traitement* institué dans notre cas : *salicylate de soude*, *méthode de Bier*.

I. La *pathogénie* de ce rhumatisme a été longtemps discutée.

La plupart des anciens auteurs admettent un rhumatisme lié à la seule grossesse ou à la seule puerpéralité, *un rhumatisme puerpéral*. Lorain établit à la Société médicale des hôpitaux (1866-1867) l'existence d'arthrites spéciales liées à un état morbide des voies génito-urinaires à peu près constant chez la femme enceinte. « Le rhumatisme génital est donc aussi peu surprenant chez elle que chez l'homme qui vient d'être sondé » (Lorain). Vaille, Ragot, Vachée, Brauenberger, Georgiadès contribuent à créer le rhumatisme puerpéral. Mais tandis que Lorain et ses élèves montrent son analogie clinique avec les arthrites blennorragiques, Hervieux, Quinquaud le comparent aux accidents d'infection survenant après l'accouchement. Peter ne voit dans la grossesse qu'une occasion de rhumatisme analogue au fond au froid, au traumatisme, à la blennorragie urétrale.

Les données, d'acquisition assez récentes, sur les rhumatismes infectieux, ont permis de résoudre autrement le problème.

D'après les conceptions actuelles, on peut voir évoluer chez la femme enceinte ou récemment accouchée :

1° Le *rhumatisme articulaire franc* avec son évolution et ses complications cardiaques habituelles ;

2° Le *rhumatisme chronique noueux*, beaucoup plus rare (Todd, Charcot) ;

3° Des *arthrites liées à une infection surajoutée : blennorragie ou infection puerpérale*, dues à deux principaux agents microbiens, le *gonocoque* ou le *streptocoque*. La plupart des auteurs rattachent ces arthrites infectieuses au seul gonocoque. Pour Widal (*Rhumatismes infectieux*, in Brouardel et Gilbert, p. 82, 1907), « la plupart des arthrites, suppurées ou non de la menstruation, de la grossesse, de la lactation, sont dues à des infections atténuées d'origine utérine et le streptocoque doit souvent jouer un rôle dans leur genèse. » Pasturel, dans sa thèse sur les *Arthrites puerpérales* (Paris, 1904), les considère comme tributaires du streptocoque ; il n'étudie, il est vrai, sous ce titre, que celles qui surviennent après l'accouchement.

Si l'accord n'est pas encore fait sur ce point, c'est que les auteurs n'ont pas suffisamment établi dans ce groupe d'arthrites, une division importante, qui s'impose tant au point de vue clinique qu'au point de vue étiologique :

a. *Arthrites survenues pendant la grossesse ;*
b. *Arthrites survenues après l'accouchement.*

a. L'*arthrite de la grossesse* est liée à la *blennorragie*. Lorain n'avait-il pas lui-même signalé l'analogie de son rhumatisme puerpéral avec les arthrites blennorragiques? Le cas que nous publions en est une observation typique. Les pertes blanches jaunâtres ou verdâtres plus ou moins abondantes, où l'on peut déceler parfois le gonocoque ; dans certains cas, la cystite ; dans d'autres, la coïncidence, comme dans notre cas, d'un écoulement urétral avec orchite chez le mari, dominent l'étiologie. Le petit nombre d'articulations atteintes, le siège de choix au poignet et au genou, les douleurs vives, la lenteur de la guérison avec tendance à l'ankylose, la rareté de la suppuration (constatée toutefois par Tison, Bar, Lefour et Fieux) signent le diagnostic. On a pu dans l'épanchement liquide ou purulent de certaines de ces arthrites retrouver le gonocoque.

Voici trois autres observations que nous avons retrouvées dans les registres de la Maternité : un cas de 1902, arthrite blennorragique du genou gauche survenue à la fin de la grossesse, ayant déterminé une ankylose persistante ; deux cas recueillis par Mme Gaussel, femme de vingt et un ans, pertes blanches abondantes, douleurs dans les petites articulations des doigts, arthrite blennorragique du poignet gauche ; femme de vingt-trois ans, pertes blanches jaunâtres, arthrite des deux genoux, déterminant un certain degré d'ankylose au genou droit.

Ces arthrites n'ont donc rien de spécial : il s'agit de rhumatisme blennorragique banal, évoluant chez la femme enceinte comme chez d'autres personnes. Certains auteurs les auraient vues rétrocéder assez rapidement après l'accouchement (Gaulard, Mercier, Tricou et Bier) : le plus souvent, elles ne sont nullement influencées par l'expulsion de l'enfant. Leur seule particularité serait, à cause de leur apparition habituelle au cours des deux derniers mois de la grossesse, de pouvoir par leur intensité l'interrompre dans certains cas comme le nôtre : mais c'est une particularité qu'elles ont de commun avec toutes les infections et les maladies fébriles survenant à cette période.

b. Les *arthrites survenues après l'accouchement* ne sont qu'une des localisations de l'*infection puerpérale* : elles en sont parfois la seule manifestation, mais elles surviennent plus souvent au cours de la forme pyohémique. Elles sont dues au streptocoque. Widal est le premier à y avoir retrouvé ce microbe. (Thèse sur l'infection puerpérale, 1883). Dans quelques cas, le gonocoque en est la cause (Loppe). Elles passent souvent à la suppuration, mais elles ne diffèrent en rien des autres arthrites à streptocoque, arthrites de l'érysipèle et des autres streptococcies, arthrites de la scarlatine. Seules ces arthrites mériteraient peut-être le titre de « puerpérales », à cause de l'époque où elles surviennent et de l'infection spéciale qui en est la cause : mais d'une part leur

(1) Actuellement, 30 juillet 1908, la guérison est complète.

rareté, d'autre part leur analogie avec les autres arthrites streptococciques ne leur méritent pas une entité à part.

En résumé, il n'existe pas de rhumatisme spécial à la femme enceinte ou à l'accouchée : *il n'y a pas de rhumatisme puerpéral*. Ce terme devrait à jamais disparaître des traités d'obstétrique : il n'évoque qu'une entité morbide à jamais démembrée et disparue.

II. La question du *traitement* institué dans notre cas de rhumatisme mérite aussi quelques considérations.

Nous avons employé tour à tour le salicylate de soude, l'antipyrine, la méthode de Bier. Salicylate de soude et antipyrine n'ont guère calmé la douleur ni la fièvre. Il n'y a d'ailleurs rien d'étonnant dans l'inefficacité du salicylate. Nous savons bien qu'il ne soulage pas d'habitude le rhumatisme blennorragique. Il avait été surtout prescrit au début, en présence de l'ensemble symptomatique général qui aurait pu en imposer pour un rhumatisme articulaire aigu, pour pouvoir mieux affirmer le diagnostic.

La *méthode de Bier* a paru donner, à la longue, quelques résultats favorables.

Reste à élucider l'influence du *salicylate de soude* sur l'accouchement prématuré. Dans notre cas, le salicylate n'a été donné qu'une seule fois à la dose de 4 grammes avant tout début de travail. Il nous semble difficile de le rendre responsable des contractions utérines survenues deux jours après cette unique prise. L'état fébrile marqué (élévation de la température, accélération du pouls, épistaxis), l'intensité des phénomènes douloureux suffiraient pour nous les expliquer. Mais nous avons encore ici une autre cause bien plus importante qui a déterminé la rupture prématurée des membranes : le placenta prævia, le placenta marginal.

Les auteurs sont sur cette question d'avis bien différents. Charpentier donne trois et quatre grammes de salicylate, et ne constate aucun effet fâcheux. Ribemont-Dessaignes ne cite pas même ce médicament parmi ceux qui sont considérés (à tort d'ailleurs selon lui), comme pouvant interrompre la grossesse. Pour Auvard au contraire, « il ne faut donner le salicylate de soude ou le sulfate de quinine que dans les cas très graves, où l'élévation thermique est plus dangereuse pour l'interruption de la grossesse que la médication même qu'on peut tenter. » Budin et Demelin (in TARNIER et BUDIN. Art. *Médicaments ocytociques*) déclarent « ces craintes exagérées, surtout pour les doses faibles ». Binz a essayé d'étudier chez les animaux l'action abortive du salicylate (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 41), mais ses expériences ne sont pas démonstratives. Quant à l'accélération par le salicylate du travail une fois commencé, nous serions plus portés à l'admettre, comme Budin et Demelin l'admettent pour la quinine, sans pouvoir toutefois tirer de notre cas une preuve irréfutable.

Pour conclure : dans le doute où nous sommes sur l'action du salicylate de soude sur la grossesse, il vaudra mieux, suivant le conseil de Manquat, éviter ce médicament quand il y a tendance à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. Ce problème de thérapeutique n'a pas d'ailleurs très grande importance : le rhumatisme est rare pendant la grossesse [1 pour 500 ou 600 femmes grosses ou récemment accouchées (BEGOUIN. *Ann. de gynécologie*, 1898] et le salicylate trouvera peu d'indications. Inefficace dans les arthrites blennorragiques de beaucoup les plus fréquentes, son emploi devra être réservé au rhumatisme articulaire aigu franc, qui est tout à fait l'exception.

MÉDECINE PRATIQUE

DIRECTION LOGIQUE DU TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION (1).

Par le docteur G. BARDET.

La Société de thérapeutique, au cours de ses dernières séances, a discuté une question fort intéressante soulevée par M. Burlureaux, qui n'a pas craint de déclarer que l'abus des purgatifs et des laxatifs pouvait être considéré comme un véritable *danger social*. Les orateurs qui ont pris la parole ont fait des réserves, mais tous ont accepté, sinon tout, au moins partie des affirmations de Burlureaux et, pour mon compte, dans une argumentation qui a paru dans le *Bulletin de thérapeutique* (2), j'ai dit que la purgation était sans doute un mal, mais un *mal nécessaire*, j'ai dit également que le chapitre des laxatifs était complètement à refaire, que nous avions le devoir de chercher des formules qui utiliseraient surtout les médicaments capables d'exercer une action *physique* et non pas irritante.

Dans une communication fort bien présentée, M. Chassevant (3) a repris cette affirmation, l'a développée très clairement et a fait des laxatifs usuels une critique très sévère mais parfaitement juste. Il a montré l'absurdité des habitudes thérapeutiques, qui amènent le médecin à laisser son malade user et abuser des laxatifs, lui permettant, le plus souvent, de les choisir, et cela quand, dans beaucoup de cas, nous ignorons les principes contenus dans les spécialités laxatives. M. Chassevant a montré que, sous des noms trompeurs, ces spécialités contiennent presque toujours des principes irritants, qui peuvent être à bon droit considérés comme de véritables toxiques. En effet, une drogue capable d'irriter violemment les diverses fonctions de l'intestin agit comme les substances toxiques et il est très fâcheux que le médecin soit amené, par la force même des choses, à laisser prendre des produits qui renferment tel et tel drastique dont la présence n'est pas annoncée et quand, souvent, il éviterait avec soin sa prescription. La Société de thérapeutique a décidé que, dès la rentrée, une commission serait chargée d'étudier les moyens de remédier à cette situation et elle a bien fait, car elle rendra ainsi service aux malades et elle arrivera peut-être à corriger des abus qui ne sont pas sans dangers.

Je ne veux pas attendre aussi longtemps pour développer un peu les idées que j'ai seulement indiquées dans le travail précité, et, puisque la Société de thérapeutique a pris ses vacances, je crois utile de développer ici ce que j'ai voulu dire dans les phrases suivantes : «... Il est malheureusement né-

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 8 juillet 1908.
(2) *Idem*, 15 juin 1908.
(3) *Idem*, 30 juin 1908.

cessaire de prescrire des laxatifs et d'user même de la purgation. Celle-ci, comme je le disais tout à l'heure, reste donc et restera certainement un mal nécessaire. Seulement, je reconnais que le chapitre *laxatifs* de la pharmacopée est entièrement à refaire et c'est une étude qui mérite de tenter un médecin. Il faut trouver des laxatifs vraiment inoffensifs et s'attacher à prescrire les médicaments susceptibles de faire du volume et de la lubrification. »

I

Constipation et action laxative. — En 1889 (1) j'ai donné à la Société de thérapeutique une étude sur ce sujet, dans laquelle j'exposais que la constipation était un syndrome dû à des causes très complexes, que l'intestin est un organe doué de fonctions très diverses et que, pour arriver à obtenir une exonération régulière, il était utile d'exercer une action excitante, en cas de parésie, sur toutes les fonctions et non pas une seule ; que chaque laxatif possède des propriétés spéciales et que le laxatif idéal serait peut-être celui qui les réunirait tous en une sorte de *somme* pharmaceutique. En effet, en réunissant dans une même masse *tous* les laxatifs connus, j'ai obtenu alors un médicament qui, à dose infime, pour chacun des produits pris en particulier, exerçait une action très douce, sans jamais provoquer d'irritation du tube digestif.

Je crois que les idées qui m'avaient alors dirigé étaient saines, mais je crois aussi qu'on peut obtenir beaucoup mieux en étudiant de plus près les causes de la constipation. En 1904, à la réunion des naturalistes allemands (sous ce nom a lieu annuellement dans une ville allemande un Congrès de médecine) à Méran, Schmidt (2), professeur à Dresde, a donné de la constipation une théorie, intéressante en soi assurément, mais surtout parce qu'elle lui a permis de s'en servir pour l'établissement d'une thérapeutique très logique de cette affection, ou plutôt de ce syndrome.

Les constipés chroniques, d'après le professeur Schmidt, sont des sujets qui utilisent au maximum les aliments et chez lesquels l'absorption se fait également dans des conditions intensives. Il résulte de ce fait une déshydratation presque complète du bol fécal, ce qui rend les matières rares et extrêmement dures. En outre, cette disposition a pour effet de rendre impossibles les fermentations normales de l'intestin, fermentations qui sont nécessaires pour exciter le péristaltisme et, conséquemment, l'évacuation.

Tout le monde n'acceptera pas sans discussion cette théorie. On pourra faire observer que les constipés chroniques sont tous des dyspeptiques du genre hypersthénique, à estomac constamment irrité ; or, suivant la conception très claire du professeur Albert Robin, *à estomac excité correspond toujours un intestin parésié*, ce qui est presque suffisant pour expliquer la constipation. En effet, l'intestin parésié possède un système glandulaire peu actif et son système musculaire est également lent à réagir.

Mais, quel que soit le mécanisme occasionnel, le résultat est le même, le bol fécal est sec et dur et l'expulsion est rendue très difficile. Cette difficulté amène fatalement de la douleur et des traumatismes, pendant la défécation, ce qui provoque des hémorroïdes et du spasme sphinctérien, d'où paresse du malade qui redoute les selles et prend l'habitude de faire de la rétention volontaire.

(1) G. Bardet. Quelques points du traitement de la constipation de dyspeptiques, Soc. de thérap., 8 mars 1899, in *Bull. de thérap.*, t. CXXXVII, p. 420.

(2) *Munch. med. Woch.*, 1905, n° 41.

Par conséquent, la thérapeutique laxative doit avoir pour but logique de rétablir la normale, c'est-à-dire de remédier exactement aux phénomènes pathologiques. Cette médication devra donc tendre :

1° A augmenter le volume des fèces ;

2° A les hydrater ;

3° A rendre normal le péristaltisme ;

4° A remédier aux délabrements locaux qui ont pu se produire à la suite de la constipation prolongée.

Si l'on accepte les théories de Schmidt, les indications seront les mêmes, mais on ajoutera celles du rétablissement des fermentations utiles et du retardement de l'absorption intestinale exagérée.

Or, dans l'état actuel des choses, remplissons-nous vraiment ces indications ? Jusqu'à un certain point, théoriquement, oui, car nous conseillons d'introduire dans le régime les légumes herbacés, les salades cuites, notamment l'épinard, plante mucilagineuse et cellulosique, le *balai de l'estomac*, suivant l'expression populaire. Enfin, nous usons de laxatifs qui provoquent à la fois l'exosmose et le péristaltisme ; et, par des soins appropriés, nous veillons à diminuer l'irritation de l'anus et à guérir les hémorroïdes. Reste à voir si nous agissons logiquement.

II

Critique des moyens laxatifs usuels. — Le régime herbacé est-il vraiment bon dans la constipation ? Je ne le crois pas. Ou du moins je crois qu'il est sage d'établir de justes réserves. Assurément, chez les vieillards, par exemple, il est fort utile de fournir un volume suffissnt au bol fécal, au moyen des légumes herbacés, parce que le vieillard a de l'atonie sénile de l'intestin et mange peu. Mais, chez le dyspeptique hypersthénique, ce régime est plutôt contre-indiqué. Ces malades, en effet, ont une très petite capacité stomacale, ils ne peuvent pas supporter un gros bol alimentaire. En outre, comme le fait très justement remarquer Schmidt (loc. cit.), ils représentent des transformateurs intensifs et sont à même de digérer même la cellulose, de sorte que, malgré l'usage d'aliments herbacés, leur bol fécal restera sec et réduit considérablement en volume. Par conséquent ce régime si vanté ne donnera aucun résultat thérapeutique.

Voyons maintenant ce qu'il faut penser des médications laxatives usuelles. Notre conception me paraît grossière et je comprends fort bien les critiques soulevées par tous les orateurs qui ont pris la parole sur ce sujet à la Société de thérapeutique. Il est ridicule de prétendre obtenir l'évacuation totale et rapide de l'intestin, au moyen de drogues qui fatalement provoqueront une irritation violente. Comme l'ont fort bien dit Burlureaux et Gallois, il n'y a jamais péril en la demeure et mieux vaut attendre que se hâter. L'évacuation doit être obtenue doucement et non pas par des procédés brutaux. Toute excitation vive des divers systèmes glandulaires de l'intestin et de ses annexes hépatiques, ou même de son système musculaire, sera forcément suivie d'une période réactionnelle de parésie et agir ainsi c'est justement entretenir, comme à plaisir, l'état de constipation chronique.

On peut donc affirmer, sans crainte d'être taxé de paradoxe d'exagération, que tous les laxatifs usuels, et surtout les innombrables spécialités qui sont aujourd'hui d'un usage banal et régulier, représentent des moyens détestables, dans les conditions où leur utilisation est faite. On les prend toujours à doses trop élevées et, surtout, on ne surveille pas assez leur choix. Le médecin ne doit pas laisser le malade, comme il

arrive si souvent, choisir lui-même son médicament et le doser au juger *d'après ses besoins*. Le seul besoin, c'est le rétablissement de la fonction et non pas une exonération totale et brutale, dans les douze heures qui suivent la prise du laxatif. Tout ce qu'on peut dire, pour être juste et même indulgent, c'est que les laxatifs courants ne doivent être employés qu'avec le plus grand ménagement, pour servir d'adjuvants au régime et au traitement gastrique. (*A suivre.*)

ANALYSES

BACTERIOLOGIE

Un procédé clinique simple pour la culture des méningocoques. (H. CONRADI. *Deuts. med. Wochens.*, 9 juillet 1908, n° 28, p. 1222.) — Lorsque, pour confirmer un diagnostic de méningite cérébro-spinale à méningocoques, on veut pratiquer des cultures de liquide céphalo-rachidien, Conradi recommande le procédé suivant :

On centrifuge le liquide céphalo-rachidien prélevé chez le malade (10 à 20 centimètres cubes). On prélève le liquide clair séparé du sédiment et on le porte pendant une ou deux heures à soixante heures. Ensuite on mélange une partie de ce liquide à deux parties de gélose exactement neutralisée, liquéfiée et refroidie à 40 degrés. On coule le mélange — agar, liquide céphalo-rachidien — dans des boîtes de Petri, et l'on ensemence le sédiment centrifugé du liquide céphalo-rachidien à la surface des boîtes de Petri, à l'aide d'une spatule de verre. On obtient sur ce milieu des colonies de méningocoques aussi luxuriantes que sur l'agar ascite. A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Ablation transpéritonéale des tumeurs de la vessie. (Charles H. MAYO. *Annals of Surg.*, vol. XLVIII, n° 1, juillet 1908, p. 105-109.) — La vraie méthode chirurgicale d'ablation des tumeurs de la vessie, c'est l'ouverture large par voie abdominale. La taille hypogastrique ordinaire, intra-péritonéale, ne satisfait point Mayo, qui, au contraire, cherche la vessie dans sa partie couverte de péritoine, et si l'incision se prolonge sur la partie de la face antérieure dépourvue de péritoine, abaisse le cul-de-sac péritonéal, pour avoir de la séreuse tout le long de sa ligne de suture. Cela, pour avoir également un accès plus large sur la tumeur et pouvoir l'enlever complètement, sans contaminer la paroi, ce qui arrive quand on travaille au fond d'un puits.

Voici la technique. Incision sous-ombilicale de 15 centimètres, le malade étant en Trendelenburg très incliné. On récline et protège les intestins et la paroi, comme dans une laparotomie pour annexite. On trouve la vessie préalablement vidée et on éponge rapidement le contenu. On résèque la tumeur et on grille la base au thermo-cautère. Pas de suture sur la surface endo-vésicale dénudée; on la laisse granuler.

S'il est nécessaire de réséquer largement la vessie, on s'efforce de préserver une collerette d'un centimètre autour de l'orifice urétral. S'il faut sectionner un uretère, on réimplante celui-ci dans la partie laissée, en ayant bien soin d'entourer l'anastomose de péritoine. Suture de toute l'épaisseur par un surjet; puis, au-dessus, suture péritonéale, avec abaissement du cul-de-sac péritonéal, comme nous l'avons dit plus haut, s'il est nécessaire, ou relèvement de la vessie, ce qui revient au même. Pas de drainage abdominal. En somme, au lieu d'éviter le péritoine, comme on le fait d'ordinaire, aller au contraire le chercher, pour mettre à profit son pouvoir réparateur et adhésif remarquable. Cinq cas ont été ainsi traités, dont trois de cancer, nécessitant des résections considérables, plus de la moitié de la vessie. Pas de mortalité; moignon de vessie toujours fonctionnellement satisfaisant. F. GARDNER.

Sur l'importance de la fibrolysine en chirurgie. (M. COSTA. *Gazz. intern. di med.*, 1908, n° 3.) — L'auteur se base sur un cas de cicatrices étendues après des brûlures, traité par lui. Les cicatrices sont de date ancienne et proviennent de brûlures causées par un feu de charbon. Elles s'étendent à tout le côté droit du tronc, au bras et à la jambe. La peau est, à ces endroits, dure, tendineuse, non élastique et ne se laisse pas plier. La cicatrisation a donné lieu à une adhérence du bras tout entier avec le corps, ainsi qu'à une ankylose de l'avant-bras et de la jambe. Le patient ne sait pas marcher, ni faire usage de son bras, qui se trouve presque attaché à la poitrine. Une intervention chirurgicale, en présence d'un tissu tellement durci, n'offre que peu de chances de succès. Il fut alors essayé, au moyen de la fibrolysine, de rendre ce tissu plus souple et plus apte à un traitement opératoire. On injecta, dans ce but, une ampoule de fibrolysine dans le bord de la cicatrice, en faisant alterner le tronc avec le bras et la jambe. Déjà après quelques injections, put être constatée une modification du tissu cicatriciel. Il reprit le teint rosé, la fraîcheur et la consistance de la peau normale, et montra clairement de nombreux petits vaisseaux sanguins. La peau devint souple et molle, comme le tissu physiologique. Les injections de fibrolysine furent bien supportées. Après la vingt-septième ampoule, le malade put marcher sans aide aucune, mouvoir le fémur, fléchir et étendre l'avant-bras, et porter le bras à 10 centimètres du tronc. L'opération se fit ensuite sans difficulté. L'auteur conclut, se fondant sur cette observation et sur celles relatées dans la littérature, que la fibrolysine est un remède précieux à employer dans le traitement chirurgical de certains cas de modifications cicatricielles de la peau.

A. GAULLIEUR-L'HARDY.

OBSTETRIQUE

Essai sur le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale. (CLÉMENT. Th. de Paris, 1907; A. Michalon, édit.) — Le traitement topique convient surtout aux infections puerpérales localisées. Dans ces formes, les plaies vaginales et utérines, normales ou accidentelles, constituent les voies habituelles de l'infection; cette dernière est singulièrement facilitée par la présence de débris *in utero*. D'après les examens histologiques, il existe un premier stade de localisation des germes à l'endomètre; puis une généralisation par effraction des barrières leucocytaires. Ces foyers microbiens, cantonnés dans l'utérus, déversent leurs toxines dans l'économie; la thérapeutique locale est ici primordiale et essentielle puisqu'elle agit contre les agents infectieux et par suite contre la toxémie qu'ils produisent.

En clinique, les symptômes fonctionnels ne sont pas la traduction fidèle des désordres utérins : parmi ces signes physiques, le plus important est la modification de l'utérus qui permet le toucher intra-corporéal. Ce dernier doit être pratiqué systématiquement et dans tous les cas, même avec anesthésie.

Dans les formes généralisées ou septicémiques, le traitement utérin est accessoire mais non négligeable, car l'utérus a été et reste encore la porte d'inoculation; il est donc tout indiqué de le mettre en état de défense.

La thérapeutique locale poursuit un triple but :

a. *Faire disparaître du canal génital les matières septiques.* — Effet mécanique assuré par l'injection utérine; par l'écouvillonnage, par le curage digital ou instrumental; tous deux ont leurs inconvénients et leurs avantages; si le premier est supérieur dans l'extraction des débris, le deuxième l'emporte dans le « raclage » de l'utérus et dans l'évacuation des foyers miliaires d'infection.

b. *S'opposer à leur repullulation.* — Par les injections intra-utérines répétées; par le drainage. Indispensable dans les anomalies de position de l'utérus; il est surtout indiqué dans les infections très septiques et dans les utérus qui ont tendance à se refermer trop vite.

c. *Exalter les propriétés des cellules de l'économie.* — Les agents de défense locale étant surtout les leucocytes, le meilleur topique sera inoffensif pour les cellules vivantes, très diffusible et doué d'une chimiotaxie positive. L'iode pour les liquides, le perborate de Na pour les solides comptent parmi les meilleurs des agents chimiques; nous leur donnons la préférence.

Le sérum de Raymond Petit est un excellent topique biologique.

Il est indiqué, avant l'évacuation des produits septiques hors des voies génitales, d'augmenter toutes les résistances locales et de diminuer la virulence microbienne; c'est le rôle joué par les divers pansements utérins (pansement et attouchement iodés, pansement au sérum) et prouvé par la suppression du frisson de réinfection.

Dans l'avortement où toutes les causes d'infection sont réalisées au maximum, le traitement doit être particulièrement énergique. Certains cas exigent la laparotomie; pour les autres, l'état général de la malade, les commémoratifs et surtout l'exploration de la cavité utérine doivent guider la conduite à tenir. L. GAYARD.

PHYSIOLOGIE

Sur l'état du tissu chromaffine dans la narcose. (SCHUR et WIESEL. *Wien. klin. Wochens.*, 20 fév. 1908, n° 8, p. 247.) — Schur et Wiesel ont étudié l'état des capsules surrénales chez des lapins narcotisés avec l'éther, le chloroforme, ou un mélange d'éther et de chloroforme pendant un laps de temps variant d'une demi-heure à cinq heures.

Déjà au bout de trois quarts d'heure, l'affinité pour le chrome de la substance médullaire diminue notablement. Ce sont les cellules les plus excentriques siégeant au voisinage de la substance corticale qui cessent les premières de se colorer en brun sous l'influence du chrome. Au bout de trois à cinq heures de narcose, on ne constate plus la moindre trace de substance chromaffine dans la zone médullaire.

En même temps que cette propriété disparaît on constate que l'extrait de capsule surrénale perd sa propriété mydriatique vis-à-vis de la pupille de la grenouille et ne donne plus la réaction spécifique par le perchlorure de fer.

Au contraire, pendant les deux premières heures de la narcose la quantité d'adrénaline du sang augmente : à ce moment le sérum dilate nettement la pupille de la grenouille, ce qui ne se produit pas avec le sérum des lapins non narcotisés.

Au bout de quatre à cinq heures de narcose on ne trouve plus trace d'adrénaline dans le sang.

Les propriétés chromaffines de la substance médullaire des surrénales commencent à reparaître quelques heures après que les animaux sont tirés du sommeil artificiel. Elles sont complètement revenues à la normale huit à dix heures après le réveil.

Ces recherches n'ont pas seulement un intérêt théorique. Wiesel a montré il y a quelques années que les individus présentant ce que l'on nomme un « état lymphatique » présentent constamment une hypoplasie du tissu chromaffine. Ce fait, confirmé depuis par un travail richement documenté d'Hedinger, permet de comprendre la fréquence particulière des cas de mort sous le chloroforme chez de semblables individus. Il est vraisemblable qu'ils épuisent trop rapidement une réserve d'adrénaline trop peu abondante et qu'ils sont ainsi exposés à la mort subite. A. LEMIERRE.

THERAPEUTIQUE

Les dangers de l'emploi de la scopolamine et leur préservation. (M. KIOUKA. *Therapie der Gegenwart*, janv. 1908.) — L'emploi, chaque jour plus répandu, de la scopolamine dans les anesthésies a donné à M. Kiouka l'idée de préciser les conditions de pureté et d'innocuité de cette substance; en solutions la scopolamine pourrait se modifier et par là devenir plus toxique, elle pourrait de plus contenir des alcaloïdes optiquement inactifs tels que l'apoatropine ou l'inactive scopolamine. L'auteur a constaté un pouvoir de rotation beaucoup moindre dans les vieilles solutions, et leur point de fusion baisse.

M. Kiouka a pris trois scopolamines hydrobromiques manifestant un point de fusion et une action optique différentes et les a inoculées à des chiens à la dose de 1 à 2 milligrammes de scopolamine hydrobromique et il a constaté que, si les chiens réagissaient différemment, les uns manifestant un sommeil profond avec anesthésie plus ou moins complète, les autres présentant d'abord un stade d'excitation accompagnée de grognements et d'aboiements, etc., le même chien réagissait toujours de la même manière, quelle que soit celle des trois scopolamines employée. L'auteur a conclu de ces expériences que l'action des différentes scopolamines étudiées par lui ne résultait pas de leur constitution physique, mais qu'au contraire la réaction à l'égard de cet alcaloïde variait beaucoup avec les animaux. Cette action variable d'un animal à l'autre se manifestant de mieux en mieux à mesure qu'on s'élevait dans l'échelle animale est bien plus nette par exemple chez le chien que chez le lapin ou la grenouille; cela s'expliquerait par l'action de la scopolamine qui agissant sur les centres nerveux agirait sur des centres de plus en plus individualisés.

L'auteur voulant néanmoins s'assurer dans l'emploi de la scopolamine chez l'homme, d'un emploi toujours identique à lui-même et très pur, préconise l'emploi de la scopolamine optiquement inactive qui conservée ne se modifie pas. Quant aux impuretés dont la présence d'apoatropines constitue le plus à redouter, Kiouka, d'après Kessel, indique le moyen très simple d'en déceler la présence : une goutte de solution de permanganate de potasse donne une réduction brune si la solution contient de l'apoatropine, sinon il n'y a aucune modification. Il suffit de 1/20.000 d'apoatropine pour que l'action se produise.

Il va sans dire, ajoute l'auteur, que les solutions de scopolamine injectées doivent être très claires et ne contenir aucun précipité.

L'auteur n'est pas d'avis d'employer des solutions combinées de scopolamine et de morphine qui empêchent de déceler l'apoatropine, la morphine donnant avec le permanganate la même réaction. P. VIOLET.

HYGIÈNE

De l'amélioration du logement ouvrier. (JOSEPHSON. Th. de Paris, 1907; Jacques, édit.) — La débauche, l'alcoolisme et la tuberculose sont les trois fléaux qui se sont abattus en France sur la population ouvrière des villes et la déciment. La débauche est due le plus souvent à la promiscuité des sexes dans un logement où souvent une seule pièce sert aux parents et aux enfants; l'alcoolisme a sa cause la plus profonde dans la répugnance qu'éprouve l'ouvrier à passer ses heures de repos dans l'infect taudis où il loge; la tuberculose, toutes les observations le démontrent, voit sa fréquence plus que doublée par les conditions hygiéniques innomables de ces habitats.

Il semble donc que le problème de l'amélioration du sort du travailleur est intimement lié à celui de l'amélioration de son logement.

L'auteur nous initie longuement à tout ce qui a déjà été tenté en France, depuis les casiers sanitaires de chaque maison établis par M. Jullierat jusqu'aux tentatives parisiennes des maisons ouvrières de la rue Ernest-Lefèvre, de la rue de l'Amiral-Roussin et de la rue du Télégraphe.

Il signale l'œuvre des jardins ouvriers comme étant peut-être un moyen d'endiguer l'exode rural en redonnant à l'ouvrier le goût de la culture terrienne, et de décongestionner les cités ouvrières urbaines.

Le travail du docteur Josephson est consciencieux, émouvant et entraîne la conviction. Il nous fait regretter de nous être à ce point de vue laissé distancer par les Anglais et les Américains. Tous ceux, médecins ou philanthropes, qui s'intéressent sincèrement au sort de la classe ouvrière le liront avec intérêt et profit. V. GARDETTE.

LIVRES NOUVEAUX

La diathèse urique (2), par M. H. LABBÉ, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Bien des maladies ont pu être rattachées à des troubles dans la production et l'excrétion de l'acide urique, mais les découvertes récentes de la physiologie et de la chimie biologique ont vraiment révolutionné nos connaissances sur ce point spécial; ce sont ces dernières conquêtes de la science que M. H. Labbé a voulu résumer dans son nouveau volume de la collection des *Actualités médicales*.

On a fixé la place de l'acide urique dans le groupe de la purine en montrant son étroite parenté avec la xanthine, l'hypoxanthine, la caféine. Quant aux agents qui ont une action sur l'acide urique, on peut les classer, en précipitants, ceux qui en empêchent la dissolution, et en dissolvants, ceux qui facilitent la dissolution et l'excrétion de cet acide.

Parmi les premiers on compte le froid, les acides, quelques métaux et leurs sels et les substances nombreuses qui élèvent l'acidité ou forment des composés insolubles avec l'acide en question.

Dans les dissolvants on doit compter le salicylate de soude, la pipérazine, le lycétol, l'aspirine, l'urotropine, l'acide thymique.

A côté de ces médicaments, il faut signaler l'importance capitale du régime; ce dernier peut réduire fortement et même supprimer complètement de l'alimentation de l'uricémique tous les aliments riches en purine ou en nucléine qui sont les vraies sources de l'acide urique. Comme aliments défendus, il faut compter le riz de veau, le foie, le veau. D'une façon générale, la viande et la plupart des poissons devront être réduits le plus possible, et même supprimés dans les cas graves : il en sera ainsi du bouillon de viande, des extraits de viande, des légumineuses comme fèves, pois, lentilles, haricots et aussi la bière comme boisson.

Le régime doit être constitué par le lait, le beurre, les œufs, les céréales, les aliments végétaux, y compris les tomates, à l'exception des légumineuses déjà signalées. Il faut indiquer les fruits dont l'action est plutôt favorable, car on sait les bons résultats que donnent les cures de citron, de fraises et de raisins.

L'expérience montre que chez les graveleux et les migraineux, par exemple, la suppression complète de la viande et des légumineuses, soit un régime pauvre en purines, a des résultats des plus favorables. L. GAYARD.

Les luxations des grandes articulations, leur traitement pratique (1), par MM. J. HENNEQUIN et Robert LŒWY.

Les auteurs n'ont étudié dans ce volume que les luxations traumatiques.

Ils commencent par passer en revue les symptômes généraux des luxations et par indiquer la façon dont on doit se servir de la radiographie pour rechercher les luxations.

Puis ils s'occupent des luxations de l'épaule, ils nous donnent d'abord un aperçu de l'anatomie chirurgicale de la région, des moyens d'union de l'article, de leur rôle dans les déplacements des surfaces articulaires; puis les auteurs étudient très complètement la symptomatologie et le diagnostic différentiel des différentes formes de luxations de l'épaule, en insistant particulièrement sur les variétés internes qui sont les plus fréquentes.

Le traitement fait l'objet d'un long chapitre où sont exposés avec de nombreuses photographies les différents modes de réductions avec leurs temps principaux; les méthodes de force avec leur instrumentation souvent compliquée, terminent ce chapitre.

Signalons quelques pages intéressantes consacrées aux déplacements secondaires passifs dans les luxations.

MM. Hennequin et Lœwy étudient ensuite les diverses luxations du coude, les ostéomes de cette région qui leur sont consécutifs, les luxations du poignet (qui ont fait dernièrement l'objet de discussion à la Société de chirurgie), de la clavicule.

Un important chapitre est réservé aux luxations de la hanche et à leur traitement sanglant et non sanglant; puis sont passées en revue les luxations du genou, celles du cou-de-pied, celles des nouveau-nés au cours de l'accouchement et dans la première enfance; enfin les luxations exposées.

MM. Hennequin et Lœwy se sont placés dans tout cet ouvrage sur un terrain essentiellement pratique; ils ont cherché à établir les règles pour réduire dans les conditions les plus avantageuses pour le blessé, les luxations, et ont posé les indications opératoires en s'inquiétant uniquement du résultat définitif susceptible d'être obtenu. E. LE SOURD.

(1) Paris, Alcan.

(2) In-16 de 96 pages. — Prix : cartonné, 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 27 juin 1908.) Welsch : La stase exerce-t-elle une influence anti-toxique dans l'empoisonnement par la strychnine? — Dransart et Famechon : Contribution à l'étude du nystagmus des mineurs. — Henrijean : Action des médicaments sur les nerfs vagues.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 6, juin 1908.) Sabouraud, Suis et Suffran : Fréquence du microsporum *caninum* ou *lanosum* chez le chien et chez l'homme. — Lenoble : Mycosis fongoïde ayant évolué en quatre années. Leucocytose avec mononucléose et éosinophilie. Anasarque terminal. Noyau mycosique dans le poumon droit. — (N° 7, juillet.) Nicolas et Jambon : Contribution à l'étude de la pellagre et du syndrome pellagreux. — Ladislas Kopystowski : Sur l'emploi du zinc métallique en poudre dans le traitement des ulcérations des parties génitales. — Petges et Bichelomme : Septicémie à bacille pyocyanique et pemphigus bulleux chronique vrai. — Pellier : Modifications histologiques engendrées dans des altérations cutanées par une pyrexie intercurrente (dermatite polymorphe douloureuse et pneumonie).

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 6, juin 1908.) Garel : Enrouement de l'enfance. — Lannois et Chavanne : Formes cliniques du syndrome de Ménière (*fin*). — Maurice Boulay et Le Marc'-Hadour : Les paresthésies pharyngées (*fin*).

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juillet 1908.) G. Brouardel : Application de la loi sur les accidents du travail. — Et. Ginestous : Le procès du gaz pauvre. — L. Thoinot : Blessures et mutilations subies par les cadavres des noyés pendant leur séjour dans l'eau. — A. Guillon : Construction d'une formation sanitaire, semi-permanente et organisation du service de santé au chemin de fer de la Guinée française (1904-1906). — Léon Garnier : Intoxication multiple par les gaz de hauts fourneaux. — Bordas, Bouchacourt et Vaillant : Radiographie des nouveau-nés et docimasie pulmonaire.

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, juillet-août 1908.) Boigey : Etude psychologique sur l'Islam. — A. Giraud : La question de la responsabilité d'après les dernières publications de MM. Grasset et Mairet. — G.-G. de Clérambault : Notes sur le régime des aliénés en Angleterre (*suite*). — Soutzo fils : Les nouvelles données relatives à la séro-réaction de la syphilis dans la paralysie générale par la méthode de Wassermann.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 241, 10 juillet 1908.) E. Bordet : Les courants ondulés en électrothérapie. — A. Carr : Traitement des fistules anales par la médication ionique. — Damson Turner : L'électrolyse dans le traitement du tic douloureux et de la sclérose spinale. — (N° 242, 25 juillet.) C.-M. Roques : Etat actuel de l'électro-diagnostic dans les otopathies. — Louis Delherm : La radiothérapie dans les affections médullaires. — H. Bordier : Chromo-actinomètre pour la lampe à vapeur de mercure et de quartz.

Archives de médecine des enfants. — (N° 7, juillet 1908.) Lagrange : Scoliose des écoliers. — Mme Nageotte : Traitement du thorax difforme. — Mme de Biehler : Lait de femme et tuberculose. — Apert, Lévy-Frænkel et Ménard : Tabes et paralysie générale. — Rendu et David : Ictère chronique. — Rocaz et Carles : Pseudo-hernie ventrale. — (N° 8, août.) Brudzinski : Myxœdème, mongolisme et micromélie. — Tixier : Injections de sérum et d'eau de mer.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 7, juillet 1908.) Tranchant : La variole et la diphtérie dans le cercle de Tébessa, 1903-1907. — Raoul : Observations épidémiologiques au sujet d'une épidémie de fièvre typhoïde d'origine hydrique. — Le Goïc : L'hygiène des champs de bataille. — André : Sur la nature du dépôt constaté dans quelques flacons de chloroforme.

Archives de médecine navale. — (N° 7, juillet 1908.) Cazamian : Lésions traumatiques du poignet. — Couteaud : Abcès du foie compliqué d'hépatoptose. — Le Feunteun : Abcès du foie à migration vers le rein droit. — Robert : L'alcoolisme. — Guéguen : Etude succincte de l'acidobutyrométrie.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 6, juin 1908.) Guisez : Du diagnostic par l'œsophagoscopie des sténoses et en particulier du cancer de l'œsophage. — A. Mathieu : Le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'intestin. — Bensaude et Rivet : Les dilatations dites idiopathiques de l'œsophage (*suite*). — (N° 7, juillet.) Le Gendre : Evolution de la goutte chez les contemporains, ses modalités pathogéniques et cliniques aux points de vue thérapeutique et prophylactique. — Fredet : La sténose hypertrophique du pylore chez le nouveau-né. — Wasserthal : Sur la valeur de la réaction de Mollière (violet de méthyle) pour déceler l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac.

Archives générales de médecine. — (N° 6, juin 1908.) Schleffler : L'artério-sclérose. — Worms et Bertein : Les parotidites suppurées. — Louis Sencert : Un cas de myostéome traumatique.

Bulletin médical. — (N° 52, 1er juillet 1908.) Berruyer : Les accidents auriculaires chez les travailleurs des caissons. — (N° 53, 15 juillet.) Marfan : L'exploration clinique dans la première enfance. — (N° 54, 4 juillet.) Chantemesse et Pomes : Batellerie fluviale et santé publique. — Léon Bernard et Gougerot : Pathogénie des lésions non folliculaires de la tuberculose. — (N° 55, 11 juillet.) Marcel Labbé : Les troubles cardiaques chez les obèses. — (N° 56, 18 juillet.) Trousseau : Valeur diagnostique de la kératite interstitielle. — (N° 57, 22 juillet.) J. Roubinovitch : Le dermographisme chez les épileptiques. — P. Mével : Des états scrofuleux dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire. — (N° 58, 26 juillet.) Fernand Widal : La loi du 15 février 1901 sur la protection de la santé publique. Ses résultats, ses imperfections. — Rénon, Dumarest et Bayle : Des hémoptysies et de leur traitement. — (N° 58, 29 juillet.) De Massary : Diagnostic précoce du tabes. — Granjux : Prophylaxie de la syphilis dans l'armée. — (N° 60, 1er août.) Rénon : Le médecin dans la pratique médicale. — Cannac : Diarrhée chronique des pays chauds. Son traitement.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 juin 1908.) Bardet : Anesthésie locale et rachi-anesthésie. — (8 juillet.) Bardet : Direction logique du traitement de la constipation. — (23 juillet.) Ch. Amat : Les maladies qu'on soigne à Berck; la pratique du docteur Calot. — (30 juillet.) Amat : Les maladies qu'on soigne à Berck; la pratique du docteur Calot (*suite*). — Clemente Ferreira : L'ophtalmo-réaction à la tuberculine dans le diagnostic précoce de la tuberculose humaine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 92. — JEUDI 13 AOUT 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 13 AOUT 1908. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

A dater du 15 août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Après concours, M. le docteur Escat vient d'être nommé chirurgien oto-laryngologiste des hôpitaux de Toulouse.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 10 août 1908, ont été, tout en conservant leurs fonctions actuelles, nommés membres du comité technique de santé :

M. le médecin-inspecteur Mareschal, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Strauss, précécemment placé sur sa demande dans la position de disponibilité.

M. le médecin-inspecteur des troupes coloniales Clavel, en remplacement de M. le médecin-inspecteur des troupes coloniales Grall, promu.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active Solmon et M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Gosselin sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Audigier et Bois (de Paris), Gigon (de Saint-Calais), Lefebvre (de Doullens), Lefranc (de Clécy), Lejamptel (de Dol), Manny (de Brossac), Patay (de Rennes), Rousseau (de Parthenay) et Veillard (de Meung-sur-Loire).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Amice (d'Autrain), Bonzoms (de Perpignan), Cacaud (de Vibray), Cantin (de Brie-Comte-Robert), Charlier (de Paris), Charvin (de Rumilly), Chatenoud (de Frangy), Combet (de Vichy), Daunay (de Paris), Demain (de Reims), Duplay (de Paris), Etourneau (de Tunisie), Gandon (de Reims), Gérard (de Paris), Ginsberg (de Saint-Denis), Jugeat, Juquelier et Kresser (de Paris), Lenne (de Sin-le-Noble), Masson (de Grandris), Monjoin (de Paris), Paquet (de Douai), Picou (de Montsalvy), Pons (de Perpignan), Savignac (de Montmorency), Sentourous et Soullard (de Paris), Thomin (de Saint-Maur-les Fossés).

MODIFICATIONS AU CONCOURS DE MÉDECIN ALIÉNISTE. — Le jury du dernier concours d'admission aux fonctions de médecin du service des aliénés avait exprimé le désir de voir apporter aux conditions des épreuves quelques modifications importantes.

Le ministre de l'Intérieur lui a donné satisfaction, et un décret officiel du 7 août précise ces modifications, qui portent notamment sur la durée des épreuves écrites, sur l'importance de l'épreuve clinique orale, sur le libellé de l'épreuve clinique écrite.

Enfin le décret décide que tout candidat qui n'aura pris possession d'aucun des postes à lui offerts avant le 1er novembre de l'année du concours, c'est-à-dire avant la fin de l'année scolaire, sera déclaré démissionnaire; le délai antérieurement accordé était de cinq ans.

FALSIFICATIONS DES DENRÉES ALIMENTAIRES. — Le *Journal officiel* publie une série de décrets sur la répression des fraudes concernant la vente des marchandises et la falsification des denrées alimentaires et des produits agricoles. Sont ainsi réglementées la fabrication et la vente de la bière, du cidre, du poiré, du vinaigre, des liqueurs et des sirops.

EXERCICES SPÉCIAUX DU SERVICE DE SANTÉ EN 1908. — PROGRAMME GÉNÉRAL DES EXERCICES. — *Première journée,*

17 août. — Huit heures cinquante, réunion des officiers (hôtel national des Invalides, salle des Maréchaux, entrée par la porte de l'Esplanade); — neuf heures, conférence par un officier d'état-major; — dix heures, conférence par le directeur clinique; — deux heures, organisation des formations sanitaires et chargement des voitures aux docks du service de santé (7, rue Larmeroux, à Vanves); — quatre heures, formation du « parc » dans la cour d'honneur de l'École militaire (place Fontenoy).

Deuxième journée, 18 août. — Quatre heures du matin, départ des voitures du parc pour le bastion 87 (place d'Italie). Constitution des formations sanitaires au bastion 87, départ pour Champs (H. C. nº 1), Gournay (H. C. nº 2). Le Plant et Bry-sur-Marne (H. E., sections 1, 2). Réception : à Champs, de 200 blessés; à Gournay, de 50 blessés. Fonctionnement d'une cuisine roulante. Conference. Compte rendu.

Troisième journée, 19 août. — Aménagement, à l'hôpital d'évacuation (deuxième section, à Bry-sur-Marne), des moyens de transport pour l'évacuation sur route des blessés de Champs et de Gournay. A Champs et à Gournay : Chargement des blessés sur les véhicules amenés de Bry, et conduite : 1º des évacués de Champs au Plant-Champigny avec halte à Bry, pour le déjeuner préparé en cours de route par la cuisine roulante ; 2º des évacués de Gournay à Bry, où ils sont hospitalisés jusqu'à leur évacuation par eau. Conférence. Compte rendu.

Quatrième journée, 20 août. — Evacuation, par voie ferrée, de quinze blessés (train mixte). Installation des blessés. Départ du train sur Sucy, arrêt à la Varenne. Infirmerie de gare (Société de secours aux blessés). Arrivée des blessés à Sucy, hôpital auxiliaire de campagne (Association des dames françaises), fonctionnement. Conférence. Compte rendu.

Cinquième journée, 21 août. — Evacuation par eau, à Bry. Aménagement d'un bateau-chargement. Départ. Arrivée à Joinville, port de débarquement (hôpital auxiliaire du territoire) (Union des femmes de France). Conference. Compte rendu. Critique. Dislocation

Renseignements généraux. — Les exercices spéciaux auront lieu sous la direction de M. le général Taverna, commandant la 14e brigade d'infanterie, et la direction technique de M. le médecin principal de première classe Schneider.

MM. les médecins-majors de première classe Pascaud et de deuxième classe Crépet, M. l'officier d'administration de deuxième classe Daumont donneront à MM. les officiers de la réserve et de l'armée territoriale les renseignements nécessaires sur la marche des opérations et le fonctionnement des divers services.

Tenue : tenue de campagne, sauf la giberne et le brassard réservés aux officiers prenant part à la manœuvre.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Munchener medizinische Wochenschrift. — (Nº 21, 26 mai 1908.) Busse : Sur la présence de bacilles typhiques dans le sang de personnes atteintes de fièvre typhoïde. — Peters : Sur la cécité verbale congénitale. — V. Ruppert : Sur le traitement et le pronostic de la suppuration chronique de l'oreille moyenne. — Stummel : La stase de Bier dans l'otite moyenne. — Knœpfelmacher : L'épreuve de la vaccine par injection sous-cutanée chez les malades atteints de cow-pox. — Jerusalem : Sur le traitement consécutif des laparotomisés. — Plate : Sur l'état des ganglions lymphatiques dans quelques affections articulaires. — Weber : Sur l'arrachement sous-cutané total du plexus brachial sans blessure des os. — Harle : L'hydrate d'amyle dans l'éclampsie. — Heymann : Sur le traitement de l'éclampsie infantile par le bromate d'atropine méthylène. — Jacks : Sur un moyen simple de faciliter l'accouchement. — Bergel : Nouveaux points de vue dans le traitement des processus de suppuration. — Müller : Contribution historique à la connaissance de l'appendicite. — (Nº 22, 2 juin.) Meyer : Nouvelles recherches sur la formation extra utérine du sang. — Schatiloff : Sur les modifications histologiques des organes hématopoiétiques dans l'anémie pernicieuse. — Deetjen : Spirochètes dans le cancer des souris. — Esser : Sur la connaissance de la syphilis des surrénales. — Sandberg : Sur la présence de longs bacilles dans les selles et son importance clinique. — Rauke : Sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — V. Herff : Conservatisme modéré ou radical dans le traitement du bassin rétréci. — Polano : Opération césarienne et anesthésie lombaire. — Langer : Sur une prophylaxie médicamenteuse de la rougeole. — Stumpf : Sur le traitement par le bolus dans la diphtérie. — Oeken : Un cas de déchirure du canal thoracique après une contusion du thorax. — Kreisch : Opération césarienne vaginale dans l'éclampsie. — Lorvoitz : Un cas d'idiosyncrasie contre le blanc d'œuf. — Textor : Inflammation de vapeurs d'éther dans l'air expiré d'un narcotisé à l'éther. — Zacharias : Deux cas de tétanos après des opérations gynécologiques. — (Nº 23, 9 juin.) Nauwerck et Flinzer : Paratyphus et melæna des nouveau-nés. — Hamburger : Sur l'action de la vieille tuberculine sur l'homme non tuberculeux. — Huber : Epidémie de méningite épidémique dans le Palatinat (printemps 1907). — Hesse : Le goitre et son traitement. — Lunckenbein : La césarienne vaginale dans la pratique. — Pont : Opération de Graser pour les grosses hernies ombilicales et abdominales. — Eschbaum : Opération répétée quatre fois à la suite de crises gastriques avec sténose du pylore. — Vogel : Traumatisme et appendicite. — Schwartz : Un cas d'épaississement fibromateux du tendon d'Achille. — Gebele : Sur un cas d'inflammation du diverticule de Meckel. — Kirsch : Remplacement du péroné par plastique à la soie. — Kraus : Sur le lavage de la vessie. — Schmidt : Traitement de l'ozène. — Peters : Sur la cécité verbale congénitale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (Nº 21, 21 mai 1908.) Wassermann : Sur le séro-diagnostic de la syphilis et son importance en médecine — Elias, Neubauer, Porges et Salomon : Théorie sur la séro-réaction de la syphilis. — Eppinger, Falta et Rudinger : Antagonisme des nerfs sympathiques et autonomes dans les sécrétions internes. — Harloch et Yakimoff : Sur la question de la déviation du complément dans les trypanosomiases expérimentales. — Sohma : Sur l'haemotropine des mères immunisées et de leurs enfants. — Lenk : Sur le diagnostic fonctionnel des reins. — Rosner : Intoxication mortelle par la moutarde; — Rapport sur les dangers du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes. — Kapsaumer : Sur l'albuminurie orthostatique. — (Nº 22, 28 mai.) Bartel : Sur la constitution hypoplastique et son importance. — Rossolino : Rapports du lobule de l'oreille et de la tuberculose. — V. Sabalowski : Sur la lévulosurie alimentaire. — Blum et Prigl : Que donne l'épreuve de la phlorhidzine pour le diagnostic fonctionnel du rein. — Haussmann : La palpation de l'appendice vermiforme. — Max Herz : Un procédé pour arrêter les attaques d'angine de poitrine et de tachycardie paroxystique.

UN APPAREIL

POUR

L'ANESTHÉSIE PAR L'ÉTHER

Par M. le docteur OMBRÉDANNE,

Agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Nous n'avons pas l'intention de comparer ici les avantages et les inconvénients respectifs de l'éther et du chloroforme pour l'anesthésie générale.

Nous considérons le chloroforme comme un agent très dangereux, car nous savons le nombre considérable d'accidents qui se produisent chaque année, sans qu'il soit possible d'établir à ce sujet une statistique complète.

Le danger du chloroforme consiste dans la syncope blanche, qu'on ne peut pas prévoir, qu'on ne peut pas éviter, contre laquelle on ne peut rien tenter de vraiment efficace.

Le danger de l'éther consiste en des complications pulmonaires qu'on peut au contraire éviter presque complètement car :

1° L'éther a des contre-indications relatives : âge avancé, lésions pleuro-pulmonaires. Dans un service hospitalier où l'éther est employé en règle générale, où les vieillards et les pleuro-pulmonaires sont anesthésiés au chloroforme, on arrive à avoir plus de complications pulmonaires par chloroforme que par éther. Ces contre-indications ne sont d'ailleurs pas absolues, et peut-être ne les admettrons-nous plus si une très longue expérience de l'appareil dont nous parlerons tout à l'heure confirme les 300 premiers résultats ;

2° Les complications pulmonaires de l'éther sont en grande partie *évitables*, elles surviennent chez les sujets qui ont été *cyanosés* pendant l'anesthésie ou qui ont présenté une *salivation* très abondante ; or, ces phénomènes sont en général consécutifs à l'emploi de *doses massives*. Il y a donc un grand progrès à réaliser dans le mode d'administration de l'éther, en s'efforçant de diminuer les doses administrées.

Ce progrès, nous avons cherché sa réalisation dans l'emploi d'un appareil permettant de maintenir le malade sur le seuil de l'anesthésie, par conséquent sans cyanose, permettant d'autre part d'obtenir la résolution lentement, progressivement, sans dose massive initiale, dont l'emploi est atroce pour le patient et dont le danger au point de vue de la genèse des complications pulmonaires nous semble démontré.

Voici cinq ans que nous cherchons la solution de ce problème : voici un an que nous l'avons trouvée. Au cours de ces recherches, nous avons noté un certain nombre de faits intéressants concernant l'anesthésie par l'éther.

Première proposition. — *On ne peut endormir un malade avec un mélange d'air et de vapeurs d'éther neuf; tout au plus peut-on entretenir dans ces conditions l'anesthésie obtenue par un autre procédé.* — Nous avons en effet utilisé dans les opérations sur la face (1), un générateur de vapeurs d'éther constitué par une sorte de théière remplie d'éponges imbibées d'éther (fig. 1). Du bec du récipient partait un tube de caoutchouc allant à la bouche du patient; ce dispositif permet d'entretenir l'anesthésie, mais jamais d'obtenir la résolution initiale.

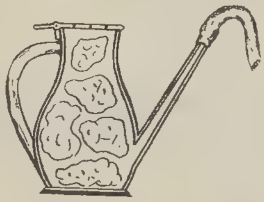


Fig. 1.

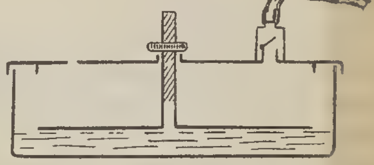


Fig. 2.

Plus tard lorsque Ricard eut fait construire son excellent appareil à chloroforme, nous fîmes établir un appareil identique, mais énorme, dans lequel le vase en verre était remplacé par un cristallisoir de 12 centimètres de diamètre (fig. 2). Nous faisions plonger le disque jusque dans l'éther, forçant l'air à barbotter dans le liquide ; le résultat était le même qu'avec le dispositif précédent.

Ces deux tentatives répétées à maintes reprises ne pouvaient laisser aucun doute sur le bien-fondé de la première proposition.

Deuxième proposition. — *L'anesthésie par l'éther ne fonctionne bien que si le malade respire en milieu plus ou moins confiné.* — Cette notion pouvait déjà être soupçonnée par les résultats que donnaient les anciens masques de Julliard ou de Landau.

Le masque de Julliard donnait d'autant meilleurs résultats qu'il avait une capacité plus grande ; pour obtenir la résolution il était nécessaire de ne plus le soulever une fois qu'il était appliqué sur la face, en d'autres termes de faire respirer le malade en milieu confiné.

Ayant admis le principe de la respiration en milieu confiné, nous fîmes construire un appareil se plaçant comme un bouchon sur un bocal plein d'éther ; ce bouchon portait deux tubulures, l'une allant dans un sac de baudruche, l'autre aboutissant à un masque

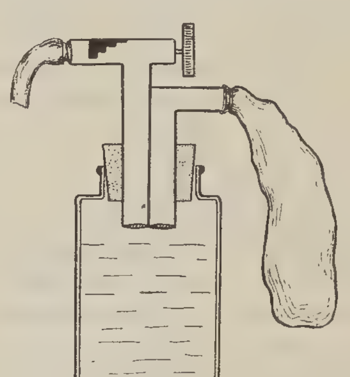


Fig. 3.

d'inhalation ; sur le trajet de celle-ci une ouverture permettait de régler l'arrivée d'air frais supplémentaire (fig. 3).

Cet appareil était déjà meilleur; néanmoins chez

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 22 sept 1903.

les hommes il ne nous permettait pas toujours d'obtenir la résolution, bien que donnant son maximum d'action.

Nous avons incriminé la trop faible section de nos tubes et la distance qui séparait le générateur d'éther du masque d'inhalation, pensant que ces causes favorisaient peut-être la condensation des vapeurs d'éther.

TROISIÈME PROPOSITION. — *Le générateur de vapeurs d'éther doit être adjacent au masque d'inhalation ; les tubes doivent avoir une grande section.* — Nous avons voulu nous assurer que ces deux conditions nouvelles n'infirmaient en rien la nécessité du milieu confiné. Remplissant d'étoupe un réservoir d'un demi-litre, nous y versions 250 grammes d'éther. Ce réservoir surmontait directement le masque dont il était séparé par un diaphragme métallique; au-dessous était une admission variable d'air frais. Malgré la dose énorme d'éther ainsi fournie, les malades ne dormaient pas.

QUATRIÈME PROPOSITION. — *Une adjonction d'air frais est nécessaire, quel que soit le moment de la narcose ; cette proportion nécessaire d'air frais n'est pas très considérable.* — La première partie de cette proposition résultait du fonctionnement des appareils anglais du type Clover.

Disons immédiatement, au sujet du fonctionnement de l'appareil de Clover et des appareils anglais similaires que nous n'avons pas voulu fonder de critiques sur le trop petit nombre d'anesthésies que nous avons vu pratiquer à Londres; nous ne faisons état que de ce que nous trouvons dans l'ouvrage tout récent de Dudley Wilmot Buxton (1).

Ces appareils, disons-nous, n'étant pas munis de cette prise d'air frais, donnent très vite naissance à la cyanose si on ne soulève pas sans cesse le masque d'inhalation au-dessus du visage du malade; c'est l'inconvénient capital des appareils anglais qui produisent à chaque instant soit l'apnée, soit la cyanose, par manque d'air frais.

La seconde partie résultait de nos constatations sur nos appareils antérieurs; on sait d'ailleurs que le seul fait de soulever le masque de Julliard rend l'anesthésie ultérieure presque impossible : une bonne anesthésie à l'éther nécessite donc l'adjonction d'air frais; mais l'air frais empêche le sommeil de survenir. Il y a une quantité à déterminer qui oscille entre des limites assez étroites.

CINQUIÈME PROPOSITION. — *La surface d'évaporation de l'éther doit être très considérable.* — C'est un fait que nous avons établi avec nos derniers modèles d'appareils en constatant qu'en y plaçant de l'éther libre, l'anesthésie était difficile à établir alors qu'on obtenait facilement ce résultat en imbibant les éponges avec la même quantité d'éther.

Nous avons accepté dès lors comme démontrées les propositions précédentes qu'il est possible de résumer ainsi :

Pour obtenir une bonne anesthésie par l'éther, il faut un générateur de vapeurs d'éther adjacent au masque d'inhalation, et ne comportant que des tubes à section très large; le malade doit respirer dans l'air confiné, mais il faut une adjonction d'air frais. La surface d'évaporation de l'éther doit être considérable.

Au point de vue théorique, ces propositions s'expliquent facilement par des raisons physiques : la densité des vapeurs d'éther, leur facile distillation rendent compte de l'utilité des tubes à grosse section et d'un générateur adjacent au masque. La nécessité de l'air frais découle du principe même de la respiration qui ne peut se faire en milieu confiné absolu sans anoxyhémie rapide, sans asphyxie.

Il est plus difficile d'expliquer la nécessité de cette respiration en milieu confiné relatif. L'existence du sac de baudruche permet-il la *concentration* des vapeurs d'éther ou une certaine quantité d'*acide carbonique* inhalé favorise-t-elle la narcose?

La concentration des vapeurs d'éther ne suffit pas à une bonne anesthésie puisque notre appareil (fig. 4) ne donnait pas de bons résultats.

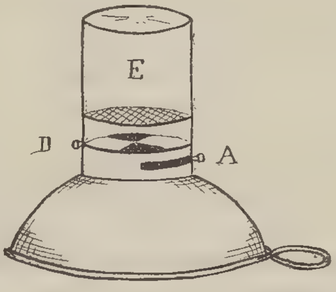


FIG. 4.

Il faut donc admettre que l'acide carbonique dans l'expiration joue un rôle utile dans l'anesthésie.

Récemment, Langlois a rappelé l'attention sur la non-toxicité de l'acide carbonique, que Gréhant avait déjà mise en lumière, et a cité des expériences qui démontrent le rôle de l'acide carbonique sur la régulation du cœur et de la respiration.

Mais si l'acide carbonique à faible dose est un utile adjuvant, cette dose doit être maintenue assez faible pour ne jamais entraîner d'accidents.

Au point de vue pratique, nous avons réalisé les

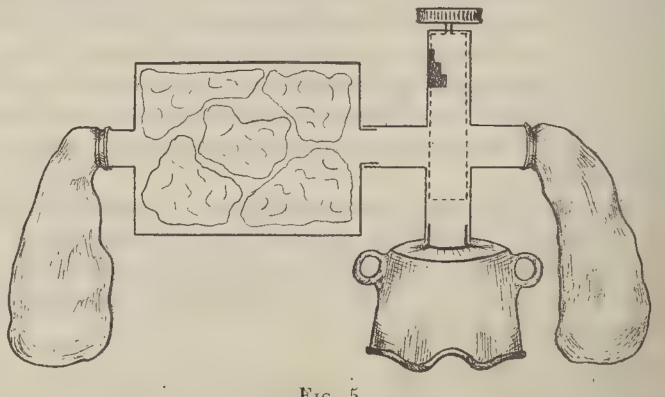


FIG. 5.

conditions dont nous croyons avoir démontré la nécessité dans l'appareil dont nous allons maintenant parler.

(1) Dudley Wilmot BUXTON. *Anesthetics, their uses and administration*, fourth edition, London 1907.

Cet appareil peut être considéré comme un robinet à trois voies conduisant :

1° La première à l'*air libre* ;

2° La seconde dans un sac en baudruche, réservoir d'*air confiné* ;

3° La troisième dans un réservoir rempli d'éponges imbibées d'éther, ce réservoir étant prolongé également par un sac en baudruche, augmentant sa capacité, cet ensemble constituant le *générateur*.

Un appareil d'essai a été construit sur ce type, avec deux sacs distincts (fig. 5) Il fonctionnait parfaitement. Il ne restait plus qu'à établir un dispositif pratique, à un seul sac : c'est celui dont nous nous servons actuellement (fig. 6).

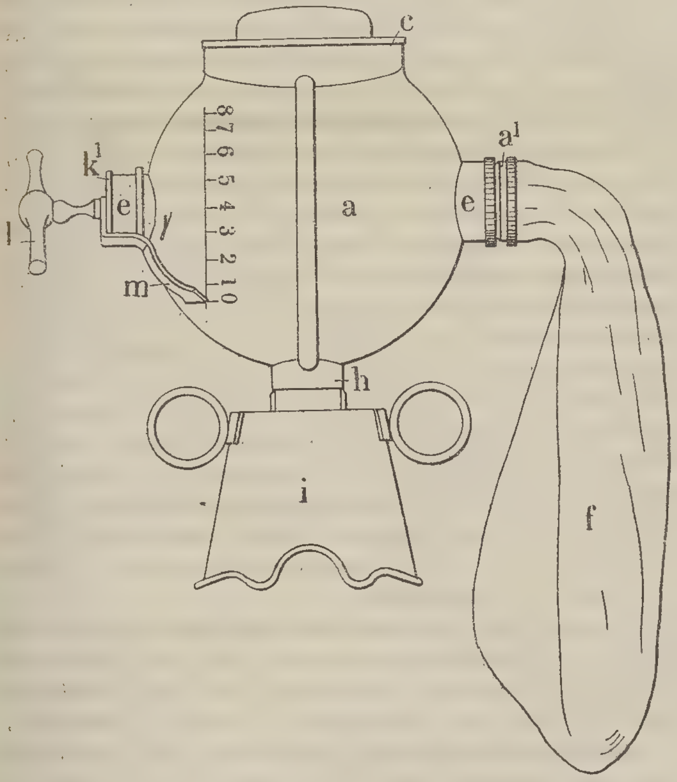


Fig. 6.

Une sphère est remplie d'éponges imbibées d'éther ; cette sphère est le générateur. Elle est traversée transversalement par un tube diamétral aboutissant par une extrémité à un sac de baudruche, par l'autre à l'air extérieur dans lequel elle s'ouvre par des fenêtres tracées en escaliers (*K* [fig. 7].

Sur ce tube diamétral s'ouvrent latéralement :

1° Deux cheminées *G* et G^1, servant l'une à l'entrée, l'autre à la sortie de l'air respiré ; une demi-cloison en chicane *R* force l'air à se répandre dans la sphère, au lieu de passer directement d'une cheminée dans l'autre ;

2° Un tube *H*, qui va au masque d'inhalation ;

3° Une *voie détournée J* part du tube précédent, aboutit au tube diamétral.

L'existence de cette voie détournée, absolument indépendante de la voie qui s'ouvre dans le générateur, est une caractéristique importante de notre appareil.

Dans le tube diamétral tourne un boisseau creux, cloisonné en *N*, et percé de fenêtres *O*, O^1, O^2, à ouverture progressive ; la fenêtre O^2 est toujours ouverte. Les mouvements de ce boisseau se traduisent

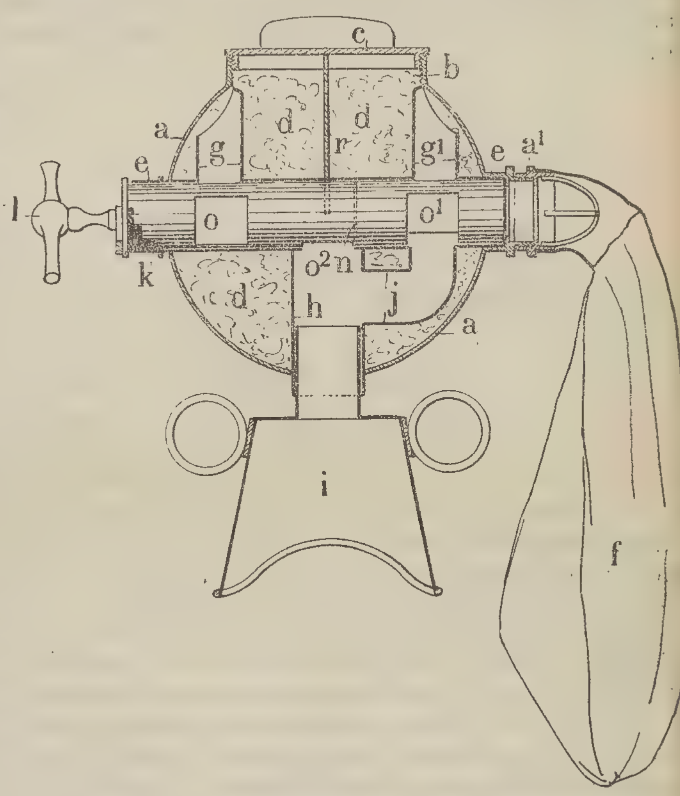


Fig. 7.

par le déplacement d'un index sur une graduation chiffrée de o à 8.

A la position 0 (fig. 8), les fenêtres *G* et G^1 sont fermées ; *K* est ouverte en grand, O^1 ouvert en grand.

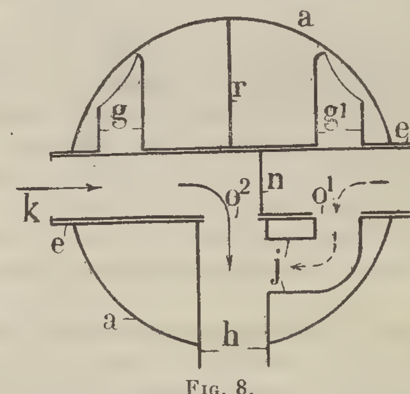


Fig. 8.

Il entre dans le masque d'inhalation beaucoup d'air frais, un peu d'air confiné.

Il n'y pénètre d'éther que ce qui filtre à travers les fenêtres *G* et G^1 fermées.

A la position 4, position moyenne : La fenêtre *K* est à demi-fermée ; *G* et G^1 sont à demi-ouverts ; O^1 est à demi ouvert.

Il entre dans le masque d'inhalation : 1° de l'air frais ; 2° des vapeurs d'éther venues du sac à confination, saturées par la traversée de la sphère ; 3° de l'air confiné contenant des vapeurs d'éther, mais venu par la voie détournée O^1J sans se saturer dans la sphère.

A la position 8 (fig. 9) : La fenêtre *K* est ouverte au minimum; *G G*¹ sont ouverts en grand; *J* est fermé.

Il entre dans le masque d'inhalation : 1° un peu d'air frais; 2° des vapeurs d'éther saturées par leur passage dans la sphère et venues du sac à confination.

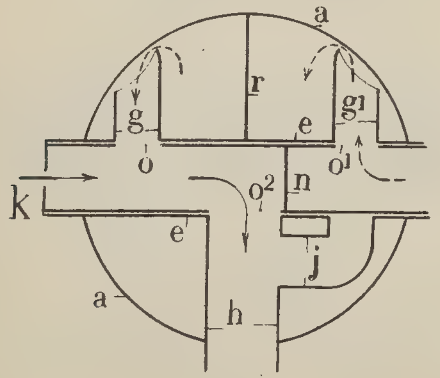


Fig. 9.

Les dimensions respectives des fenêtres ont été déterminées par tâtonnement.

Tel est le mécanisme intime de notre appareil.

Ainsi construit, il nous a donné des résultats excellents. Nous avons voulu vérifier alors une fois de plus l'exactitude de certaines de nos propositions initiales. En particulier nous avons cherché à disjoindre le générateur d'avec le masque d'inhalation.

Dans ces conditions, nous n'avons pas pu endormir nos malades; mais une fois la résolution obtenue par la manœuvre ordinaire, nous pouvions *entretenir* l'anesthésie avec l'appareil disjoint.

En second lieu nous avons cherché à substituer l'éther libre aux éponges imbibées d'éther; le fonctionnement a été beaucoup moins bon; nous avons observé une tendance à l'apnée, à la toux; certains hommes ne s'endormaient pas du tout alors que l'appareil donnait toute sa puissance. Les éponges en fournissant une énorme surface d'évaporation sont donc indispensables, elles évitent d'ailleurs toutes chances de voir de l'éther liquide couler dans le sac ou s'échapper par la prise d'air *H*.

Ceci dit sur le mécanisme intime et le fonctionnement intérieur de l'appareil, voici son mode d'emploi :

Le masque d'inhalation a été stérilisé, son sabot de caoutchouc a été bouilli. Au fond du sac de baudruche on a pu, si on le désire, verser quelques gouttes d'un parfum quelconque, qu'on a laissé sécher. On s'assure que le sac de baudruche n'est pas percé.

L'aiguille étant à o, on ouvre l'orifice supérieur et sur les éponges on verse 150 grammes d'éther. On incline la sphère lentement dans tous les sens, puis on la renverse; il ne doit pas s'écouler d'éther; tout doit être absorbé par les éponges. On referme l'orifice supérieur. On ajuste le masque, monté à frottement doux.

On l'applique sur la face l'aiguille étant au o.

On le laisse *deux minutes* dans cette position en recommandant au malade de souffler fortement. Puis *de minute en minute* on avance l'aiguille d'*un* degré, ou mieux, de demi-minute en demi-minute, on avance l'index d'un demi-degré.

On monte ainsi jusqu'à 5 ou 6 pour les hommes, à 4 ou 5 pour les femmes; on attend une ou deux minutes que la résolution soit absolue, puis on redescend, de la même façon, au chiffre d'entretien qui est environ 4 pour les hommes, 3 pour les femmes.

Il est bien entendu que ces chiffres d'entretien ne sont que des moyennes; elles résultent des observations d'anesthésie prises par les élèves du service et en particulier de nombreux graphiques établis par notre externe et ami M. Tison. Certaines femmes dorment parfaitement à 2 1/2; pour d'autres il faut 3 1/2; certains hommes dorment à 3; de vieux alcooliques doivent être maintenus à 5 et même à 6.

Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que nous employons les degrés supérieurs 7 à 8 pour achever d'endormir des alcooliques invétérés; c'est un moyen brutal qu'il faut éviter, et nous estimons dangereuse la manœuvre des appareils anglais qui comporte normalement l'utilisation du degré *f* (*full ether*, tout éther) au bout d'une minute à une minute et demie. Du reste, le résultat, d'après Buxton, c'est la présence fréquente de cyanose, de contractures nécessitant l'administration d'oxygène (!). Rien d'étonnant à cela, avec l'appareil Clover, qui n'a pas d'admission d'air frais. L'apnée qu'il signale également nous paraît aussi la conséquence de l'absence d'air frais et d'une forte dose d'éther. C'est pour nous un vice capital pour un appareil de ne pouvoir fournir la résolution que par ce procédé violent. Du reste, la plupart des chirurgiens anglais l'ont si bien vu, qu'ils commencent par mettre l'appareil en communication avec un réservoir de protoxyde d'azote au début de l'anesthésie.

Les appareils les plus perfectionnés dérivés de Clover n'échappent pas à cette critique : l'appareil de Probyn Williams a également trois degrés et un « full ether », et fonctionne à l'éther libre sans éponges. La description qu'en donne Buxton ne fait mention d'aucune prise d'air frais. Les perfectionnements dont parle cet auteur seraient seulement l'augmentation de diamètre des tubes et la suppression de la chambre de réchauffement par l'eau, qui est en effet un élément parfaitement inutile des appareils de Clover.

Une fois le malade à sa ration d'entretien, l'anesthésie continue sans aucun à-coup pendant une heure et demie. Les 150 centimètres cubes du début suffisent toujours. Passé ce laps de temps, il faudrait remettre 50 centimètres cubes d'éther dans l'appareil : c'est ce que nous avons dû faire deux fois. Les appareils anglais à éther libre ne reçoivent que 2 onces d'éther, fournissant une demi-heure de sommeil; la recharge de l'appareil toutes les demi-heures ne peut que donner des à-coups dans l'anesthésie.

L'appareil n'est pas lourd : deux anneaux placés sur les côtés du masque permettent d'engager les pouces et de soulever avec les autres doigts les angles de la mâchoire. Au besoin un ruban élastique maintient l'appareil en place sans que l'anesthésiste ait à le tenir.

En position de Trendelenburg, ou en position

latérale le fonctionnement est le même : la position de l'opéré n'a aucune importance, puisque l'éther n'est pas libre dans la sphère.

Pour opérer sur la face, on endort d'abord le malade comme il est dit plus haut; quand la résolution est obtenue, on dégage le masque de la sphère; on pose celle-ci sur son support, et on y adapte un raccord en caoutchouc terminé par notre obturateur buccal. Une boulette de gaze dans chaque narine empêche l'arrivée de l'air frais par le nez. A ce moment il faut élever l'aiguille indicatrice d'une division pour continuer à avoir une bonne anesthésie.

Lorsqu'on voudra, après une première anesthésie, endormir immédiatement un autre malade, il suffira d'ouvrir l'appareil, de verser à nouveau 150 centimètres cubes d'éther, puis de laisser écouler l'excédent en renversant la sphère : la masse d'éponges est calculée pour absorber environ 150 centimètres cubes et pas plus.

De temps à autre il sera utile de sortir les éponges et de les exprimer pour en chasser l'eau de condensation qui pourrait s'y accumuler.

Ceci dit sur la technique, voici en résumé les avantages considérables que nous trouvons à l'emploi de cet appareil :

1° Il se dégage fort peu de vapeurs d'éther dans la pièce; celles-ci n'incommodent pas l'anesthésiste, car elles sont déversées directement en bas. Ces vapeurs en quantité minime et mélangées d'acide carbonique et de vapeur d'eau échappent probablement au danger d'inflammabilité; nous nous sommes souvent servi de notre appareil dans des pièces chauffées par un feu libre;

2° Le masque, de dimensions minimes, permet de surveiller à chaque instant, sans qu'on ait besoin de le soulever, l'aspect du malade et l'état de son réflexe cornéen;

3° Le début de l'anesthésie n'est *nullement pénible* pour le malade, on l'habitue insensiblement à l'éther: il n'a plus la sensation atroce d'étouffement que donnent les autres méthodes;

4° La période d'excitation fait souvent complètement défaut, en particulier chez les femmes. Lorsqu'elle survient chez les hommes, elle est de très courte durée;

5° On n'observe ni l'apnée, ni la toux persistante qu'on a quelquefois au début de l'anesthésie avec le masque de Julliard ou avec les appareils de Clover. Si le malade tousse, il faut redescendre d'un degré, *il y a trop d'éther;* on monte un peu plus lentement. La résolution complète est obtenue en six à sept minutes chez l'homme, cinq à six minutes chez la femme. Cette lenteur relative est nécessaire pour que le sommeil survienne sans angoisse pour la malade, sans agitation, sans cyanose. Nous réprouvons l'anesthésie en quatre-vingt-dix secondes que conseille Buxton;

6° On obtient toujours la résolution, même chez les hommes alcooliques. Elle survient lentement, progressivement : c'est là une supériorité évidente sur tous les appareils anglais, qui entretiennent bien l'anesthésie, mais la produisent difficilement; la preuve en est que tous sont disposés pour commencer l'anesthésie au protoxyde d'azote.

Il nous a semblé que cette infériorité des appareils du type Clover tenait à deux causes : d'abord à ce qu'ils emploient de l'éther libre, dont la surface d'évaporation est trop minime; ensuite à ce que le dispositif intérieur des appareils, très différent du nôtre, comporte des rétrécissements dans les tubes.

L'éther libre a encore le gros inconvénient de ne pas permettre le fonctionnement de l'appareil dans toutes les positions;

7° L'action du mélange des gaz anesthésiques se produit d'une façon *absolument continue pendant une heure et demie*. Cette *continuité* est un facteur important de régularité de l'anesthésie. Dans les appareils anglais qui ne reçoivent que la dose d'éther nécessaire à une demi-heure de sommeil, il faut un peu avant le délai remonter l'index puis l'abaisser quand on ajoute une nouvelle dose : autant d'à-coups dans la narcose;

8° Jamais de cyanose. Le malade peut et *doit rester rose*; c'est l'affaire de l'anesthésiste qui règle pour cela l'aiguille indicatrice; souvent un demi-degré suffit pour faire disparaître la moindre teinte cyanique. Il est bien évident qu'il faut, chez certains malades, soulever et projeter en avant les angles de la mâchoire pour favoriser la libre respiration.

Pour conduire l'anesthésie, l'état de la pupille n'a aucune importance et échappe à toute règle. Il faut obtenir l'*abolition du réflexe cornéen*, preuve que l'anesthésie est suffisante, il faut *ne jamais avoir de cyanose*, ce qui, nous l'avons dit, est facile et prouve que l'anesthésie n'est pas trop poussée. Dès qu'on a trouvé pour un malade le degré correspondant à ces deux conditions capitales, les choses persistent sans aucune modification pendant tout le temps de l'anesthésie, une heure et demie en moyenne, sans qu'on ait à toucher à l'appareil.

La sensibilité de l'appareil est telle que les observations relevées par notre externe et ami M. Tison ont donné pour les hommes une moyenne supérieure d'un degré à la moyenne des femmes.

Il ne semble pas en être de même dans les appareils anglais, peu sensibles apparemment puisque Buxton ne donne qu'un seul chiffre d'entretien, sans tenir compte des sexes;

9° Les vomissements pendant l'opération, la salivation abondante, sont plus rares avec cet appareil qu'avec le masque de Julliard. Nous ignorons pourquoi. En cas de salivation on doit évidemment soulever l'appareil pour essuyer la bouche très rapidement; à part cette exception *on ne doit jamais soulever le masque*, à l'encontre de ce qui se passe avec l'appareil de Clover où cette manœuvre est le seul moyen de donner au malade un peu d'air frais de temps à autre.

10° Cinq minutes environ avant la fin de l'opération, au moment où l'opérateur commence ses sutures, on ramène progressivement l'index à 0.

Le réveil est extrêmement rapide, ce qui s'explique par le fait que le malade a toujours été maintenu sur *le seuil de l'anesthésie* suffisante. Nous n'avons vu de malade *pousser* au cours d'une lapa-

rotomie que dans les cas où un anesthésiste novice cessait de maintenir le masque bien appliqué sur la face, ce qui entraîne le réveil rapide par pénétration d'air frais;

11° Au moment du réveil, plus de ces cris qui ameutent une salle entière ou révolutionnent une maison de santé, plus de cette agitation qui jetterait le malade hors de son lit si on ne le surveillait de près · le réveil est aussi calme que celui du chloroforme. Les vomissements après le réveil sont aussi plus rares qu'avec les méthodes anciennes : nous ignorons pourquoi. Ce sont des avantages particulièrement appréciés par nos surveillantes d'hôpital et qui ont pour l'entourage une certaine valeur morale;

12° La fréquence des complications pulmonaires *sera certainement très diminuée.* Depuis dix mois que M. Nélaton et nous employons plusieurs fois par jour cet appareil, nous avons endormi ou vu endormir plus de 300 malades.

Le rapport de M. Nélaton à la Société de chirurgie a dit ce qu'ont été les résultats : deux bronchites ayant duré vingt-quatre heures, une plus sérieuse ayant duré quatre à cinq jours, guérie sans incidents néanmoins.

La discussion qui a suivi ce rapport a montré que certains malades, endormis avec cet appareil, restaient pourtant cyaniques et avaient de la respiration stertoreuse. Le fait est exact, mais il est rare, et nous n'hésitons pas à dire que, dans la majorité des cas, la faute en est à l'anesthésiste.

Un appareil à anesthésie n'est pas une machine automatique à endormir les malades; c'est un dispositif permettant de donner d'une façon continue la dose d'anesthésique juste nécessaire et suffisante. Mal manié, l'appareil donne plus qu'il ne faut, et la cyanose apparaît.

Voici en général comment les choses se passent. L'aide chargé de l'anesthésie commence à endormir. Au bout de quelques minutes, il regarde ailleurs, ne s'occupe plus que distraitement de son malade; le masque, mal appliqué sur la face, bâille sur quelque point, et le malade, inspirant de l'air frais par cet hiatus, se réveille.

L'anesthésiste tourne alors la manette et élève la dose d'éther; puis bientôt, par hasard, le masque retombe bien en place : le malade prend alors trop d'éther et se cyanose; l'anesthésiste abaisse l'index, et ceci souvent trop vite; néanmoins la résolution persisterait si le masque n'était soulevé à nouveau : nouveau réveil, nouvelle dose exagérée, etc.

C'est de cette manière que nous avons vu un certain nombre de mauvaises anesthésies rappelant celles que nous connaissions autrefois. La principale cause de ces mauvaises anesthésies, c'est l'application défectueuse du masque.

Une autre cause encore, c'est l'insouciance de l'anesthésiste, qui ne se donne pas la peine de chercher le chiffre de régime minimum de chaque malade. Nous savons des opérés qu'on avait laissés à 7 depuis le début de l'anesthésie : quoi d'étonnant à ce qu'ils fassent de la cyanose et de la bronchite puisque nous ne connaissons pas d'homme ayant besoin de plus de 4 après un quart d'heure d'anesthésie si le masque est bien appliqué.

Enfin, le mot de mort a été prononcé : il s'agissait d'un malade opéré de gastro-entérostomie qui, le soir de l'opération, avait 37 degrés, et mourait le lendemain matin; à l'autopsie, ses poumons étaient très congestionnés.

Est ce là vraiment l'allure des congestions pulmonaires dues à l'éther? N'y a-t-il pas nombre d'autres causes qu'on pourrait incriminer avec autant de raisons que l'agent anesthésique?

D'ailleurs, ce n'est pas ici le lieu de discuter le rôle des agents anesthésiques dans la genèse des complications pulmonaires post-opératoires; la question a été bien exposée par M. le professeur Le Dentu (1) et nous entraînerait bien loin de ce que nous désirions simplement exposer ici.

Le fait qui est indéniable, c'est que l'éther est pour les bronches plus nocif que le chloroforme.

Nous prétendons avoir diminué considérablement cette nocivité en abaissant les doses d'éther nécessaires à l'anesthésie, en permettant de ne donner au malade que juste ce qu'il en faut pour obtenir la résolution complète et en substituant à l'anesthésie par à-coups une anesthésie continue. Et, comme nous ne connaissons ni la syncope, ni même l'alerte au cours de l'anesthésie par l'éther, à moins de faute lourde et visible de l'anesthésiste, nous en concluons que l'emploi de notre appareil à éther, diminuant dans des proportions considérables les inconvénients de l'éthérisation, donnant d'autre part, dans la très grande majorité des cas, une anesthésie qui présente tous les avantages de la narcose chloroformique sans en avoir les dangers, apporte un fait nouveau susceptible de faire rapporter le jugement sévère que de trop nombreux chirurgiens ont porté sur l'anesthésie par l'éther.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 AOUT 1908)

Sur la réalisation « in vivo » et « in vitro » de précipitines pour l'ovalbumine à partir d'antigènes chimiquement définis. — MM. André MAYER et Georges SCHÆFFER ont obtenu une précipitine pour l'ovalbumine, et pour elle seulement, en injectant au lapin certains acides gras, leurs savons ou leurs éthers; cette précipitine a tous les caractères de celle qu'on obtient en injectant au lapin de l'ovalbumine.

Il est possible de donner *in vitro* au sérum du lapin cette même propriété précipitante destructible par chauffage, en lui ajoutant directement les mêmes corps chimiquement définis.

(1) LE DENTU. Des complications broncho-pulmonaires post-opératoires, extrait du *Bulletin de l'internat*, n° 3 de janvier 1906.

LIVRES NOUVEAUX

La neurasthénie (1), par M. Beni-Barde.

Sous ce titre : *Clinique hydrothérapique, silhouettes de névropathes; première série : La neurasthénie, les vrais et les faux neurasthéniques*, M. Beni-Barde vient de faire paraître un volume dont la lecture est des plus agréables, surtout pour une certaine génération de médecins dont j'ai le regret de faire partie. Ce n'est pas, en effet, un simple traité clinique de la neurasthénie et des applications de l'hydrothérapie à son traitement; faisant appel à des souvenirs déjà lointains, notre confrère Beni-Barde, dont la plume est alerte et élégante, nous trace de charmants portraits de nos maîtres du passé et du présent.

Trousseau, Lasègue, Chauffard, Charcot, Jaccoud, Potain, Peter, Dieulafoy, Debove, Raymond, Brissaud, Albert Robin, Huchard, Bouchard, Fournier, Guyon, Pinard, Pozzi, Berger et bien d'autres encore sont peints ou esquissés par M. Beni-Barde d'une touche fine et gracieuse. Pour ceux qui, comme nous, ont entendu Trousseau, Lasègue, Chauffard, Peter, l'évocation de ces grandes figures, aujourd'hui disparues, ravive des souvenirs de jeunesse pleins de charme. C'étaient, non seulement des cliniciens, mais aussi des écrivains et des orateurs de tout premier ordre, peut-être un peu trop oubliés aujourd'hui. Nous devons être reconnaissants à Beni-Barde d'avoir si heureusement rappelé à notre souvenir ces grands maîtres d'antan.

De ces savants qui mettaient au service de la science de réels talents littéraires, aux poètes et aux littérateurs qui ont abordé le domaine de la science médicale, il n'y avait qu'un pas à franchir. M. Beni-Barde l'a franchi et nous montre quel intérêt offrent aux médecins certaines œuvres de Victor Hugo, Dumas fils, Bourget, Brieux, etc.

Entrant ensuite dans le cœur de son sujet, il nous fait de la neurasthénie une description magistrale, discutant, en parfaite connaissance de cause, les nombreux travaux des neurologistes les plus éminents. Puis il nous décrit, en homme particulièrement expérimenté, les applications de l'hydrothérapie dans les diverses formes de la neurasthénie. La plume ou la douche à la main, on sait combien notre confrère est compétent en la matière. Les praticiens qui voudront traiter sérieusement leurs malades par l'hydrothérapie ne sauraient assez méditer les conseils de Beni-Barde.

Viennent ensuite les silhouettes de neurasthéniques; nous entrons ici en plein champ d'observation. C'est en effet une série d'observations cliniques dans lesquelles nous retrouvons tous les types connus et inconnus de neurasthéniques, toutes les formes, toutes les origines des neurasthénies, ses rapports avec les troubles cardio-vasculaires, avec l'artériosclérose, avec les affections gastro-intestinales, avec les grandes névroses, avec la syphilis, avec les affections rénales. Un chapitre, non des moins intéressants, est consacré à la neurasthénie sexuelle. Dans un autre chapitre sont étudiées les relations de la neurasthénie avec certaines altérations organiques ou fonctionnelles siégeant dans l'appareil génito-urinaire de la femme. Vient aussi la neurasthénie dans ses rapports avec la phtisie, avec l'alcoolisme, les diverses intoxications, avec l'arthritisme, le rhumatisme, le diabète, la chlorose, le tabes, l'hypocondrie, les affections mentales, les paralysies, etc. Un curieux chapitre est consacré à la neurasthénie chez les hommes politiques, chez les artistes, les musiciens.

M. Beni-Barde discute très judicieusement la théorie de Beard sur la neurasthénie, puis la théorie du professeur Bouchard. Par le temps qui court, il était impossible de ne pas parler de l'appendicite dans ses rapports avec la neurasthénie. M. Beni-Barde n'y a pas manqué.

Chemin faisant, l'auteur nous montre les applications et les avantages de l'hydrothérapie dans ces diverses formes. Il n'oublie pas la physiothérapie ni même la psychothérapie.

On voit par ce simple exposé avec quelle conscience et quelle compétence l'auteur a étudié cette grande question de la neurasthénie, de cette affection qui tient une si grande place dans la pathologie de nos jours, qui a été l'objet de tant d'études, de tant de travaux. Parmi ceux-ci, le livre de Beni-Barde se distingue par ces caractères : une profonde connaissance de la question, une grande expérience des faits, une forme littéraire attrayante.

Dr Brochin.

(1) In-8. Paris, Masson, 1908.

FORMULAIRE

RECHERCHE DE L'ACÉTONE DANS L'URINE

Le procédé proposé par l'auteur est celui de Legal modifié; on prend 15 centimètres cubes d'urine dans un tube; on ajoute un demi ou un centimètre cube d'acide acétique et quelques gouttes d'une solution récente de nitroprussiate de soude; on verse avec précaution quelques gouttes d'ammoniaque; si l'urine contient de l'acétone, il se forme un anneau violet à la surface de séparation des liquides. La confusion avec la créatinine est impossible. (Lange. *Ann. de chimie analytique.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET SIGNES PHYSIQUES DU PNEUMOTHORAX (1)

On peut encore entendre un *tintement métallique*, petit bruit éclatant, à timbre argentin, qui se produit dans l'intérieur de la poitrine quand le malade respire, parle ou tousse (Barth et Roger); ce bruit a été comparé par Laënnec à celui que rend une coupe de métal que l'on frappe légèrement avec une épingle ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable. Le tintement métallique n'est pas permanent; perçu un jour, il peut faire défaut le lendemain; il faut souvent, pour le mettre en évidence que le malade tousse ou fasse une inspiration forte. D'après Laënnec, on entend ce tintement métallique quand un hydro ou pyo pneumothorax communique avec les bronches; l'air extérieur vient frémir à la surface du liquide; peut-être aussi, quand on fait asseoir, le malade la chute de gouttelettes liquides tombant du haut de la plèvre à la surface de l'épanchement peut-elle produire ce bruit.

D'autres auteurs admettent que, la fistule pleuro-bronchique baignant dans la collection liquide, les bulles gazeuses de l'air inspiré viennent éclater à la surface; le tintement métal-

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 89, p. 1066.

lique indiquerait donc que le pneumothorax est ouvert et qu'il y a du liquide dans la plèvre. On croit plutôt, avec Skoda, que le tintement métallique peut se produire dans un pneumothorax pur et même fermé ; il a pour cause le retentissement de râles bronchiques, à travers une lame de poumon peu épaisse, dans la plèvre formant caisse résonnante.

On a signalé un tintement métallique d'origine cardiaque perceptible à chaque systole dans le pneumothorax gauche ; un bruit de rouet sous-claviculaire (Galliard), retentissement de bruits qui se passent dans la veine-cave supérieure ou le tronc veineux brachio-céphalique comprimés par l'épanchement gazeux intra-pleural ; ces deux signes sont rares et sans grande importance clinique.

En combinant l'auscultation et la percussion, en faisant percuter par un aide la région sous-claviculaire avec deux pièces de monnaie, pendant qu'on ausculte en arrière on entend le *bruit d'airain* décrit par Trousseau, bruit métallique très aigu et tres vibrant.

Déplacement des organes voisins. — Le cœur peut être déplacé, le foie et même la rate abaissés, comme dans les épanchements pleuraux liquides.

Ponction exploratrice. — En faisant une ponction avec un trocart en communication avec un manomètre, on peut évaluer la pression du gaz intra-pleural ; Béclère conseille de ponctionner avec une aiguille de Pravaz à laquelle est adapté un tube de caoutchouc que l'on fait plonger dans une éprouvette remplie d'eau ; quand la pression du gaz intra-pleural est supérieure à la pression atmosphérique, des bulles gazeuses s'échappent de l'extrémité du tube et traversent le liquide.

Radioscopie. — La radioscopie est préférable à la radiographie. L'air étant plus transparent que le poumon, le côté du thorax rempli par l'épanchement gazeux donne plus de clarté que le côté sain. Le poumon du côté malade étant habituellement rétracté vers la colonne vertébrale, on voit une ombre légère correspondant à la présence du poumon dans la région du hile.

Ces symptômes et ces signes physiques présentent quelques nuances permettant parfois de reconnaître si le pneumothorax est fermé, ouvert ou à soupape ; ils sont très atténués en cas de pneumothorax partiel ; la présence de liquide dans la plèvre leur fait subir plusieurs modifications.

Pneumothorax ouvert. — La disposition de la fistule pleuro-bronchique permet à l'air un passage facile du poumon à la plèvre et de la plèvre au poumon. Dans ces conditions, après les phénomènes inquiétants du début, les mouvements respiratoires se régularisent ; la dyspnée est peu intense ; les signes physiques sont très nets, en particulier le souffle amphorique ; les organes voisins sont peu déplacés. La pression du gaz intra pleural est égale à celle de l'atmosphère, le gaz épanché ne contient pas plus de 5 p. 100 d'acide carbonique.

Pneumothorax fermé. — La fistule est oblitérée et la cavité pleurale close. La dyspnée est plus marquée ; la dilatation thoracique est très évidente ; le souffle amphorique est peu intense, lointain ou fait défaut ; la pression intra-pleurale est négative ; le gaz épanché renferme une quantité d'acide carbonique dépassant 10 p. 100.

Pneumothorax à soupape. — L'air inspiré peut pénétrer dans la plèvre, mais le gaz de la plèvre ne peut plus sortir, aussi la dyspnée est extrême avec cyanose et menace d'asphyxie ; la pression du gaz intra-pleural est supérieure à la pression atmosphérique ; la proportion d'acide carbonique est de 5 à 10 p. 100.

Pneumothorax partiel. — Le début est insidieux, les symptômes fonctionnels peu marqués ; les signes physiques sont limités à une étendue de la poitrine, ils sont atténués ; l'abolition des vibrations thoraciques devient alors souvent un signe important.

Hydro-pneumothorax. — La présence de liquide dans la plèvre sera reconnue par les résultats de la percussion et par la présence de plusieurs nouveaux signes physiques.

A la percussion, le tympanisme est remplacé par de la *matité* sur une hauteur plus ou moins grande de la partie inférieure du thorax.

Par l'auscultation, on entend quelquefois, quand le malade se penche en avant, un bruit de *glou-glou*, succession de quatre ou cinq grosses bulles qui éclatent avec un timbre cavitaire et simulent le glou-glou aspiratif d'une bouteille qui se vide. Raynaud et Variot attribuent ce signe à la formation d'un hydro-pneumothorax cloisonné à logettes communiquant entre elles par des orifices un peu rétrécis ; les bulles éclatent quand les gaz et les liquides traversent ces orifices.

Unverricht a décrit un *bruit fistulaire*, gargouillement métallique analogue à celui que produit l'eau qui jaillit en bouillonnant ; ce bruit serait produit par des bulles d'air qui viendraient crever à la surface du liquide.

Le meilleur signe de l'hydropneumothorax est le bruit de *succussion hippocratique*. Pendant qu'on ausculte, on secoue un peu rapidement l'épaule du malade en ayant soin de borner le mouvement et de l'arrêter tout à coup (Laënnec) ; on entend alors un clapotement à timbre métallique analogue à celui qu'on produit en secouant une carafe à demi pleine.

La *ponction exploratrice* permet de reconnaître la présence du liquide, d'en faire la cytologie et l'examen bactériologique.

Par la *radioscopie*, on voit, dans les parties déclives du côté malade, au-dessous de la zone gazeuse très claire, une zone opaque faisant un contraste très accusé, et limitée par une ligne horizontale ; cet aspect a été comparé à celui d'un bocal à moitié rempli d'encre. En secouant le malade pendant qu'on pratique l'examen aux rayons X, on voit se produire, à la limite de séparation des zones claire et sombre, des ondulations, conséquence du déplacement du liquide ; c'est le phénomène de la succussion rendu accessible à la vue.

Quelquefois, le malade étant immobile, d'autres ondulations rythmées, très petites, peuvent être aperçues ; elles sont isochrones aux battements cardiaques dont elles sont la transmission (Bouchard).

La radioscopie permet aussi d'étudier l'influence des mouvements respiratoires sur le niveau du liquide ; tandis que, du côté sain, le diaphragme s'abaisse, on voit, du côté malade, le niveau du liquide monter, et, quand le diaphragme remonte, le liquide s'abaisse ; ces mouvements de balance (Kienböck, Bouchard) s'expliquent ainsi : le diaphragme a perdu sa contractilité du côté malade, au voisinage de la plèvre enflammée (loi de Stokes) ; à l'inspiration, cette moitié malade ne peut résister à l'augmentation de la pression abdominale ; elle se laisse soulever et le niveau du liquide pleural remonte avec elle (Achard).

Pyo-pneumothorax. — Les signes physiques sont les mêmes que dans l'hydro-pneumothorax ; quelquefois on constate de l'œdème de la paroi thoracique ; le diagnostic se fera en tenant compte de l'état cachectique du malade, avec teint pâle et terreux, des caractères de la fièvre ; il sera confirmé par la ponction exploratrice.

Hémo-pneumothorax. — C'est le pneumothorax des plaies du poumon ; le principal signe indiquant la présence de liquide est la matité à la base du thorax car le bruit de succussion ne s'obtient pas au début, quand le sang se coagule en masse ; c'est seulement après la formation du caillot que la sérosité peut fournir le bruit de fluctuation. Quand la quantité de sang épanché est abondante, le malade peut présenter les signes habituels des hémorragies internes.

Bibliographie. — *Traités de méd.* — Galliard. Le pneumothorax, *Bibl. méd.* Charcot-Debove. — Achard. Nouveaux procédés d'exploration.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 93. — SAMEDI 15 ET MARDI 18 AOUT 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 15 ET MARDI 18 AOUT 1908. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 9 novembre 1908, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des facultés de France, être de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Deux concours pour un emploi de chef de clinique médicale et pour un emploi de chef de clinique chirurgicale s'ouvriront devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes le 12 octobre 1908.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, un mois avant l'ouverture du concours.

Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans, ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs.

ÉCOLES VÉTÉRINAIRES D'ALFORT ET DE LYON. — Deux concours sont ouverts :

Le premier, à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, le 19 octobre 1908, pour la nomination d'un chef de travaux attaché à la chaire de pathologie chirurgicale, manuel opératoire, ferrure et clinique.

Le deuxième, à l'Ecole vétérinaire de Lyon, le 2 novembre 1908, pour la nomination d'un professeur de pathologie des maladies contagieuses, police sanitaire, législation commerciale et médecine légale.

Le programme de ces concours se distribue à Paris, au ministère de l'Agriculture (bureau des Ecoles vétérinaires) et dans les trois Ecoles d'Alfort, Lyon et Toulouse.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Le prix Alvarenga (de Piauhy) est partagé entre M. le docteur G. Leboucq (de Gand) [400 francs] et M. H. Fredericq, étudiant en médecine à Liége (300 francs).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-deuxième semaine, 749 décès, au lieu de 823 pendant la semaine précédente et de 829, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant. L'épidémie de rougeole et l'épidémie de scarlatine paraissent terminées.

La fièvre typhoïde a causé 1 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 30 au lieu de 34 précédemment et au lieu de la moyenne 39.

La diarrhée infantile a causé 84 décès de 0 à 1 an, au lieu de 49 pendant la semaine précédente (moyenne 101).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 66 décès, au lieu 92 de la semaine précédente, et au lieu de 78, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 157 décès (moyenne 175).

Maladies du corps thyroïde et goitres, par L. BÉRARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. In-8, de 406 pages, avec 112 figures. — Prix : br., 8 francs ; cart., 9 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Puériculture, hygiène de l'enfant. Précis à l'usage des mères, par le docteur J. ROUX (de Cannes). In-18, de 144 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, J. Rousset.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIX, n° 1, 2 juillet 1908.) Frederick C. SHATTUCK : Esquisse sur Théodore Tronchin (1709-1781). — Charles HARRINGTON : Une épidémie de fièvre typhoïde due au lait et d'étendue tout à fait inaccoutumée (avec 1 tableau). — Henry A. CHRISTIAN : Les lésions du glomérule dans la néphrite expérimentale (avec 4 fig.). — Carolus M. COBB : Les dangers de contamination du nez et des oreilles dans les piscines de natation. — William Henry PORTER : L'alphamonobrom isolvalerylurée. Un nouveau sédatif nerveux et hypnotique (fin du vol. CLVIII, n° 26, p. 974). — (N° 2, 9 juillet.) Thomas F. HARRINGTON : Le caractère sacré de la profession médicale. — Charles F. PAINTER : Types d'endartérite oblitérante, leur importance chirurgicale (avec 1 fig.). — John Lovett MORSE : La fièvre d'origine mal définie chez les nouveau-nés et première enfance (1 tracé). — Williams ROLLINS : Un nouvel écarteur buccal (avec 1 fig.).

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 7, 15 juillet 1908.) MORICHAU-BEAUCHANT : Fièvres prolongées avec adénites cervicales et infection pharyngée légère chez les enfants. — RAMBAUD : Helvétius et l'épidémie de 1740 en Poitou.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 21, 23 mai 1908.) WEISSMANN : Sur le rachisan, un nouvel antirachitique.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 22, 31 mai 1908.) V. MARSOWSKY : Sur un cas de dystrophie musculaire progressive. — (N° 23, 7 juin.) FIALOWSKI : L'ivresse au point de vue médico-légal.



CONGRÈS FRANÇAIS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES
DE LANGUE FRANÇAISE

XVIII[e] SESSION (DIJON 3-8 AOUT 1908)

SÉANCE DU 3 AOÛT 1908

Matin : Ouverture du Congrès dans la salle des Etats de Bourgogne par M. le docteur Cullerre, président. Le maire de Dijon prononce un discours de bienvenue : puis le président lit une étude sur les troubles psychiques au temps de Louis XIV.

Après-midi : PREMIER RAPPORT : **Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne.** — M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris), rapporteur. L'auteur va étudier les troubles psychiques non dans toutes les glandes à sécrétion interne, mais dans celles seules où la sécrétion interne est la fonction primordiale. Il délaissera par conséquent le foie, le rein, le pancréas et passera successivement en revue la *glande thyroïde* et les *parathyroïdes*, le *thymus*, les *surrénales* et les *corps parasympathiques*, l'*hypophyse*, les *ovaires* et les *testicules*. Il touchera aussi un mot de la *prostate*, des *glandes salivaires*, des *glandes mammaires* et du *placenta*.

Le rapport comprend deux parties :

I. Les troubles psychiques dans les symptômes glandulaires.

II. Les troubles glandulaires dans les syndromes psychiques.

I. TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES GLANDULAIRES. — a. *Syndromes thyroïdiens.* — Ils se résument en deux types cliniques extrêmes d'excitation à forme de *goitre exophtalmique*, d'insuffisance à forme de *myxœdème*. Il existe pourtant des formes intermédiaires tenant de l'un et de l'autre : ce sont de simples perturbations de la fonction thyroïdienne.

L'*insuffisance* peut être *totale* : syndrome d'*athyroïdie*. Le myxœdémateux est un nain physiquement et intellectuellement. Si le corps thyroïde manque à la naissance le sujet est un idiot ; s'il disparaît seulement dans l'enfance ou l'adolescence les fonctions intellectuelles s'immobilisent, s'engourdissent. L'expérimentation explique bien ces faits : l'ablation du corps thyroïde chez les animaux les rend tristes, apathiques, les abrutit. La clinique réalise parfois l'insuffisance thyroïdienne aiguë que guérit l'ingestion de corps thyroïde.

L'insuffisance peut être *partielle* : c'est l'*hypothyroïdie*. Les troubles psychiques sont également évidents. On peut distinguer :

1° L'*infantilisme thyroïdien*, manière d'être et non dystrophie qui ne compromet pas l'existence ;

2° L'*arriération physique et mentale* qui se diagnostique par l'efficacité du traitement thyroïdien (L. Lévi) ;

3° L'*hypothyroïdie bénigne chronique* survenant chez des adénoïdiens (Hertoghe) et que juge encore le traitement thyroïdien ;

4° Le *tempérament hypothyroïdien* avec les petits signes de l'insuffisance thyroïdienne ;

5° La *neurasthénie hypothyroïdienne*.

Le rapporteur fait très justement remarquer que le traitement opothérapique, criterium sur lequel repose le groupement hypothyroïdien, est discutable. Tout ce qui cède au traitement thyroïdien n'est pas fonction d'hypothyroïdie.

L'*excitation* thyroïdienne comprend deux ordres de faits :

1° Les *syndromes de Basedow* classiques. On connaît depuis longtemps l'instabilité du caractère des basedowiens, qui sont émotifs, irritables, impulsifs, exigeants. Mais outre ces troubles de l'humeur, ces malades présentent aussi de véritables psychoses : manies, mélancolie, obsessions, hallucinations ;

2° Les *syndromes de la série basedowienne* qui comprennent le syndrome de Basedow fruste, l'hyperthyroïdie bénigne chronique, l'hyperthyroïdie minima ou tempérament hyperthyroïdien.

b. *Syndromes parathyroïdiens.* — Les rapports de l'insuffisance parathyroïdienne avec les troubles psychiques sont bien obscurs. On ne peut faire à ce sujet que des hypothèses.

c. *Syndromes thymiques.* — Le thymus, qui pour sa plus grande part n'est qu'un département du système hématopoiétique, paraît dépendre en partie pour sa sécrétion interne du système parathyroïdien.

C'est dire que les troubles psychiques reliés à son insuffisance nous sont inconnus.

d. *Syndromes hypophysaires.* — La clinique montre la constance des troubles psychiques élémentaires du *gigantisme* et de l'*acromégalie*, syndromes hypophysaires classiques, et permet chez ces malades de rapporter les psychoses à des perturbations hypophysaires. L'expérimentation chirurgicale et opothérapique confirme les résultats cliniques. Les perturbations hypophysaires chez l'enfant produisent le puérilisme, l'arriération physique et mentale, chez l'adulte le gigantisme et l'acromégalie avec leurs troubles psychiques élémentaires et leurs psychoses complexes,

e. *Syndromes surrénaux.* — Dans la maladie d'Addison on a signalé l'asthénie, l'aboulie, la tristesse. L'insuffisance surrénale aiguë ou subaiguë s'accompagne d'encéphalopathie à forme tétanique, épileptique, myoclonique, délirante et comateuse.

f. *Syndromes ovariens.* — On connaît les troubles psychiques de la puberté, de la menstruation, de la grossesse, du post-partum, de la castration, de la ménopause. Jayle les a signalés dans son syndrome d'insuffisance ovarienne.

g. *Syndromes testiculaires.* — Chez l'homme aussi la puberté, la castration, les affections génito-urinaires entraînent des troubles psychiques qui ne semblent cependant pas d'ordre toxique comme ceux de l'insuffisance ovarienne. Cependant l'isolement de ces divers syndromes est schématique et dans la pratique il est vraisemblable qu'on se trouve en présence de *syndromes pluriglandulaires*.

II. Troubles glandulaires dans les syndromes psychiques. — Des troubles de sécrétion interne peuvent être à l'origine de la *débilité cérébrale*, des *syndromes délirants* (maniaques, mélancoliques, confus, etc.), des *syndromes démentiels* (paralytiques généraux, démence précoce), des *syndrômes neuro-psychiques* (épileptiques, hystériques, neurasthéniques, psychasténiques).

Discussion.

M. Régis (de Bordeaux). M. Laignel-Lavastine s'est demandé s'il existe un rapport de causalité entre les perturbations de glandes à sécrétion interne et certains troubles psychiques concomitants. M. Régis ne croit pas qu'à l'heure actuelle le rapport de coïncidence entre ces faits soit devenu un rapport de causalité. Ce rapport de causalité est probable, mais non certain : c'est tout ce qu'on peut dire. La preuve la plus importante doit être cherchée dans la clinique. Dans tous les syndromes cliniques liés à des perturbations des glandes à sécrétion interne les troubles psychiques rappellent en tous points la formule des intoxications cérébrales. Ils ont donc une origine toxique. Mais ceci établi nous ne pouvons aller plus loin et dire que ces troubles psychiques toxiques dérivent d'une perturbation de la sécrétion interne, car le lien direct nous fait défaut et la spécificité est impossible à établir.

M. Claude (de Paris). Il est difficile dans l'état actuel de la science d'établir le rapport de causalité dont parle M. Laignel-Lavastine. Nous sommes en présence de nombreux faits mais de faits incomplets. Le doute prudent est la règle. Les phénomènes sont beaucoup plus complexes et doivent être étudiés sous beaucoup plus d'aspects. La méthode anatomo-clinique est insuffisante, la physiologie ne fournit que des données imprécises. Les observations les plus nombreuses sont tirées de l'opothérapie. Mais là encore que de causes d'erreur ! M. Claude a vu des malades de même ordre améliorés ou guéris avec des extraits de glandes diverses, de telle sorte qu'il est difficile de tirer des conclusions.

M. Grasset (de Montpellier). Il est des cas dans lesquels des troubles glandulaires paraissent succéder à des phénomènes psychiques primitifs et être leur conséquence. L'appareil sympathique joue un rôle important. Mais inversement les troubles glandulaires secondaires réagissent sur les troubles psychiques et leur impriment un caractère particulier. Le rapporteur a bien montré les deux faces de la question.

M. André Léri (de Paris) apporte des constatations anatomiques. Il a examiné chez des aliénés de nombreuses glandes à sécrétion interne. Seule l'étude des surrénales se montra intéressante. Ces organes présentaient des lésions surtout chez deux paralytiques généraux qui avaient présenté un syndrome de mélancolie anxieuse. Cette mélancolie avec lésions capsulaires est intéressante à rapprocher de la dépression observée dans l'insuffisance surrénale.

M. Léopold-Lévi (de Paris). Il y a intérêt à rechercher, dans tout cas de nervosisme, quelle est la glande à sécrétion interne qui en est la cause. Quoi qu'on en ait dit, le traitement opothérapique représente un critérium sérieux; mais il faut s'entendre. Pour qu'il constitue une preuve indiscutable, il doit avoir une action immédiate et transformer le malade au point de vue nerveux et général.

M. Roubinovitch (de Paris) a observé avec M. Dumont un malade chez lequel une acromégalie se compliqua successivement d'épilepsie et de psychose maniaque dépressive, avec ses périodes de dépression et d'excitation. L'ordre chronologique des accidents semble prouver qu'ils sont sous la dépendance des troubles sécrétoires. Chez ce malade le liquide céphalo-rachidien, non toxique dans l'intervalle des manifestations comitiales, donne des convulsions au cobaye lorsqu'on le prélève après les crises convulsives.

M. Picqué (de Paris). M. Laignel-Lavastine semble confondre le syndrome glandulaire physiologique et le syndrome glandulaire pathologique. Il n'est pas douteux que les psychoses post-partum relèvent de l'infection et non de troubles glandulaires. Chez les opérées les troubles psychiques, s'ils ne relèvent pas de l'infection, doivent être expliqués par l'étude de l'état mental antérieur ou de la prédisposition héréditaire.

MM. Claude et Schmiergeld (de Paris). Dans l'épilepsie, les glandes à sécrétion interne subissent des modifications constantes mais très variables. Les lésions les plus fréquentes sont des altérations de la glande thyroïde que les auteurs ont retrouvées 12 fois chez des sujets jeunes ayant succombé en état de mal. La structure de l'organe est complètement bouleversée : à côté de régions atrophiées on trouve des zones d'hypertrophie compensatrice. Il semble que dans la pathogénie de certains états épileptiques on pourrait faire rentrer le trouble fonctionnel des glandes à sécrétion interne. En ces cas alors une opothérapie appropriée serait indiquée.

M. Léopold-Lévi n'a obtenu aucun résultat par l'opothérapie thyroïdienne dans l'épilepsie.

M. Dide (de Rennes) a depuis sept ans étudié toutes les glandes des aliénés morts dans son service. En dehors du corps thyroïde il n'a rien trouvé de net. Cet organe s'est montré malade dans la paralysie générale et la démence précoce. Du reste il est bien difficile de dire si les lésions constatées sont primitives ou seulement cadavériques; on attribue une importance exagérée aux lésions cellulaires.

MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild passent en revue les *syndromes psychonerveux thyroïdiens* : 1° *Psychasthénie.* Les auteurs rapportent un cas personnel qui est l'opposé du cas de MM. Parhon et Goldstein ; — 2° *Neurasthénie.* La démonstration de l'existence de la neurasthénie thyroïdienne s'appuie sur : l'influence favorable du traitement thyroïdien ; l'expérimentation (cas d'Acchiote); l'intrication de troubles neurasthéniques et de troubles d'insuffisance thyroïdienne, modifiés par le traitement. Il ne s'agit pas de myxœdémateux frustes, comme dans les cas de M. Claisse, mais de neurasthéniques, porteurs de signes d'insuffisance thyroïdienne; — 3° *Hystérie.* Le pithiatisme se développe sur le terrain de l'hyperthyroïdie et se relie parfois à lui par degrés insensibles. Certains phénomènes (fièvre,

troubles vaso-moteurs) observés chez les hystériques peuvent s'expliquer, dans certains cas, par l'hyperthyroïdie concomitante ; — 4° *Nervosisme*. Les auteurs rappellent leurs observations précédentes et concluent que le système endocritique règle le système nerveux. Peut-être l'hyperthyroïdie agit-elle par l'intermédiaire de l'adrénalinémie (Kraus et Friedenthal).

MM. Sollier et Chartier (de Boulogne-sur-Seine). Sur 9 cas dans lesquels l'ocréine seule ou associée à l'hypophyse a été employée, 8 ont présenté des résultats positifs, soit que la modification ait porté sur la fonction menstruelle, soit qu'elle ait porté simultanément sur cette fonction et les fonctions psychiques, sans qu'on puisse établir de dépendance entre les deux, soit enfin que les fonctions psychiques aient été modifiées du fait du rétablissement de la fonction menstruelle, ou par suppléance ou action complémentaire de celle-ci.

Les cas sur lesquels l'opothérapie a été essayée sont des états d'obsessions, de suppression brusque des règles par émotion ou autre cause de démence précoce, de ménopause prématurée avec troubles hypocondriaques.

L'ocréine amène une certaine excitation générale, physique et psychique, qui, favorable dans certains cas, peut quelquefois ne pas l'être. L'hypophyse, en régularisant, à ce qu'il semble, le rythme cardiaque, en élevant la pression artérielle, paraît compenser utilement, sans l'annihiler, cette excitation.

La complexité des cas, tant dans leurs causes que dans leur évolution, et la nécessité d'appliquer des traitements généraux parallèlement à l'opothérapie, empêchent souvent de faire le départ entre ce qui revient essentiellement à celle-ci dans les résultats obtenus, et ce qui revient aux autres procédés thérapeutiques, et de même entre l'influence du trouble de la fonction glandulaire interne et les autres causes de l'état mental. Il est donc nécessaire de ne tenir compte que de cas très limités et précis.

M. Laignel-Lavastine répond aux orateurs précédents. A M. Régis il concède que la psychose toxique peut être aussi bien d'origine hépatique ou rénale qu'endocrinique. Mais elle n'est pas tout et ne résume pas toute la séméiologie psychique pouvant relever de la perturbation des sécrétions internes. M. Claude a insisté sur les causes d'erreur et les difficultés d'interprétations que le rapporteur avait de son côté signalées. M. Laignel-Lavastine maintient que le critérium opothérapique de M. Léopold-Lévi ne permet pas de faire la contre-épreuve. Enfin les observations de M. Grasset confirment la manière de voir de l'orateur.

Séance du 4 aout 1908

Deuxième rapport : **Formes cliniques et diagnostic des névralgies.** — M. H. Verger (de Bordeaux), rapporteur. Il n'est plus possible comme au temps de Valleix de décrire une névralgie toujours identique, mais il faut envisager des névralgies de causes diverses. Le progrès des connaissances anatomopathologiques a permis, dans beaucoup de cas, de rapporter les symptômes névralgiques à des lésions diversement situées sur le trajet des conducteurs sensitifs.

De ce principe, on peut inférer que la névralgie représente, non une maladie *sine materia* ou une affection des nerfs relevant d'une cause anatomique univoque, mais un *syndrome clinique* qui traduit l'irritation des conducteurs centripètes en un point quelconque de leur trajet.

Le problème consiste à rechercher si le syndrome névralgique offre des variétés distinctes, cliniquement reconnaissables, en rapport avec le siège topographique des lésions algésiogènes. Dans certains cas, ce siège peut être déterminé d'une façon exacte par le seul examen clinique ordinaire. Dans d'autres cas, il devient nécessaire d'employer un artifice expérimental. Cet artifice nous est fourni par la méthode des injections de cocaïne, préconisée en 1900, au Congrès de Paris, par M. Pitres. La cocaïne, en effet, détermine, au point où elle atteint le nerf, une véritable section physiologique temporaire. Si on la fait agir, soit au niveau de la zone d'action algésiogène, soit au-dessus de cette zone, tant que dure la section physiologique, les centres ne reçoivent plus d'excitation et la douleur spontanée cesse momentanément. On peut ainsi distinguer, au point de vue qui nous occupe :

1° Des *névralgies d'origine périphérique* qui seraient, elles-mêmes, *extra-fasciculaires* si la cause algésiogène agit sur les terminaisons nerveuses et soulagées alors par la cocaïne loco dolenti ; ou *fasciculaires*, si la cause agit sur le nerf lui-même et ne seraient soulagées que si la cocaïne agit sur le nerf au-dessus du point irrité.

2° Des *névralgies d'origine radiculo-médullaire* où la cause agit sur les racines postérieures et qui ne seront soulagées que lorsque la cocaïne sera directement portée sur les racines elles-mêmes, par injection intra-arachnoïdienne.

3° Des *névralgies d'origine proprement centrale* dues à la réaction propre des centres percepteurs, à l'exclusion de toute lésion algésiogène constatable par nos moyens actuels. Ce sont de véritables hallucinations sensitives qu'on rencontre principalement dans les névroses et dont, par suite, la pathogénie, en l'état de nos connaissances, reste encore obscure.

Appliquant les principes précédents à l'étude des névralgies de la face, du thorax et des membres, on peut distinguer des variétés cliniques correspondant aux divisions précédentes.

I. Dans les névralgies de la face, l'épreuve de la cocaïne permet de distinguer :

1° Les *névralgies d'origine périphérique aiguës ou subaiguës*, symptomatiques de lésions locales (dentaires), de toxi-infections ou de toxémies générales (syphilis secondaire, tuberculose, grippe, paludisme), qui sont des névralgies passagères facilement curables par les moyens médicaux.

2° Les *névralgies chroniques d'origine périphérique*, dans lesquelles la cause algésiogène réside au niveau des extrémités et consiste, le plus souvent, dans des *lésions dentaires* (névralgie des édentés). Les deux principaux caractères cliniques de cette variété consistent dans la *continuité de la douleur*

entre les paroxysmes et dans l'influence évidente qu'exercent sur l'apparition de ces paroxysmes les excitations directes de la zone algésiogène par pression ou friction.

Ces névralgies sont graves, en ce sens qu'elles n'ont guère de tendance à la guérison spontanée.

3° Les *névralgies d'origine radiculo-ganglionnaire*, par lésion inflammatoire ou néoplasique, comprimant ou envahissant directement le ganglion de Gasser ou la racine sensitive de la cinquième paire. On les trouve dans l'évolution de certains néoplasmes encéphaliques, dans la syphilis tertiaire et le tabes. Elles sont caractérisées par l'intensité des *douleurs*, qui sont *continues*, avec des *paroxysmes*, par l'extension des phénomènes douloureux à toute une moitié de la face, par l'existence constante de troubles hypoesthésiques ou anesthésiques et par la coexistence fréquente d'une paralysie unilatérale des muscles masticateurs.

4° Les *névralgies essentielles*, répondant au type décrit par Trousseau sous le nom de : névralgie épileptiforme ou de tic douloureux.

La localisation de la cause algésiogène, dans cette variété, ne saurait encore être fixée d'une façon exacte, pas plus que sa nature, mais tout porte à croire qu'elle doit être recherchée au-dessus des extrémités périphériques et même au-dessus des troncs nerveux.

Les principales caractéristiques cliniques sont :

La *douleur essentiellement paroxystique*, avec des intervalles parfaitement indolores ;

L'*absence de tout trouble objectif de la sensibilité* du visage ;

L'évolution longue et pratiquement indéfinie de la maladie et sa résistance remarquable à la thérapeutique.

5° Les *névralgies d'origine centrale* qui se voient dans l'épilepsie et l'hystérie.

II. Les névralgies du thorax ne présentent que très rarement le type classique de la névralgie intercostale, décrite par Valleix, avec ses points douloureux caractéristiques.

Il semble que ce type constitue un schéma qui ne correspond pas à la réalité des faits. L'analyse clinique montre qu'il existe au moins trois types distincts :

1° Les *névralgies d'origine périphérique* dues à des lésions névritiques disséminées. Elles sont particulièrement fréquentes chez les tuberculeux et se caractérisent par la topographie irrégulière des zones douloureuses qui ne correspondent ni à un espace intercostal, ni à une zone radiculaire, par la continuité de la douleur, son exacerbation par la toux et par l'existence très fréquente de troubles objectifs de la sensibilité cutanée.

Elles sont calmées par l'injection de cocaïne loco dolenti.

2° Des *névralgies dites réflexes* engendrées par des lésions viscérales du poumon, de l'estomac, de l'intestin ou de l'utérus.

Elles sont caractérisées par l'existence d'une douleur sourde, diurne, sans élancements, sur laquelle les mouvements respiratoires n'ont pas d'influence, à topographie diffuse et sans troubles objectifs de la sensibilité. L'origine réflexe ressort de ce fait que la disparition des lésions viscérales guérit, du même coup, la névralgie.

3° Des *névralgies d'origine radiculo-ganglionnaire* qui peuvent être symptomatiques d'une compression radiculaire, comme dans le mal de Pott, ou traduire des lésions primitives des ganglions et des racines correspondantes, comme dans les névralgies post-zostériennes.

La douleur spontanée est très intense, diurne et nocturne, avec des paroxysmes spontanés ou provoqués par la toux ou les efforts. La pression de la peau n'est pas douloureuse ; il existe constamment des troubles anesthésiques disposés suivant la topographie radiculaire, en bandes horizontales croisant obliquement le trajet des espaces intercostaux.

La cocaïne loco dolenti reste complètement inefficace.

Les névralgies d'origine centrale hystérique ou neurasthénique sont très fréquentes au niveau du thorax. Elles n'ont aucun caractère précis.

III. Les névralgies sciatiques, qui sont les plus fréquentes de toutes les névralgies des membres inférieurs, peuvent être décrites sous quatre variétés différentes. Ce sont :

1° Les *sciatiques d'origine extra-fasciculaire*, dans lesquelles l'irritation s'exerce sur quelques filets terminaux seulement et se réfléchit, en quelque sorte, dans tout le territoire du nerf. Quelques auteurs en font des douleurs irradiées de *fausse sciatique*.

Elles se caractérisent par une douleur continue, sans paroxysmes, exagérée par la marche, sans points douloureux de Valleix et sans signe de Lasègue.

2° Les *sciatiques d'origine fasciculaire* dont l'origine peut être extra-tronculaire, s'il s'agit d'une compression, ou intra-tronculaire, quand la lésion est intra-veineuse, qu'il s'agisse de lésions passagères, congestives comme dans la sciatique vulgaire, dite rhumatismale, ou de lésions plus profondes et plus durables, comme dans la variété décrite par Landouzy sous le nom de sciatique-névrite.

La douleur continue, irradiant dans tout le territoire du nerf, avec des paroxysmes provoqués par les mouvements, la marche, la toux et les efforts, la scoliose croisée dans la station debout, la provocation de sensations très douloureuses par la pression du tronc nerveux aux points de Valleix et par les manœuvres d'élongation de Lasègue et de Bonnet, caractérisent essentiellement cette variété. L'atrophie musculaire, les troubles de la sensibilité objective disposés en zones irrégulières, sont des symptômes accessoires qui révèlent des lésions graves de tout le nerf et caractérisent les formes invétérées.

3° Les *sciatiques d'origine radiculo-médullaire* où la cause algésiogène est rachidienne ou intra-rachidienne et exerce son action sur les racines postérieures.

La douleur est très intense et entrecoupée de paroxysmes spontanés, souvent plus fréquents et plus graves la nuit, même en dehors de toute origine syphilitique.

La douleur siège dans certaines zones qui correspondent à des bandes radiculaires. Elle est nettement exagérée par les efforts, la toux, la défécation. L'influence de la marche est, par contre, moins marquée que dans les variétés précédentes.

La pression du nerf aux points de Valleix, les manœuvres d'élongation ne sont que peu ou pas douloureuses. L'existence de bandes radiculaires d'anesthésie ou d'hypoesthésie est très fréquente, mais pas absolument constante. L'existence de phénomènes spasmodiques, de scoliose homologue, de contracture péri-coxale, d'exagération des réflexes tendineux, tous phénomènes caractérisant la sciatique spasmodique de Brissaud, se voient dans certains cas et révèlent une irritation médullaire surajoutée à l'irritation radiculaire. Enfin, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien a été plusieurs fois constatée.

4° Les *sciatiques d'origine centrale* qui, comme les autres névralgies centrales, sont des névralgies atypiques.

IV. Les névralgies du membre supérieur sont plus rares que les précédentes. Une seule variété paraît nettement individualisée, la névralgie d'origine radiculaire, caractérisée par une douleur intense, entrecoupée de paroxysmes spontanés ou provoqués, par l'existence de bandes anesthésiques correspondant aux racines atteintes et par l'absence ou le peu d'importance de la douleur provoquée par la pression des nerfs aux points de Valleix.

En conclusion, on peut dire que, dans tous les territoires nerveux, on distingue assez facilement les névralgies d'origine périphérique ou tronculaire, dans lesquelles le trajet des nerfs ou les points d'émergence des filets sont douloureux à la pression et qui s'exacerbent nettement par l'irritation mécanique des zones douloureuses, des névralgies d'origine radiculaire qui ne subissent que médiocrement ou pas du tout ces mêmes influences et s'accompagnent, dans la règle, de troubles objectifs de la sensibilité à disposition topographique caractéristique.

La distinction de ces variétés pathogéniques est de la plus haute importance pour la détermination des indications thérapeutiques.

Discussion.

M. Fernand Lévy (de Paris). M. Verger a très justement signalé les distinctions qui s'imposent dans les diverses espèces de névralgies. Il se rallie à l'opinion aujourd'hui universellement admise, que les névralgies sont des syndromes non des maladies. Mais il ne semble pas rompre assez nettement le lien qui sous ce nom générique unit des modalités essentiellement différentes de la douleur dans les nerfs de la face, les nerfs intercostaux, les nerfs des membres. N'est-ce point en effet reconstituer avec un décor nouveau l'antique cadre des névralgies de Valleix que de les unifier dans la classification proposée par M. Pitres? Si cette catégorisation basée sur les effets immédiats de l'injection de cocaïne loco dolenti est très séduisante, elle ne répond pas entièrement à la réalité comme une classification purement clinique tirée simplement de l'observation du malade. Une classification a pour but de ranger en un groupement naturel le plus grand nombre de faits possible. La classification idéale serait basée sur l'étiologie, mais elle est impossible vu la multiplicité et la complexité des éléments pathogéniques. Aux données étiologiques insuffisantes doit se substituer la clinique.

M. Verger lui-même a reconnu (*Revue de médecine*, 1904) que, si le procédé de M. Pitres est facilement réalisable pour la sciatique, il n'en est pas de même pour d'autres nerfs, ceux de la face en particulier (difficulté d'atteindre les troncs nerveux), en sorte qu'on en est réduit à pratiquer l'injection loco dolenti. Cette restriction anatomique diminue la valeur de la méthode. Mais, en outre, si la localisation de la névralgie par l'injection de cocaïne est très simple dans tous les cas où un point douloureux constant et toujours le même existe, il n'en est plus de même pour ces variétés de névralgies faciales où le paroxysme est tout, où la douleur est uniquement faite d'élancements. Comment alors et surtout où pratiquer l'injection? La lecture des observations de M. Verger montre pour quelques-unes d'entre elles les défauts de la classification. La division clinique basée sur la seule observation du malade satisfait au contraire l'esprit.

Aussi en matière de névralgie faciale vaut-il mieux distinguer :

1° Une *petite névralgie faciale* (forme Valleix) avec douleur continue, élancements paroxystiques, points de pression douloureux à l'émergence des nerfs;

2° Une *grande névralgie faciale* (forme Trousseau) n'évoluant que sur certains terrains neuro-arthritiques (surtout migraineux), se jugeant par des crises douloureuses dans l'intervalle desquelles le malade ne souffre pas. Là pas de points douloureux classiques. Le spasme s'observe comme complication.

En ce qui concerne la *névralgie des édentés*, son autonomie est discutable. Ni son étiologie banale, ni ses manifestations cliniques ne lui confèrent droit de cité.

La *névralgie des néoplasmes* réalisée surtout par les lésions scléro-gommeuses du ganglion de Gasser, mériterait d'être cataloguée sous le nom de *syndrome gassérien* avec trois périodes :

1° *Phase de douleurs névralgiques*;

2° *Phase de paralysie du trijumeau* sensitif et moteur;

3° *Phase de troubles trophiques* pouvant manquer.

La *névralgie des plexus de la face*, physiologiquement très possible, trouve les preuves de son existence dans les conditions étiologiques où elle se manifeste et dans l'apparition prémonitoire, concomitante et successive de spasme facial, de paralysie faciale, de névralgie trigémellaire.

MM. H. Claude et Chartier rapportent, à propos du rapport de M. Verger, le cas d'une névralgie très violente consécutive à un zona cervico-thoracique chez un homme de cinquante-huit ans. Cette névralgie qui était à peine calmée par l'injection journalière de plus de 20 centigrammes de morphine a été considérablement améliorée par l'effluvation à haute fréquence associée aux ponctions lombaires

répétées; et le malade est actuellement démorphinisé.

La ponction lombaire, faite plus de sept mois après le début des accidents, a montré la présence d'une lymphocytose discrète, constituée par des éléments peu chromatophiles, déformés et d'origine ancienne.

M. P. Hartenberg (de Paris) croit que la migraine est une névralgie paroxystique du sympathique cervical. La majorité des neurologistes la considère comme une névrose vasculaire dont la douleur est localisée sur le trajet des artères et qui paraît traduire une irritation du sympathique cervical. Mais si, pour la majorité des auteurs, la douleur dépend d'un spasme vasculaire meurtrissant les terminaisons sensibles des parois artérielles, d'après M. Hartenberg elle serait due à l'irritation primitive du sympathique. De la sorte on peut très bien comprendre que certaines vaso-constrictions intenses ne soient pas douloureuses, et de plus la théorie s'applique également aux deux formes vaso-spastiques et vaso-dilatatrices de l'hémicranie. Les causes de cette excitation du sympathique sont obscures : infections, intoxications, etc. Cependant l'auteur, dans une variété de migraine qu'il a décrite, a pu nettement démontrer l'influence d'une infiltration rhumatismale des muscles du cou, et la preuve de cette origine est que les accès disparaissent quand le rhumatisme cervical a été guéri par le massage ou le courant continu.

M. H. Verger. Les critiques que vient de me faire M. F. Lévy ne sont pas telles que nous ne puissions nous mettre d'accord. Dans les principes exposés en 1900 par M. Pitres et qui m'ont servi de base, j'ai surtout retenu l'idée de la division, l'épreuve de la cocaïne restant seulement un moyen d'investigation précieux à coup sûr, mais non pas un criterium infaillible.

C'est par une analyse symptomatique minutieuse et par la comparaison des résultats de cette analyse dans chaque catégorie de cas où la topographie de la cause algésiogène restait la même que j'ai séparé les différentes formes cliniques. Bien évidemment la différenciation de ces formes, basée sur des moyennes, ne saurait être absolue.

Pour les « névralgies des plexus de la face » de M. Lévy j'ai exposé les raisons pour lesquelles elles ne me paraissaient pas constituer une espèce particulière. M. Lévy lui-même a reconnu qu'il n'y a pas là une forme symptomatique mais étiologique spéciale, ce qui rend tout débat superflu.

Séance du 6 aout

Troisième rapport : **L'assistance des enfants anormaux.** — M. R. Charron (d'Amiens), rapporteur. Le sujet est si vaste qu'il importe de le délimiter de suite. Il est évident qu'il n'est pas question d'étudier ici l'assistance de tous les enfants qui, par suite d'infirmités congénitales ou acquises, ne peuvent vivre de la vie normale sociale, mais seulement l'*assistance des enfants psychiquement anormaux et insociables.*

C'est là une idée bien française, éclose au début du XIXe siècle dans le cerveau d'Itard et d'Esquirol. Et pourtant elle n'entra dans la pratique au début qu'à l'étranger, en Suisse, en Allemagne où s'ouvrirent les premiers asiles-écoles pour idiots.

On peut diviser en deux catégories les anormaux psychiques : *a.* les *arriérés* les moins atteints, qui restent sociables et peuvent être éduqués par des moyens spéciaux dans la vie ordinaire ; *b.* les *dégénérés,* les plus malades, insociables, dont le traitement comporte des mesures de surveillance et de restriction. Parmi ces dégénérés il y a lieu de graduer encore deux classes : 1° les *imbéciles* jouissant encore des facultés de relation mais dont l'intellect présente des lacunes ; 2° les *idiots* à déficit intellectuel presque *massif.*

Au point de vue des modes d'assistance, les *arriérés* relèvent des *écoles* (classes spéciales, écoles de perfectionnement); les *dégénérés* doivent être mis entre les mains des médecins et seront répartis : les *idiots* complets dans des *hospices ou asiles* pour y recevoir l'*assistance pure et simple*, les demi-idiots et les *imbéciles* dans des *hôpitaux* où on les soumettra à un traitement médico-pédagogique. Les *antisociaux* seront relégués dans des *maisons de réforme* où on tentera de les redresser. Le traitement médico-pédagogique a été formulé par M. Bourneville. Il comprend : l'*éducation physiologique* des fonctions de la vie organique, des fonctions de relation, de la parole ; l'*éducation psychologique* par l'excitation de l'attention, de la mémoire, du jugement; l'*éducation des instincts*, l'*éducation morale*, l'*éducation professionnelle*. D'après l'enquête de MM. Binet et Simon, 20 p. 100 des enfants psychiquement anormaux soumis à ce traitement sont rendus améliorés à leurs familles. Mis à part les arguments humanitaires, la société et l'État ont encore intérêt à s'occuper de ces sujets qui, abandonnés à eux-mêmes, fournissent des aliénés, des délinquants, des criminels.

Il est donc nécessaire qu'une loi d'assistance et de défense sociale soit votée par le parlement : elle protégera, soignera, empêchera de nuire les 100 000 malades et infirmes psychiques que nous avons en France.

Discussion.

M. Roubinovitch (de Paris) appelle l'attention sur la loi médico-pédagogique du 28 juin 1904. Cette loi rend obligatoire l'éducation spéciale d'une catégorie d'enfants mentalement anormaux, temporairement insociables, qui se recrutent parmi les « pupilles difficiles » de l'Assistance publique. Dans ce but elle ordonne la création d'établissements médico-pédagogiques où, sans recourir aux moyens pénitentiaires, sera donnée une éducation morale et professionnelle.

D'après l'étude faite en collaboration avec M. Paul Boncour et d'accord avec une commission extra-parlementaire du ministère de l'Intérieur, M. Roubinovitch a réparti les pupilles difficiles en deux grands groupes : les *subnormaux* avec trois sous-classes d'instables, d'asthéniques, de retardés intellectuellement; les *anormaux proprement dits*, qui comprennent les arriérés déprimés, les névropathes et les psychopathes.

L'orateur a établi un programme détaillé adopté par la commission et qui limite les rôles respectifs de l'éducateur et du médecin pour « pupilles difficiles ».

M. Granjux (de Paris) ne croit pas avec M. Charron qu'un petit nombre seulement des enfants anormaux puisse bénéficier du traitement familial. Il pense aussi que ces anormaux devraient être exonérés du service militaire par le conseil de revision jugeant d'après un dossier psychiatrique qu'on établirait sur ces individus.

M. Giraud (de Rouen) partage l'avis de M. Granjux. Les anormaux qu'on fait engager à dix-huit ans échouent presque tous aux compagnies de discipline ou devant les conseils de guerre. On doit l'assistance aux anormaux, infirmes psychiques, comme aux mal conformés, infirmes physiques, mais on ne doit pas les séquestrer comme des aliénés.

M. Terrien (de Nantes) préconise la création d'écoles d'enfants anormaux. Dans ces écoles spéciales placées en pleine campagne, on donnerait surtout une instruction professionnelle agricole. Elles devraient exister dans toute ville de 20 000 habitants et au-dessus.

M. Régis (de Bordeaux) a distingué des *anormaux d'école* (classes et écoles spéciales) et des *anormaux médicaux* ou d'*assistance* (hôpital, colonie, maison de réforme, hospice).

A Bordeaux a été réalisé, au moins à l'état d'ébauche, la mise en pratique de cette division.

« Après avoir opéré, dit l'auteur, le recensement et le classement des 17 500 enfants des écoles primaires, garçons et filles, sur lesquels nous avons trouvé un peu plus de 900 anormaux, soit 5,5 p. 100, divisés en anormaux non arriérés et anormaux arriérés, légers, moyens, profonds, subdivisés en calmes et en agités, nous avons coopéré avec l'autorité pédagogique à la création de deux classes spéciales d'anormaux. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette création, c'est que le médecin y fonctionne à côté du maître.

Nommé médecin-inspecteur spécialiste pour l'ensemble des écoles, j'ai tenu en outre à ce que chaque classe spéciale eût son médecin psychiâtre propre, pour examiner et suivre, individuellement, chacun des enfants de nos deux classes d'anormaux.

Certains psychologues ont nié l'utilité du médecin dans la classe spéciale. C'est nier l'évidence. Pour en donner une preuve, entre bien d'autres, je dirai que la plupart des anormaux psychiques, même légers, sont en même temps des anormaux physiques. J'ai fait examiner, par les médecins-inspecteurs de toutes les spécialités, récemment nommés par la ville de Bordeaux, les enfants de nos classes d'anormaux; le résultat de cet examen sera donné dans un rapport d'ensemble que nous préparons actuellement en commun, maîtres et médecins. Qu'il me suffise de dire pour l'instant que les deux tiers de ces enfants ont de l'otite à un degré plus ou moins grave. Le médecin seul est donc capable de relever toutes les défectuosités corporelles existant chez les enfants anormaux et de faire le nécessaire pour les en débarrasser en tout ou partie, de façon à les placer dans les meilleures conditions possibles pour bénéficier de l'enseignement théorique et pratique qui leur est applicable.

Nous avons aussi fondé, à Bordeaux, un pavillon pour anormaux psychiques, annexé à l'hôpital suburbain des enfants. Nous y plaçons les anormaux légers et moyens qui, pour une raison quelconque, ne peuvent rester à la classe spéciale ni dans leur famille, ceux aussi qui ont besoin d'être soignés ou opérés de toutes les défectuosités corporelles auxquelles je viens de faire allusion. On y instruit en même temps ces enfants, de sorte qu'il s'agit là, en réalité, d'une sorte d'hôpital-école.

Il existe enfin dans la capitale de la Gironde une véritable école de réforme représentée par la belle colonie agricole organisée par un magistrat, M. Marin, et un pavillon pour anormaux profonds du sexe féminin, annexé à l'asile d'aliénées de Château-Prion où l'enseignement médico-pédagogique est aussi organisé.

Bien que l'heure ne soit pas encore venue de se prononcer en connaissance de cause, je crois pouvoir dire d'ores et déjà que ces diverses créations, tout en paraissant s'adapter très exactement aux diverses catégories d'anormaux, ne constituent pas l'idéal de l'éducation et de l'assistance de ces malades et ne doivent être considérés que comme une étape vers une organisation meilleure.

La classe spéciale, qui ne retient les anormaux que durant quelques heures de la journée, les laissant le reste du temps dans leur famille où, hygiéniquement, moralement, alimentairement même, ils sont souvent si mal placés, ne saurait valoir l'école-internat située, de préférence, à la campagne. D'autre part, le pavillon d'anormaux annexé à un asile d'aliénés, pour lequel penche M. Charon, se heurte à des difficultés de toutes sortes, provenant de la législation, de la répugnance des familles, de l'encombrement des asiles, de la nécessité de l'organisation méthodique de tout un traitement spécial avec classes, ateliers, travaux agricoles, etc., etc., et on ne peut guère espérer voir entrer dans ces pavillons d'asiles d'aliénés que des anormaux profonds, c'est-à-dire des dégénérés inférieurs.

Je crois que l'idéal, c'est d'entreprendre pour les anormaux psychiques ce qu'on a déjà réalisé pour les anormaux sensoriels, aveugles et sourds-muets, c'est-à-dire l'institution spéciale, autonome, qui a donné et qui donne pour ces anormaux sensoriels de si excellents résultats.

La ville ou le département qui le premier créera en France une institution de ce genre, où seront admis tous les anormaux psychiques, à quelque degré et à quelque forme qu'ils appartiennent, et où le médecin, le pédagogue, le chef d'atelier et le chef de culture collaboreront en une étroite solidarité, aura réalisé d'emblée le maximum du progrès en ce qui concerne l'éducation et l'assistance des enfants anormaux.

Il ne s'agit pas là d'une utopie, d'un rêve en l'air, car cette création dont je parle, cette institution spéciale que je préconise, existe déjà à l'étranger (dans le Stirlingshire en Ecosse). »

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

MÉDECINE PRATIQUE

DIRECTION LOGIQUE DU TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION (1).

Par le docteur G. Bardet.

III

Action laxative normale. — Si les laxatifs irritants sont dangereux, parce qu'ils exercent une action artificielle et brutale, quel sera le laxatif capable d'exercer une action logique? Celui qui répondra exactement aux conditions posées tout à l'heure : faire volume, faciliter l'hydratation et le ramollissement du bol fécal, rétablir le péristaltisme, mais sans irritation glandulaire ou mécanique.

Remarquons d'abord que, cette médication sage, nous l'avons déjà pratiquée plus ou moins habilement. C'est à elle que se rattache l'usage de la graine de *moutarde blanche*, qui fait volume et excitant mécanique, des plantes mucilagineuses comme le *psyllium* et la graine de lin, qui font à la fois volume et lubrifiant. Mais ces substances ont divers inconvénients, aspect peu agréable, composition complexe et grasse, digestibilité médiocre. En outre, la graine de lin peut, si elle est contusée, produire de l'acide cyanhydrique.

Mais il existe une quantité considérable de substances mucilagineuses capables de rendre d'excellents services quand elles sont bien employées, se sont les nombreuses variétés de fucus, soit de nos pays, soit surtout de l'Asie. En voici l'énumération :

Fucus vesiculosus, dont la poudre dite de *chêne marin* est surtout ou plutôt a été surtout employée comme médicament végétal iodique, à l'état de cendre. La plante est riche en gélose, elle pourrait être utilisée, au besoin, comme produit mucilagineux formant volume.

Il en est de même de la *Laminaria saccharina* dont les tiges sont employées pour faire les laminaires dilatables bien connues. Cette propriété suffit à démontrer la grande hydratabilité de la plante, hydratabilité qui serait encore plus grande dans les parties charnues.

Fucus crispus ou *carragaheen*, le plus mucilagineux des fucus de nos pays, fournissant une substance genre gélose très transparente et facilement hydratable.

Viennent ensuite les variétés suivantes qui sont produites en abondance dans les mers de l'Inde et de la Chine ou du Japon, plantes très riches en mucilage et possédant au maximum la propriété de former avec l'eau un corps gélatineux très volumineux et très mou :

Fucus lichenoïdes, ou mousse de Ceylan, de Jafna, connu sous des noms très variés qui représentent des différences imperceptibles au point de vue botanique;

Fucus edulis, qui fait partie des nids de salanganes, si chers aux Chinois, en même temps que les Gelidium. Nous aurions le plus grand avantage à imiter les Chinois à ce point de vue, car tous ces fucus sont des substances mucilagineuses dépourvues d'azote et contenant seulement des hydrocarbones, en quantité infime par rapport au volume qui est énorme;

Gelidium corneum, ou *fucus spinosus*, ou *algue de Java*, commun dans toutes les mers de l'Asie orientale, c'est lui qui fournit l'*agar-agar*, dont certaines variétés de forme ou d'aspect prennent aussi le nom de *colle de poisson*, de *gélatine* ou *colle de Chine*. On peut en rapprocher la *plocaria lichenoides* de l'île Maurice et la *mousse de Chine*. Ces variétés sont celles qui fournissent la gélose la plus transparente. Elles sont utilisées comme comestible mucilagineux par les populations orientales.

A citer également le *fucus* ou *sargassum natans*, connu aussi sous les noms de *raisin de mer* ou *du tropique*. Ce dernier remplit littéralement les mers dites des Sargasses qui entourent les Açores.

Comme on le voit par cet exposé très sommaire, la matière médicale des mucilagineux est beaucoup plus riche que ne le disent nos traités de matière médicale à l'usage des médecins, nous n'avons que l'embarras du choix.

Toutes ces plantes contiennent une substance hydrocarbonée, sans albumine, qui peut être isolée sous des apparences diverses, mais toutes répondent à la constitution de la *carragaheenine* ou *fucine*, qui, par fermentation, se transforme en mannite ou en un sucre spécial, la phycite. Cette fucine est un véritable mucus, qui, par hydrolyse au moyen de l'acide sulfurique, se transforme en arabinose, ce qui la rapproche des gommes.

Toutes ces substances ont une propriété commune, c'est de s'hydrater facilement, en gonflant énormément, et de former alors une masse molle, onctueuse et lubrifiante. Absorbées en même temps que les aliments, elles divisent la masse fécale, l'augmentent de volume et l'empêchent de se dessécher. A mon avis, ces propriétés leur assurent la qualité de laxatif idéal, car elles répondent absolument aux indications posées : augmenter la masse fécale, la ramollir, la diviser, exciter mécaniquement le péristaltisme, simplement en dilatant l'intestin par le volume; elles ne purgent pas, elles amènent l'exonération dans le sens physiologique vrai.

IV

Application des mucilagineux au traitement de la constipation. — Voici le moment de reprendre et de discuter les idées qui ont inspiré le professeur Schmidt pour l'établissement de sa méthode de traitement de la constipation (1). Tout d'abord il faut se rappeler que cette méthode, d'ailleurs excellente, est l'application d'un usage très antique des fucus chez les peuples asiatiques qui, comme je l'ai dit tout à l'heure, tirent le plus grand bénéfice de l'addition de ces algues à leur régime alimentaire ordinaire. Ceci connu, on comprendra facilement le bon parti que peut en tirer la thérapeutique européenne.

Schmidt a donc songé à appliquer ces matières mucilagineuses au traitement de la constipation, parce qu'elles répondaient absolument aux indications fournies par la clinique et précédemment exposées. Mais il constata qu'une de ces indications, en rapport avec la théorie qui lui est personnelle, n'était pas remplie. Pour lui, je l'ai dit, le constipé ne fait pas les fermentations régulières dans son tube intestinal et ces fermentations sont nécessaires à l'établissement des contractions péristaltiques qui doivent provoquer la garde-robe. Aussi a-t-il jugé utile de faire avec les matières fucoïdes employées par lui un véritable médicament, en leur associant une forte dose (20 p. 100) d'extrait de cascara, qui, dans son esprit, est destiné à remplacer l'action fermentative, pour ex-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 91, p. 1085.

(1) Sur cette question, consulter entre autres travaux : Schmidt. *loc. cit.*; Mollweide. *Ther. Monatsch.*, mars 1906; Hans Lorisch. *Mediz. Klin.*, 18 mars 1906; J. Kochs. *Apoth. Zeit.*, 1906, n° 24; Schwellenberg. *Deutsche mediz. Woch.*, nov. 1906; Meyer. *Ther. d. Gegenwart*, 1907, n° 5; Mangelsdorf. *Therap. Monatsch.*, mars 1908.

citer le péristaltisme. Ce produit, d'un usage très courant en Allemagne, en Suisse, en Autriche (1), me paraît contenir beaucoup trop de cascara, car dans ces conditions nous retombons dans les laxatifs courants, que nous avons commencé par condamner. Du reste, Schmidt et ses imitateurs vont plus loin, puisqu'ils recommandent d'administrer du séné, au début du traitement. Pourquoi? Cela me paraît bien inutile, puisqu'il a très justement pris le soin de démontrer lui-même le danger des vieux usages et la nécessité de pratiquer une autre méthode que celle des laxatifs irritants.

A la vérité, l'auteur, en ajoutant une quantité sérieuse de cascara, a voulu vider rapidement l'intestin de ses malades, en attendant que l'action du mucilage ait eu le temps de s'établir, c'est-à-dire quelques jours. Mais un travail récent de Mangelsdorf (*L'agar-agar dans la constipation chronique*, loc. cit.) montre l'inutilité de cette addition. Cet auteur a obtenu les mêmes résultats que Schmidt, dont il partage les idées et confirme les travaux, en employant l'agar-agar pur. Dernièrement, Louis Rénon nous a dit à la Société de thérapeutique avoir eu de bons effets avec de simples cachets de gélose. Mais les malades se lassent quelquefois d'attendre une action lente à venir, et comme l'a dit Schmidt, il peut être utile, au moins au début, de provoquer le péristaltisme, aussi j'admets l'addition de faibles quantités d'une substance légèrement excito-motrice, mais à la condition de ne pas dépasser la quantité nécessaire. Or, le produit français, analogue à celui de Schmidt, ne contient pas plus de 6 p. 100 d'extrait de plantes actives (voir note plus haut) et j'ai pu constater que cette quantité était largement suffisante.

Quoi qu'il en soit, le fucus, divisé en paillettes fines ou même pulvérisé, est administré en nature ou bien en cachets, à des doses variant entre 2 et 6 grammes par jour, au cours des principaux repas. Arrivé dans le tube digestif, il s'hydrate, absorbant rapidement jusqu'à seize fois son poids d'eau; peu à peu, le bol fécal se divise et, dès qu'arrivent dans le rectum les matières mélangées de cette substance absorbante d'eau, le bol fécal est suffisamment mou et volumineux pour provoquer une exonération normale.

Schmidt ne s'est pas contenté d'ajouter une assez forte quantité de cascara, il a aussi fait un mélange qui, pour nous, Français, habitués aux formes simples, paraît assez singulier, il ajoute à la gélose, additionnée déjà de cascara, de la paraffine liquide, que nous dénommons huile de vaseline. J'avoue trouver ce produit parfaitement inutile (2) et ne pas reconnaître d'avantages à cette préparation bâtarde.

En résumé, l'usage journalier des préparations mucilagineuses par les constipés et surtout par les dyspeptiques hypersthéniques, qui forment les 90 p. 100 des constipés, me paraît actuellement le meilleur moyen de guérir d'abord et de prévenir ensuite la constipation. Pour arriver à ce résultat, on pourrait très avantageusement imiter les Orientaux et introduire ces produits dans notre alimentation, mais je reconnais que cela ne pourrait guère entrer dans nos mœurs. Il est beaucoup plus simple d'employer les fucus sous forme sèche. Les Allemands absorbent l'agar en le mélangeant aux aliments, compotes de fruits ou purées de légumes. Il est tout aussi facile, comme nous l'avons dit, de le prendre en cachets. On peut même prendre la poudre pailletée, que représente la forme pharmaceutique, en la délayant dans un peau d'eau, car le goût est nul.

Il suffit d'une dose de 2 à 6 grammes, c'est-à-dire une ou deux cuillerées à café à chacun des deux repas principaux, dans la plupart des cas, pour établir au bout de quelques jours des garde-robes très régulières. Il est très rare que les doses de 10 à 12 grammes recommandées par les Allemands aient besoin d'être atteintes. Si des cas d'insuccès manifeste se présentent, c'est qu'il s'agit de malades en pleine crise dyspeptique qui irrite l'intestin; il faut alors procéder au traitement de l'estomac, c'est-à-dire procéder à la saturation par les moyens appropriés, on pourra constater ensuite que la gélose agit. Les médecins allemands comptent un tiers ou un quart d'insuccès; ce chiffre me paraît trop élevé et je crois que ce fait doit être attribué à ce qu'ils ont trop attaché leur attention à la constipation considérée comme espèce morbide et n'ont pas tenu assez compte du lien qui lie toujours ce syndrome à la dyspepsie.

Si les selles normales tendent à s'établir, c'est-à-dire si aucun effet n'est constaté vers le troisième ou le quatrième jour, on aidera simplement à la défécation par les moyens physiques, lavements ou suppositoires, mais je suis absolument opposé à l'emploi des laxatifs irritants. Il suffit d'un peu de patience.

(1) Ce produit est celui qui, sous le nom de *régulin*, figure sur toutes les tables des maisons de *cure* et de régime, si nombreuses à l'étranger. Le régulin étant une spécialité ne peut entrer en France. Il existe chez nous, sous le nom de *thaolaxine* (de thao, nom chinois d'une variété d'agar-agar, et de *laxine*, tiré de laxatif) un médicament composé, fait de paillettes fines d'agar additionné de très faibles quantités de diverses rhamnées. Ce produit me paraît beaucoup mieux répondre que son similaire allemand à l'indication des préparations mucilagineuses; la dose de principes excitants étant infime, je crois que l'action exonérante est beaucoup plus due à l'augmentation de volume des fèces et à leur hydratation qu'aux traces de rhamnées ajoutées au mucilage, et c'est un réel avantage.

(2) C'est ce produit qui est vendu en Allemagne sous le nom de *pararégulin*.

FORMULAIRE

ANGINE GRANULEUSE DES ARTHRITIQUES

Mandl préconise les badigeonnages quotidiens avec :

Glycérine		100 grammes.
Iodure de potassium		4 —
Acide phénique	ãã	1 —
Iode métallique		

F. S. A.

A l'intérieur, pipérazine granulée effervescente (de 3 à 6 mesures par jour dissoutes dans un peu d'eau, le matin à jeun, dans l'intervalle des repas et le soir au coucher).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Musée ostéologique. Etude de la faune quaternaire. Ostéométrie des mammifères, par Edmond HUE. Album de 186 planches contenant 2 187 figures, par Ed. Hue, médecin-vétérinaire, membre de la Société préhistorique de France. 2 vol., gr. in-8. — Prix : 24 francs. — Paris, Schleicher frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à une place de médecin de l'hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin) à Garches (Seine-et-Oise) aura lieu le lundi 19 octobre 1908, à midi précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les docteurs qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se fatre inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, du lundi 7 septembre jusqu'au samedi 3 octobre inclusivement.

PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1908, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix biennal de 1 000 francs fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (service du personnel) avant le 15 décembre 1908, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — M. Wolff, professeur de physique, est nommé, pour trois ans, directeur de l'Ecole de médecine de Tours.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Un concours sera ouvert à Paris, le 15 février 1909, pour deux places d'agrégé (section de physique, chimie et toxicologie : chimie et toxicologie).

Le ministre de l'Instruction publique a arrêté ainsi qu'il suit les sujets de thèses que les candidats pourront traiter à leur choix :

Chimie et toxicologie. — 1. Composés oxygénés de l'azote (chimie et toxicologie). — 2. Composés oxygénés de carbone (chimie et toxicologie). — 3. Sels ammoniacaux. — 4. Métaux alcalino-terreux (chimie et toxicologie). — 5. Aluminium et composés (à l'exclusion des silicates). — 6. Etat colloïdal. — 7. Méthodes générales d'analyse des corps gras. — 8. Aminoalcools. — 9. Hydrogénation, déshydrogénation et déshydratation par catalyse. — 10. Composés organo-halogéno-magnésiens. — 11. Action de l'ozone sur les composés organiques. — 12. Aminoacides. — 13. Glucosides. — 14. Constitution des matières albuminoïdes. — 15. Phosphoprotéides.

MARINE. — Composition des jurys de concours pour les emplois de professeur qui vont se trouver vacants dans les écoles de médecine navale :

1° Concours du 21 septembre 1908 à Brest pour les emplois de professeur de pathologie interne à l'école de Bordeaux et de physique biologique à l'école de Brest :

JURY MÉDICAL. — M. le médecin général de première classe Bertrand, président; — M. le médecin en chef de deuxième classe Bellot et M. le médecin de première classe Maillu, membres.

JURY PHARMACEUTIQUE. — M. le médecin général de première classe Bertrand, président ; — MM. les pharmaciens de première classe Izambert et Perdrigeat, membres.

2° Concours du 5 octobre à Rochefort, pour les emplois de professeur d'histologie et physiologie et de chimie biologique à l'école de Rochefort :

JURY MÉDICAL. — M. le médecin général de première classe Bertrand, président; — M. le médecin en chef de deuxième classe Geay de Couvalette et M. le médecin de première classe Bourtal, membres.

JURY PHARMACEUTIQUE. — M. le médecin général de première classe Bertrand, président ; — M. le pharmacien en chef de première classe Taillotte et M. le pharmacien principal Camus, membres.

3° Concours du 26 octobre 1908 à Toulon, pour l'emploi de professeur de clinique chirurgicale à l'école d'application :

JURY MÉDICAL. — M. le médecin général de première classe Bertrand, président; — M. le médecin en chef de première classe Trabaud et M. le médecin en chef de deuxième classe Pungier, membres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Cohadon est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Gustave Van den Brouck (de Saint-Maurice-lez-Lille) et Sébastian (de Béziers).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, par M. LANNOIS, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de F. CHAVANNE et C. FERRAN. 2 vol. in-18 colombier, cartonnés toile, formant 1650 pages avec 445 figures dans le texte. — Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin.

Etude des dégénérations secondaires (bulbo-protubérantielles et médullaires) du faisceau pyramidal, par le docteur André BARBÉ, ancien interne des hôpitaux. In-8, 150 p., avec 7 planches hors texte. — Prix : 4 fr. — Paris, O. Doin.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE LANGUE FRANÇAISE

XVIII[e] SESSION [DIJON 3-8 AOUT 1908 (1)]

COMMUNICATIONS DIVERSES

Les capsules surrénales dans l'anencéphalie. — M. André Léri (de Paris). L'aplasie des capsules surrénales est un fait *constant* dans l'anencéphalie. Elle est toujours *considérable*, au point que ces glandes peuvent être considérées comme fonctionnellement absentes. Sans doute, l'atrophie des surrénales n'est pas un arrêt de développement, mais la conséquence d'une maladie inflammatoire du système nerveux central. Elle n'est pas non plus consécutive à une lésion du sympathique qui est normal.

La surrénale s'atrophie peut-être parce qu'elle est l'organe producteur essentiel de lécithine, que la lécithine sert surtout au développement du système nerveux et que la glande est inutile après la destruction du cerveau.

Etudes sur un cas d'apraxie complète. — M. Dromard (de Clermont) a vu chez un paralytique général atteint d'hémiparésie gauche après un ictus, des troubles des actes volitionnels portent à la fois sur les mouvements complexes, les mouvements simples et les autokinétismes (apraxie motrice et idéatoire).

Les mouvements complexes (allumer une bougie, remplir un verre d'eau, etc.) sont interrompus, suspendus ou intervertis, malgré l'identification parfaite des objets.

Les mouvements simples, soit réfléchis (montrer l'oreille, le nez, etc.), soit expressifs (faire un pied de nez, montrer le poing), soit descriptifs (faire le simulacre de moudre du café, de jouer de l'orgue) sont remplacés par d'autres mouvements ou par des mouvements amorphes.

Les autokinétismes eux-mêmes (se boutonner, boire, manger) sont exécutés incorrectement.

Ces troubles psycho-moteurs existaient des deux côtés du corps, mais ils étaient plus prononcés du côté parésié. Pour expliquer la coexistence de troubles paralytiques (du côté droit) et apraxiques (bilatéraux) chez ce malade, on peut faire deux hypothèses : ou bien il s'agit d'une lésion intéressant à la fois les fibres de projection du *motorium* droit et les fibres du corps calleux qui transmettent à l'hémisphère droit l'influence directrice de l'hémisphère gauche, ou bien la lésion intéresse à la fois les centres mêmes du *motorium* droit et les fibres associatives qui s'en détachent. La conservation des syncinésies et des mouvements bilatéraux qui exige l'intégrité des voies commissurales semble plaider en faveur de la seconde hypothèse.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 93, p. 1107.

M. Deny (de Paris). Les troubles de l'apraxie se voient assez rarement, et presque toujours épisodiquement, chez les paralytiques généraux. J'ai observé un cas d'apraxie tout à fait comparable à celui de M. Dromard : il s'agissait d'un homme de cinquante-cinq ans, artérioscléreux, qui présentait une parésie du côté droit associée à une apraxie idéo-motrice et idéatoire généralisée.

M. Dupré (de Paris). Je place l'altération organique ou fonctionnelle de l'apraxie entre l'idée du mouvement et l'exécution de ce mouvement ; à cet égard, on peut assimiler l'apraxie à l'aphasie.

L'aphasie dans ses différentes variétés est une véritable apraxie du langage : apraxie motrice, sensorielle ou même idéatoire. Cette dernière variété correspond aux troubles aphasiques de nature surtout sensorielle liés aux troubles psychiques (confusion mentale, démence, etc.).

Syndrome spasmodique portant sur les muscles de la vie végétative chez un épileptique. — MM. Dromard et Dalmas (de Clermont).

Formule pour le traitement de la crampe des écrivains. — M. Henri Meige (de Paris). Il ne s'agit pas d'une formule médicamenteuse, mais d'une formule mnémotechnique permettant de condenser brièvement les conseils indispensables à donner aux sujets atteints de crampes des écrivains. Cinq monosyllabes la résument.

Peu, lent, rond, gros, droit.

Les sujets atteints de crampes des écrivains doivent se conformer aux règles suivantes pour l'écriture :

1° Ils doivent écrire *peu*. Au début même, il est nécessaire qu'ils s'abstiennent complètement d'écrire pendant un mois au moins. Par la suite, ils doivent éviter d'écrire pendant une longue durée ;

2° Ils doivent écrire *lentement*. L'écriture hâtive favorise, en effet, la production de la crampe des écrivains ;

3° Ils doivent écrire *rond*. L'écriture *arrondie*, qui n'est pas nécessairement l'écriture dite « en ronde », exige, en effet, le concours d'actes musculaires moins rapides, plus variés. Dans cette forme graphique un plus grand nombre de muscles entrant en jeu (et ces muscles ne sont pas seulement ceux de la main ou de l'avant-bras, mais aussi ceux du bras et de l'épaule) on évite ainsi les contractions limitées à un seul groupe musculaire, contractions qui, par leur répétition précipitée, déterminent rapidement la fatigue ;

4° Ils doivent écrire *gros*. Les mouvements graphiques de plus grand amplitude s'opposent à la trop grande fréquence des alternatives de contraction et de décontraction qui est une des causes principales de fatigue ;

5° Ils doivent écrire *droit*. Dans l'écriture droite, en effet, la main est inclinée en dehors, position infiniment moins fatigante que la position inclinée en dedans.

M. Vallon (de Paris) se rallie absolument à cette manière de voir.

De l'ocréine dans les troubles mentaux. — MM. Sollier et Chartier. Sur neuf cas de troubles mentaux

(obsession, hypocondrie, mélancolie), dans lesquels l'ocréine, seule ou associée à l'hypophyse, a été employée, huit ont présenté des résultats positifs.

Le traitement par l'ocréine a nettement déterminé le retour des fonctions menstruelles et la cessation des troubles d'insuffisance ovarienne, tant chez des sujets jeunes que chez des femmes présentant des troubles de la ménopause.

Les effets généraux de cette opothérapie consistent surtout dans la production d'une certaine excitation, physique et psychique, favorable dans certains cas (syndromes mélancoliques), parfois exagérée dans d'autres (démence précoce).

Dans plusieurs cas (démence précoce, confusion mentale), le retour des fonctions menstruelles et la disparition des signes généraux d'insuffisance ovarienne n'ont pas été suivis de modifications de l'état psychopathique; dans d'autres, les résultats obtenus sur l'état psychique et somatique ont observé une marche parallèle.

Le traitement par l'hypophyse a eu chaque fois des effets généraux consistant dans le relèvement de la tension artérielle, la diminution de la rapidité du pouls, l'amélioration des troubles vaso-moteurs et des sueurs profuses, et dans une atténuation de la fatigabilité. Dans ces cas, elle a eu pour résultat d'améliorer l'asthénie psychique, et de diminuer la lenteur des opéraiions mentales et des réactions volontaires et involontaires. Associée à l'ocréine, l'opothérapie hypophysaire a régularisé, sans l'annihiler, l'état d'excitation déterminé par la première.

Dans la complexité de ces cas (obsession, syndromes hypocondriaques, accès mélancoliques, accidents hystériques, etc.), il était nécessaire de ne tenir compte que des faits précis et limités. C'est ce que nous avons fait, et les résultats obtenus tendent moins à démontrer la nature de ces syndromes psychopathiques, qu'à apporter une contribution à l'étude du rôle des glandes ovariques et hypophysaires dans la physiologie pathologique de certains accidents mentaux.

Mesure du tonus musculaire à l'aide d'un myotonomètre. — M. Hartenberg (de Paris) présente un appareil de son invention servant à mesurer le tonus musculaire.

Il consiste essentiellement en un compas d'angle qui mesure l'angle d'extension forcée de la main sur l'avant-bras produit par une traction égale au dixième de la force dynamométrique. Grâce à un dispositif spécial les conditions d'expérience sont identiques chez tous les individus et les chiffres obtenus ont une valeur absolue applicable à tous.

L'auteur a mesuré les variations du tonus musculaire.

A l'état physiologique il a constaté que : 1° le tonus est toujours plus élevé le matin que le soir; 2° le tonus diminue par la fatigue générale; 3° le tonus augmente d'abord par le travail et la fatigue locale du muscle, puis retombe au bout de quelques instants; 4° l'allongement d'un muscle diminue son tonus; 5° la faradisation augmente le tonus ainsi que les bains chauds, la strychnine, la caféine; 6° le tonus musculaire n'est pas en relation directe de la force dynamométrique.

Pour les états pathologiques le tonus est augmenté dans le tabes spasmodique, la sclérose en plaques, les contractures, etc., et abaissé dans les myopathies, les névrites, le tabes, l'hémiplégie flasque, la chorée, etc.

Le signe d'Argyll dans le tabes. — MM. Maurice Faure et Desvaux (de Lamalou). Le signe d'Argyll a été regardé, parfois, comme un symptôme d'une importance exceptionnelle dans le tabes, le prétabes et les manifestations cérébro-spinales de la syphilis. En réalité, ce signe ne semble pas avoir la constance ni peut être l'importance qu'on lui a attribuée. Divers auteurs ont, récemment, signalé qu'il pouvait manquer complètement, ou n'exister qu'à une seule des pupilles (Babinski, Ballet, Cestan, Eichhorst, Treupel, Mantoux, Milian, Rochon-Duvignaud, Heitz, etc.).

Nous avons examiné 200 tabétiques à ce point de vue spécial : 17 n'avaient pas le signe d'Argyll. Nous avons choisi, pour cette étude, des observations de tabétiques typiques, à symptômes grossiers et certains. Tous avaient des commémoratifs avoués de syphilis.

Nous avons reconnu que les perturbations des réflexes iridiens existent dans presque tous les cas de tabes; mais le signe d'Argyll proprement dit manque dans 8 p. 100 des cas environ.

On peut donc admettre que le signe d'Argyll reste, avec les troubles vésicaux, l'abolition du réflexe patellaire et les douleurs fulgurantes, l'un des quatre signes cardinaux du tabes, et que les troubles pupillaires demeurent le symptôme le plus précieux des accidents cérébro-spinaux de la syphilis, particulièrement du tabes. *Mais on peut avoir à faire un diagnostic de tabes, sans signe d'Argyll, peut-être même sans trouble pupillaire.*

Les empoisonnements : étude de psychologie criminelle. — MM. Dupré et R. Charpentier (de Paris). Le crime d'empoisonnement est 7 fois sur 100 l'œuvre de la femme, et pourtant dans la statistique des attentats contre les personnes le sexe féminin ne figure que 2 fois sur 10. Ce crime essentiellement féminin est parfois commis par l'homme et, à l'histoire des empoisonneuses, exposée par l'un de nous, s'ajoute, comme une suite naturelle, l'etude des empoisonneurs.

Parmi ces criminels, on trouve quelques aliénés (mélancolie, paralysie générale). L'absence, paradoxale au premier abord, des persécutés parmi les empoisonneurs des deux sexes, s'explique par la psychologie du persécuté, dont les réactions de défense et de vengeance, presque toujours annoncées d'avance et le plus souvent brutales et violentes, diffèrent de la préparation et de l'exécution de l'empoisonnement, assassinat hypocrite, sournois et dissimulé.

La plupart des empoisonneurs présentent les mêmes tares psychiques que les empoisonneuses : déséquilibre intellectuel, insensibilité affective et morale, mythomanie (mensonge, simulation et dissimulation, mimétisme, fabulation), altérations instinctives (vanité, malignité, perversité, cupidité). Le

féminisme psychique de ces criminels explique la rareté des crimes d'empoisonnement commis par des hommes. Quelquefois ce phénomène psychique s'allie, comme chez le célèbre empoisonneur Derues, à un véritable féminisme psychique. Dans tout crime d'empoisonnement s'imposent l'expertise médicolégale et des mesures particulières de protection sociale.

M. Régis. J'ai eu l'occasion d'examiner plusieurs femmes accusées d'empoisonnement, toutes étaient des hystériques avérées ; au point de vue mental, elles présentaient un mélange de duplicité et de puérilité tout à fait caractéristique.

M. Dupré. Que l'hystérie existe ou non chez les empoisonneuses ou chez les empoisonneurs, elle ne joue, à mon avis, aucun rôle dans le déterminisme de leurs crimes.

Trois cas de fugue chez des aliénés. — MM. Joffroy et Dupuy (de Paris) rapprochent trois cas de fugues accomplies dans des circonstances tout à fait différentes et qui concernent le premier un psychasthénique obsédé, le second un persécuté et le troisième un hystérique.

Les auteurs insistent sur ce fait que le type clinique de la fugue se retrouve dans un grand nombre d'états psychopathiques. C'est un symptôme mental analogue au mutisme, au refus d'aliments, au gatisme, etc., et qui possède une signification et un intérêt diagnostique variable.

Neurasthénie et psychasthénie. — M. Hartenberg (de Paris) ne croit pas que la psychasthénie mérite d'être considérée comme une maladie autonome. C'est une combinaison de tares dégénératives (scrupules, doute, phobies, impulsions, etc.) et de symptômes neurasthéniques (fatigue, insuffisance intellectuelle). Il est vrai que l'intensité des troubles mentaux est en rapport avec l'abaissement de la tension nerveuse et qu'on peut énoncer cette loi que « l'état de dépression nerveuse exagère toutes les tendances anormales ou morbides du caractère ».

M. Dupré est de l'avis de M. Hartenberg. La psychasthénie ne constitue pas une entité morbide.

M. Régis demande qu'on restitue au mot psychasthénie son ancienne signification de neurasthénie à forme psychique.

La situation des aliénés dans les hôpitaux coloniaux. — M. Simon (de Dijon) signale la situation déplorable faite aux aliénés des colonies. Dans les hôpitaux où on les recueille, comme à bord des paquebots qui les rapatrient, ils sont traités moins comme des malades que comme des prisonniers.

M. Régis. Il est honteux que la France, dont le domaine colonial est aujourd'hui si considérable, n'y ait rien fait en vue de l'hospitalisation et du traitement des aliénés, alors que les autres pays, comme l'Angleterre et la Hollande, ont organisé depuis longtemps, dans toutes leurs colonies, une assistance effective de ces malades, sous forme de quartiers d'hospice ou d'asiles spéciaux, destinés aux indigènes comme aux métropolitains, civils et militaires.

Non seulement nous n'avons pas d'asiles d'aliénés dans nos colonies, mais encore, comme l'a rappelé M. Simon, nous ne possédons aucune organisation permettant de rapatrier nos aliénés coloniaux à bord de nos grands paquebots, qui les refusent, tandis que cette organisation existe, elle aussi, à l'étranger.

Il y a là plus qu'une lacune grave, il y a un véritable danger, car la France peut être appelée à soutenir une guerre dans l'une de ses possessions lointaines. Que ferait-elle alors de la multitude de délirants qui surgiraient au cours de la campagne et surtout des grandes batailles, terrestres ou maritimes? L'exemple de la Russie est là pour nous montrer dans quel embarras peut se trouver un pays, dans l'impossibilité à la fois de traiter sur place ces victimes cérébrales de la guerre et de les rapatrier au loin, dans la métropole.

Du rôle du traumatisme dans les accidents hystéro-traumatiques et comment apprécier les dommages-intérêts de ces sortes d'accidents. — M. Terrien (de Nantes).

Sur la fréquence et la pathogénie de la microsphygmie chez les idiots. — MM. Bourneville, Richet fils et Saint-Girons (de Paris) reprennent l'étude du syndrome de Variot qui, on le sait, se compose de la triade : microsphygmie, idiotie, ichtyose. Ce dernier signe est contingent et n'a d'autre valeur que celle d'un trouble trophique analogue à ceux si souvent rencontrés chez les microsphygmiques (pied varus, bec de lièvre, nanisme).

L'examen des divers pouls de leurs malades a montré aux auteurs que tous les troncs artériels participent quoique inégalement à la microsphygmie.

Au point de vue étiologique, la microsphygmie se voit surtout chez les idiots dès la naissance. Ce n'est pas une aphasie artérielle, suite d'artérite fœtale, mais un spasme permanent des tuniques artérielles, probablement lié à un trouble sympathique.

Le liquide céphalo-rachidien dans la peste. — M. Porot (de Tunis).

Du rôle des interventions opératoires gynécologiques dans le traitement du nervosisme. — M. Schnyder (de Berne).

Contribution à l'étude de la microcéphalie familiale. — MM. Bourneville et Richet fils (de Paris).

Note sur les autopsies les plus intéressantes faites à la fondation Vallée. — MM. Bourneville et Richet fils.

Le nanisme à la cour des beys (quelques cas). — M. Porot (de Tunis).

— L'Assemblée générale du Congrès décide que la XIXe session se tiendra en 1909 à Nantes sous la présidence de M. Vallon avec M. Miraillié pour secrétaire général.

Rapports :

1° Psychiatrie : *Les fugues en psychiatrie.* — Rapporteur, M. Paraut ;

2° Neurologie : *Les chorées chroniques.* — Rapporteur, M. Sainton ;

3° Médecine légale : *Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal.* — Rapporteurs, MM. Pactet et Granjux.

FERNAND LÉVY.

ANCIENNETÉ

DE LA

LUTTE ANTITYPHOIDIQUE

Par le docteur BONNETTE,
Médecin-major de deuxième classe.

A entendre certains bactériologues modernes, on croirait que la lutte antityphique date de nos jours, date surtout de la découverte du bacille d'Eberth que l'on trouve en grand nombre dans les selles de ces malades. Or, bien avant cette découverte microbienne, la fièvre typhoïde était considérée comme contagieuse dans l'armée et l'eau polluée des puits était fréquemment regardée, par nos ancêtres du corps de santé, comme la cause de ces épidémies.

« L'expérience acquise par les médecins français, anglais et allemands pendant la guerre de Sept-Ans, dit M. Kelsch, *devait faire apprécier les bienfaits de l'hygiène militaire*. Frédéric le Grand, un des premiers, en reconnut la haute importance et fit des efforts sérieux pour en préparer le développement » (*Traité des maladies épidémiques*).

En 1770, Read, médecin du régiment du Béarn, raconte dans *le Journal de médecine militaire* que ses hommes, logés à Metz, près de la porte de Pontiffroi, eurent, pendant l'été, 91 dysenteriques, tandis que les autres régiments voisins n'en avaient que 7, 10 et les plus maltraités 13. « Frappé de cette différence, dit-il, et n'en voyant aucune autre cause, j'examinai attentivement les quatre puits affectés à ces régiments, pour y puiser l'eau qui servait à la préparaiton de leurs aliments et à leur boisson ordinaire. Par l'analyse exacte que j'en fis, je trouvai dans les deux puits supérieurs, qui étaient à l'usage du régiment de Béarn, *une eau séléniteuse, abondante en foie de soufre que lui fournissaient les matières fécales filtrantes des latrines placées vis-à-vis ces puits :* Les deux puits inférieurs contenaient une eau moins insalubre : un surtout fournissait une eau excellente, qui ne le cédait en qualité à aucune des fontaines provenantes de Sey et Lessy. M. le marquis d'Armentières, à qui je présentai mon analyse et mes réflexions, *ordonna la fermeture des puits suspects et, huit jours après cette opération, les dysenteries diminuèrent sensiblement dans ce quartier* et on ne remarqua presque plus de différence entre les régiments qui en étaient encore affligés. »

En 1781, Read observa une nouvelle épidémie de dysenterie, bornée aux seuls régiments de Bretagne et d'Aunis. Il fit aussitôt les mêmes expériences sur les eaux des puits de Chambières, qui lui donnèrent à peu près les mêmes résultats qu'en 1770 : *Le foie de soufre était cependant en moindre quantité, mais il aurait été bientôt plus abondant, si on avait laissé faire des progrès à la maladie.* M. le comte de Damas fit également *fermer les puits* et l'épidémie diminua rapidement.

En 1776, des troupes vinrent occuper les casernes que la ville de Sedan avait fait construire. Deux puits avaient été creusés dans la cour du quartier, mais comme ils gênaient les manœuvres « on les reconstruisit plus loin, sur un terrain qui avait été remué quelque temps auparavant et qui servait de dépôt pour les fumiers de la cavalerie. Les pluies, qui tombèrent pendant l'automne et le commencement de l'hiver, lavèrent ces fumiers et entraînèrent avec elles dans les puits beaucoup de matières putrides et alcalines, *au point que ces eaux écumaient en bouillant, comme si elles eussent été chargées de quelque partie grasse et savonneuse.* » Aussi une sévère épidémie de fièvres typhoïdes graves éclata dans ce casernement neuf, où cette pernicieuse infraction aux lois de l'hygiène avait été commise. La fermeture des puits mit encore fin à cette épidémie.

* * *

Le rédacteur en chef du *Journal de médecine militaire* fait suivre ces observations des sages réflexions suivantes : « C'est donc la mauvaise qualité des eaux qui, dans l'une et l'autre circonstance, produisit la fièvre typhoïde et la dysenterie qui affligèrent les soldats qui en burent et on ne parvint à les arrêter qu'en détournant des puits les matières étrangères et nuisibles qui les avaient corrompus. *Une pareille boisson prise habituellement est au moins une disposition prochaine à toutes les maladies putrides et il ne faut souvent qu'une cause légère pour les développer.* Si quelques tempéraments robustes y résistent, c'est une exception heureuse, qui ne doit rien changer aux précautions nécessaires pour s'en garantir; car souvent les remèdes viennent trop tard ou sont sans effet, parce qu'on ne s'oppose pas à temps à la reproduction journalière du vice primitif. »

Aussi MM. Read et Rambaud ont-ils été bien inspirés en demandant la fermeture de ces puits et « en coupant ainsi le mal par sa racine ». Sans cette précaution, la plus grande partie des soldats de la garnison « n'aurait pas probablement échappé aux dangers de cette boisson insalubre ».

En terminant, le rédacteur en chef Dehorne ajoute : « Il serait cependant facile de prévoir et de prévenir de pareils inconvénients, dont les suites sont ordinairement si funestes *et si, dans les cas de construction, on consultait les officiers de santé sur les objets de salubrité qui sont absolument de leur ressort, on éviterait souvent bien des malheurs;* mais on donne presque toujours à l'apparence, à la symétrie ou à l'agrément et rarement on pense à la chose la plus essentielle, celle qui doit assurer la santé. »

* * *

Ces sages conseils semblent écrits d'hier. Quant à ces observations, elles prouvent l'ancienneté de la théorie hydrique et montrent le rôle immense — trop souvent méconnu — qu'a joué la médecine militaire dans tous les grands problèmes de la médecine sociale (pureté de l'eau potable, désinfection, vaccination, alimentation, encombrement, surmenage, etc.), *médecine de l'avenir qui sera plutôt préventive que curatrice.*

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR

L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

(*Clermont-Ferrand, 2-8 août 1908.*)

Suivant la tradition qui s'est établie depuis quelques années, la section d'électricité médicale, par le nombre et l'assiduité de ses membres, par la notoriété de bon nombre d'entre eux, par l'importance de ses travaux, fut une des plus vivantes, sinon même la plus vivante du Congrès. Sous l'aimable présidence du docteur Barjon, médecin des hôpitaux de Lyon, sept séances suffirent à peine pour venir à bout de l'ordre du jour.

Les communications isolées furent nombreuses. Nous ne pouvons citer toutes celles qui le mériteraient, et nous nous contenterons au hasard de nos souvenirs de signaler les suivantes :

M. le professeur LEDUC présente la suite de ses remarquables travaux sur les courants intermittents de basse tension (courants de Leduc, selon l'expression consacrée aujourd'hui). Par leur exacte localisation sur les centres nerveux à travers les revêtements osseux et les parties molles, ils lui ont permis de produire des excitations régionales, démontrant l'existence de *centres de synergie* (pour l'évacuation intestinale. la contraction des fléchisseurs des quatre membres, des extenseurs des quatre membres, etc.). D'autre part, il a pu, grâce à leur emploi, produire chez les animaux des *états cérébraux divers* (astasie, automatisme ambulatoire, cécité psychique, phototropisme, catalepsie, etc.). Enfin il montre que, bien appliqués, ces courants réalisent une mort instantanée sans douleur et forment le meilleur procédé d'exécution chez l'homme ou chez les animaux.

M. BLUM a retiré les meilleurs résultats des *courants de Leduc contre la douleur* (sciatique, etc.).

M. DELHERM a utilisé la sonde de Ronneaux pour traiter le *spasme de l'œsophage par les courants de haute fréquence*. Il a obtenu des guérisons rapides dont il rapporte les observations; il pense que cette méthode rendra dans le spasme œsophagien les mêmes services que les applications rectales dans le spasme anal.

MM. BOSQUIER et DESPLATS ont complété l'étude de la *radioscopie gastrique*.

M. P.-Ch. PETIT s'est occupé du traitement du rhumatisme chronique par les courants de haute fréquence.

M. MARQUÈS a recueilli 50 cas de *névralgie faciale grave* traités par le courant continu. Il a obtenu 2 insuccès, 24 grandes améliorations, 24 guérisons. Il pense que les séances doivent être longues, l'intensité élevée et le traitement prolongé.

M. BORDET a observé sous l'influence de la galvanisation localisée une modification urinaire portant principalement sur l'élimination du soufre.

M. le professeur GUILLOZ associe la *compression à l'électrolyse dans le traitement des angiomes* et diminue ainsi sensiblement la durée de la cure.

M. MARQUÈS a obtenu une repousse considérable dans une alopécie, suite de pelade, par l'*introduction électrolytique de l'ion zinc*.

M. JAULIN a extrait sous le contrôle de l'écran radioscopique deux corps étrangers de l'œsophage.

MM. les professeurs BORDIER et NOGIER présentent l'état de leurs recherches sur les lampes à vapeur de mercure, à fenêtre de quartz (lampes de Kromayer).

La plus grande partie des réunions a d'ailleurs été consacrée aux questions mises à l'ordre du jour.

1° Les **atrophies réflexes d'origine articulaire** sont étudiées par le docteur MALLY (de Clermont), rapporteur; il expose soigneusement les connaissances actuelles sur le mécanisme, le diagnostic, les complications, etc., il résume ses expériences personnelles avec Mignot et donne comme conclusion pratique : qu'il y a des cas légers ordinaires dans lesquels tous les traitements externes (massage, électrisation, etc.) donnent des résultats satisfaisants. Mais qu'il y a des cas graves, correspondant à des dégénérations de cellules médullaires, dans lesquels il faut être très prudent. On doit laisser les muscles au repos et ce n'est que quand le calme est revenu qu'on peut traiter localement, l'électricité statique permet d'abord d'avoir l'action sédative cherchée, puis de produire des excitations localisées prudentes.

M. LAQUERRIÈRE demande qu'on précise : il ne faut pas, en certains cas graves, fatiguer les muscles, mais il ne s'agit pas de repos du malade au lit; la persistance de l'arthrite, la récidive de l'hydarthrose sont souvent intimement liées à la persistance de l'atrophie musculaire, il faut donc faire faire au muscle le plus tôt possible tout ce dont il est capable sans inconvénient.

M. le professeur GUILLOZ a constaté que des muscles immobilisés longtemps finissaient par présenter de l'atrophie et des troubles graves de la contractilité électrique; mais l'atrophie réflexe se produit beaucoup plus rapidement. D'autre part, dans l'atrophie réflexe, quand il n'y a plus, ou presque plus d'atrophie, quand le malade fait depuis longtemps de l'exercice, on peut constater encore des troubles de la contractilité électrique, ce qui n'existe pas dans l'atrophie par immobilisation; il insiste sur les renseignements très utiles fournis par l'électricité.

M. LAQUERRIÈRE relate un fait où l'inhibition fonctionnelle du quadriceps fémoral fut le premier symptôme révélant au malade une hydarthrose du genou, il ne croit donc pas que l'atrophie due aux affections articulaires soit le résultat de l'immobilisation.

M. le professeur ZIMMERN pense qu'il faut soigner le muscle et l'articulation. Il ne croit pas que l'atrophie réflexe soit due à l'immobilisation, puisque cette atrophie porte seulement sur certains muscles. Enfin il montre que les muscles qui s'atrophient sont ceux dont le manque de tonicité met l'articulation en demi-flexion, c'est-à-dire dans la situation où la tension intra-articulaire est la plus faible, comme le lui ont ont prouvé ses recherches expérimentales.

2° Les **courants ondulés** sont l'objet d'un rapport très complet de M. BORDET, qui étudie leurs effets sur le muscle sain et sur le muscle malade, précise les indications de l'ondulation des divers courants, montre qu'ils ménagent mieux la sensibilité du malade, réalisent des excitations plus semblables à la contraction physiologique, provoquent des contractions meilleures que les fermetures brusques de courant, etc.

M. le professeur LEDUC discute les courbes de contraction données par M. Bordet; il pense qu'il faut éviter les appareils enregistreurs à transmission

gazeuse qui à cause de l'élasticité n'inscrivent pas une image exacte. Dans nombre de cas il préfère l'établissement brusque du courant intermittent de basse tension. Il recommande d'éviter de fatiguer les muscles. C'est ainsi que l'idée de Laquerrière de faire travailler le muscle sur une résistance au moyen du courant électrique lui paraît susceptible d'applications très utiles, mais demandera certainement à être expérimentée avec prudence.

MM. les professeurs Broca, Imbert et divers autres orateurs sont d'avis qu'il est indispensable de faire des excitations espacées de façon à laisser aux muscles du temps de repos entre les contractions.

M. Laquerriere rappelle que, dans les travaux qu'il a publiés jusqu'ici sur l'électromécanothérapie, il a à maintes reprises insisté sur la nécessité d'agir avec grande prudence. Les courants ondulés sont parmi les procédés électriques les plus commodes, les moins douloureux et les plus efficaces pour faire travailler le muscle sur une résistance. Il montre tout le parti qu'on peut tirer de la contraction électrique comme agent de gymnastique et comme procédé de rééducation.

MM. Delherm et Laquerrière présentent deux notes relatives aux indications respectives des courants ondulés et des décharges brusques, et aux inconvénients en certains cas de l'ondulation de courants dont la quantité électrique est appréciable.

3° M. le professeur Nogier (rapporteur) montre que les **erreurs en radiographie** ne peuvent être imputées qu'à des défauts de technique ou à une interprétation défectueuse ; il étudie les moyens de les éviter; il conclut que le radiographe doit être médecin d'une part et physicien d'autre part, et qu'il a le devoir d'interpréter lui-même le cliché.

M. le professeur Imbert trouve que le rapport de M. Nogier répond aux objections qui nous ont été faites; mais qu'il y répond avec trop de modération. Il rappelle qu'on cite toujours comme exemple d'erreur une radiographie présentée il y a plusieurs années à la Société de chirurgie par M. Bazy, mais on oublie de signaler que M. le professeur Loyson qui assistait à la séance avait déclaré que le cliché, franchement mauvais, ne comportait aucune conclusion. Il lit un passage d'une thèse dont les adversaires de la radiographie font grand cas, ce passage prouve que l'auteur est si peu au courant qu'il ignore que l'iodoforme est opaque aux rayons X, etc. En réalité si la radiographie est bien faite, si elle est bien interprétée, il ne peut y avoir d'erreur.

Il montre qu'en n'utilisant pas la radiographie, on commet nombre d'erreurs qu'on aurait pu éviter par son emploi. Il en rapporte de multiples exemples dont nous citerons seulement le suivant : un accidenté du travail est déclaré guéri par plusieurs médecins; il tire sur l'un d'eux cinq coups de revolver. C'est seulement lorsqu'il fut traduit pour cet attentat en cour d'assises, et c'est seulement sur la demande de son avocat Me Grisoli (de Marseille) qu'on se décida à le radiographier. Or, l'épreuve, en montrant une fracture articulaire méconnue, justifia pleinement l'affirmation de l'ouvrier quant à l'impossibilité de la reprise du travail.

M. Arselin présente divers dispositifs destinés à faciliter la prise de certaines radiographies et dans une autre communication étudie très complètement la *radiographie des calculs du rein* dont il a perfectionné la technique.

M. Laquerrière est d'avis que le médecin radiographe doit toujours remettre par écrit l'interprétation en même temps que la radiographie. Il rappelle qu'il a montré qu'en certains cas il était indispensable de faire des radiographies obliques; dans ces cas en particulier il est impossible à un noninitié de comprendre le cliché.

MM. le professeur Bergonié et Speder sont arrivés à obtenir la plupart des radiographies en dix à quinze secondes et toutes en moins de vingt-cinq secondes en se servant du meuble d'Arsonval-Gaiffe modifié. Ils estiment que cette rapidité facilite l'obtention de bonnes épreuves. Ils présentent une série de clichés faits dans ces conditions et véritablement merveilleux par leur précision et la quantité de détails.

M. Marquès présente la radiographie d'une luxation de la symphyse pubienne que l'examen clinique faisait prendre pour une fracture du pubis,

4° La **radiothérapie** a donné lieu à de très nombreuses communications dont nous ne pouvons citer que quelques-unes.

M. Barjon a étudié la *filtration des rayons X au moyen d'écrans d'aluminium*. De ces travaux et des remarques de MM. le professeur Gariel, le professeur Bergonié, Belot, Arselin, etc., il résulte qu'à moins de traiter une lésion absolument superficielle, il faut interposer des lames d'aluminium, mais que ces lames doivent être très minces. On utilisera les mêmes doses que si on ne filtrait pas : on aura les mêmes effets en profondeur, mais on sera beaucoup mieux à l'abri des radiodermites.

M. Gros a guéri l'*hyperhydrose* par les rayons X.

M. le professeur Nogier étudie les *résultats éloignés de la radiothérapie chez huit sujets atteints de cancer*.

M. Raoult-Deslongchamps croit pouvoir affirmer que les résultats des rayons X sont surtout sous l'influence de la phagocytose, il en conclut que les hautes doses, qui détruisent les phagocytes, doivent être proscrites.

M. Belot présente un excellent travail sur le traitement du lupus, il y précise les indications relatives des rayons X, du radium et des autres procédes connus et discute les associations des diverses méthodes.

M. Delherm rappelle que dès 1905 il avait publié un cas de syringomyélie très améliorée par la radiothérapie. Depuis il a observé de nombreux malades, souvent avec M. Babinski. Il pense que sans qu'on puisse garantir un résultat, il y a toujours lieu dans des myélites, dans des paraplégies suite de compression, de mal de Pott, de traumatisme, d'essayer la radiothérapie, ainsi que dans la syringomyélie. On peut parfois ainsi obtenir des améliorations considérables.

MM. Labeau, Guilloz et Etienne apportent également de bons résultats de la radiothérapie des centres médullaires.

M. le professeur Bergonié pense que les bons résultats doivent correspondre aux cas où il y a prolifération de névroglie, celle-ci par sa constitution histologique paraît devoir être beaucoup plus sensible aux rayons que les cellules nobles.

MM. Barjon, Belot, Mally déclarent n'avoir pas obtenu de modifications appréciables sous l'influence des rayons dans les affections des centres nerveux.

M. Barjon a soigné 80 cas de *polyadénites inflam-*

matoires par les rayons X. Il estime que le traitement doit être prolongé et qu'on a des guérisons ou des améliorations considérables dans 70 à 72 p. 100 des cas.

D'une discussion à laquelle prennent part MM. le professeur LEDUC, DESPLATS, le professeur BERGONIÉ, ROQUE, GUILLOZ, il résulte que le traitement est contre-indiqué seulement quand il y a abcès non ouvert.

MM. TRIBONDEAU et LAFARGUE n'ont pu observer sur l'œil du lapin adulte d'accidents causés sur les parties profondes de l'œil. Quelque dose qu'ils aient employée, il n'y a jamais eu que des troubles du côté des paupières, de la conjonctive et de la cornée.

MM. le professeur BERGONIÉ et TRIBONDEAU montrent que les hématies, quelle que soit la dose employée, ne sont pas influencées par les rayons X.

M. le professeur GUILLOZ a étudié le pouvoir de pénétration des rayons X à travers diverses épaisseurs de même substance.

M. GUILLEMINOT a examiné le pouvoir de pénétration à travers diverses substances et à travers les écrans métalliques.

M. FOVEAU DE COURMELLE examine comparativement les effets thérapeutiques du radium, des rayons X et de la lumière ultra-violette.

5° **L'action des rayons X sur les glandes génitales** était l'objet de deux rapports, l'un de M. le professeur agrégé REGAUD, l'autre de MM. le professeur BERGONIÉ et TRIBONDEAU.

Dans le testicule les irradiations ont une action élective sur les cellules destinées à la reproduction : les spermatogonies sont les plus sensibles, il suffit de doses très minimes pour les inhiber et les faire disparaître. L'apparence extérieure du testicule et l'appétit sexuel ne sont en rien influencés. Mais d'autre part si Bergonié et Tribondeau ont montré que le spermatozoïde, arrivé à son état adulte, ne paraissait pas influencé dans son aspect, MM. Regaud et Dubreuilh ont prouvé que les spermatozoïdes irradiés ou ne fécondaient pas, ou fécondaient des ovules qui ne se développaient que quelques jours et étaient ensuite résorbés (chez la lapine) par la muqueuse utérine. La conclusion pratique est qu'il faut se garantir contre les irradiations non seulement pour ne pas devenir azoospermique par destruction des spermatogonies, mais encore pour ne pas risquer de procréer, par des spermatozoïdes atteints dans leur vitalité, des êtres à développement incomplet.

Il paraît d'ailleurs probable que, comme Laquerrière en a cité un exemple sur l'homme au Congrès de 1905, l'azoospermie peut être transitoire. En tous cas les lapins de Regaud en observation actuellement paraissent devoir mettre au moins un an pour retrouver leur pouvoir fécondant. Dans les ovaires, l'action des rayons est également élective sur les cellules reproductrices; mais la profondeur où sont situés ces organes ne permet de leur causer des lésions appréciables qu'au prix d'accidents graves au niveau de la peau, chez les grands animaux.

La conclusion générale est que certaines cellules, présentant une kariokynèse intense, sont particulièrement sensibles aux rayons. Cette constatation justifie les espérances qu'on a mises dans la radiothérapie pour le traitement du cancer.

M. GUILLEMINOT présenté des plantes atteintes de nanisme et de monstruosités, ces plantes proviennent de graines qui ont été soumises aux rayons X.

M. BOUCHACOURT d'une part, MM. CLUZET et LAFOSSE d'autre part ont constaté l'action atrophiante des rayons X sur la glande mammaire.

6° La section d'électricité médicale s'était jointe à la section de physique pour discuter **la mesure des courants de haute fréquence**. Des savants rapports de MM. BERGONIÉ et TURPAIN nous ne retiendrons que cette conclusion pratique : la mesure des courants de haute fréquence doit faire entrer en ligne de compte une série de facteurs; aussi le médecin dans son cabinet est armé pour doser l'agent qu'il emploie, mais il lui est impossible actuellement de comparer d'une façon précise son installation avec une installation différente.

7° et 8° Les sections de sciences médicales et d'électricité médicale s'étaient réunies pour discuter les deux dernières questions.

MM. DOMINICI et BARCAT présentent un rapport **sur l'action thérapeutique du radium dans les néoplasies**. Ils font une étude très complète des résultats acquis jusqu'à présent : « L'action curative durable du rayonnement du radium sur des tumeurs différentes par leur nature et leur siège, parmi lesquelles il faut citer, au premier chef, les nævi et les chéloïdes d'une part, les épithéliomes, les carcinomes, les lymphosarcomes de l'autre », leur semble démontrée; mais surtout ils exposent comment en filtrant par des écrans les radiations diverses du radium, Dominici est arrivé à ne plus avoir que des rayons γ, plus pénétrants que les rayons X et pratiquement sans danger pour la peau et les muqueuses.

M. LOUSTE rapporte une observation d'épithélioma de la cavité buccale dans lequel les rayons X, après une réaction énorme, ne donnèrent qu'une guérison très momentanée, alors que le radium filtré par la méthode de Dominici n'occasionna aucune réaction mais détermina une guérison, au moins apparente, bien plus durable et qui se prolonge actuellement.

MM. WICKHAM et DEGRAIS continuent à apporter des cas de *tumeurs angiomateuses érectiles* traitées par le radium sans réactions inflammatoires. Ils ont joint à leur méthode du feu croisé le filtrage et apportent des aquarelles montrant des résultats extrêmement brillants. Des tumeurs de toutes formes, même chez les adultes, ont rétrocédé, déterminant la disparition de véritables monstruosités; mais la commodité et l'indolence de cette méthode en indiquent tout spécialement l'usage chez les très jeunes enfants.

La **fulguration du cancer** par l'étincelle de haute fréquence (méthode de de Keating Hart) donne lieu aux communications suivantes :

M. JUDE expose que le premier temps de la méthode consiste en une ablation chirurgicale ayant une technique particulière : il faut enlever soigneusement tout ce qui macroscopiquement est visible comme tissu cancéreux, mais il n'y a pas à aller plus loin. Chirurgicalement, c'est une opération qui paraît très incomplète; en le voyant opérer on a dit que c'était « ridicule », mais il n'en est pas moins vrai que, grâce à la fulguration, ces opérations ridicules ont donné des résultats sérieux. Il expose la statistique des opérations qu'il a faites avec de Keating. Dans les cas chirurgicalement inopérables il a eu 66 p. 100 de cicatrisation complète.

M. BIZARD signale que la douleur disparaît immédiatement après l'opération, il estime que la fulgu-

ration est la méthode de choix à instituer contre tout un groupe de néoplasmes contre lesquels nous étions désarmés, mais il pense aussi qu'il serait extrêmement utile de soigner par la fulguration les néoplasmes dès le début.

M. DESPLATS a pratiqué une cinquantaine de fois la fulguration dont 18 fois dans des cas absolument inopérables. Il conclut que : 1° la fulguration est bien tolérée; 2° qu'elle élargit efficacement le champ de la chirurgie. Il pense qu'il ne faudra se prononcer sur les chances de récidive que quand le nombre de cas anciens sera plus élevé.

M. le professeur BERGONIÉ ne peut encore présenter que des résultats immédiats, il ne veut en rien préjuger de l'avenir de ses opérés; les points remarquables sont les suivants :

1° Pendant l'opération : hémostase facile par l'étincelle de l'hémorragie en nappe;

Immédiatement après :

2° Pas de choc opératoire;

3° Lymphorrée très abondante dans la plupart des cas;

Dans la suite :

4° Cicatrisation à marche extrêmement rapide des plaies fulgurées;

5° Régularisation des cicatrices;

6° Pertes de substances comblées d'une façon inespérée;

7° Etat général des malades très amélioré.

M. DE KEATING HART expose la technique de la fulguration elle-même; il insiste sur la lymphorrée véritablement extraordinaire qui succède aux séances et qui est peut-être l'explication des résultats : la fulguration ne détruit pas par cautérisation car la couche escarifiée est insignifiante; mais l'écoulement abondant de sérosité (capable souvent de traverser pansement, matelas, etc.) draine les tissus et il lui succède un bourgeonnement cicatriciel véritablement extraordinaire par sa rapidité et son intensité. Sans prétendre guérir le cancer, il estime apporter des résultats intéressants, et il montre, en analysant les travaux étrangers, que Léopold (de Dresde), Necker (de Vienne), Czerny (d'Heidelberg), Benckiser et Krumm (de Karlsruhe) sont, eux aussi, d'avis que la méthode mérite qu'on continue à l'expérimenter. Il montre des photographies permettant de juger les résultats obtenus. Il continuera à suivre l'histoire des nombreux malades qui, débarrassés par la fulguration de cancers inopérables chirurgicalement, sont actuellement en bonne santé apparente (quelques-uns sont d'ailleurs présentés à la séance).

Dans une autre communication, M. DE KEATING HART montre les bons résultats qu'il a obtenus dans le traitement du lupus par le curetage suivi de fulguration.

Une intéressante exposition d'appareils complétait la section d'électricité médicale. On nous permettra de ne citer que les nouveautés les plus récentes :

La maison GAIFFE dont le stand était le plus important présentait entre autres : le meuble d'Arsonval-Gaiffe modifié par Bergonié pour radiographie instantanée, des appareils à air chaud (aérothermo-cautère, douche d'air chaud, thermo-pulvérisateur du docteur Guyenot, bains locaux d'air surchauffé à circulation d'air de Delherm et Laquerrière), le nouveau modèle de l'appareil à courant intermittent de basse tension de Leduc, l'onduleur pour tous courants du docteur Bordet, etc.

La maison MAURY exposait le miroir radiométrique de Rocque, un compresseur d'Arselin pour radiographie du rein, une pince localisatrice du professeur Nogier, extrêmement ingénieuse pour la localisation des corps étrangers par la radioscopie.

La maison DRISSLER avait envoyé des tubes divers à rayons X parmi lesquels l'ampoule bianodique de Guilloz pour radioscopie stéréoscopique.

La maison RADIGUET et MASSIOT présentait entre autres un pupitre électrothérapique du docteur Guilleminot avec un onduleur, rythmeur-alterneur de courants, ainsi qu'un fluoromètre du même auteur.

LAQUERRIÈRE et DELHERM.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 AOUT 1908)

Intradermo-réaction de la tuberculine. — M. MANTOUX conclut que l'intradermo-réaction présente sur la cuti-réaction, à simplicité d'exécution et à innocuité égales, l'avantage d'une netteté bien plus grande et d'une plus vive sensibilité.

Culture « in vitro » du virus de la peste aviaire. — M. MARCHOUX.

NOTES POUR L'INTERNAT

VOMIQUES

La vomique est le rejet d'une collection purulente passée par effraction dans les voies respiratoires (Dieulafoy); l'irruption d'une collection liquide, ordinairement purulente, dans les voies respiratoires et son évacuation consécutive par la bouche et le nez (Collet). Ce rejet, habituellement subit et massif, rappelle le vomissement, d'où le nom de vomique (*vomere*, vomir). Ce qui caractérise la vomique, c'est d'abord l'abondance de l'évacuation, c'est surtout la brusquerie avec laquelle le pus s'ouvre dans les bronches et est rejeté à l'extérieur. Certains malades atteints de dilatation bronchique, de gangrène pulmonaire, certains tuberculeux cavitaires crachent une quantité considérable de pus; ils n'ont pas de véritables vomiques.

La collection purulente, évacuée par vomique, siégeait parfois dans le poumon; le plus souvent, elle est d'origine pleurale; quelquefois elle vient du médiastin ou des organes sous-diaphragmatiques, lorsque des kystes suppurés ou des abcès ont perforé le diaphragme, ont provoqué des adhérences avec la plèvre et la base du poumon pour s'ouvrir finalement dans les bronches.

La vomique est presque toujours constituée par du pus; cependant le kyste hydatique non suppuré du poumon peut se rompre dans les bronches; la pleurésie séro-fibrineuse s'évacue exceptionnellement par une vomique séreuse (Sahli).

ÉTUDE CLINIQUE. — La vomique étant un accident consécutif à la formation d'une collection liquide, et presque toujours d'une collection purulente, dans un organe thoracique ou abdominal, il en résulte qu'elle est habituellement précédée de symptômes et signes physiques évoluant depuis un temps plus ou moins long. La vomique survient donc chez un malade déjà soigné pour une pleurésie purulente, enkystée ou non, un abcès du foie, etc. Parfois cependant, le diagnostic exact

n'était pas fait; la collection purulente avait même pu se former sans grands symptômes et la vomique constitue alors un des premiers signes cliniques.

La vomique est subite ou annoncée par des *prodromes*. Dans la pleurésie interlobaire, la formation de la fistule pleuro-bronchique et par suite l'apparition de la vomique peuvent être prévues par l'odeur fétide de l'haleine du malade (Dieulafoy); les pyopérihépatites qui s'ouvrent dans les bronches donnent souvent une expectoration purulente et fétide indiquant la prochaine rupture de l'abcès; dans les kystes hydatiques du poumon ou du foie tendant à la vomique, l'haleine prend une odeur de marmelade de prunes (Eichhorst). Quelquefois, une élévation thermique, une dyspnée plus vive, une douleur thoracique correspondant au siège de l'abcès indiquent l'imminence de la vomique.

Puis le malade est pris tout à coup d'une *douleur* brusque, d'une crise de *dyspnée* convulsive avec angoisse respiratoire; il se met à *tousser* et rejette, dans des efforts synergiques de toux et de vomissement, une quantité plus ou moins considérable de pus; cette quantité varie d'une centaine de grammes à plusieurs litres. L'abondance du liquide est quelquefois telle que les voies respiratoires sont brusquement remplies et que la mort peut survenir rapidement par asphyxie. Cette terminaison est exceptionnelle; habituellement ce flot de liquide dans les bronches entraîne seulement de l'angoisse respiratoire, avec refroidissement et cyanose des extrémités, tendance à la syncope, pouls petit et rapide; puis cet état inquiétant se dissipe et ensuite même le malade se trouve soulagé. Mais le lendemain ou les jours suivants, une seconde vomique peut survenir; la collection purulente se reforme, se vide et on cite des malades qui rendent ainsi en plusieurs mois des quantités considérables de pus, quarante litres dans un cas de Trousseau. Après chaque évacuation, le malade se sent mieux, la fièvre tombe, mais la source de la vomique ne se tarit pas.

Quelquefois la vomique est beaucoup moins abondante et par suite beaucoup moins dramatique; le pus est alors craché peu à peu, mêlé à des mucosités bronchiques; chez les enfants, il peut même arriver que le pus d'une petite vomique soit dégluti.

Les *caractères du pus* (couleur, consistance, odeur) sont très variables; on les décrira à propos de chaque variété de vomique; on peut trouver dans ce liquide des débris d'échinocoques, des crochets, des séquestres osseux. Son étude chimique et bactériologique est utile dans certains cas.

L'examen clinique du malade fournit les symptômes et signes de l'affection dont la vomique est un accident : état général, état des poumons, de la plèvre, des organes sous-diaphragmatiques. Comme *signes physiques* dépendant directement de la vomique, on trouve en général des signes cavitaires, quelquefois des signes de pyo-pneumothorax. Une *ponction exploratrice*, une *radioscopie* sont souvent utiles.

A la suite d'une vomique, le malade peut quelquefois être guéri définitivement; on a cité plusieurs cas dans lesquels la vomique a terminé favorablement l'évolution d'une pleurésie à pneumocoques (Gerhardt, Netter). Le plus souvent, il n'en est pas ainsi; après l'évacuation du pus par vomique, il reste une cavité qui a été incomplètement vidée; du pus continue à s'y former; de nouvelles vomiques vont se produire; l'état général du malade reste grave.

FORMES ÉTIOLOGIQUES. — *Vomiques d'origine pleurale.* — Ce sont les plus fréquentes; dans la pleurésie séro-fibrineuse, la vomique est exceptionnelle; elle s'observe dans les pleurésies purulentes occupant toute la cavité pleurale et plus souvent encore dans les pleurésies enkystées.

La vomique qui succède à la *pleurésie purulente* est tardive, elle ne survient guère avant le trentième jour, habituellement du trentième au cinquantième jour chez l'adulte, plus tôt chez les enfants et chez les femmes en état puerpéral. Le diagnostic de pleurésie purulente est donc déjà fait depuis longtemps quand la vomique a lieu. La quantité de pus rejeté est considérable et peut atteindre plusieurs litres; la mort par asphyxie a été quelquefois signalée (Moutard-Martin). En règle générale, la terminaison est meilleure et la vomique est suivie d'un grand soulagement; les caractères du pus varient avec la nature microbienne de la pleurésie. En examinant le thorax après la vomique, on constate que le niveau de la matité a beaucoup baissé et le plus souvent on trouve tous les signes d'un pyopneumothorax; la disposition de la fistule pleuro-bronchique étant assez variable, quelquefois le mécanisme du pneumothorax à soupape se trouve réalisé. Dans les cas les plus heureux, le pneumothorax ne se produit pas; la fistule est disposée de telle sorte qu'elle permet la sortie du pus, mais qu'elle s'oppose à l'entrée de l'air. On comprend par suite les diverses éventualités qui peuvent suivre la vomique : parfois du pus se reproduit dans la plèvre sans pneumothorax, l'épanchement liquide augmente, puis le malade est pris de quintes de toux et recommence une vomique; la même série de phénomènes se reproduit plusieurs fois, pouvant sans doute aboutir à la guérison, mais dans la plupart des cas épuisant le malade et le conduisant à la cachexie. Quand un pyopneumothorax se forme, il devient souvent putride avec un cortège de symptômes graves. Parmi les diverses variétés microbiennes de pleurésies purulentes, c'est la pleurésie à pneumocoques qui se termine le plus souvent par une vomique; la pleurésie purulente à streptocoques a peu de tendance à la vomique; enfin la vomique ne s'observe pour ainsi dire jamais dans la pleurésie purulente tuberculeuse. Même dans la pleurésie à pneumocoques, la vomique est assez exceptionnelle, peut-être parce que le diagnostic de cette pleurésie purulente occupant toute la cavité pleurale est facile et qu'un traitement chirurgical (thoracentèse ou pleurotomie) permet d'évacuer la collection purulente avant la formation de la fistule pleuro-bronchique.

Si la vomique est presque l'exception dans la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, elle est presque la règle dans les *pleurésies purulentes enkystées* dont le type est la pleurésie interlobaire. L'enkystement favorise l'ulcération des parois, la perforation et la vomique; celle-ci survient au bout de quinze à dix-huit jours. On peut le prévoir vingt-quatre heures à l'avance par la constatation de la fétidité de l'haleine (Dieulafoy); à ce moment des émanations fétides s'échappent de la cavité par une fissure. Le pus n'est généralement pas rendu à flots dans cette variété de vomique; c'est par petites gorgées, c'est par crachats, si bien que, faute d'attention, la vomique pourrait être prise pour une simple expectoration bronchique. Dieulafoy insiste sur ces petites vomiques fragmentées qui simulent la bronchorrhée. Après la vomique, la cavité laissée par l'évacuation du pus est en partie comblée par la décompression des lobes pulmonaires voisins; cependant on perçoit souvent des signes cavitaires. Quelquefois la cavité interlobaire se cicatrise, le malade crache encore du pus pendant quelques semaines, mais en quantité de plus en plus restreinte, et il guérit. Dans d'autres cas, la cavité continue à s'infecter, le malade a de la fièvre, de l'inappétence, il maigrit et succomberait si l'opération n'intervenait pas en temps voulu (Dieulafoy).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 95. — SAMEDI 22 AOUT 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 22 AOUT 1908. — Nº 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de **10f par an.** L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le concours pour une place de médecin-adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Louis Née.

ORGANISATION DES SERVICES DE LA VACCINATION. — « La Société médicale du Ve arrondissement émet les vœux suivants :

1° Les médecins de la Ville de Paris pratiqueront eux-mêmes, et sous leur responsabilité, les vaccinations et revaccinations exigées par la loi ;

2° Ils emploieront, à cet effet, tel vaccin et tel mode de vaccination et de revaccination qu'ils jugeront le meilleur, en conservant le contrôle ;

3° Ils seront chargés de la rédaction des certificats de vaccination et de revaccination, comme leur en donne le droit le diplôme qu'ils ont obtenu à la fin de leurs études médicales. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-troisième semaine, 767 décès, au lieu de 749 pendant la semaine précédente et de 829, moyenne ordinaire de la saison. Les maladies épidémiques sont rares. La rougeole et la scarlatine notamment, si fréquentes naguère, continuent à présenter des chiffres inférieurs à la moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 21 au lieu de 30 précédemment et au lieu de la moyenne 39.

La variole n'a pas causé de décès depuis la onzième semaine (moyenne 2).

La rougeole a causé 1 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 64, au lieu de 107 pendant la semaine précédente (moyenne 103).

La scarlatine a causé 3 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 58 ; il s'élevait à 104 pendant la semaine précédente (moyenne 90).

La diarrhée infantile a causé 62 décès de 0 à 1 an, au lieu de 84 pendant la semaine précédente (moyenne 101).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 89 décès, au lieu 66 de la semaine précédente, et au lieu de 78, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 184 décès (moyenne 175).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les pseudo-bacilles acido-résistants. Critique des méthodes de coloration du bacille tuberculeux. Revision du groupe des bacilles dits acido-résistants, par le docteur André Philibert, interne lauréat des hôpitaux de Paris (médaille d'or, médecine, 1907). In-8 raisin de 144 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

Neurasthénies et psychonévroses, par le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. In-8 de 80 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Psychologie des neurasthéniques, par Paul Hartenberg, In-8, 248 pages. — Paris, Alcan.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique infantile, par LE GENDRE et BROCA, 2e édit. In-8 de 759 p. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Steinheil.

Etude sur les contusions, déchirures et ruptures du rein, par le docteur G. LARDENNOIS, ancien interne des hôpitaux de Paris, prosecteur à la Faculté de médecine. In-8 raisin de 232 p., avec 22 fig. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

Traitement chirurgical actuel des kystes hydatiques du foie et de leurs complications, par le docteur CAUCHOIX, ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'argent), prosecteur des hôpitaux. In-8 raisin de 168 p., avec 4 fig. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

Le traitement pratique de la tuberculose pulmonaire. Sept conférences faites à l'hôpital de la Pitié, par le docteur Louis RÉNON, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié, membre de la Société de biologie, membre de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. In-8, de 258 p. — Prix : 3 fr. 50. — — Paris, Masson et Cie.

Le service dentaire dans l'armée française. Service dentaire dans l'armée coloniale, par le docteur SIFFRE. In 8°. — Tours 1908, Imprimerie J. Allard.

REVUE GÉNÉRALE (1)

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par R. BURNIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les affections pelviennes de la femme, il en est peu qui soit aussi fréquemment méconnues que la grossesse extra-utérine, et cependant un diagnostic précoce de cette affection est du plus haut intérêt, si l'on songe aux accidents terribles qui peuvent sans aucun signe prémonitoire soudain se dérouler. Malheureusement il n'est pas de symptôme pathognomonique de cette affection, et si le médecin en attend un pour établir son diagnostic, il a beaucoup de chances pour ne le faire jamais. Ce n'est qu'en pensant constamment à la possibilité d'une grossesse ectopique, quand il examinera une femme pour des troubles pelviens durant la période d'activité génitale, qu'il évitera une erreur presque fatale et qu'il pourra sauver la vie de sa malade.

I

Symptômes. — Rarement une grossesse extra-utérine évolue sans complications et l'on peut dire que la terminaison normale est l'avortement ou la rupture du kyste fœtal, mais les conditions varient suivant que la femme est enceinte de plus ou de moins de cinq mois. Il faut donc envisager successivement ces deux cas.

Avant le cinquième mois. — Dans certains cas, la grossesse extra-utérine ne se manifeste au début par aucun symptôme. Il existe bien les signes d'une grossesse au début, suppression des règles, modifications du côté des seins, troubles digestifs, nerveux, etc., les vertiges seraient assez fréquents (Doléris); les femmes, surtout les multipares, se croient enceintes, mais rien ne fait soupçonner une grossesse anormale.

Mais ordinairement les choses se passent tout autrement. Les *règles* persistent rarement sans subir des modifications, souvent après avoir été supprimées [un tiers des cas (Pinard)], elles reparaissent au bout de six semaines, d'un à deux mois, mais ce ne sont pas là de véritables règles. Comme le dit Pinard, quel que soit le siège de la grossesse, toutes les fois qu'il y a grossesse, il n'y a pas de règles ; la femme peut bien avoir des hémorragies plus ou moins irrégulières, non périodiques dans leur apparition et quelquefois si abondantes qu'elles nécessitent un tamponnement. Le sang peut être rouge comme celui des règles ordinaires, parfois il devient plus épais, noirâtre, chocolat, marc de café, ou au contraire rouillé, séreux. Il faut d'ailleurs savoir que si le fœtus succombe, les pertes de sang peuvent se régulariser, redevenir périodiques ; il s'agit alors de règles véritables, mais il n'y a plus alors grossesse, il y a kyste fœtal (Pinard).

Souvent à ce moment se produit l'*expulsion de la caduque* s'accompagnant quelquefois de douleurs assez vives et simulant un avortement. Cette expulsion assez fréquente [23 fois sur 101 Hörrmann (1)] a lieu à une époque quelconque de la grossesse, soit surtout dans le premier mois, soit au contraire vers la fin, au moment du faux travail, mais elle fait souvent défaut. Quelquefois cette membrane est expulsée en entier et reproduit le moule de la cavité utérine agrandie.

D'autres fois, cette membrane n'est expulsée que par lambeaux plus ou moins grands qu'il faut rechercher avec soin pour les découvrir au milieu des caillots et du sang noir que perd la malade.

L'expulsion de la caduque n'implique pas la mort de l'œuf (Pinard), mais Cazeaux (2) considère comme possible la coïncidence de cette expulsion et de perturbations plus ou moins accusées du côté de l'œuf (un décollement ou une hémorragie plus ou moins étendue par exemple).

En même temps que cette expulsion de la caduque et ces écoulements sanguins qui ont une importance clinique considérable, la femme accuse des *douleurs* plus ou moins vives dans le bas-ventre, symptôme pour lequel les femmes viennent le plus souvent consulter. Ces douleurs apparaissent toujours après un retard ou une suppression de règles. Souvent brusques et dramatiques, elles cessent ordinairement avant l'écoulement sanguin pour revenir plus tard surtout au moment des époques menstruelles. Le siège de cette douleur est surtout dans le basssin, ordinairement la malade la localise du côté de l'abdomen, vers la région ovarienne. De ce point elle irradie aux lombes, à la région sacrée, au périnée, dans la cuisse. Les irradiations lombaires sont peut-être les plus fréquentes, elles obligent la malade à se tenir courbée pendant la marche. Tantôt continue, simple pesanteur dans le bas-ventre qui disparaît avec un peu de repos, tantôt vive et lancinante, survenant par accès, la douleur ressemble assez dans ce dernier cas à des coliques appendiculaires; ce sont les coliques salpingiennes.

La malade courbée en deux applique les mains sur les régions iliaques, ou bien elle comprime les reins, ou bien éprouve une sensation de brisement; à chaque accès, les patientes se tordent, s'agitent et cherchent dans des positions variées le calme qu'elles ne peuvent trouver. Elles poussent des cris déchirants ; l'expiration anxieuse est entrecoupée de gémissements. Sous l'influence de ces efforts, les veines du cou et du front se gonflent et le visage se congestionne, le facies prend une expression des plus douloureuses. L'accès passé, les malades sont brisées, anéanties (Landau). Ces coliques souvent comparées aux douleurs de l'accouchement seraient dues à la contraction de la trompe qui chasse son contenu; elles seraient suivies de ce que Labadie-Lagrave

(1) Hörrmann. *Soc. gyn. Munich*, octobre 1906.
(2) Cazeaux. Th. de Paris, 1903, nº 38.

appelle la *vomique salpingienne*, c'est-à-dire l'évacuation au dehors du contenu tubaire.

A certains moments il se fait des *poussées péritonitiques* qui contribuent à la formation d'*adhérences* entre la trompe gravide et les organes voisins. Le ventre se ballonne, la moindre pression, même le contact des draps, cause de vives souffrances et la morphine est quelquefois nécessaire, puis après cet accès, fébrile ou non, le calme revient; la femme peut marcher et vaquer à ses occupations jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise.

Quelquefois les douleurs s'atténuent et disparaissent à une époque qui semble coïncider avec la mort du fœtus; mais elles renaissent soit près du terme, avec une intensité considérable donnant l'illusion du travail, c'est ce qu'on appelle le *faux travail*. Certains auteurs avec Coe (1) considèrent même la douleur comme un symptôme pathognomonique de la grossesse extra-utérine, quand elle se présente sous la forme d'une colique vive nettement localisée d'un côté avec faiblesse plus ou moins marquée, pouls accéléré et sans élévation de température. C'est peut-être une exagération, mais il faut reconnaître que, dans la période du début, c'est après les hémorragies, le meilleur des éléments de diagnostic.

Enfin, il peut exister aussi quelques phénomènes dus à la *compression* des organes voisins par le kyste fœtal : constipation, crises diarrhéiques par irritation de l'intestin quand le kyste s'insère à la surface de ce dernier (Freund), dysurie, rétention d'urine et même quelquefois anurie et convulsions. Ces *troubles vésicaux* peuvent prédominer et les malades sont souvent obligées de se lever plusieurs fois dans la nuit. Avant l'examen il faut toujours rechercher l'état de réplétion de la vessie et la direction de cet organe souvent dévié, tantôt refoulé en bas et à gauche dans l'excavation, tantôt remontant dans l'abdomen [Pinard (2)].

Si on *examine* la femme, on ne constate par la *palpation* au début que peu de renseignements, surtout si le kyste fœtal s'est développé dans la cavité pelvienne. Ultérieurement, on perçoit au-dessus du pubis une tumeur médiane ou déviée à droite ou à gauche qui ressemble à l'utérus gravide, mais sa forme est moins régulière et plus sensible, douloureuse même à la pression, et jamais on ne peut y déterminer l'apparition de contractions. A côté on peut déceler la présence d'une autre tumeur plus régulière, se contractant sous la main; c'est l'utérus hypertrophié.

Le *toucher vaginal* permet de constater que le corps et le col utérins n'occupent pas leur place normale; tantôt, c'est le cas le plus fréquent, l'utérus est antérieur au kyste fœtal, le col peut être reporté si haut derrière la symphyse que le toucher avec un ou deux doigts n'est pas suffisant, il faut introduire toute la main dans le vagin pour pouvoir atteindre le col avec un doigt; tantôt, plus rarement, l'utérus est rejeté en arrière, tantôt enfin, il est dévié latéralement.

(1) Coe. *Med. News*, 21 avril 1900.

(2) Pinard. *Sem. méd.*, janv. 1894.

Le corps de l'utérus est légèrement augmenté de volume, mais cette augmentation n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse, le col est ramolli, mais ce ramollissement n'est jamais si complet ni si accusé que dans la grossesse utérine (Pinard).

Sur les parties latérales de l'utérus on trouve une tumeur plus ou moins adhérente qui fait tantôt corps avec lui, tantôt en est complètement séparée. D'autres fois c'est en arrière dans le Douglas qu'il faudra chercher la tumeur animée dans certains cas de battements vasculaires. Si la paroi est mince et si la grossesse approche du quatrième mois, on sent des parties solides au milieu de liquide et on peut ainsi percevoir le ballottement.

Le *palper* et le *toucher combinés* permettent de mieux percevoir les volume, forme et situation de l'utérus et de la tumeur.

Enfin le *toucher rectal* aide à explorer la face postérieure de la tumeur quand elle occupe le Douglas.

Si on examine à différentes reprises l'utérus et la tumeur, on peut constater que le volume de l'une varie peu, tandis que le volume de l'autre subit une augmentation notable.

Mais très souvent la constatation de ces phénomènes est négligée, car l'affection est en quelque sorte *latente* et il n'existe rien de caractéristique jusqu'au moment où apparaît une *crise aiguë* qui révèle en même temps que la grossesse extra-utérine elle-même son interruption par l'une des complications suivantes : formation d'un *hémato-salpinx*, *avortement* ou *rupture*.

1. Dans sa *forme la plus légère*, cette crise se réduit à des symptômes péritonitiques tellement flous qu'ils imposent presque une erreur de diagnostic. Voici en effet comment les choses se passent d'habitude. Une femme ordinairement bien réglée a constaté le mois d'avant un retard de quelques jours; des douleurs plus ou moins vives ont apparu dans une des régions inguinales; enfin un écoulement sanguin abondant ou non est survenu et s'est prolongé un mois, quelquefois plus. Au toucher vaginal, rien ou presque rien; un peu de sensibilité dans un des culs-de-sac latéraux ou postérieurs et à un examen approfondi, un léger empâtement à ce niveau. A ne considérer que les troubles fonctionnels le diagnostic de fausse-couche banale s'impose, et c'est une erreur commise tous les jours; seuls les symptômes physiques de la petite masse juxta-utérine qui peuvent échapper à un examen superficiel font porter le diagnostic de *fausse couche tubaire* [Lejars (1)].

2. Dans leur *forme plus grave*, les phénomènes péritonéaux sont plus marqués, l'hémorragie plus abondante et les douleurs abdominales plus accentuées. Ce sont surtout les signes physiques qui feront faire le diagnostic d'*hématosalpinx*.

Pour l'examen bimanuel, l'anesthésie chloroformique rendra cette exploration plus aisée et empêchera des accidents graves, tels que rupture de la trompe, qu'un examen sans ménagements pourrait provoquer.

Dans les cas typiques on sent une tuméfaction

(1) Lejars. *Sem. méd.*, nov. 1904.

allongée transversalement en forme de massue à grosse extrémité externe, à extrémité interne rattachée à l'utérus par un pédicule rétréci. Cette continuité est d'une grosse importance pour le diagnostic (Martin). La fluctuation peut s'observer au début, mais la consistance de la masse est plutôt ferme. Parfois la tumeur est irrégulière, noueuse, bosselée, non franchement latérale, mais bombant dans le Douglas.

Cette tumeur présente souvent une augmentation intermittente de son volume qui correspond vraisemblablement aux époques menstruelles. L'état général de la malade est ordinairement satisfaisant. La température est quelquefois normale, atteint souvent 38 degrés, mais rarement 39 degrés [Vignard (1)]. La marche est le plus habituellement insidieuse et en quelques mois les symptômes fonctionnels et physiques ont régressé et disparu, mais souvent aussi l'évolution est progressive ; à chaque période menstruelle les douleurs et les hémorragies s'aggravent. C'est l'*allure par saccades* de Bernütz et ces troubles aboutissent finalement à l'*avortement* ou à la *rupture*.

Doléris (2) a bien mis en relief les phénomènes accompagnant ces accidents.

I. L'*avortement tubaire* est assez fréquent et sa proportion relativement à la rupture, égale pour Orthmann (61 ruptures et 61 avortements sur 122 cas) est plus considérable dans les autres statistiques : Fehling, 71 avortements contre 9 ruptures; Küstner, 56 contre 16.

L'*avortement tubo-utérin* (Werth, Bland Sutton) se produit dans les cas d'ectopie voisine de l'utérus; exceptionnellement [Elliot (3)] il a pu se terminer par une grossesse utérine vraie.

L'*avortement tubo-abdominal* s'observe surtout en cas de siège ampullaire de l'œuf, de perméabilité du pavillon [avant la cinquième semaine (Bland Sutton)], d'intégrité des parois tubaires. Quelquefois l'œuf peut se greffer sur le péritoine et évoluer en grossesse abdominale secondaire (L. Tait), mais ordinairement l'embryon tombe au milieu des caillots et succombe. Les hémorragies qui accompagnent cet accident sont d'importance variable, ordinairement peu abondantes, mais à répétition, elles sont constituées par un sang rouge, puis foncé, quelquefois fétide (Meck). L'épanchement est quelquefois plus considérable [plus d'un litre de sang (Doléris)]. Ces pertes s'accompagnent de douleurs à début brusque, hypogastriques avec irradiations sacro-lombaires affectant la forme de crises aiguës et avec réaction péritonéale plus ou moins vive, ballonnement du ventre, dysurie, etc. Ce tableau clinique de l'avortement (douleurs, métrorragies) traduit le décollement de l'œuf et son irruption dans le péritoine, et il rappelle avec des teintes atténuées l'aspect de la rupture (Le Dentu).

II. La *rupture* est un accident fréquent et précoce de la grossesse extra-utérine [63 ruptures sur 90 cas (Puech)]; il survient surtout de la quatrième semaine au quatrième ou cinquième mois, rarement plus tard. Les efforts, une chute, un voyage fatigant, une congestion menstruelle peuvent être invoqués comme causes provocatrices de cet accident, quoique bien souvent le facteur étiologique passe inaperçu.

C'est l'*hémorragie* qui est le symptôme capital dans ce cas, et à l'écoulement veineux des sinus (qui se voit dans l'avortement tubaire) s'ajoute souvent ici le jet d'une artère dilatée et rompue. L'abondance de l'hémorragie est ordinairement d'autant moindre que la grossesse est plus jeune, bien que sur 54 cas de mort relevant de cette cause, Cestan (1) en a noté 21 survenus entre trois semaines et deux mois et demi. Elle dépend aussi de l'état du péritoine et Segond a bien exprimé son influence dans un aphorisme : « Petit épanchement dans un péritoine malade, grande hémorragie dans une séreuse saine. »

Si la perte est brusque et abondante on aura sous les yeux le tableau de l'*inondation péritonéale*; c'est la forme *cataclysmique* de Barnes. Subitement la femme est prise d'une douleur abdominale extrêmement violente, il lui semble même parfois que quelque chose se déchire et s'arrache en elle. Puis nausées et vomissements apparaissent; elle a des faiblesses, des syncopes répétées, quelquefois même du délire et des convulsions. Le facies est pâle et grippé, la peau et les muqueuses se décolorent, une sueur glacée recouvre son corps, son pouls est filiforme, incomptable : il existe en un mot tous les signes de l'hémorragie interne.

La température subit un abaissement de 1 à 2 degrés au début des accidents. S'il y a plusieurs crises, une élévation thermique peut au contraire se produire au moment de chaque hémorragie, elle est alors fonction de la réaction péritonéale et non de la résorption.

Une faible élévation de température, dit Longyear, hors de proportion avec les autres symptômes est caractéristique de la rupture de la grossesse tubaire (2). La respiration est gênée, superficielle, les mouvements respiratoires sont précipités. Il existe souvent un certain état d'anxiété et de vertige avec bourdonnements d'oreille et troubles de la vue.

La mort peut être instantanée, mais ordinairement la malade survit quelques heures ou quelques jours; quelquefois on voit les signes généraux diminuer d'intensité et la malade revenir peu à peu à la vie, mais cette accalmie est souvent trompeuse, et la femme meurt les jours suivants à la suite d'une nouvelle hémorragie (Brindeau). A l'autopsie on trouve parfois dans l'abdomen un ou plusieurs litres de sang remontant dans certains cas jusque sous le foie.

Si l'hémorragie est peu abondante, le sang tend à se collecter dans le Douglas, si bien qu'en pratique on a toujours affaire à une *hématocèle rétro-utérine*.

Les signes du début sont les mêmes que précédemment, quoique un peu estompés : douleur abdominale vive, tendance aux vomissements et à la syncope, muqueuses décolorées, pouls petit, rapide,

(1) Vignard. *Gaz. méd. de Nantes*, janv. 1903.
(2) Doléris. Soc. obst. gyn. péd., avril-mai 1900.
(3) Elliot. *Boston med. Journ.*, 1893.

(1) Cestan. *Sem. gyn.*, 1896.
(2) Aguinet. Th. de Paris, 1902.

température normale ou inférieure à la normale, nez pincé, yeux excavés. Mais les phénomènes ne tardent pas à s'amender, et apparaissent alors les signes de compression du côté du petit bassin : ténesme vésico-rectal, constipation simulant l'obstruction intestinale, rétention d'urine, douleurs pelviennes et sacrées. En même temps la femme perd du sang noir, chocolaté, contenant parfois des débris de caduque. Ordinairement peu abondante, cette perte peut devenir une véritable hémorragie qui simule une fausse couche.

Si on examine le ventre de la femme on peut trouver au début dans certains cas un peu de matité dans les fosses iliaques. Le toucher vaginal fournit peu de renseignements, car le sang étant fluide se laisse refouler par le doigt. On trouvera seulement le col un peu mou et le corps repoussé en avant et augmenté de volume. Mais au bout de vingt-quatre, quarante-huit heures, les sensations changent, car des caillots se sont formés.

Au palper on trouve une tumeur rénitente située dans les fosses iliaques avec prédominance d'un côté, remontant quelquefois plus ou moins haut dans l'abdomen et offrant une matité en forme de cœur de carte à jouer (Siredey). Le ventre est souvent ballonné et douloureux. Au toucher on sent un col élevé et repoussé en avant contre le pubis, le corps est également refoulé en avant par une masse arrondie bombant dans le cul-de-sac postérieur et séparée du col qu'elle enserre comme un croissant. La consistance de cette tumeur se modifie, d'abord dépressible comme du mastic, elle se durcit de plus en plus et acquiert une dureté ligneuse.

Le pouls se relève et redevient bien frappé, la température monte quelquefois à 38, 39 degrés, c'est une fièvre due à la résorption du sang épanché (Tuffier). Il existe à ce moment un léger subictère, une grande quantité d'urobiline dans les urines grâce à la résorption des pigments sanguins.

L'épanchement finit par se résorber et la guérison est obtenue. Mais quelquefois l'hématocèle peut récidiver par poussées successives et amener la mort par anémie.

Tel est le tableau clinique de la grande hématocèle ; mais il existe une forme plus rare, c'est l'*hématocèle extra ou sous-péritonéale* (Huguier, Poncet, Pozzi). L'épanchement est quelquefois considérable, il décolle les deux feuillets du ligament large, filtre à travers le tissu cellulaire et peut gagner le ligament large opposé, la fosse iliaque et même la fosse ischio-rectale (Lejars). L'utérus est repoussé en haut dans l'abdomen et refoulé du côté opposé. La collection molle fait saillie dans le cul-de-sac correspondant et sur les parties latérales du vagin, mais bombe peu dans le Douglas. La pression du ligament large sur le rectum se traduit par un rigoureux ténesme rectal. C'est le signe de Tait.

Abandonnée à elle-même, cette forme guérit le plus souvent, mais comme toute hématocèle, elle est susceptible de *suppurer*.

L'*infection* de l'hématocèle qui survient souvent à une période tardive procède des voies génitales ou de l'intestin. Elle s'annonce par des frissons, de la fièvre, une réaction péritonéale plus ou moins vive, de la diarrhée fétide et un ramollissement de la tumeur en certains points. Le pus alors mélangé de matières brunâtres, de caillots dégénérés et visqueux, se fait jour le plus souvent par le rectum, et son ouverture est précédée de coliques et de rectite. Si l'évacuation est suffisante, la guérison peut être définitive, sinon la brèche reste fistuleuse, et la malade peut succomber à la septicémie chronique. L'ouverture dans le vagin est plus rare et plus favorable ; plus rares encore sont les cas d'ouverture dans la vessie, à la paroi abdominale ou dans le péritoine. S'il s'agit d'une hématocèle sous-péritonéale, le pus peut fuser dans le ligament large et jusque dans la fosse iliaque, donnant naissance à des phlegmons du ligament large, des abcès de la fosse ischio-rectale et de la fosse iliaque.

GROSSESSE DE PLUS DE CINQ MOIS. — La femme peut échapper à tous ces accidents qui la menacent et la grossesse continuer à évoluer. Rarement l'évolution se fait normalement, sans douleurs abdominales ; en général, au contraire, on constate des douleurs vives, aiguës, lancinantes, intermittentes, souvent il existe une hyperesthésie cutanée, telle que la femme ne peut supporter sur le ventre le poids de sa couverture ; parfois ce sont les mouvements actifs du fœtus qui réveillent des douleurs quelquefois intolérables, le pouls peut s'accélérer par instants, la température monter de 1 ou 2 degrés grâce à des poussées successives de péritonite partielle.

L'*examen* du ventre attire l'attention ; il existe une tumeur irrégulière dans son contour, quelquefois bosselée, déviée latéralement et non plus ovoïde, régulière, médiane comme l'utérus normal.

Au *palper*, on sent mieux les limites de cette tumeur. La consistance est assez résistante, mais elle ne se modifie pas pendant l'examen. A travers la paroi, on sent très facilement les parties fœtales, le fœtus semblant très superficiel ; mais il ne faudrait pas se fier à ce signe et quand le fœtus est doublé d'adhérences épaisses, les sensations fœtales sont assez éloignées de la main.

A côté de la poche gravide, on sent une autre tumeur plus petite, plus régulière qui se contracte sous la main qui palpe, c'est l'utérus augmenté de volume.

A l'*auscultation*, on entend comme dans une grossesse normale les bruits du cœur fœtal, les mouvements actifs et un bruit de souffle maternel.

A l'*examen vaginal*, on remarque une coloration violacée du vagin (Pichevin et Ross). Le ramollissement du col est constant pendant toute la durée de la grossesse extra-utérine, mais il n'est jamais aussi accusé que dans la grossesse normale.

Le col est ordinairement élargi et entr'ouvert permettant l'entrée du doigt. Le *toucher combiné au palper* permet de confirmer ces sensations. L'utérus est hypertrophié et plus mou que normalement, mais ce ramollissement ne porterait pas sur l'isthme utérin [Longyear (1)] ; il n'y aurait donc pas dans la gros-

(1) LONGYEAR. *Ann. of gyn. a. ped.* Boston 1897.

sesse extra-utérine de signe de Hégar. Le col est dévié à droite ou à gauche, mais ordinairement est reporté en haut et en avant, derrière la symphyse.

Dans le cul-de-sac postérieur, rarement antérieur et séparé de l'utérus par un sillon, on sent une tumeur assez volumineuse arrondie, fluctuante ou rénitente complètement immobile, à parois quelquefois assez minces pour permettre de percevoir à son travers les sutures et fontanelles. Mais si la poche est épaisse et si le placenta s'insère à son extrémité inférieure on ne sentira qu'une masse molle plus ou moins dépressible, souvent pulsatile (1), rappelant la sensation qu'on obtient en examinant un fibrome pelvien ramolli. Dans certains cas, on peut obtenir la sensation de contractions intermittentes très nettes pareilles à celles d'un utérus gravide (2).

Le *toucher rectal* est important à pratiquer, il renseigne sur la situation de la tumeur par rapport à la paroi postérieure de l'excavation. Enfin le *cathétérisme de la vessie* montrera le siège de ce réservoir.

Quand le huitième mois s'est écoulé sans complications, la rupture est ordinairement évitée et la grossesse peut évoluer jusqu'au terme, soit qu'il s'agisse de grossesse tubaire [Dranitzine (3), Augier (4), Rich. Mond (5)], ovarienne [Kœnig (6)] et surtout interligamentaire ou abdominale secondaire [Maclean (7), Ferré (8), Walther Hermes (9), Lovrich (10), O. Semb (11)].

Une fois à terme on voit survenir des symptômes analogues à ceux qui indiquent le *travail* de l'accouchement, et tels qu'on a cru que les femmes allaient accoucher; seule une exploration attentive et le toucher ont rectifié l'erreur.

Des douleurs abdominales produites par des contractions utérines apparaissent en effet intermittentes comme celles de l'accouchement. Un suintement sanguinolent renfermant quelquefois des lambeaux de caduque l'accompagne; parfois l'hémorragie est très abondante. Au palper on ne sent pas la tumeur se contracter au moment des douleurs. Le toucher permet de constater que le col perméable s'entr'ouvre et autorise l'introduction d'un ou deux doigts dans la cavité utérine qui est ainsi reconnue vide. Le fœtus succombe ordinairement très vite et sa mort peut être précédée de quelques mouvements actifs rapides, comme convulsifs, les bruits du cœur se ralentissent, deviennent plus sourds et finissent par disparaître.

Ces symptômes de *faux travail* sont ordinairement observés quand la grossesse est arrivée à terme, mais quelquefois aussi à sept ou huit mois. Sa durée est souvent de huit à vingt-quatre heures, mais parfois est beaucoup plus longue, cinq à sept jours et davantage. Quand le faux travail a disparu et que le fœtus a succombé, on peut voir survenir des phénomènes analogues à ceux des suites de couche : les seins augmentent de volume et se gonflent de lait; parfois il existe un écoulement génital rappelant un écoulement lochial peu abondant. L'abdomen diminue de volume et les règles réapparaissent au bout de deux mois environ.

La *rétention* du kyste fœtal peut durer plusieurs années sans produire de complications. Sans parler des cas de Sappey et de Kuchenmeister où la rétention dura cinquante-six et cinquante-sept ans, nous citerons les observations de Poroshine (1) où la rétention s'est prolongée treize ans, de Stankiewicz (2) [dix-huit ans], de Keitler (3) [vingt-deux ans], d'Ornelas (4) [dix ans], de Currier (5) [quatorze ans], de W. H. Fales (6) [trente ans]. Bégouin (7) a de même rapporté un cas de grossesse abdominale avec rétention fœtale de vingt et un ans. Quant aux rétentions de huit (8), onze (9), quinze mois, trois ans (10), elles sont beaucoup plus communes. Dans ces cas les liquides se résorbent, les membranes deviennent fibreuses; c'est la *momification*. Les parties molles du fœtus peuvent même se résorber après avoir subi la dégénérescence graisseuse (adipocire) et des dépôts calcaires se font sur les parois : un *lithopédion* est constitué; trois variétés en ont été décrites : dans l'une, le fœtus momifié peut facilement être enlevé des membranes calcifiées (lithocéliphos); dans la deuxième le fœtus est adhérent à certaines parties des membranes; dans la troisième le fœtus s'échappe de ses membranes, tombe dans la cavité péritonéale et s'incruste de sels calcaires. Ce lithopédion peut ainsi rester enkysté et silencieux pendant des années et finit par s'éliminer peu à peu en produisant des accidents plus ou moins sérieux. Dans le placenta la circulation persiste un certain temps, un mois et demi environ, mais même au delà de ce terme son *décollement* peut encore provoquer des hémorragies.

Mais le kyste reste rarement stérile : il *suppure* ordinairement, que l'infection vienne de l'intestin ou par voie tubaire ou vasculaire. Il en résulte soit une péritonite généralisée rapidement mortelle, soit une péritonite partielle, cause possible de septicémie.

Le kyste peut encore contracter des adhérences multiples et complexes et tend à *s'ouvrir* ultérieurement soit à la paroi abdominale, ordinairement au voisinage de l'ombilic, ce qui est une issue relativement favorable, soit dans une cavité voisine. Guisy (11) retira d'une vessie un fœtus âgé de trois mois; Hue (12) enleva de la vessie d'une femme de

(1) Horrocks et Meck. *Am. j. of obst.*, janv. 1894.
(2) Brettauer. *Med. News*, juillet 1898.
(3) Dranitzine. Soc. obst. de Saint-Pétersbourg, fév. 1906.
(4) Augier. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1905, n° 25.
(5) Rich. Mond. *Centr. f. Gyn.*, nov. 1906.
(6) Kœnig. *Centr. f. Gyn.*, 1905, n° 42.
(7) Maclean. Obst. Soc. of London, avril 1906.
(8) Ferré. *Ann. gyn. obst.*, déc. 1903.
(9) W. Hermes. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, p. 356.
(10) Lovrich. *Gyn. ungar. Ver.*, Budapest, nov. 1906.
(11) Oscar Semb. *Krist. med. Selsk.*, nov. 1901.

(1) Poroshine. Soc. méd. du Turkestan, 1901.
(2) Stankiewicz. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1901.
(3) Keitler. *Gesell. Obs. u. Gyn.*, Wien, nov. 1903.
(4) Ornelas. *El observador medico*, fév. 1908.
(5) Currier. *Ann. of gyn. a. ped.*, Boston 1897.
(6) W. H. Fales. *Boston med. surg. Journ.*, 1887.
(7) Bégouin. Congrès de chir. de Paris, 1906.
(8) Croisier. Soc. de gynécol., d'obst. et de pédiat., juillet 1907.
(9) Durand et Laroyenne. Soc. de chir. de Lyon, janv. 1908.
(10) Thomsen. *Journ. d'obs. et de gyn. russe*, 1903.
(11) Guisy. *Ann. des mal. génito-urinaires*, 1903.
(12) Hue. *Revue de chir.*, août 1900.

soixante-deux ans les ossements craniens d'un fœtus, et d'une femme de soixante-quatre ans l'extrémité supérieure d'un fœtus de quatre à cinq mois. Le kyste peut s'ouvrir dans le rectum et les ossements être expulsés par l'anus [Morrill Lee (1)] ou par une fistule intestinale [Poroshine (2)]. Il peut se frayer un passage vers l'utérus [Bertino (3)]. D'ailleurs l'évacuation peut se faire par des voies différentes chez la même malade, tel le cas de Fenwick (4) où il existait une fistule intestinale et une fistule vésicale. Le kyste peut enfin se rompre dans un kyste de la cavité abdominale, comme un kyste de l'ovaire [Urbain (5)]. Parry, sur 248 cas de grossesse ectopique, a relevé l'ouverture rectale 65 fois, l'ouverture de la paroi abdominale 40 fois, l'ouverture vaginale 12 fois et vésicale 9 fois. Ces ouvertures restent souvent fistuleuses et tant que l'élimination n'est pas complète, la malade demeure sous la menace de la septicémie lente, quand elle ne meurt pas presque subitement par hémorragie et infection comme dans le cas de Bucura (6).

II

Diagnostic. — Le diagnostic de la grossesse extra-utérine est en général très difficile, car il repose non pas sur un signe spécial, mais sur un ensemble de caractères.

C'est pendant la première période, AVANT LE CINQUIÈME MOIS que les erreurs sont le plus fréquemment commises, car il n'existe alors aucun signe de certitude de grossesse, et on a pu ainsi étiqueter grossesse ectopique une série d'affections, comme les *abcès de la cavité de Retzius*, les *kystes de l'ovaire* au début, les *fibromes de l'ovaire* [Veyssière (7)], les *phlegmons péri-utérins*, l'*appendicite* chez la femme enceinte [Guinard (8)], une *tumeur fécale* de l'S iliaque au début d'une grossesse utérine [Demelin (9), Struison (10)]. De même des grossesses développées dans une *corne utérine* d'un utérus bicorne [Munde (11), Hœpel, Johnson (12)], dans un *utérus double* [Mantel (13)] ont pu être opérées pour une grossesse extra-utérine.

Les *fibromes de la face postérieure de l'utérus* qui bombent dans le Douglas et compriment le rectum ou les uretères peuvent également prêter à l'erreur. Il en est de même pour les *hydro*, *hémato ou pyosalpinx* formant des masses sur le côté de l'utérus, souvent confondues avec lui, quelquefois séparées par un sillon et un pédicule [Lejars (14), Boldt (15), Freund (1)]; mais le corps utérin est trouvé peu augmenté de volume et déjeté latéralement.

(1) MORRILL LEE. *Am. Journ. of obst.*, 1892.
(2) POROSHINE. Loc. cit.
(3) BERTINO. *Ann. di. ost. e gin.*, p. 523.
(4) FENWICK. *Brit. med. Journ.*, 1904, p. 1739.
(5) URBAIN. Soc. de gyn. et d'obstét. de Bruxelles, 1900.
(6) BUCURA. *Wien. klin. Wochens.*, 1907, nº 4.
(7) VEYSSIÈRE. In Th. COUDERT, Paris 1904.
(8) GUINARD. In *Traité Le Dentu-Delbet*, VII, 508.
(9) DEMELIN. *Revues et mém. d'obstét.*, 1900.
(10) STRUISON. *New-York med. Journ.*, 1900.
(11) MUNDE. *Am. Journ. of obstet.*, janv. 1890.
(12) HŒPEL, JOHNSON. In. Th. WARIN, Paris 1899.
(13) MANTEL. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, 1907, p. 84.
(14) LEJARS. In Th. de BALZAGETTE, Paris 1905.
(15) BOLDT. *New-York obst. Soc.*, janv. 1902.

Les *grossesses développées dans un utérus anté ou latéro-fléchi* peuvent être également prises pour une grossesse extra-utérine [Fieux et Chavannaz (2)]. L'erreur sera évitée par un toucher et surtout par un palper soigneux, car, comme l'a dit Varnier, « c'est par en haut plutôt que par en bas qu'il faut sentir l'indépendance entre le corps utérin et les tumeurs pelviennes pour affirmer qu'elles sont juxta-utérines. »

Dans une autre catégorie de faits il s'agit au contraire de grossesses utérines *réelles*, mais *méconnues*.

Les écoulements hémorragiques fréquents au cours des grossesses ectopiques peuvent en imposer pour des *métrorragies* dues à d'autres causes : polypes, tumeurs, etc. Il est une méthode, utilisée par Clado et qui vient d'être reprise par David (3), qui permet d'éclairer la cavité utérine et de déceler les productions diverses : polypes, granulations tuberculeuses, débris placentaires, susceptibles de causer des hémorragies : c'est l'hystéroscopie. Clado a ainsi pu constater que, dans la grossesse extra-utérine, la muqueuse de l'utérus était saine dans toute son étendue, sans trace de débris ni de végétations; qu'elle était notablement épaissie d'une façon uniforme avec un aspect lisse congestionné et même violacé.

L'expulsion d'une caduque survenant après une crise de coliques peut en imposer pour un *avortement* [Labey (4), Couvelaire (5), Pinard (6)], surtout s'il y a en même temps métrorragie, le moule de la cavité utérine représentant assez bien un œuf jeune dont l'embryon est passé inaperçu; mais après cette expulsion, la tumeur peut persister s'il s'agit de grossesse ectopique, elle disparaît s'il y a eu simple fausse couche.

Cette expulsion de caduque peut être prise pour une *dysménorrhée membraneuse* (Le Dentu), mais il faut examiner attentivement les trompes, et au besoin recourir au microscope, la présence de cellules déciduales dans les nombreux lambeaux permettra d'affirmer l'existence de la caduque [Pazzi (7)].

On peut, en cas de grossesse ectopique, faire le diagnostic de *grossesse normale* [Lejars (8), David (9)]; mais en précisant les limites de l'utérus, on verra que son volume n'est pas en rapport avec l'âge de la gestation.

La *salpingite chronique* [Jayle, Cestan (10), Mauclaire (11), Doléris (12)], ou *suppurée* [Picqué (13), Ca-

(1) FREUND. *Xe Deuts. Cong. Wurzbourg*, 1903.
(2) FIEUX et CHAVANNAZ. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, déc. 1904.
(3) DAVID. Th. de Paris, 1908.
(4) LABEY. Soc. anat., janv. 1898.
(5) COUVELAIRE. Th. de Paris, 1901.
(6) PINARD. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, sept. 1891.
(7) PAZZI. *Arch. ital. di Ginecol.*, oct. 1903.
(8) LEJARS. In Th. BAZALGETTE.
(9) DAVID. Th. de Montpellier, 1901.
(10) CESTAN. Th. de Paris, 1894.
(11) MAUCLAIRE. Soc. anat., juillet 1903.
(12) DOLÉRIS. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, 1891.
(13) PICQUÉ. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, 1893.

melot (1), Pilliet et Auvray (2), Verdelet (3), Lejars (4), Jonnesco (5), Fairbain (6)], évoluant sans grossesse, a pu simuler à s'y méprendre une grossesse ectopique, à plus forte raison quand elle s'accompagne d'une grossesse au début (Brindeau).

Le diagnostic entre la grossesse extra-utérine et la *rétroversion de l'utérus gravide* [Lejars (7), Giles et Maclean (8), Davis (9)] est délicat; mais dans la rétroversion, on ne trouve pas le corps utérin au-dessus du pubis; de plus la tumeur du cul-de-sac postérieur constituée par le corps de l'utérus peut se contracter sous les doigts.

Une *latéroversion de l'utérus gravide* peut donner naissance à une erreur d'interprétation semblable, et quelquefois même la laparotomie a été pratiquée [Richelot, Varnier, Fieux (10)].

On a également souvent pris une grossesse ectopique pour un *fibrome utérin* [Chevalier et Picqué (11), Dührrsen (12)] ou pour un *kyste de l'ovaire* [Vineberg (13), Jacobs (14), Franz (15)].

Le diagnostic de grossesse extra-utérine avec une *grossesse développée dans une corne d'utérus bicorne* est presque impossible sur la femme vivante; il est même parfois très délicat sur le cadavre (Bar, Braun, Lepage), d'autant plus que la tumeur développée dans la corne est séparée du reste de l'utérus par une sorte de pédicule (Pozzi). Cette asymétrie utérine est due à une insertion anormale de l'œuf se faisant très près de l'ostium uterinum. La corne gravide se développe seule, tandis que la plus grande partie de l'utérus ne se modifie pas, et à l'examen on trouve le corps utérin un peu volumineux, auquel est annexée une tumeur molle qu'on peut prendre pour une grossesse ectopique d'autant plus facilement que la femme perd souvent du sang; mais cette tumeur molle serait, d'après Lequeux (16), nettement latérale, souvent un peu antérieure, jamais postérieure. La sensation de contractions sous le doigt de la tumeur est un bon signe en faveur d'une grossesse utérine. De plus, la recherche du ligament rond peut rendre des services pour le diagnostic : ce ligament est situé en dehors du kyste fœtal si l'œuf reste développé dans une corne utérine; il est au contraire à la partie interne quand il y a grossesse tubaire.

Si, au lieu de grossesse tubaire, il s'agit de grossesse interstitielle, le diagnostic est très délicat, car la situation du ligament rond est la même dans les deux cas, c'est-à-dire en dehors du kyste fœtal. L'apparition brusque d'un accident, avortement ou rupture, vient souvent fixer un diagnostic hésitant, mais quelquefois il ne fait que redoubler l'incertitude.

(1) Camelot. Th. de Paris, 1894.
(2) Pilliet et Auvray. Soc. anat., juin 1894.
(3) Verdelet. *Semaine gynécol.*, 1900.
(4) Lejars. *In* Th. Balzalgette.
(5) Jonnesco. Soc. de chir. de Bucarest, 1904.
(6) Fairbain. *Journ. of Obst. a. Gyn. of the Brit. Emp.*, déc. 1907.
(7) Lejars. *Semaine méd.*, nov. 1904.
(8) Giles et Maclean. *Obst. Soc. of London*, juillet 1897.
(9) Davis. *Am. gyn. Society*, août 1902.
(10) Fieux. *Presse méd.*, déc. 1904.
(11) Chevalier et Picqué. Soc. de chir., 1902.
(12) Dührrsen. *Arch. f. Gyn.*, 1893.
(13) Vineberg. *Am. Gyn. of Obst. Journ.*, 1896.
(14) Jacobs. Soc. belge de gynécol. et d'obstét., 1901.
(15) Franz. *Gesell. f. Geb. u, Gyn.*, déc. 1906.
(16) Lequeux. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1906, n° 5.

Si on assiste à une crise aiguë d'avortement ou de rupture tubaires on peut, si l'idée de grossesse fait défaut, faire les diagnostics les plus variés. C'est ainsi que Fairbain (1) signale un cas de grossesse ectopique prise pour une *indigestion* en raison des douleurs gastriques, de la diarrhée et des légers vomissements : la mort survint six heures après les premiers symptômes. De même on peut songer à un *empoisonnement*, à la *rupture d'un kyste de l'ovaire* [Bouilly (2), Reclus (3)], à la *torsion du pédicule d'une tumeur* [Auvray (4), Stevenson (5)] ou d'une *salpingite* [Campenon (6)], à une *crise d'appendicite* [Potherat (7), Peyrot, Savariaud (8), Legueu (9), Fabricius (10), Silhol (11)], ou de *colique néphrétique* [Karl Doege (12)] ou *hépatique* [Œdam (13), Tuffier (14) (énorme cholécystite)]; erreurs d'autant plus faciles à commettre, qu'une appendicite ou une salpingite tordue peuvent coïncider avec une grossesse tubaire rompue de l'autre côté [Baudron (15)]. On a signalé également le cas de grossesse tubaire rompue venant faire saillie au niveau du canal inguinal et offrant tous les caractères d'une *hernie inguinale étranglée* [Malherbe (16)]; une autre prise pour une *hernie ombilicale étranglée* [Michaux (17)].

D'une façon générale ce sont la pâleur du facies, la décoloration des muqueuses et la fréquence du pouls non en rapport avec la quantité de sang perdue par la malade qui feront pencher le diagnostic en faveur de l'avortement ou de la rupture tubaires.

Devant la difficulté du diagnostic, on s'est adressé au laboratoire pour obtenir des indications utiles, mais les résultats ont été peu satisfaisants. L'*examen du sang* est le plus souvent négatif. D'après la statistique d'Hörrmann (18), dans 5 cas d'hématocèle seulement, on a trouvé une augmentation de la teneur en hémoglobine du sang total; de même la recherche de l'hyperleucocytose, dans le but de déterminer si on avait affaire à une hématocèle ou à une lésion inflammatoire des annexes, à une inondation intra-péritonéale ou à une péritonite, a conduit à des résultats extrêmement variables, impossibles à utiliser pour le diagnostic.

D'autre part, l'étude de la réaction de l'*hydrobili-*

(1) Fairbain. *Royal Soc. of med. London*, nov. 1907.
(2) Bouilly. In Th. Fossard, Paris 1901.
(3) Reclus. In Th. Baron, Paris 1898.
(4) Auvray. *Progrès méd.*, 1900.
(5) Stevenson. *Am Journ. of Obst.*, 1894.
(6) Campenon. In Th. Krien, Paris 1898.
(7) Potherat. Soc. de chir., nov. 1902.
(8) In. Th. Aguinet, Paris 1903.
(9) Legueu. Soc. de chir., oct. 1902.
(10) Fabricius, *Kk. Wien. Gesell.*, nov. 1905.
(11) Silhol. *Marseille méd.*, 1905, n° 4
(12) Karl Doege. *Med. Rec.*, sept. 1895.
(13) Œdham. *Am. Journ.*, juin 1894.
(14) Tuffier. Soc. de chir., nov. 1904.
(15) Baudron. Soc. d'obst., de gynécol. et de pédiat., 6 avril 1900.
(16) Malherbe. In Th. Camelot, loc. cit.
(17) Michaux. In Th. Cestan, loc. cit.
(18) Hörrmann. Loc. cit.

urie urinaire (procédé d'Ehrlich) n'a montré de réaction positive que dans un très petit nombre de cas : elle a été négative dans toutes les vieilles hématocèles et dans toutes les hémorragies tout à fait récentes. Comme d'autre part cette réaction s'observe dans toutes les affections qui s'accompagnent d'une augmentation de pigments biliaires (affections hépatiques et maladies infectieuses aiguës), on ne peut guère tabler sur son existence pour appuyer le diagnostic de grossesse ectopique rompue.

Quant à la recherche de l'*acétonurie* préconisée par Baumgartner et Poppert, elle ne peut guère donner de résultats, car ce symptôme est très inconstant : Wechsberg (1) ne l'a rencontré que 2 fois sur 8 cas.

La *radiographie*, tout à fait au début, ne peut guère être utilisée. Par contre elle pourra être d'un utile secours dans les cas plus avancés [Lichtenstein (2), Mellin et Sjögren (3)]. Varnier (4) a présenté à la Société d'obstétrique et de gynécologie une radiographie *in vivo* d'une grossesse extra-utérine; on voyait dans l'aire du détroit supérieur le contour de la tête fléchie. Imbert et Garrigou, Bouchacourt (5), Mauclaire (6), Rochard (7), Demelin (8), Audebert et Dieulafé (9) ont également publié des cas de grossesse ectopique avec radiographie de la pièce après ablation.

Après le cinquième mois, le diagnostic est plus facile car il existe des symptômes qui permettent d'affirmer que la femme est enceinte et que le fœtus est vivant, mais alors on peut errer avec une *grossesse normale* (Pajot, Parry, Budin).

Chez certaines femmes, les parois abdominales et utérines sont parfois si minces que le fœtus est pour ainsi dire sous la main et l'on croit volontiers à une grossesse ectopique, mais un palper un peu prolongé montre l'existence de contractions caractéristiques.

Le *toucher intra-utérin* préconisé par Tarnier permettrait évidemment de faire un diagnostic, mais il présente de graves inconvénients et on ne doit y recourir que dans des cas absolument exceptionnels.

Il vaut mieux d'une manière générale s'abstenir de tout procédé d'exploration intra-utérine, tels que hystéromètres, à plus forte raison curettes. Ces derniers instruments ne sont d'ailleurs employés que par suite d'une erreur de diagnostic, et Rieck (10) signale un cas où lors de l'hystérométrie la patiente tomba immédiatement dans le collapsus et offrit tous les signes d'une hémorragie intra-abdominale : la sonde avait pénétré dans la portion interstitielle de la trompe distendue elle-même par une grossesse.

(1) Wechsberg. *Wien. klin. Wochens.*, 1906, p. 953.
(2) Lichtenstein. *Münch. med. Wochens.*, 1906, nº 11.
(3) Mellin et Sjögren. *Gesell. schw. Ærzte*, Stockholm 1903.
(4) Varnier. Soc. d'obstét., de gynécol. et de pédiat., mars 1899.
(5) Bouchacourt. *L'obstétrique*, 1900.
(6) Mauclaire. *Médecine mod.*, août 1904.
(7) Rochard. Soc. de chir., avril 1903.
(8) Demelin. Soc. d'obstét., avril 1903.
(9) Audebert et Dieulafé. Soc. d'obstét., de gynécol. et de péd., juin 1907.
(10) Rieck. *Centralbl. f. Gyn.*, août 1907.

Autrefois, on croyait que toute grossesse extra-utérine qui dépassait le cinquième mois était une grossesse abdominale, mais il est démontré aujourd'hui que la grossesse tubo-abdominale, la grossesse tubaire intra-ligamentaire, ovarique et tubo-ovarique peuvent évoluer jusqu'à terme.

Le diagnostic de la variété de grossesse extra-utérine est très difficile.

La *grossesse intra-ligamentaire* (1) en impose souvent pour un abcès du ligament large ou pour une tumeur périsalpingienne.

Le diagnostic ne peut se faire qu'en se basant sur la rapidité de l'évolution de la tumeur et souvent l'absence de fièvre; ordinairement on constate des métrorragies, non rares aussi dans les annexites, et quelquefois une dysménorrhée pseudo-membraneuse qui n'est autre que l'élimination parcellaire plus ou moins totale de la caduque utérine.

Pour reconnaître le siège intra-ligamentaire on peut s'appuyer sur le palper bimanuel, la présence d'une tumeur distendant la base du ligament large, saillant dans la partie latérale du vagin; elle est immobile et latérale par rapport à l'utérus qui reste parfaitement distinct.

L'évolution de la grossesse intraligamentaire est tout à fait silencieuse et en tout cas offre une réaction péritonéale et inflammatoire moins accusée que dans les grossesses tubaires vulgaires. Le développement du kyste fœtal est plus facile dans ce cas, aussi Jayle et Delherm (2) ont pu réunir 11 cas de grossesse intra-ligamentaire ayant atteint plus de cinq mois, assez souvent arrivant jusqu'à terme, parfois n'étant reconnues que longtemps après le terme et les douleurs de l'accouchement ne survenant que quinze à dix-huit mois après la conception [dix-sept mois dans un cas de Mériel (3)]. Le fœtus se conserve d'ailleurs parfaitement sans putréfaction, soit en raison de l'épaisseur de la poche kystique, soit par suite de l'absence de microbes du liquide qui le baigne (4).

Quant au diagnostic de *grossesse tubaire*, *ovarienne* ou *abdominale*, c'est un diagnostic presque impossible sur le vivant, il n'est souvent fait que lors de l'opération ou de l'autopsie.

C'est la *grossesse tubaire* qu'on rencontre le plus fréquemment. La grossesse *isthmique* est relativement rare [7 sur 35, d'après Couvelaire]. Ce qui caractérise ces grossesses, c'est l'expansion abdominale libre, c'est l'interruption très précoce de la grossesse par apoplexie ovulaire s'accompagnant de rupture primitive intra-péritonéale du sac et d'hémorragie intra-péritonéale diffuse.

La grossesse *ampullaire* est la plus commune, elle peut rester ampullaire ou émigrer vers le pavillon (variété *tubo-abdominale*), adhérer au péritoine, à l'intestin, à la vessie, à l'ovaire (variété *tubo-ovarienne*). Vuilliet (5) a montré que souvent certaines grossesses tubo-ovariennes se développaient dans

(1) Duret. *Sem. gyn.*, 1906.
(2) Jayle et Delherm. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1900.
(3) Mériel. *Ann. gyn. obst.*, fév. 1908.
(4) Lemercier. Th. de Paris, 1901.
(5) Vuilliet. *Arch. f. Gyn.*, 1883.

un sac tubo-ovarique préexistant et Burnier (1) a décelé la présence de follicule de de Graff dans la paroi d'un tel kyste, ce qui prouve la possibilité de la fécondation.

Les grossesses *infundibulaires* sont plus rares. A leur histoire se rattachent les grossesses développées dans un pavillon accessoire ou dans un conduit accessoire [Henrotin et Herzog (2), Demons et Fieux (3)] et les grossesses en apparence abdominales primitives dont le siège initial est la frange tubo-ovarique [Martin (4)].

Quant à la *grossesse ovarienne*, son existence a été contestée, ce qui prouve qu'elle est extrêmement rare. Mais sa réalité a été constatée et démontrée par C. van Tussenbrœk (5) et par les observations de Larsen (6), Mendès de Léon et Hollmann (7), Callmann (8), Chenot (9), Michaux (10), Gottschalk (11), Bœssebech (12), Robson (13), Ricketts (14), Webester (15), Olekno (16), Popof (17), Busalla (18). Sur 11 cas que rapporte Merkel (19), 7 ont évolué jusqu'à terme. Tous les autres se sont terminés par la rupture plus ou moins précoce.

Même une fois le ventre ouvert, le diagnostic est délicat [Letoux-Tuffier (20)]. Werth n'attache d'importance qu'à un signe. C'est lorsque le sac fœtal provient manifestement des annexes et que l'état de la trompe montre son absence de participation au kyste fœtal, et dans certains cas il faut le secours du microscope montrant la présence de villosités choriales au niveau de l'ulcération ovarienne pour entraîner la conviction [Herrenschmidt et Rigollot-Simonot (21)].

La *grossesse abdominale* est ordinairement secondaire à une des grossesses précédentes et la réalité de la greffe abdominale primitive a été niée. Les cas récents rapportés par Gutierrez (22), par Luigi Guidi (23), par Fieux (24), Linck (25) prouvent seulement qu'un kyste a pu être trouvé sans connexions dans l'abdomen, mais non nécessairement que la greffe primitive de l'œuf soit sur le péritoine.

(1) Burnier. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1880.
(2) Henrotin et Herzog. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1898.
(3) Demons et Fieux. *Ann. de gyn. et d'obst.*, oct. 1902.
(4) Martin. *Berl. klin. Woch.*, mai 1893.
(5) Cath. van Tussenbrœk. *Ann. de gyn.*, déc. 1899.
(6) Larsen. *Ann. gyn.*, 1898.
(7) Mendès de Léon et Hollmann. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1902, n° 3.
(8) Callmann. *Aerzt. vervin.*, Hamburg, janv. 1905.
(9) Chenot. *La gynéc.*, 1906.
(10) Michaux. Soc. de chir., mai 1907.
(11) Gottschalk. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1903.
(12) Bœssebech. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1904.
(13) Robson. Obst. Soc. of London, juin 1902.
(14) Ricketts. *Ann. of surg. a. gyn.*, 1900.
(15) Webester. *Am. j. obst.*, 1904.
(16) Olekno. *Rousski Vratch*, 1903.
(17) Popof. *Id.*, 1905.
(18) Busalla. *Arch. f. Gyn.*, 1907.
(19) Merkel. *Gesell. f. Obst. u. Gyn.*, Bamberg, juillet 1904.
(20) Letoux-Tuffier. Soc. de chir., 1900.
(21) R. Simonot. *Ann. de gyn. et d'obst.*, nov. 1906.
(22) Gutierrez. *Revista ibr. am. des cienc. med.*, mars 1904.
(23) L. Guidi. *Clin. ostet.*, avril 1906.
(24) Fieux. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1907, p. 309.
(25) Linck. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1904.

Le diagnostic de *faux travail* est en général facile, le col s'ouvrant à ce moment et permettant d'explorer la cavité utérine, on ne confondra pas les crises douloureuses avec des phénomènes de rupture.

Quand il y a rétention de fœtus mort on ne commettra pas l'erreur avec une *tumeur fibreuse* de l'utérus, une ancienne *hématocèle pelvienne*, une *tumeur de l'ovaire*, en particulier un *kyste dermoïde*, un *cancer* du péritoine, du foie, etc., les commémoratifs de grossesse avérée non suivie d'accouchement devront être recherchés avec le plus grand soin.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

POSOLOGIE DU SUC GASTRIQUE DANS LA GASTRO-ENTÉRITE AIGUE DES NOURRISSONS

A la fin de la diète hydrique, quand les vomissements auront cessé, donner :

Pendant trois ou quatre jours, cinq à six cuillerées à café de dyspeptine par jour, une cuillerée à café dans un peu d'Evian légèrement sucrée immédiatement *avant* chaque tétée ou prise d'aliments.

Pendant les huit jours suivants, trois cuillerées à café de dyspeptine chaque jour, administrées une à une, à intervalles réguliers, de la même façon.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de propédeutique et de séméiologie (1), par H. Lavrand.

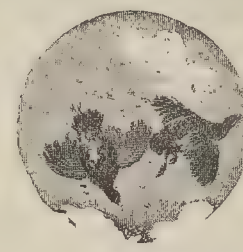
On s'accorde à reconnaître que les débutants en clinique médicale se trouvent en face de difficultés presque insurmontables, s'ils n'ont l'heureuse chance d'être guidés par un maître patient, méthodique et voulant bien se consacrer à un enseignement élémentaire. Ces difficultés seront aussi aplanies grâce à quelques livres parus ces dernières années sous divers titres et dont l'étude doit précéder la lecture des traités de pathologie et les débuts à l'hôpital. Parmi ces livres, le *Manuel de propédeutique et de séméiologie* de M. Lavrand est déjà à sa troisième édition ; c'est dire qu'il a été très favorablement accueilli et qu'il remplit bien le but que l'auteur s'est proposé : permettre à l'élève d'arriver le plus rapidement possible à examiner un malade par lui-même.

L. BABONNEIX.

(1) In-16, 2e édition. — Bruxelles, A. Manceaux.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE





Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ASILE DES ALIÉNÉS DE QUIMPER. — Une des deux places d'internes à l'asile des aliénés de Quimper est actuellement vacante; les avantages consistent en un traitement de 800 francs par an avec nourriture, logement, éclairage, chauffage, blanchissage, admission aux versements pour la Caisse départementale des retraites, disposition d'une riche bibliothèque médicale de 1 500 volumes, et d'un laboratoire de recherches anatomiques, bactériologiques et chimiques.

Pour les autres conditions, s'adresser au directeur-médecin en chef de l'établissement.

GUERRE. — ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 16 août 1908, le sous-secrétaire d'Etat au ministère de la guerre a fixé à 1 102 fr. 10 le prix du trousseau des élèves qui entreront à l'Ecole du service de santé militaire en 1908.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major de deuxième classe Solmon, et M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Gosselin, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— La médaille d'honneur des épidémies en argent ou en bronze est décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Paul Lierre (de Toulouse) et Sicre, médecin aide-major de première classe à Tunis.

Mme Germain, sœur supérieure à l'hospice de Saint-Louis, à Caen.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Rogier et Cottard (de Paris).

Mlle Vasseur, externe à l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Cuzon, infirmier à l'hospice de Quimper.

COURS DE VACANCES (LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE). — MM. Collinet, Rabé et Chevallier, assistants de M. Castex, commenceront, le jeudi 10 septembre 1908, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique de la Faculté, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), une série de dix-huit leçons avec présentation de malades. Ces leçons auront lieu tous les jours (excepté le dimanche), à trois heures. Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique.

Programme. — 1. Technique des examens en oto-rhino-laryngologie et trachéo-bronchoscopie. — 2. Affections et chirurgie des amygdales. — 3. Tuberculose du larynx. — 4. Tumeurs bénignes et malignes. — 5. Corps étrangers du larynx et de la trachée. — 6. Névroses du larynx. — 7. Rhinites hypertrophique et atrophique (ozène). — 8. Malformations de la cloison. — 9. Epistaxis. — 10. Syphilis du nez. — 11. Tumeurs bénignes et malignes des fosses nasales. — 12. Végétations adénoïdes. — 13. Sinusites et ethmoïdites. — 14. Affections de l'oreille externe. Corps étrangers. — 15. Maladies de la trompe d'Eustache. Cathétérisme. — 16. Infections de l'oreille moyenne. Complications. — 17. Sclérose tympano-labyrinthique. — 18. Vertiges otiques. Maladie de Ménière. Infections du labyrinthe.

Le droit à payer pour ce cours est de 50 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Un certificat d'études est délivré aux élèves.

ERRATUM. — N° 94, p. 1125, 2e col., 8e alinéa, au lieu de : « M. JUDE ... », lire : « M. C. JUGE (de Marseille) ... »

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 6, 25 juin 1908.) Ch. Lenormant : L'intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles et anciennes de l'articulation de Lisfranc. — Mauclaire : Embolies pulmonaires après la cure radicale des hernies inguinales. — J. Anglade : Luxations doubles simultanées scapulo-humérales. — M. Chevassu : L'adénome testiculaire existe. — (N° 7, 25 juillet.) Grégoire : Considérations sur l'état des ganglions dans le cancer du testicule. — Martin : Kystes hydatiques de la rate. — Mauclaire : Deux cas d'ascite chyliforme.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 21 mai 1908.) Raecke : Diagnostic et traitement des troubles mentaux chez les enfants. — Friedmann : Sur les indications de l'avortement provoqué à cause d'affections psychiques. — Forschbarch : Parabiose et diabète pancréatique. — Baumann et Grœdel : Deux cas d'affections pulmonaires consécutives à un accident. — Gröhndal : Un cas d'emphysème intestinal. — Gebele : Pronostic et traitement de la péri et de la para-appendicite. — Pawlowsky : Sur la glossite aiguë staphylococcique. — Kreibich : Nævus systématisé. Nævus de la cornée. Cataracte juvénile. — Napp : Traitement de la syphilis par la quinine. — Schindler : Traitement des maladies des ongles par les rayons Röntgen. — Schmidt : Emploi du milliampèremètre et de l'espace à étincelles parallèle dans le dosage des rayons Röntgen. — (N° 22, 28 mai.) Riedel : L'opération précoce dans la cholécystite aiguë grave. — Schulthem : Recherches sphygmobolométriques chez l'homme sain et malade. — Knapp : Simulation d'une paralysie du toucher. — Lanz : Prostatectomie bilatérale sans anesthésie locale. — Plagemann : Ostéomyélite aiguë circonscrite intra-articulaire de la synchondrose sacro-iliaque. — Rauenbusch : Contribution au traitement de la pseudarthrose congénitale de la jambe. — Frankenstein : Oblitération complète du vagin. — Langfelluer : Bottine spéciale pour pieds plats. — Müller : Le procédé de Müller pour distinguer au moyen du réactif de Mulon le pus tuberculeux du pus à cocci est-il applicable ?

Écho médical du Nord. — (N° 27, 5 juillet 1908.) Gaudier : La méthode de Bier en oto-rhino-laryngologie. — Deléarde et A. Benoit : Sur un nouveau procédé chimique de recherche du sang. — Et. Verhaeghe et Veaudeau : Epilepsie procursive. — (N° 28, 12 juillet.) Batier : Pseudomal de Pott lombaire hystérique. — Ausset : Genu varum double d'apparition récente chez une enfant de quatorze ans. — (N° 29, 19 juillet.) Rémy : Le bromural et monobromiso-valérianylate d'urée. — Descarpentries : Phlegmon sous-périosté orbitaire, compliquant une sinusite maxillaire et une ethmoïdite. Ouverture par la voie transsinusienne. — Constant : Un cas d'insuffisance mitrale passagère due à l'uricémie. — (N° 30, 26 juillet.) Gaudier : Tumeur surrénalienne de l'ovaire. — Deléarde et Breton : Un nouveau cas de réaction méningée à liquide louche et aseptique, compliquée d'arthrite du coude de même nature. — Jean Trimel et Jules Leclercq : Théorie cantharidienne, au cours d'une néphrite latente. — (N° 31, 2 août.) Gellé : Quatre cas de tumeur rénale d'origine surrénalienne.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 27, 5 juillet.) H. Verger : Sur les névralgies radiculaires des membres et leur traitement par l'opium à doses progressives. — Faivre : Essai d'opothérapie cutanée. — (N° 28, 12 juillet.) Sabrazès, Muratet et Durroux : Hématologie du cheval. — Loumeau : Tuberculose rénale primitive à formes clinique et anatomique très particulières. — (N° 29, 19 juillet.) Sabrazès, Muratet et Durroux : Le sang du cheval ; la réaction iodophile dans le sang du cheval. — Duvergey : Les incisions systématiques dans le phlegmon grave de la main. — Boutin : Indications et réglementation des bains de mer. — (N° 30, 26 juillet.) Ch. Faguet : Névrose traumatique consécutive à un accident de chemin de fer. Expertise. Rapport médico-légal. Jugement. — (N° 31, 2 août.) Rivière et de Raquine : Deux cas de rétention obstinée et prolongée du placenta dans l'utérus à terme.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 27, 2 juillet 1908.) Demets : Les symptômes oculaires dans le myxœdème. — Noever et de Graeuwe : Contribution à l'étude des estomacs biloculaires. — (N° 28, 9 juillet.) Coppez : Un anneau vasculaire péripapillaire anormal. — Paul Dietz : La pratique dermatologique. — (N° 29, 16 juillet.) Dransart et Famechon : Du nystagmus professionnel des mineurs au point de vue médico-légal. Erreurs à éviter dans les expertises nécessitées par les accidents du travail chez les mineurs. — (N° 30, 23 juillet.) Morique : Quelques essais d'ophtalmo-réaction dans un service de chirurgie infantile. — Marbaix : Absence étendue de choroïde aux deux yeux (choroïdérémie). — J. P.-Nuel : Du nystagmus des houilleurs. — (N° 31, 30 juillet.) Bouché : Traitement de l'épilepsie. — De Ridder : L'inspection oculaire dans les écoles de la ville de Bruxelles.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 juillet 1908.) Just et Lucas-Championnière : Fracture de l'olécrâne ; traitement par le massage et la mobilisation. — Paul Bellot : Le phosphergot ; son emploi en thérapeutique comme tonique et nervin.

Journal des praticiens. — (N° 27, 4 juillet 1908.) Paul Reynier : De l'union indispensable de la médecine et de la chirurgie. — Huchard : Action des eaux alcalines Vichy-Carlsbad (*fin*). — (N° 28, 11 juillet.) Rochon-Duvigneaud : Le pronostic des rétinites diabétiques. — Mougeot : Dyspnée et toxicité urinaire dans les cardiopathies artérielles. — Jean Grenier : Phlébite persistante du membre inférieur gauche d'origine blennorragique. — (N° 29, 18 juillet.) Alex. Renault : Des syphilides gommeuses ulcératives. — Paul Guéniot : Diagnostic et traitement des hémorragies utérines de la grossesse. — (N° 30, 25 juillet.) L. Rénon : Les syndromes polyglandulaires de l'opothérapie associée. — Joffroy : Les homicides dans la mélancolie. — Huchard : Quelques considérations sur les causes, la nature et le traitement de l'artério-sclérose. — (N° 31, 1er août.) Reclus : Traitement des kystes hydatiques du foie. — Paul Guéniot : Diagnostic et traitement des hémorragies utérines de la grossesse (*suite*). — Variot : La cécité congénitale pour les mots imprimés. — Babinski : Polyomyélite atténuée.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 26, 27 juin 1908.) D. Augier et Choquet : Kyste hydatique du foie avec éosinophilie considérable (*fin*). — (N° 27, 4 juillet.) Congrès des praticiens. — (N° 28, 11 juillet.) Congrès des praticiens (*suite*). — (N° 29, 18 juillet.) H. Lavrand : Deux polypes du cavum pharyngé. — (N° 30, 25 juillet.) Delassus et Lemière : Septicémie suraiguë à tétragènes chez une femme en puerpéralité. Mort rapide. Infection in utero de l'enfant. Accidents graves. Mort.

Normandie médicale. — (N° 15, 1er août 1908.) Dévé et Beaurain : Occlusion aiguë du duodénum par l'artère mésentérique supérieure.

(*Voir la suite, p. 1150.*)

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

UN CAS DE RHUMATISME TUBERCULEUX ARTICULAIRE ET ABARTICULAIRE

Par M. Jean RHENTER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

(Travail de la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet.)

La coexistence chez un même malade et sur un même segment de membre, la main et le poignet du côté droit, de lésions d'apparence très différente mais que la doctrine du rhumatisme tuberculeux et de la tuberculose inflammatoire nous permet de ramener à une commune origine, fait l'intérêt du cas que nous publions.

Il s'agit, en effet, d'un malade (1) admis dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, et qui, à côté d'une lésion tuberculeuse aujourd'hui classique, un kyste du poignet, à grains riziformes, siégeant sur la gaine des extenseurs, présente une arthrite déformante de l'articulation phalango-phalangienne du médius, dont les caractères sont ceux d'une arthrite rhumatismale chronique, et, en même



Fig. 1. — *Kyste à grains riziformes de la gaine des extenseurs. Arthrite chronique, déformante, inter-phalangienne. Rétraction de l'aponévrose palmaire.*

temps, une rétraction des aponévroses palmaires des deux mains. Cette rétraction est surtout marquée du côté droit où siègent les deux autres lésions, et offre tous les caractères de la maladie de Dupuytren en évolution. Ainsi, la main et le poignet du côté droit présentent à côté d'une lésion indiscutablement tuberculeuse, deux lésions l'une articulaire, l'autre au niveau de l'aponévrose palmaire qui, à n'en pas douter, doivent reconnaître pour cause la même infection, l'infection tuberculeuse, dont l'existence du kyste synovial constitue véritablement la signature.

D'ailleurs, l'histoire complète de notre malade est des plus intéressantes. C'est un homme de quarante-trois ans qui a toutes les apparences d'une bonne santé. Il raconte que sa mère est *morte albuminurique*, que sa femme a été albuminurique en même temps qu'atteinte d'une bronchite de nature suspecte. Il a deux enfants, dont une fille âgée aujourd'hui de vingt ans, qui a été opérée il y a six ans, à la clinique de M. le professeur Poncet, d'un kyste du poignet, qui aurait d'ailleurs récidivé.

Chez lui, la première lésion en date serait un certain degré de rétraction de l'aponévrose palmaire droite, remontant, si on l'en croit, à l'enfance, et qui, en tous cas, se serait accrue de façon à être une cause de réforme au moment de son service militaire. Il n'y a que deux ans et demi que survinrent des douleurs et du gonflement au dos du poignet droit, avec des signes d'arthrite déformante d'une des articulations du médius du même côté. Ces lésions, d'allure subaiguë, sont allées en progressant lentement, pour donner naissance aujourd'hui à la déformation très marquée qu'il est facile de constater sur notre reproduction photographique. Depuis le malade serait sujet à des douleurs rhumatoïdes, avec localisations diverses, articulations du membre inférieur, colonne vertébrale.

Enfin, depuis un an on constate de temps à autre dans les urines de l'*albumine* en notable quantité et, pour être complet, ajoutons qu'il est porteur d'un eczéma chronique des deux jambes, avec poussées intermittentes.

Outre ces lésions locales nous voyons donc ce malade présenter une série d'affections dont le diagnostic pathogénique est quelque peu embarrassant et qui le ferait volontiers ranger dans la catégorie des malades que l'on englobe encore sous le nom d'arthritiques. Pour nous il paraît être un type de ces pseudo-arthritiques qui, ainsi que l'ont récemment montré MM. Poncet et Leriche, ne sont que des tuberculeux (1). Les recherches de ces deux auteurs ont précisément montré que chacune des manifestations présentées par notre sujet, depuis son eczéma, sa néphrite, sa double rétraction des aponévroses palmaires, jusqu'à son arthrite déformante du médius, sont le plus souvent d'origine tuberculeuse : ce sont les cas de ce genre qui constituent les cas types de la tuberculose inflammatoire, forme de tuberculose où les lésions sont, on le sait, dépourvues de tout caractère spécifique.

Et, dans le cas qui nous occupe, la présence du kyste synovial (2) éclaire singulièrement, nous l'avons déjà dit, ce diagnostic pathogénique, tant au point de vue des manifestations locales qu'à celui de l'état général de notre sujet. Sa main droite est comme la synthèse d'un double processus hydropique et scléreux, sous la dépendance d'une même infection causale, l'infection tuberculeuse. De celle-ci

(1) Ce malade a été présenté à la Société nationale de médecine de Lyon le 3 février 1908. (Voir *Lyon méd.* mars 1908, n° 9.)

(1) Tuberculose inflammatoire et arthritisme. Les arthritiques, ou prétendus tels, ne sont souvent que des tuberbuleux, Acad. de méd., séance du 7 janv. 1907.

(2) Ce kyste tendineux a été opéré par M. Leriche quelques jours après, l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu. Il contenait de nombreux grains rhiziformes.

nous pensons retrouver la trace dans son histoire personnelle et même dans ses antécédents, puisque sa mère est morte albuminurique à cinquante-huit ans (et l'on sait ce qu'il faut penser des albuminuries dites essentielles survenant à cet âge précisément au point de vue de leur nature tuberculeuse) sans compter qu'un de ses enfants a été opéré d'un kyste synovial analogue au sien, et certainement d'origine bacillaire.

Ainsi que nous l'annoncions, nous avons bien là un cas des plus typiques de tuberculose inflammatoire. La diversité des manifestations morbides tant locales que générales de notre sujet montre nettement et le polymorphisme de cette tuberculose et l'unicité pathogénique que sa notion permet d'attribuer à des lésions que le mot d'arthritisme permettait peut-être de grouper mais non d'expliquer.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DU SIGNE DIT DE ROVSING ET DE SA VALEUR DANS LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'APPENDICITE (1)

Le professeur Thorhild de Rovsing (de Copenhague) écrivit dans le *Centralb. f. Chir.*, 1907, n° 43, 26 octobre, un article intitulé : « Provocation indirecte de la douleur typique au point de Mac Burney. Contribution au diagnostic de l'appendicite et de la typhlite. »

Voici résumé l'article de Rovsing. Au printemps de 1904 se présentèrent à son observation deux malades, qui soudain avaient été pris de fièvre et de douleurs dans la fosse iliaque droite, en un mot d'un syndrome appendiculaire net.

L'intensité de la douleur rendait la palpation de la fosse iliaque impossible. Rovsing, d'un autre côté, jugea dangereux d'exercer une pression quelconque sur le foyer appendiculaire ; la pensée lui vint alors de provoquer la douleur au point de Mac Burney par une « pression sur le côlon descendant dans la fosse iliaque gauche » ; l'élévation de la pression et de la tension exagérée des gaz dans le bout central du côlon devait réveiller la douleur dans la région cæco-appendiculaire, la valvule de Bauhin s'opposant au passage des gaz du cæcum dans le grêle. Le résultat fut le suivant : chez un des patients, négatif; mais chez l'autre, « une simple compression du côlon descendant provoquait immédiatement, avec la rapidité d'un éclair, une douleur exquise au point de Mac Burney. » Le premier malade opéré fut trouvé porteur d'un phlegmon périrénal : chez lui, le résultat avait été négatif; le second, chez qui le résultat avait été positif, avait une appendicite suppurée.

De 1904 à 1907, Rovsing rechercha plus de cent fois ce symptôme et il conclut : « La signification de ce symptôme est double :

1° Elle est considérable dans le diagnostic différentiel de nombreux cas d'appendicite aiguë aussi bien que chronique où une tuméfaction et de la douleur existent dans la fosse iliaque droite, d'origine incertaine, pouvant être dues soit à une affection rénale, soit à un calcul de l'uretère, soit à une urétérite, soit à une salpingite, etc. Il n'y a que dans les cas où le cæcum et l'appendice sont atteints qu'une pression sur le côlon descendant sain provoque ce symptôme.

2° Dans les cas aigus où la palpation directe est dangereuse, impossible ou trop douloureuse, la palpation du côlon descendant provoque immédiatement et sans dangers en cas d'appendicite la douleur typique au point de Mac Burney. »

Le 22 février 1908 (*Centralb. f. Chir.*, n° 8), Carl Lauenstein (de Hambourg), rapporte l'observation d'un homme chez lequel le signe de Rovsing fait diagnostiquer : appendicite. Opération : appendice sain, cholécystite calculeuse aiguë. Lauenstein en conclut que ce symptôme doit exister dans toutes les affections inflammatoires paracoliques. Dans son cas, la vésicule très grosse reposait sur le côlon et l'épiploon adhérait à la vésicule.

A ces réserves déjà sérieuses, se joignent les critiques plus documentées d'Arthur Hoffmann (de Karlsrube) [*Centralb. f. Chir.*, 1908, n° 17, p. 533], qui a recherché le « symptôme de Rovsing » dans 34 cas, dont 18 cas de pérityphlite, et l'a comparé dans sa valeur au point de Mac Burney.

Dans 18 cas de pérityphlite, le Rovsing fut trouvé trois fois, et dans 2 cas il y avait de l'exsudat dans la cavité péritonéale libre.

Le point de Mac Burney ne manqua que quatre fois (2 appendices rétro-cæcaux, 1 pelvien).

Dans 13 cas (paramétrite, salpingite, pelvipéritonite sans appendicite), le Rovsing fut constaté 34 fois, et c'étaient, dit Hoffmann, 3 cas où le diagnostic différentiel était très difficile; un de ces cas présentait en même temps le point de Mac Burney.

Hoffmann conclut que le signe de Rovsing manque lorsque le péritoine n'est pas enflammé. Il écrit même qu'il existe chez des personnes qui n'ont plus leur appendice, et peut être constaté après l'ablation de l'appendice lorsque l'abdomen est refermé. Dans un cas, il aurait même constaté un Rovsing inversé : la pression à droite provoquait des douleurs gauches.

D'après cet auteur, la douleur est purement fonction de l'inflammation péritonéale et peut être provoquée à un point quelconque par la pression directe ou indirecte. Il conclut que le signe de Rovsing n'a aucune valeur pathognomonique.

Dans le même numéro du *Centralblatt*, n° 17, p. 537, le professeur Rovsing répond aux critiques de Hoffmann par son expérience de trois ans et demi.

Tout d'abord Hoffmann décrit le symptôme d'une manière défectueuse : provocation de la douleur appendiculaire par une pression à distance sur le côlon descendant, brève et brusque. Rovsing, au contraire, procède ainsi : la main gauche, mise à plat sur l'abdomen, s'avance du côté droit le long de la ceinture pelvienne vers la fosse iliaque gauche; il faut repousser en dedans les anses grêles et presser fortement le côlon sur le plan résistant sous-jacent. Alors les doigts qui compriment énergiquement remontent doucement vers l'angle splénique, de façon que le contenu du côlon, sous une pression élevée, influe sur le cæcum. La méthode consiste entièrement en une élévation de pression réalisée uniquement dans le côlon.

Procédant de cette manière, Rovsing a toujours constaté, sans aucune exception, ce symptôme dans les « endo-appendicites » où le point de Mac Burney manquait. Ce sont même les cas où il apparaît le plus nettement ; ce fait ruine la théorie de Hoffmann, qui en fait un signe d'inflammation du péritoine.

Rovsing ne prétend pas que sa méthode ait plein succès dans tous les cas : il excepte ainsi les perforations, en pleine cavité péritonéale, les péritonites diffuses avec météorisme...

Que conclure de cette discussion ? Le signe de Rovsing est peu connu en France. Les affirmations de Rovsing, les critiques d'Hoffmann, de Lauenstein, montrent qu'il mérite d'être recherché, qu'il doit être discuté avec grand soin. P. D.

(1) *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, n° 6, juin 1908.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur une affection pneumococcique de l'estomac. (MÜNTER. *Deuts. med. Wochens.*, 30 juillet 1908, n° 3, p. 1347.) — Après une maladie de quelques jours se traduisant par du malaise, de la fièvre, des frissons, des douleurs abdominales, des vomissements, un homme de trente-quatre ans présenta brusquement une hématémèse. Admis aussitôt à l'hôpital Urban, à Berlin, il succomba trois heures plus tard dans le collapsus, après avoir présenté du délire. On avait constaté chez lui l'existence d'un ictère.

L'autopsie montra, indépendamment d'une tuberculose ancienne des deux poumons, de la tuméfaction de la rate, de la dégénérescence graisseuse du foie, de lésions rénales et d'une hypertrophie du ventricule gauche du cœur, des altérations gastriques particulières. L'estomac à l'ouverture de l'abdomen s'est montré tendu et turgescent.

Les parois étaient épaissies et atteignaient 9 à 11 millimètres. Cet épaississement semblait s'être fait surtout aux dépens de la sous-muqueuse qui sur une coupe était d'une coloration jaune verdâtre; il ne s'en écoulait aucune goutte de pus.

La muqueuse était tuméfiée dans toute son étendue, mais sans trace d'érosion.

A l'examen histologique, toutes les couches de la paroi gastrique apparurent infiltrées de leucocytes polynucléaires; pourtant dans la muqueuse les mononucléaires dominaient. L'infiltration atteignait son maximum au niveau de la sous-muqueuse où les leucocytes se groupaient en certains points en traînées ou en amas arrondis. Dans les différentes couches de la paroi, à l'exception de la muqueuse, on constatait la présence de diplocoques en flamme de bougie, prenant le gram isolés ou en groupes.

Quelques-uns étaient pourvus d'une capsule visible.

La plupart étaient extra-cellulaires. Un point frappant de l'examen histologique était l'absence de sang au niveau des régions enflammées.

Il s'agissait donc d'une gastrite phlegmoneuse diffuse due à un diplocoque, que Fränkel, lui-même, consulté, n'hésita pas à reconnaître pour un pneumocoque.

Münter rappelle à propos de cette observation, où la gastrite phlegmoneuse semble avoir été la seule localisation du pneumocoque, les cas antérieurs de Dieulafoy où la gastrite pneumococcique a accompagné une pneumonie, et le cas de Foulerton où elle se montra consécutivement à une angine ulcéreuse et à des signes de septicémie hémorragique ayant entraîné la mort.

A. LEMIERRE.

Procédé clinique pour déceler les acides biliaires dans l'urine. (COUSOT. *Acad. roy. de méd. de Belgique*, 25 juillet 1908.) — Depuis 1901, M. Cousot a employé, pour l'analyse des urines biliaires, la réaction de Haycraft. Elle est basée sur ce fait expérimental : du soufre en fleurs, déposé sur l'urine normale, reste à la surface. Si l'urine renferme les éléments de la bile, le soufre tombe immédiatement et progressivement au fond du verre.

Cette réaction est d'une très grande sensibilité. Elle remplace très avantageusement, au lit du malade, le procédé classique de Pettenkofer. De nombreuses observations de Frenkel et Clay et de Chauffard ont établi la réalité et la sensibilité de cette réaction. L'auteur a recueilli depuis quelques années tant de preuves de l'utilité de ce procédé qu'il voudrait le voir plus connu et plus généralisé.

Une épreuve fort simple est caractéristique : dans une urine normale, il suffit de laisser tomber quelques gouttes de bile de mouton ou de bœuf pour voir se produire instantanément le phénomène.

On doit se mettre à l'abri de deux erreurs : l'urine doit être fraîche ; d'autre part, certaines substances qui passent dans l'urine, chloroforme, essence de térébenthine, etc., pourraient donner la réaction positive sans qu'il y ait présence d'acides biliaires.

La réaction est due surtout aux acides biliaires; la preuve en est fournie par cette expérience : on fait dissoudre de l'acide glycocholique dans l'eau en y ajoutant de la lessive de soude; dans ce liquide, le phénomène de la chute du soufre se produit nettement.

La réaction de Haycraft est une excellente arme dans les mains du médecin pour déceler l'apparition dans l'urine des éléments biliaires et pour marquer le moment où l'urine est redevenue normale selon que l'épreuve est positive ou négative.

L. GAYARD.

BACTERIOLOGIE

Les pseudo-bacilles acido-résistants. Critique des méthodes de coloration du bacille tuberculeux. Revision du groupe des bacilles dits acido-résistants. (A. PHILIBERT. Th. de Paris, 1908.) — Le terme acido-résistant, d'abord employé pour désigner une réaction colorante histochimique commune au bacille tuberculeux et à quelques bacilles trouvés dans le beurre, le lait et sur les céréales, a été étendu ensuite à tout microbe qui présentait après coloration par le Ziehl un certain degré de résistance à la décoloration par les acides.

Ainsi est né ce groupe disparate des bacilles acido-résistants.

Dans ce groupe, il y a lieu de distinguer deux catégories de microbes :

1° Des bacilles essentiellement acido-résistants, qui ont pour caractère d'être énergiquement et héréditairement acido-résistants, et de plus alcoolo-résistants. Ces propriétés sont pour eux un caractère d'espèce ;

2° Des pseudo-bacilles acido-résistants, pour qui cette propriété n'est qu'un caractère d'emprunt, qu'ils acquièrent par le séjour dans certains milieux, mais qu'ils perdent lorsqu'ils sont transplantés hors de ces milieux. Ces bacilles sont d'ailleurs faiblement acido-résistants et ne sont pas alcoolo-résistants.

Le groupe des bacilles essentiellement acido-résistants est constitué :

1° Par le bacille tuberculeux (humain, bovin, aviaire, pisciaire);

2° Par les bacilles du lait, du beurre, des cérales, etc., qui constituent le groupe des bacilles tuberculoïdes, dont la parenté aver le bacille de Koch est indéniable.

Le groupe des pseudo-bacilles acido-résistants est constitué par des bacilles qui ont été trouvés dans le smegma, l'urine, les sérosités fibrineuses, le sang, les produits de l'expectoration, la sécrétion sébacée de la peau, le cérumen, certains pus, dans les organes des cadavres.

Tandis qu'au point de vue pratique, en clinique humaine, on n'a jamais à faire le diagnostic entre le bacille de Koch et les bacilles tuberculoïdes, au contraire souvent se pose le problème du diagnostic du bacille de Koch vrai et des bacilles a cidentellement acido-résistants.

L'étude de la manière dont se comporte le bacille de Koch coloré par le Ziehl à chaud vis-à-vis des acides et de l'alcool nous montre que le bacille résiste à des décolorations par les acides forts dilués au tiers pendant au moins deux minutes, tandis qu'au contraire, les bacilles essentiellement acido-résistants sont décolorés par les acides forts agissant plus de deux minutes, au plus.

Le bacille de Koch résiste à la décoloration de l'alcool pendant une heure au moins.

Les pseudo-bacilles acido-résistants se décolorent en quelques minutes au plus par l'alcool.

Le retour à la technique rigoureuse de Ziehl-Neelsen, telle qu'elle a été primitivement employée, s'impose :

Coloration au Ziehl à chaud.......... 10 minutes.
Décoloration à l'acide nitrique au tiers. 2 —
Lavage à l'eau
Décoloration à l'alcool............. 3 à 5 minutes.
Recoloration au bleu d'Unna.
Décoloration à l'alcool.

Elle suffira pour éviter toute erreur, le bacille tuberculeux et les bacilles tuberculoïdes présentant seuls cette réaction.

La cause de l'acido-résistance du bacille de Koch a été attribuée à la présence dans son protoplasma de matières grasses.

En réalité, toutes les substances qui entrent dans la composition du bacille de Koch, les graisses neutres exceptées, paraissent jouir de cette propriété ; mais chacune de ces substances isolée chimiquement possède des réactions qui diffèrent des réactions colorantes du bacille de Koch, et c'est en somme leur agencement spécial dans le corps du bacille tuberculeux qui confère à celui-ci sa propriété caractéristique.

La propriété acido-résistante n'est due en particulier ni à la graisse, ni aux acides gras, ni à la cholestérine qui entrent dans la composition du bacille ; elle paraît plutôt être due à sa constitution physique, mais son essence nous échappe encore. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Traitement opératoire du cancer du rectum. (Edward ARCHIBALD. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. L, n° 8, 22 février 1908, p. 573-579.) — Il est inutile de rappeler ici les critiques adressées maintes fois à l'anus iliaque, traitement palliatif et non curatif, et pour le moins infirmité pénible. Le kraske est insuffisant, parce qu'il ne permet qu'une excision incomplète et laisse en place tous les ganglions, et encore parce qu'il ne garantit pas toujours l'intégrité des sphincters. L'extirpation abdomino-périnéale, procédé Quénu-Mayo, est plus radicale ; mais elle conduit à l'anus iliaque permanent et possède une mortalité élevée.

L'idéal serait : d'abord une résection complète de l'intestin enlevé *en masse avec ses glandes*, résection commençant au moins au niveau du promontoire et s'étendant jusqu'au-dessus du sphincter anal qui est conservé ; puis l'abaissement du gros intestin avec suture au-dessus du sphincter. Largeur d'ablation, conservation du sphincter et diminution de la mortalité, voilà les trois desiderata de progrès.

La possibilité de l'abaissement du gros intestin est démontrée par les deux faits de Kümmel, celui de de Quervain, celui de Trèves et celui d'Archibald (ce dernier se rapportant à une sténose du rectum d'origine tuberculeuse). Il y a des cas où l'anse sigmoïde est longue et où le rapprochement peut se faire ; il y en a où elle est courte, soit congénitalement, soit à la suite d'une contraction pathologique, et alors Kümmel et d'autres conseillent de réséquer l'anse sigmoïde et d'aller jusqu'au côlon descendant, ou même jusqu'au transverse s'il le faut, afin d'obtenir une bonne mobilisation. Archibald croit que l'abaissement de l'anse sigmoïde est pratiquement toujours possible. Mécaniquement parlant, il suffit de sectionner les brides qui retiennent l'intestin, à savoir le péritoine, l'hémorrhoïdale supérieure et les deux ou trois artères sigmoïdes, le tissu aréolaire du mésosigmoïdien et la partie supérieure du méso-rectum et aussi la lame de péritoine et de tissu conjonctif qui applique l'origine du côlon iliaque sur le psoas. Si cela n'est pas suffisant, alors il faut libérer le côlon descendant qui malheureusement n'a de méso qu'une fois sur cinq, et l'on peut avoir à diviser encore l'artère colique gauche ou même la mésentérique inférieure avant d'avoir le degré d'abaissement désiré. Et que devient alors l'irrigation artérielle de l'intestin ?

Pour déterminer les limites de possibilité sans nécrose consécutive, Archibald a lié sur le cadavre les artères en question et poussa ensuite une injection par l'aorte. Les ligatures étaient placées et le méso-côlon sectionné le plus loin possible pour ménager les arcades anastomotiques entre les diverses artères de l'intestin. Jamais l'injection ne pénétra moins loin que la terminaison de l'anse sigmoïde et dans deux cas sur six, elle pénétra librement jusqu'au rectum. Deux expériences sur des animaux furent également concluantes quant au maintien de la circulation. Les craintes de Kümmel et de de Quervain sont donc sans fondement quant à l'anse sigmoïde, mais justifiées pour la première portion du rectum. D'après les expériences d'Archibald, il y a deux zones dangereuses : 1° la zone d'anastomose entre l'artère sigmoïde inférieure et l'artère hémorroïdale supérieure. Si celle-ci est liée, il est rare de voir l'injection pénétrer dans le rectum. Il n'y a qu'uue ou deux anastomoses grêles entre les deux artères. Or c'est précisément dans cette région que le rectum est divisé dans le kraske : c'est peut-être là l'explication de la fréquence des fistules et de la nécrose ; 2° la zone d'anastomose entre les hémorroïdales supérieure et moyenne, mais cette insuffisance est moins marquée et moins importante.

L'opération que propose Archibald est purement abdominale ; elle comprend la suture en dehors de l'abdomen du gros intestin avec la portion inférieure de l'anus retournée en doigt de gant à travers l'anus avec réinvagination consécutive et condamne le télescopage simple du bout supérieur dans l'inférieur suivi de suture, car cette dernière méthode crée un point faible, là où persiste la frange de mésentère qui reste adhérente au bout supérieur : et ce point faible mène généralement à une fistule fécale. F. GARDNER.

Etude sur la péritonite tuberculeuse. (Arthur K. STONE. *The Boston med. and surg. Journ.*, 7 mai 1908, vol. CLVIII, n° 19, p. 705.) — Cet article repose sur l'étude des 122 cas qui ont été traités au Massachusetts general Hospital entre 1900 et 1907.

Contrairement à l'opinion classique qui admet que la fréquence est double chez la femme, on trouve 62 hommes pour 60 femmes. La grande majorité a été observée entre dix et quarante ans, et surtout entre vingt et trente.

Comme l'a déjà signalé Gelpke, le début a été brusque dans près d'un tiers des cas. Tantôt l'affection a simulé au début une crise d'appendicite ou de salpingite sans production de liquide. Tantôt c'est au contraire un épanchement qui s'est produit en quelques jours. L'auteur signale d'ailleurs des

cas où le liquide a disparu aussi très rapidement spontanément.

De ces 122 cas, 71 ont été traités chirurgicalement et 51 médicalement. A l'hôpital même on a enregistré la mort de 4 des opérés (2 péritonites purulentes, une rupture de la cicatrice, une fistule fécaloïde), et de 6 des malades de médecine.

Ce dernier chiffre est peu élevé si on considère que beaucoup des cas traités médicalement sont des cas jugés trop mauvais pour être opérés, et entrés cachectiques à l'hôpital.

Stone a recherché avec soin ce que sont devenus tous ces malades après leur sortie de l'hôpital. Il a pu constater qu'en février 1908, 27 de ces malades étaient morts dont 15 opérés et 12 non opérés.

28 malades seulement ont été trouvés vivants, dont 17 opérés et 11 non opérés.

Les autres malades n'ont pu être retrouvés.

En comparant le temps de survie des opérés et des non opérés, on voit qu'il est plutôt en faveur des cas traités médicalement.

Les complications ont été nombreuses après les opérations. Dans 3 cas on a eu une désunion complète de la cicatrice; dans 19 cas la formation de fistules au niveau de la cicatrice ou de fistules fécaloïdes.

L'étude de ces résultats n'est pas à l'avantage des méthodes opératoires.

Les opérations ont permis de faire certaines constatations. Cinq fois on a enlevé l'appendice, une seule fois il était atteint de lésions bacillaires; 14 fois on a enlevé une ou les deux trompes. Dans un seul cas la paroi de la trompe était profondément touchée; dans les autres cas le revêtement péritonéal était seul atteint comme les autres foyers. Dans aucun cas on n'a trouvé le véritable lupus de la muqueuse.

Il semble que ni l'appendice ni la trompe ne peuvent être incriminés comme foyer primitif de l'infection.

L'auteur décrit les lésions trouvées au cours des opérations. Il montre en particulier que les cas sans épanchement, contrairement à l'opinion courante, donnent de meilleurs résultats opératoires que les autres. Il se demande si ces cas n'ont pas eu de l'épanchement antérieurement et ne sont pas déjà en voie de cicatrisation.

Stone conclut qu'on ne doit opérer que quand il y a une indication; dans les cas où il y a un épanchement, à moins de troubles graves dus à la distension, il est mieux de mettre le malade au repos, avec les mêmes conditions hygiéniques auxquelles on soumet les cas de tuberculose pulmonaire : repos, air pur, alimentation abondante, et plus tard, exercice modéré. Si au bout de six à huit semaines il n'y a aucune amélioration dans les symptômes, l'opération peut être envisagée. Une fois que l'affection est enrayée, soit par l'opération ou le traitement médical, les malades doivent régler leur existence avec le même soin que s'ils avaient une tuberculose pulmonaire à soigner.

M. LANCE.

La hernie étranglée en W avec étranglement rétrograde de l'intestin. (M. DE BEULE. Acad. royale de méd. de Belgique, 25 juillet 1908.) — La hernie étranglée en W, avec étranglement rétrograde de l'intestin, est une affection peu étudiée jusqu'ici.

Son caractère principal réside dans la présence, au sein du sac herniaire, de deux anses d'intestin que relie une troisième anse située dans la cavité abdominale.

Lorsque cette hernie s'étrangle, c'est le plus souvent sur l'anse intermédiaire, anse abdominale ou sus-annulaire, que les altérations nutritives, cyanose, perforation, gangrène, sont le plus prononcées.

Le mécanisme de sa production n'est pas encore entièrement élucidé. Dans un certain nombre de cas, elle succède à une hernie intestinale ordinaire, dont le sommet seul a été refoulé dans le ventre par des efforts de taxis. C'est en somme une variété de fausse réduction. Mais elle peut aussi s'établir d'emblée, deux anses voisines s'échappant par l'anneau herniaire, tandis que l'anse intermédiaire ne quitte pas la cavité abdominale.

M. de Beule consacre la plus grande partie de son travail à discuter les causes des altérations profondes constatées sur l'anse intermédiaire en cas d'étranglement. Aucune des explications proposées ne s'applique à la généralité des faits. A l'aide d'expériences nouvelles instituées sur des chiens, M. de Beule s'efforce de démontrer que la surdistension de l'anse intermédiaire, résultant de la fermentation des matières intestinales qu'elle contient, joue un rôle considérable dans la production de la gangrène fréquemment signalée.

M. Debaisieux qui a répété quelques-unes des expériences de M. de Beule, croit comme lui que la stagnation des matières intervient comme facteur important dans le développement de la gangrène. Mais au lieu de n'y voir qu'une action mécanique, due à la surdistension de l'intestin, comme le veut M. de Beule, il considère le sphacèle comme le résultat de l'infection, c'est-à-dire de l'influence destructive exercée sur les tuniques intestinales par les microbes pathogènes dont la multiplication a été favorisée et la virulence exaltée par l'emprisonnement des matières fécales dans une anse fermée.

L. GAYARD.

GYNECOLOGIE

Etude statistique de la polymastie chez les Japonais. Ses rapports avec les grossesses multiples et la tuberculose. (Teizo IWAI. *Lancet*, 14 et 21 sept., 5 oct. 1907, vol. CLXXIII, nos 4385, 4386 et 4388, p. 753-758, 818-820 et 958-960.) — Au Japon, à l'inverse de ce qui se passe dans les pays occidentaux, les mamelles surnuméraires sont généralement situées au-dessus des mamelles normales; leurs sièges les plus fréquents sont la paroi antérieure de l'aisselle et le bord antérieur de cette même région (deuxième région de la classification de Williams). Dans les cas de polymastie, les aréoles des glandes situées au-dessous des glandes normales sont généralement pigmentées, et cela, plus chez l'homme que chez la femme. La polymastie s'observe au Japon chez 1,68 p. 100 des hommes et 5,19 p. 100 des femmes. Cette prédominance chez la femme est en accord avec les observations des autres pays. Le nombre maximum des glandes trouvées jusqu'à présent sur un même individu est de six. La polymastie est indubitablement héréditaire, et, dans la plupart des cas, se transmet en ligne maternelle. Quand les glandes surnuméraires sont bien développées, elles sont le siège d'un processus de sécrétion qui débute au moment de l'accouchement et peut se prolonger pendant six mois.

Il semble probable qu'il y ait une relation entre la polymastie et les grossesses multiples; il semble aussi que les femmes ayant des mamelles surnuméraires deviennent plus fréquemment enceintes que les autres. Les grossesses multiples sont surtout fréquentes chez les personnes de la basse classe et, ajoute Iwai, surtout chez les femmes à intelligence peu développée.

C'est probablement ce dernier fait qui nous explique le rapport autrement inexplicable de la polymastie et de la tuber-

culose. Iwai, comme Sato, a trouvé que la polymastie se trouve plus de deux fois plus chez les tuberculeux, surtout pulmonaires, que chez les non-tuberculeux. Les sujets ayant des glandes surnuméraires offrent aussi une proportion de tuberculeux pulmonaires de 15 p. 100 plus élevée que ceux qui n'en ont pas. F. GARDNER.

THERAPEUTIQUE

Le terpène ozoné « tallianine » en thérapeutique. (J. Gautier. Th. de Paris, 1908.) — Il résulte de cette étude que le terpène ozoné « tallianine » représente, dans le traitement des infections, une médication à la fois nuisible pour le microbe et favorisante pour l'organisme.

Nuisible pour le microbe, c'est-à-dire antiseptique, par la grande quantité d'ozone naissant que ce produit contient;

Favorisante pour l'organisme, parce qu'il provoque une hyperleucocytose intense, en même temps qu'il débarrasse les humeurs des produits toxiques qui les encombrent, d'abord par oxydation directe, puis par son action diurétique qui facilite leur élimination.

Accessoirement, la « tallianine » représente également une médication cardiotonique et un antiseptique pulmonaire énergiques. Son introduction dans l'organisme peut jouer le rôle d'une oxydase artificielle.

L'emploi de ce nouvel agent thérapeutique sera donc particulièrement indiqué :

1° Dans toutes les infections aiguës graves : *a.* soit par l'étendue des lésions; *b.* soit par l'importance des phénomènes généraux qu'elles provoquent (septicémies). Son emploi sera particulièrement heureux dans toutes les infections à anaérobies;

2° Dans le collapsus cardiaque et l'asystolie, surtout chez les hydropiques;

3° Dans les infections pulmonaires à anaérobies : gangrène pulmonaire, bronchite fétide;

4° Dans les maladies par ralentissement de la nutrition;

5° Comme adjuvant utile enfin, et concurremment avec les sérums antitoxiques spécifiques dans la diphtérie et surtout le tétanos dont il détruit en partie les toxines par oxydation.

Dans tous ces cas, l'injection doit être faite intraveineuse avec une aiguille de platine; la quantité moyenne à injecter pour un adulte sera généralement de 10 centimètres cubes, avec la possibilité de renouveler à volonté cette dose matin et soir dans les cas particulièrement graves.

L'usage externe de la « tallianine » doit être surtout recommandé dans le traitement des suppurations à anaérobies.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Gayetez d'Esculape (1), par MM. Cabanès et Witkowski.

Tel est le titre d'un nouveau livre que viennent de faire paraître MM. Cabanès et Witkowski. Une première partie intitulée : *Clysteriana*, est consacrée à l'étude, très humoristique, du triomphe du clystère. Nous savions déjà par de nombreux travaux, et en particulier par l'article LAVEMENTS du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Brochin père, la grande place qu'occupa, de tous temps, le clystère dans la thérapeutique et le succès qu'il eut surtout au temps du grand roi.

Les auteurs de ce livre, s'inspirant d'une page charmante de Lasègue qui veut réhabiliter le clystère de nos pères, nous retracent l'histoire, *ab ovo*, du clystère, du lavement ou du remède, désignations diverses signifiant la même chose et variant suivant l'époque à laquelle on l étudie.

La description de MM. Cabanès et Witkowski est accompagnée de gravures toutes plus suggestives et plus comiques les unes que les autres. Cela défie toute description, c'est à lire et non à résumer.

C'est aussi du lavement, du clystère, du remède et du bouillon pointu qu'il s'agit dans un second chapitre qui a pour titre : *Contes d'apothicaires*. C'est une série d'anecdotes d'une saveur toute gauloise. Il en manque une qui nous a été contée par un magistrat et qui se trouverait bien à sa place dans ce second chapitre. On pourrait l'intituler : « Levez sainte Thérèse. » La voici : Une jeune novice, dans un couvent, est prise d'accidents très graves. La supérieure, femme d'expérience, juge qu'un lavement seul pourrait la sauver. Mais comment faire venir un apothicaire en un pareil lieu? Elle imagina ce procédé : L'apothicaire fut convié à se rendre au couvent; on l'introduisit dans une petite pièce, sorte de parloir, dont les murs étaient entièrement recouverts par des portraits de saintes. L'apothicaire attendit quelques instants dans le plus religieux silence; une voix douce se fit entendre et prononça ces mots : « Levez sainte Thérèse. » L'apothicaire chercha, parmi les portraits, celui de sainte Thérèse et le leva doucement. Ce qu'il vit lui fit aussitôt comprendre ce qu'on désirait de lui, et il opéra sans jamais avoir connu de cette sainte sœur d'autre visage que celui auquel il s'était adressé.

Dans un troisième chapitre intitulé : *Variétés historiques, anecdotiques et littéraires*, les auteurs nous content des histoires d'amour et autres des plus réjouissantes; qu'on en juge par quelques titres pris au hasard : trait d'amour conjugal, le chat malade, prouesses d'Hercule, préjugé relatif à l'avarie, bander comme un carme, remède héroïque contre le mal de dents, etc. Comme à Waterloo, ils sont trop.... même pour n'être qu'énumérés.

Un quatrième chapitre passe en revue *les proverbes et dictons sur les médecins*.

Enfin le dernier chapitre est consacré à *l'esprit des malades célèbres* et à *l'esprit des célébrités médicales*. Il y en a beaucoup de part et d'autre.

Ce livre arrive à son temps; c'est un vrai livre de vacances reposant, amusant et instructif tout à la fois. Ainsi lecteurs, lisez-le et vous ne vous en... nuirez pas. Dr BROCHIN.

Journal d'un praticien. Consultations sur la grossesse, l'accouchement, les maladies des femmes et les soins à donner aux nourrissons. Observations personnelles notées au cours même des événements (1), par le docteur H. Stapfer.

Ce livre s'adresse à l'étudiant, au praticien accoucheur, au spécialiste, chacun y récoltera ample moisson de faits et les renseignements les plus utiles. Le médecin y trouvera la solution d'une quantité de questions qu'il se pose dans la pratique de son art. L'obstétricien de profession y apprendra du nouveau. L'étudiant s'y préparera à l'exercice des accouchements. Ce journal d'un accoucheur est appelé à un grand succès en

(1) In-8° avec 58 fig. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

(1) Un volume in-8° raisin. — Prix : 10 francs; — Paris, Vigot Frères.

raison même des sujets qu'il traite, de son utilité courante et aussi de la façon dont il est présenté.

Nous n'avons pas eu, dans la littérature médicale, de livre aussi personnel, aussi instructif, aussi vivant depuis plus d'un siècle. On ne peut s'en détacher quand on l'a commencé.

L'auteur, toujours pratique et de grand sens clinique, associe le lecteur à la pensée, à l'action scientifique et même aux émotions de la vie d'accoucheur : car par la forme qu'il a su donner à son journal, on peut dire qu'il fait vivre son lecteur avec lui. Il passe au crible d'une critique intelligente et probe les théories, les préjugés, les doctrines et n'a égard qu'aux faits, à l'observation patiente et exacte.

L. GAYARD.

L'occultisme hier et aujourd'hui. Le merveilleux préscientifique, par le docteur GRASSET (1).

Ce livre sera très lu et probablement aussi quelque peu discuté par tous ceux qui s'intéressent à l'occultisme. En voici les principales conclusions : les phénomènes occultes sont des phénomènes psychiques préscientifiques, c'est-à-dire qu'ils n'appartiennent pas encore à la science, mais qu'ils peuvent y entrer plus tard ; ils cessent d'être merveilleux et occultes quand ils deviennent scientifiques ; ce caractère préscientifique les distingue du surnaturel et du miracle qui sont et resteront toujours hors de la science.

Les frontières de l'occultisme reculent sans cesse, malgré les difficultés que présente l'étude des phénomènes occultes en raison de leur complexité, de la nécessité d'avoir toujours un médium et de la fréquence de la fraude, consciente ou inconsciente, chez les médiums.

Les phénomènes qui constituaient l'occultisme d'hier et qui sont aujourd'hui désoccultés, sont l'hypnotisme, les tables tournantes, les fausses divinations... Les faits qui constituent encore l'occultisme d'aujourd'hui, sont la télépathie, la suggestion mentale et la communication directe de la pensée, les déplacements voisins sans contact, la clairvoyance. Leur démonstration scientifique n'est pas encore faite, mais elle n'est pas rationnellement impossible, si tous les expérimentateurs procèdent avec une méthode très rigoureuse.

L. BABONNEIX.

Thérapeutique hydro-minérale des maladies vénériennes (Indications des cures thermales dans les principaux accidents de la syphilis et de la blennorragie. Choix de la station] (2), par le docteur Henri PELON, ancien chef de clinique à la Faculté de Montpellier.

Les maladies vénériennes sont très fréquemment justiciables des cures hydro-minérales.

L'ouvrage du docteur Pelon a précisément pour objet, l'étude des indications et de l'action thérapeutique des eaux thermales dans les maladies vénériennes.

La première partie est consacrée à la *syphilis*. L'auteur, après avoir fait la critique de l'ancien mode du traitement d'épreuve, expose l'utilité des cures minérales pour remonter l'état général du syphilitique, et pour redresser son état diathésique dont la nutrition est souvent viciée. Il insiste sur l'action fortement adjuvante que prêtent certaines eaux thermales au traitement mercuriel et sur la tolérance si remarquable des hautes doses hydrargiriques qu'elles permettent d'obtenir dans les cas pressants. Il passe enfin en revue les principales classes d'eaux minérales applicables aux syphilitiques et arrive à préciser très nettement la station la mieux appropriée à chaque cas.

Dans la deuxième partie, l'auteur examine les diverses localisations de la *blennorragie* sur l'urètre, la vessie, le bassinet, le rein, l'utérus, les articulations ; d'où autant de chapitres consacrés aux indications des eaux minérales dans les urétro-cystites, pyélo-néphrites, métrites, arthrites, etc., et à la détermination exacte de la source la meilleure dans chacune de ces localisations chroniques du gonocoque.

Le livre du docteur Pelon vient à son heure, à ce moment de l'année où se posent de toutes parts les indications des cures thermales. Le succès de ses précédents travaux et ses titres scientifiques recommandent sa *Thérapeutique hydro-minérale des maladies vénériennes* à l'attention de tous les praticiens.

(1) Un volume In-16. — Montpellier, 1908, Coulet et fils.

(2) Un volume in-18 de 400 pages, broché. — Prix : 5 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval

Maladies de la moelle et du bulbe [non systématisées] (1), par ODDO. (Collection de l'encyclopédie scientifique.)

Ce livre ne comprend ni la syphilis, ni le tabes, ni les compressions de la moelle. Les autres affections de la moelle : myélite, amyotrophie du type Werding-Hoffmann, artériosclérose, sclérose en plaques, hématomyélie, syringomyélie, les syndromes et les affections bulbaires (y compris le syndrome d'Erb ou paralysie bulbaire asthénique) y sont étudiées. L'ouvrage se termine par un index bibliographique assez étendu, quoique incomplet.

ALQUIER.

Nouvelles recherches sur l'évaluation de l'acidité du suc gastrique (2), par Louis LEMATTE, docteur en pharmacie.

Cet ouvrage, quoique très technique, est fort intéressant à lire pour le médecin. Outre la critique des procédés analytiques employés pour titrer l'acidité du suc gastrique et l'exposition d'une méthode nouvelle due à l'auteur, on y trouvera en effet un résumé des notions acquises sur la physiologie du suc gastrique.

Tous ceux que les questions de biologie intéressent liront avec intérêt et profit cette consciencieuse étude.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Lorsqu'on veut utiliser la seule influence médicamenteuse du brome, il faut avoir recours au *bromure de sodium* que l'on peut administrer à doses assez élevées (5 contre 4 de KBr) sous la forme du sirop de Henry Mure. Ce sel ne produit pas de dépression cardiaque comme le bromure de potassium et peut être utilisé à doses un peu plus fortes que ce dernier. Le *bromure de strontium* possède la même action que le bromure de sodium et s'emploie aux mêmes doses. Il est surtout intéressant par la provocation des doubles décompositions mobilisant et mettant en train l'action médicamenteuse, influence physico-mécanique à laquelle M. le professeur Pouchet attache une importance considérable dans la production de l'action pharmacodynamique. Le strontium, que l'on pourrait comme le sodium qualifier d'élément neutre au point de vue de l'influence médicamenteuse, n'intervient pas autrement que pour solliciter les échanges d'éléments électro-positifs et

(1) In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

électro-négatifs qui sont le début nécessaire de toute action dynamique aboutissant à une modification moléculaire : utiliser ce bromure à l'état de pureté, condition essentielle, telle qu'on le trouve dans le sirop de Henry Mure.

SUITE DES SOMMAIRES

Lyon médical. — (N° 27, 5 juillet 1908.) P. Courmont et A. Cade : Maladie de Recklinghausen et tumeur du cervelet. — Etterlin (de Contrexéville) : Acidification de l'urine par l'acide borique. — (N° 28, 12 juillet.) Lépine : Sur deux cas de rhumatisme cérébral. — (N° 29, 19 juillet.) Mouisset et Bouchut : Syndrome de Schmidt. — (N° 30, 26 juillet.) Mazeran : Entéro-colite muco-membraneuse et fièvre typhoïde. — (N° 31, 2 août.) Chalier : Abcès du lobe gauche du foie et pleurésie purulente suraiguë.

Pédiâtrie pratique. — (N° 126, 15 juillet 1908.) Baumel : Un cas de dothiénentérie compliquée de l'enfant. — Génévrier : Un cas de rhumatisme peut-être tuberculeux. — Ausset : Genu-varum double d'apparition récente chez une enfant de quatorze ans. Tuberculose inflammatoire? Rachitisme tardif? Dysthyroïdie secondaire? — Gaillard et Cawadias : Un cas de maladie de Roger. — Jacobson : Sur quelques états subfébriles prolongés. — (N° 127, 1er août.) Julien : La cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant. Statistique de 76 cas avec 76 guérisons définitives. Quelques remarques sur la cure radicale chez l'adulte. — Millon : Que doit-on faire en présence de symptômes d'occlusion intestinale chez l'enfant.

Presse médicale. — (N° 53, 1er juillet 1908.) A. Zimmern : Nécessité de l'électrisation précoce dans le traitement des atrophies réflexes (étude pathogénique). — A. Martinet : Chlorure de sodium et sécrétion gastrique. — (N° 54, 4 juillet.) Henry Meige : La revision de l'hystérie à la Société de neurologie de Paris. Les prétendus stigmates hystériques. Les troubles « pithiatiques » et les troubles trophiques soi-disant hystériques. — (N° 55, 8 juillet.) Auclair : Clinique microbiologique. L'acido-alcoolo-résistance dans ses relations avec l'identité du bacille de Koch. — Makaroff : La question du diabète produit par l'adrénaline. — Jules Rouvier : Nouvelles formules pratiques concernant la version podalique par manœuvres internes appliquée aux présentations de l'épaule. — G. Mahé : L'empyème du sinus maxillaire d'origine dentaire et son traitement. — Montéli et Cornillot : De la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. — (N° 56, 11 juillet.) L. Jacquet et Debat : La surdistension et le surtravail gastriques d'origine tachyphagique. — (N° 57, 15 juillet.) Emile Sergent et Pierre Ménard : Le rhumatisme chronique progressif et déformant par insuffisance thyroïdienne. — Léon Bernard et Læderich : Sur un état clair des cellules hépatiques. — (N° 58, 18 juillet.) H. Iscovesco : Les lipoïdes. — R. de Gauléjac : Essais d'une nouvelle méthode thérapeutique. — (N° 59, 22 juillet.) Debove : Tabes et chirurgie. — J.-J. Matignon : L'hygiène urbaine en Chine. Ce qu'elle est. Ce qu'elle aurait pu être. — (N° 60, 25 juillet.) H. Roger : Les ferments solubles. — Meige : La revision de l'hystérie à la Société de neurologie de Paris. Sur la suggestion. — (N° 61, 29 juillet.) Landouzy et Læderich : Tuberculoses aiguës et subaiguës. Sur une forme subaiguë de septicémie tuberculeuse avec déterminations pulmonaires et pleurales; cutanées (érythème polymorphe, noueux); périostées (nodosités sur le crâne et les coudes); articulaires et péri-articulaires; endo et péricardiaques. — Moro : Valeur pratique de la tuberculisation percutanée au moyen d'onguent à tuberculine. — (N° 62, 1er août.) Weiss : Principes généraux sur la pression sanguine et ses variations à l'état normal. — Laignel-Lavastine : Sécrétions internes et psychoses.

Revue de chirurgie. — (N° 7, 10 juillet 1908.) Lenormant, Rubens-Duval et Cottard : Les tumeurs mixtes de la joue et des lèvres. Contribution à l'étude des inclusions embryonnaires para-buccales (9 fig.). — Delore et Leriche : Sur la pathogénie et le traitement de l'invagination intestinale. — Couteaud : Etude sur l'orteil en marteau. — Hardouin et Marquis : Abcès froids thoraciques rétromammaires (2 fig.). — Cavaillon et Perrin : La colectomie dans les cancers du gros intestin [10 fig. (*fin*)].

Revue de la tuberculose. — (N° 3, juin 1908.) Leven : Les dyspeptiques considérés à tort comme tuberculeux. — Jules Lemaire : Recherches sur la cuti-réaction à la tuberculine. — J. Bour : L'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose, contribution à son étude clinique, à sa valeur diagnostique chez l'adulte. — M. Villaret et Léon Tixier : Le diagnostic de la tuberculose, contribution à son étude clinique, à sa valeur diagnostique chez l'adulte.

Revue de médecine. — (N° 7, 10 juillet 1908.) F.-J. Collet : Vieilles doctrines, erreurs utiles. Leçon d'ouverture au cours de pathologie générale. — Wickam et Degrais : Traitement des angiomes (tumeurs vasculaires et taches de vin) par le radium. — Pépin : De l'emploi du grec dans le langage médical. (Transcription du grec en français. Construction des néologismes.) — Gougerot : Reproduction expérimentale de la typhobacillose de Landouzy.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 29, 18 juillet 1908.) A. Bonain : Procédé d'anesthésie générale pour les interventions chirurgicales de courte durée. — (N° 30, 25 juillet.) Aimar Raoult : Sarcome de la fosse nasale gauche; opération; survie de six ans. — A. Quadri : Otite moyenne aiguë gauche; mastoïdite; paralysie de la sixième paire du côté droit; suppuration profuse de la caisse après l'opération; fusée cervicale profonde et abcès sous-périostique de la région occipitale; guérison. — (N° 31, 1er août.) Brindel : Sinusites grippales. — Lavrand : Gros polype du cavum pharyngé.

Revue médicale de l'Est. — (N° 12, 15 juin 1908.) Parisot : Quelques considérations sur l'hystéro-neurasthénie traumatique chez le vieillard. — A. Sabotier : De l'hypotrophie infantile. — (N° 13, 1er juillet.) A. Sabotier : De l'hypotrophie infantile (*suite*).

Revue neurologique. — (N° 12, 30 juin 1908.) J. Grasset et L. Rimbaud : Un cas de paraphasie, ramollissement de la première circonvolution temporale gauche (3 fig.). — Klippel et François Dainville : Hémiplégie droite avec aphasie motrice d'origine typhique, datant de trente ans, accompagnée d'alexine et de dissociation syringomyélique de la sensibilité. — (N° 13, 15 juillet.) Mme Déjerine-Klumpke : Paralysie radiculaire totale du plexus brachial avec phénomènes oculo-pupillaires, autopsiée trente-six jours après l'accident (7 fig.). — Brissaud et Gougerot : Névrite localisée avec troubles trophiques à la suite de coupure du pouce; névralgie ascendante. — Mattirolo : Contribution à l'étude du tabes rudimentaire associé aux affections de l'aorte.

Semaine gynécologique. — (N° 25, 23 juin 1908.) Pichevin : Du drainage abdominal dans les opérations pelviennes. — (N° 26, 30 juin.) Pichevin et L. Boyer : Erythème scarlatiniforme desquamatif post-opératoire. — (N° 27, 7 juillet.) Pichevin : Rétrodéviation et grossesse. — (N° 28, 14 juillet.) Pichevin : A propos d'un cas de cystite chez la femme.

— (N° 29, 21 juillet.) Lévy-Weissmann : Hyperthermie puerpérale par stercorémie (note clinique). — (N° 30, 28 juillet.) Pichevin : Des troubles urinaires dans les déviations de l'utérus en arrière. — David : L'occlusion intestinale dans les suites de couche.

Semaine médicale. — (N° 27, 1er juillet 1908.) Noël Fiessinger : La lésion parenchymateuse et les processus de cirrhose du foie. — (N° 28, 8 juillet.) Georges Mouriquand et Léon Bouchut : L'asystolie mortelle dans la maladie de Basedow. — (N° 29, 15 juillet.) Ch. Aubertin : Les anémies par anhématopoièse. — (N° 30, 22 juillet.) Ambard : Le rôle des lipoïdes dans les phénomènes de l'hémolyse. — (N° 31, 29 juillet.) Lejars : Les abcès sous-urétraux chez la femme.

Tribune médicale. — (N° 28, 11 juillet 1908.) P.-Ch. Petit : Sur la radiologie des fractures. — (N° 29, 18 juillet.) Chauffard et Jean Troisier : Contribution à l'étude des hémolysines dans leurs rapports avec les anémies graves. — (N° 30, 25 juillet.) Ch. Esmein et M. Lecomte : Sur un cas de cirrhose de Hanot de nature tuberculeuse. — Widal et Abrami : Le séro-diagnostic de la sporotrichose. — (N° 31, 1er août.) Gougerot : Insuffisance hépatique terminale des tuberculeux. Ictères graves bacillaires.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 12, 30 juin 1908.) Mathieu : La peste (*fin*). — (N° 13, 15 juillet.) H. Lée et S. Prudhomme : Le traitement de l'onychophagie par les appareils de prothèse dentaire. — Vernié : Péricardite suppurée. Méningite infectieuse purulente. — (N° 14, 30 juillet.) D'Hotel : Un cas de leucémie suraiguë.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LÉVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le mauvais mal, propos d'un médecin publiés dans l'*Auto* 1906 et 1907, par le docteur Louis Jullien, chirurgien de Saint-Lazare. In-8. — Prix : 2 francs, — Paris 1907, Coccoz, Boulanger successeur.

Notions nouvelles de climatothérapie, par le docteur Léon Mac-Auliffe, préface de M. Zimmern, professeur agrégé de physique biologique à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 120 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Les arriérés scolaires, par R. Cruchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des maladies nerveuses à l'hôpital suburbain des enfants. Une monographie gr. in-8 de l'*Œuvre médico-chriurgical.* — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes et à deux places d'élèves externes en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 16 novembre 1908, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 9 novembre inclusivement.

— Rouen. — Un concours pour la nomination à deux places d'internes en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 12 novembre 1908. Les épreuves commenceront à quatre heures, à l'Hospice-Général, salle des séances.

La Commissisn administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 21 octobre 1908. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 27 octobre au plus tard.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Un concours pour la nomination d'un professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Reims aura lieu devant la Faculté de médecine de Nancy le 12 février 1909. Les candidats doivent se faire inscrire à cette Faculté un mois avant la date fixée pour le concours.

MARINE. — Par décret du 24 août 1908, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Trabaud.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux Touchet et Gorron.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Bastier et Lorin.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Cazamian et Ségalen.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. Dieulafoy, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 21 septembre 1908, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à midi, et l'après-midi, de deux heures à quatre heures. Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades ;

2° L'exposé des principaux procédés de laboratoire (recherche de microbes, examen du sang, des urines, des fèces, des sérosités, etc.) applicables au diagnostic ;

3° Les principales indications et les principales techniques thérapeutiques.

Ce cours comprendra 24 leçons et sera fait en deux semaines. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs O. Crouzon et Le Play, chefs de clinique ; Nattan-Larrier et René Gaultier, chefs de laboratoire ; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

Programme du cours. — *Lundi 21 septembre.* — Matin : M. Nattan-Larrier. Examen clinique du sang : anémies, polyglobulies ; leucocytose et leucémie. Cytodiagnostic. — Soir :

M. Le Play. Technique de l'examen bactériologique du sang : cultures du sang.

Mardi 22 septembre. — Matin : M. Bonnier. Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx. — Soir : M. O. Crouzon : Examen clinique du poumon et de la plèvre : indications et technique de la thoracentèse.

Mercredi 23 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Diagnostic clinique précoce de la tuberculose. Indications thérapeutiques. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire : recherche du bacille de Koch dans les crachats et les liquides pathologiques; inoculations aux animaux. Tuberculine.

Jeudi 24 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Technique de l'examen clinique du cœur. Asystolie : son traitement. — Soir : M. Le Play. Méthodes d'exploration clinique des vaisseaux : le sphygmographe et le sphygmomanomètre. La médication hypotensive.

Vendredi 25 septembre. — Matin : M. Bonnier : Technique de l'examen de l'oreille. Vertige; équilibre. — Soir : M. Le Play. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. Les sérodiagnostics.

Samedi 26 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (motilité, sensibilité, réflexes); étude d'un hémiplégique, d'un tabétique. (Présentation de malades.) — Soir : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (langage, état mental) : étude d'un aphasique, d'un paralytique général. Ponction lombaire : cytodiagnostic et bactérioscopie du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 28 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie clinique de l'estomac et de l'intestin : les dyspepsies; l'appendicite; l'entérotyphlocolite. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic bactériologique des angines. Diphtérie et sérothérapie.

Mardi 29 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie du foie et du pancréas : obstruction calculeuse du cholédoque et pancréatites. Séméiologie de la rate. — Soir : M. René Gaultier. Séméiologie clinique de l'estomac et de l'intestin : examen du suc gastrique; examen des fèces. Thérapeutique des affections gastro-intestinales.

Mercredi 30 septembre. — Matin : M. Le Play. Analyse bactériologique du pus : recherche du gonocoque, du pneumocoque, du bacille du chancre mou. Coloration des microbes; réaction de Gram. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic du tréponème pâle de Schaudinn, des trypanosomes, de l'hématozoaire du paludisme.

Jeudi 1er octobre. — Matin : M. Le Play. Examen clinique des urines; exploration rénale. Urémie, indications de la saignée; déchloruration. — Soir : M. René Gaultier. Examen chimique des urines, ses applications à l'étude des maladies de la nutrition et des régimes alimentaires. Glycosurie et diabète.

Vendredi 2 octobre. — Matin : M. Déhu. Traitement de la syphilis : la médication mercurielle. — Soir : M. Déhu. Recherche des stigmates de la syphilis acquise et héréditaire.

Samedi 3 octobre. — Matin : M. Lacaille. Méthodes d'exploration des réactions électriques, leur application au diagnostic et au traitement. Réaction de dégénérescence. — Soir : M. Lacaille. Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique. Radiothérapie.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 24, 13 juin 1908.) Tsuchyia : Le dosage volumétrique de l'albumine au moyen de l'acide phosphotungstique. — (N° 25, 20 juin.) Eisen : Contribution à la stomatite ulcéro-membraneuse et à l'angine ulcéreuse avec exanthème scarlatiniforme.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 4 juin 1908.) Krönig : Accouchement sans douleur dans le demi-sommeil. — Schmidt : Sur les nouvelles méthodes d'examen des fonctions de l'intestin et leurs résultats. — Einhorn : Un cas de rétrécissement et de défaut d'occlusion du pylore. — Krumbein et Schanloff : Recherches sur le sérum anti-méningococcique. — Schulthers : Recherches sphygmobolométriques sur l'homme sain et malade. — Friedländer : Sur l'hyperhydrose unilatérale. — Brunck : Sur l'opération des abcès de la langue situés profondément. — Ewald : Sur le traitement des fractures des doigts. — Davidsohn : Côte cervicale et accident. — Pruiznig : La fréquence de l'avortement dans la grossesse gémellaire. — (N° 24, 11 juin.) V. Herff : Sur quelques méthodes de traitement des bactériémies puerpérales et en particulier sur l'hystérectomie. — Hübener : Sur la présence de bactéries du groupe paratyphique B dans le monde extérieur. — Rimpau : Sur la question de la dissémination des bacilles du groupe paratyphique. — Koblauk : Sur le réflexe nasal. — Kuttner : La dysménorrhée nasale. — Burckhardt-Socin et Schlagintwein : Tuberculose miliaire et septicémie avec point de départ non habituel et métastases remarquables. — Würz : Etude comparative sur la sécrétion gastrique d'après le repas d'épreuve de Riegel, le déjeuner d'Ewald et la soupe de Sahli. — Raupe : Pansement protecteur pour la vaccine. — (N° 25, 18 juin.) Sommer : Les états dépressifs et leur traitement. — Marina : Y a-t-il des formes frustes ou rudimentaires de la dystrophie musculaire (Erb) dont la guérison est possible? — Herhold : Perhydrol et perborate de soude en chirurgie. — Dührssen : Sur l'extirpation vaginale des trompes gravides. — V. Herff : Sur la valeur de certaines méthodes de traitement des bactéricémies puerpérales et en particulier de l'hystérectomie (*suite*). — Ogata : L'étiologie de la maladie par morsure de rats. — Watermann et Bodaert : Sur la présence d'extrait surrénal dans le sang et l'urine. — Ehrmann : Appareil pour extraire le contenu gastrique. — (N° 26, 25 juin.) Müller : Les résections des articulations. — Weber et Fuerstenberg : Le traitement arsenical du nagana expérimental. — Elsching : Contribution à l'étiologie et au traitement de la conjonctivite chronique. — Guillery : Sur l'éclaircissement des opacités cornéennes causées par des poisons métalliques caustiques. — V. Herff : Sur la valeur de certaines méthodes de traitement des bactériémies puerpérales et en particulier de l'hystérectomie (*suite*). — Fischer : La mesure auscultatoire de la tension artérielle. — Bohne : Un cas de « sprue » et son traitement. — Meyer : Eupraxie relative dans les paralysies droites. — Zupnik : Le tétanos local et sa cause. — Davidsohn : Statif universel pour tubes Röntgen. — Wassermann : Nouveau spéculum pour examen du vagin avec hymen intact.

(*Voir la suite, p. 1162.*)

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DES PAYS CHAUDS

LES FORMES CLINIQUES DE LA

MALADIE DITE DE MADURA

Par le docteur J. BRAULT,
Professeur à l'École de médecine d'Alger.

Messieurs,

Les affections à streptothrix présentent déjà, en Algérie, certaines particularités : en outre de l'actinomycose qui se voit de temps à autre, on observe la variété grise du pied de Madura, due à l'oospora Maduræ. Nos indigènes marchent pieds nus et présentent plus souvent que les Européens des traumatismes et des affections surales et podaliques d'origine diverse.

La distribution géographique de la variété de pied de Madura qui nous intéresse aujourd'hui est d'ailleurs assez étendue.

Historique et distribution géographique. — Les premières notions un peu précises touchant le pied de Madura remontent à l'année 1806, c'est alors que Heyne décrivit l'affection sous le nom d'état lépreux du pied. Ce ne fut qu'en 1859, que Vandyke Carter fit sa remarquable communication au Great medical College et affirma la nature parasitaire de la maladie. Depuis, de nombreux travaux sont venus préciser le dire de Carter (Bassini, Huntley, Surveyor et surtout Kanthack, puis Vincent).

Jusqu'en 1883 le mycétome fut considéré comme une affection endémique particulière à l'Inde, mais dès ce moment plusieurs médecins de notre marine rectifièrent cette assertion complètement erronée.



MYCÉTOME. Fig. 1. Ray D del

C'est ainsi que, dès cette époque, Corre montre : que Collas avait observé des cas de mycétone à l'île de la Réunion ; que Grall, Maurel en avaient rencontré à la Guyane et Chedan à Saïgon. Libouroux parle d'un cas observé à Constantinople (1) ; Bassini en a opéré un cas à la clinique chirurgicale de Padoue. Un peu plus tard Gémy et Vincent en observaient un cas chez un Marocain. Depuis, quelques observations ont été relatées [Legrain (Bougie), Lowitz (Djibouti) etc.]. Bientôt les cas de mycétome de la variété pâle, que j'ai pu observer ici sous leurs diverses formes, tomberont dans le domaine banal. Il y a longtemps par ailleurs que Bérenger-Féraud avait observé la maladie sur les nègres du Sénégal et avait nettement exprimé l'opinion que le pied de Madura se rencontre dans tout le continent africain, depuis les bords de l'Atlantique jusqu'à la mer Rouge, sous la latitude du Sénégal.

Dans l'Inde même, la maladie est loin d'être cantonnée au district même de Madura. On rencontre le mycétome dans le Bengale, dans le Penjeb, le Kashmir, à Hirsar, Ajmeer, Rajputana, etc.

Ce n'est pas tout, il est même assez probable que la maladie s'étend en Océanie, aux États-Unis, dans l'Amérique du Centre, aux Antilles et dans l'Amérique du Sud (Argentine).

Races. — Maladie de la jeunesse et aussi un peu du sexe masculin, le mycétome semble s'attaquer de préférence aux indigènes plutôt qu'aux Européens ; c'est ce qui arrive notamment dans l'Inde qui, à tout prendre, paraît être le berceau de l'affection.

La variété grise du pied dit de Madura peut se présenter en clinique sous deux aspects différents ; un

(1) Williamson a signalé la maladie à Chypre.

seul a bien été étudié jusqu'à présent par les auteurs, c'est la variété ordinaire, commune, la forme diffuse ; l'autre variété est la forme néoplasique, sur laquelle nous allons davantage insister.

a. *Forme banale, diffuse.* — La maladie débute par la plante du pied qui bombe d'une façon extrême. Sur les régions envahies on voit survenir des tuméfactions, des tubérosités qui crèvent et laissent échapper des grains caractéristiques. Si l'on vient à introduire un stylet dans les cratères des nodosités, on enfonce parfois jusqu'au squelette qui est lui-même intéressé. Le membre s'amaigrit et le pied, déformé, volumineux, cylindroïde, pend au bout d'une jambe atrophique. L'affection est peu douloureuse et le malade vient rarement consulter assez tôt. Quand on fait la coupe d'un pied de Madura de la variété ordinaire, diffuse, on voit qu'il est transformé en une sorte de masse gélatiniforme gris jaunâtre, sillonnée de géodes et de canaux occupés par le parasite, les os eux-mêmes infiltrés sont devenus friables ; en somme tout est envahi par le grain parasitaire.

Aussi bien aujourd'hui, je ne veux pas insister outre mesure sur cette forme banale que vous trouvez décrite tout au long dans les ouvrages classiques de pathologie exotique ; comme je viens déjà de vous le dire, je tiens surtout à vous entretenir de la deuxième forme clinique, plus rare la variété néoplasique, dont nous avons eu un exemple absolument typique sous les yeux.

b. *Variété néoplasique.* — Nous allons étudier cette forme à l'aide de notre observation et cela non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue du laboratoire (histologie et bactériologie). En effet, dans des cas semblables, il ne peut y avoir rien de véritablement scientifique sans l'alliance du laboratoire et de la clinique ; choses que certains ont l'air de vouloir séparer et confier à des maîtres différents, alors qu'il faudrait au contraire s'ingénier à les réunir et à les perfectionner sous une même direction qui seule peut faire œuvre utile et complète.

Voyons tout d'abord l'observation résumée de notre sujet :

B... ben S..., trente-sept ans, né au Foudouk, n'a jamais quitté notre région, il fait le commerce de revendeur de volailles et parcourt le pays aux alentours d'Alger où il réside habituellement.

Cet indigène se présente à notre consultation le 4 avril 1906 pour une tumeur du pied gauche dont voici les principaux caractères :

Sise à la face dorsale du pied, la néoplasie en forme de brioche présente son extrême pointe en avant surplombant le quatrième orteil; en arrière, vers le tiers postérieur du pied, s'étale sa base. La tumeur présente le relief du poing; un peu aplatie, elle mesure 9 centimètres de large et 12 centimètres de long. A la surface, rampent de grosses veinules, la circulation superficielle en somme est assez marquée. En outre, sur la peau qui recouvre la tumeur on aperçoit cinq ou six petites taches violâtres : les unes représentent des cicatrices déjà fermées, les autres munies de pertuis laissent couler un peu de liquide muco-purulent, mais sans grains.



Fig. 2. — *Pied de Madura* (forme classique).

La palpation est indolente, on constate une tumeur lobulée, de consistance plutôt solide, quelques points sont chondroïdes, d'autres sont plus mous.

Si on essaie de mobiliser la tumeur, on constate qu'elle est mobile sur les parties profondes, dans son tiers postérieur, elle est au contraire fixe en avant. Enfin, à la surface de la néoplasie, la peau est adhérente un peu partout.

B... raconte ainsi la genèse de sa tumeur : tantôt chaussé, tantôt pieds nus, il parcourt les fermes des environs pour exercer son commerce. Il y a un an et demi, à la suite d'une course à Rovigo, il ressentit une douleur à la base du quatrième orteil, il eut des démangeaisons toute la nuit. Toutefois il ne remarqua ni rougeur nette, ni plaie, il observa seulement une petite nodosité ; deux jours plus tard les phénomènes subjectifs avaient disparu, mais la petite tumeur persista et grossit lentement, mais progressivement, pour atteindre le volume qu'elle présente actuellement.

La tumeur est unique, on ne remarque rien par ailleurs.

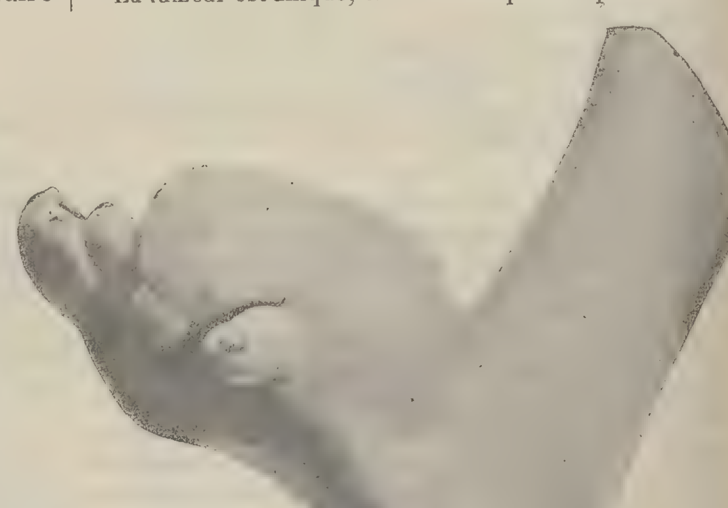


Fig. 3. — *Pied de Madura, variété néoplasique, malade du service.*

L'examen de l'aîne montre quelques petits ganglions durs, mais il y en a tout autant dans l'aîne du côté opposé; pour être complet, ajoutons que le malade, un peu maigre, jouit d'un bon état général, il n'a pas de fièvre, la rate est seulement un peu perceptible.

L'analyse du sang et des urines n'a rien révélé d'anormal.

Opération. — Le 7 avril, je pratique l'opération (bande, désinfection, anesthésie mixte), deux incisions courbes circonscrivent une large bande de peau comprenant les parties amincies et les plus adhérentes; d'ailleurs le reste de la peau est difficile à séparer de la tumeur; dans la profondeur, la dissection, facile dans le tiers postérieur où la tumeur est en quelque sorte encapsulée, est très pénible en avant en raison de la diffusion de la néoplasie qui plonge sous les tendons et dans les espaces intermétatarsiens troisième et quatrième. Les parties qui restent après la dissection menée aussi loin que possible sont curetées et cautérisées au thermo-cautère, large drainage, pansement compressif.



Fig. 4.

Soins consécutifs. — Au cours des pansements consécutifs, à plusieurs reprises, les points d'implantation de la tumeur ont été cautérisés au nitrate d'argent et à la teinture d'iode.

Le malade a en outre été soumis à un traitement ioduré; ce dernier, qui a été considéré jusqu'ici comme inefficace dans le pied de Madura, a été essayé par nous comme adjuvant. Quoi qu'il en soit, la cicatrisation a été obtenue en quelques semaines et s'est maintenue depuis.

Etude macroscopique de la tumeur. — La néoplasie pèse 250 grammes, elle présente à la coupe à la fois des parties solides et des portions kystiques; les dimensions de ces dernières sont très variables, quelques-unes sont très petites, d'autres ont le volume d'une amande, l'une d'elles avait même une capacité que l'on peut comparer à un œuf de pigeon. Ces géodes contiennent un liquide muqueux, tantôt rougeâtre, tantôt gris sale; dans ce liquide nagent de nombreux grains. Ces grains arrondis sont blanchâtres, ils sont eux aussi de couleur variable, les moyens ont sensiblement le volume d'une tête d'épingle ordinaire, on les comparerait assez volontiers à des grains de couscouss; assez cohérents, ils ne s'écrasent pas par la simple pression de la lamelle sur le porte-objet; si on veut y parvenir, il faut un peu insister, je dis un peu, car si on force la note, on fragmente par trop le mycelium.

Sur la partie culminante de la tumeur, là où la peau est adhérente, on remarque quelques pertuis entourés d'une peau quelque peu violacée, ces derniers orifices mènent dans des kystes ouverts où on trouve encore une sorte de magma rougeâtre.

Tel est, à l'œil nu, l'aspect général de ce faux néoplasme qui, en outre de ses grains pâles, présente une coloration qui intrigue immédiatement, je veux parler de la teinte xanthélasmique de ses portions charnues et aussi du contenu rougeâtre de quelques-unes de ses géodes.

Examen histologique. — *Grains* (1). — Le grain parasitaire grisâtre, étalé, fixé sur lame et coloré, soit par la thionine, soit par le violet phéniqué et le Gram, montre des amas de filaments assez grêles présentant par endroits un enchevêtrement inextricable. Dans les endroits plus clairs, on trouve au contraire des touffes du parasite que l'œil peut aisément dissocier (2).

On voit alors qu'il s'agit de filaments à dichotomie très nette; par places, les filaments sont renflés; tantôt ils sont uniformément colorés, tantôt en certains points la matière colorante s'est inégalement fixée, et ils semblent comme segmentés.

Pour mieux analyser la constitution des grains, il faut les durcir, les inclure et les couper. Ces coupes vous montrent que le centre du corpuscule est formé par une substance amorphe ou granuleuse ou par un feutrage de mycélium ayant toujours la forme filamenteuse, mais ayant perdu son affinité pour les colorants.

Autour de cette zone centrale, les filaments mycéliens franchement colorés forment une couronne d'autant plus dense qu'on se rapproche davantage de la périphérie du grain.

Enfin à l'entour de cette broussaille mycélienne, dans certaines coupes heureuses colorées par le Gram avec recoloration du fond par la fuchsine diluée, on voit par places des filaments rayonnés que nous retrouverons sur les coupes des grains dans le parenchyme de la tumeur.

Coupe des tissus. — La coupe des grains est une chose délicate, les coupes des tissus, traitées par le Gram, l'hématéine-éosine, le Van Gieson, la safranine anilinée, etc., nous ont permis de mieux déceler le processus.

A un très faible grossissement, surtout sur les coupes traitées par le Van Gieson, vous distinguez le bloc parasitaire formé d'un centre jaune clair, entouré d'une couronne fortement colorée en violet, le tout englobé dans une zone jaune pâle.

A un fort grossissement, comme dans les coupes de grain isolé, le centre est formé de débris mycéliens morts, le feutrage vivace se trouve à la périphérie prenant assez fortement le Gram, et plus à l'extérieur encore on remarque la couronne complète des filaments radiés.

Cette dernière zone est déjà infiltrée de cellules embryonnaires. La plupart du temps, autour du champignon, les tissus ont réagi et organisé leur défense.

On distingue tout d'abord une couche de cellules jeunes, puis une couche de cellules épithélioïdes, parmi lesquelles se voient un certain nombre de cellules géantes. Les cellules épithélioïdes sont enfermées dans un tissu conjonctif très lâche,

(1) Immédiatement après l'opération, la préparation extemporanée d'un grain m'a montré que j'étais bien en face d'une tumeur à streptothrix.

(2) Pour étaler convenablement le grain, il faut presser légèrement, une seule fois et dans un seul sens.

de plus en plus vasculaire, à mesure qu'on s'éloigne du centre.

L'épaisseur relative des diverses couches que nous venons de décrire est assez variable, il semble que plus le grain est développé et plus la zone claire intérieure est considérable, de même plus le grain est vieux et plus les contours de la couche de mycélium vivace sont sinueux. La zone des filaments radiés présente elle aussi des irrégularités et se montre plus ou moins épaisse; parfois même, dans l'étalement de la coupe, elle se dissocie du mycélium sous-jacent (1).

Examen bactériologique. — *Inoculations.* — Nos inoculations ont échoué comme celles de nos devanciers : lapins, cobayes, ont présenté des nodules après inoculation de grains ou de cultures, mais ces nodules ont fini par se résoudre complètement.

Nous avions fondé plus d'espoir sur l'introduction de grains dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, mais après avoir semblé grossir, les grains sont entrés en régression et n'ont produit que des lésions réactionnelles banales.

Je vais maintenant vous présenter les cultures.

Cultures. — Des ensemencements ont été pratiqués dans différents milieux après prélèvement aseptique dans les petites poches kystiques de la tumeur.

Bouillon de foin. — Dans le bouillon de foin, les colonies se développent rapidement (quarante-huit heures à trois jours) sous forme de grains à centre rougeâtre, rouillé, à zone périphérique grisâtre. Tantôt les grains adhèrent aux parois du tube, tantôt ils tombent au fond; le milieu n'est jamais troublé. Dans les cultures déjà un peu anciennes, on observe à la surface une sorte de pellicule pulvérulente (2).

Bouillon de bœuf peptonisé. — Dans le bouillon de bœuf ordinaire, les grains se développent moins vite et moins bien que dans le bouillon de foin, ils grossissent cependant et leur centre plus foncé s'entoure d'une masse blanche duveteuse; le bouillon reste limpide.

Bouillon glucosé. — Le développement du parasite est presque insignifiant.

Liquide ascitique. — En liquide ascitique, les grains restent blanchâtres, irréguliers, de tout petit volume, et leur nombre augmente très faiblement.

Maïs. — Sur maïs, nos cultures ont très bien pris, nous avons eu tout d'abord des colonies grises, puis rosées, puis rouges, transformant un peu les grains de maïs en grains de corail.

Gélose foin. — La culture se développe rapidement et devient luxuriante; tout d'abord grenue et blanchâtre, elle devient rosée par places, puis d'un rouge vif; quand la culture a vieilli, en certains endroits sur le fond rouge, se détachent des petits cônes secs de couleur cendrée et dont le pourtour présente une frisation semblable à celle des paillettes de nos couleurs d'aniline.

Gélose peptonisée. — Culture un peu moins rapide (cinq à six jours) et moins belle, elle se présente sous la forme d'un semis de grains blanchâtres qui donnent à la surface de la gélose un aspect sec et grenu. Au bout de quelque temps, quelques grains plus volumineux présentent en un point une teinte rougeâtre.

Gélose lactosée, glycérinée, mannitée. — Les cultures ont été nulles.

Gélatine peptonisée. — En gélatine peptonisée, la culture est faible et peu rapide, elle se produit sous forme d'un piqueté blanc, le long de la strie d'ensemencement, il n'y a pas de liquéfaction.

Pomme de terre. — Sur la pomme de terre ordinaire, on voit de petites masses grisâtres, mûriformes et grenues, le milieu de culture ne change pas de couleur.

Enfin, sur pomme de terre glycérinée, les cultures sont restées stériles.

Telle est la relation complète : clinique, anatomo-pathologique et bactériologique, de ce cas typique de maladie dite de Madura à caractères cliniques étranges comme siège (dos du pied), comme limitation (parties molles) et surtout comme configuration (tumeur).

Cette forme clinique de mycétome doit être rare; cependant depuis notre communication sur le pied de Madura à forme néoplasique à la Société de chirurgie (1), M. E. Dubendorfer, dans les *Archiv. für dermatologie*, 1907, a cité le cas d'une Nubienne qu'il avait observée au Caire ; cette indigène, originaire d'Asmon présentait un pied de Madura en forme de tumeur sur la face interne du gros orteil gauche ; la masse arrondie, saillante, indolente, suppurée, fut enlevée en totalité.

En somme, et c'est par là que nous terminerons cette clinique, la variété grise du pied de Madura, due à l'oospora Maduræ (2) ne se présente pas toujours en clinique d'une façon univoque ; s'il existe une variété banale dtffuse, il existe également une forme plus rare, qui affecte, il faut le savoir, les caractéres d'une véritable néoplasie; la première forme, la plus grave, plus difficile à traiter, surtout quand on s'y prend un peu tard, mène souvent à l'amputation, qui est l'unique ressource ; pour l'autre, même déjà développée, on a plus de chances de réussite, en opérant largement, méthodiquement, et en cautérisant avec persévérance, avec minutie, ce qu'on ne peut disséquer entièrement.

(1) Vous pouvez voir ces mêmes zones sur les photographies microscopiques faites par notre préparateur M. Dida.

(2) Le bouillon brunit en vieillissant.

(1) Voir *Bulletin* du 26 juin, relation de la séance du 20 juin 1906.

(2) En dehors de cette variété de mycétome, on reconnait aujourd'hui en pathologie exotique un certain nombre d'autres espèces qui ont été étudiées dans la thèse de Brumpt; ces espèces sont:

1° Mycétome actinomycosique ; 2° Mycétome blanc aspergillaire de Nicolle (Tunisie), dû au stérigmatocystis nidulans ; 3° Mycétome noir dû à l'aspergillus Bouffardi ; 4° Mycétome noir dû au Madurella mycetomi ; 5° Mycétome blanc de Regnier et Brumpt (Indiella Reynieri) ; 6° Mycétome blanc de Bouffard (Indiella somaliensis) ; 7° Mycétome à grains rouges sur lesquels nous ne sommes pas encore bien fixés. Ces diverses espèces peuvent peut-être aussi présenter les deux formes cliniques que nous venons de décrire pour la variété à discomyces Maduræ.

FORMULAIRE

MODE D'ADMINISTRATION DE L'HUILE DE RICIN AUX ENFANTS, par Oppler.

Donner par cuillerées à café l'électuaire suivant :

Huile de ricin	20 grammes.
Sucre blanc	20 —
Café torréfié réduit en poudre fine..	10 —

(*Union pharmaceutique.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 AOUT 1908)

Radio-activité de certaines sources goitrigènes. — M. RÉPIN. Jusqu'à ces derniers temps, l'extinction spontanée de la propriété goitrigène de certaines sources ne pouvait être comparée à rien de connu. Mais depuis la découverte, par Curie et Laborde, de la radio-activité des eaux minérales, due à l'émanation du radium dont la durée n'est que de quelques jours, une analogie apparaissait entre les eaux goitrigènes et les eaux minérales.

Reprenant ses recherches dans cette direction, M. Répin a prélevé, avec les précautions voulues, dans les environs de Saint-Jean-de-Maurienne, quatre échantillons d'eaux, dont trois de sources sûrement goitrigènes et un d'eaux de ruissellement provenant des mêmes terrains.

Or, les trois sources goitrigènes examinées sont radioactives au même degré que des eaux minérales bien caractérisées. Si l'on se rappelle que la propriété goitrigène s'évanouit dans un laps de temps qui ne dépasse pas quelques jours, il est permis de se demander si cette propriété n'est pas, directement ou indirectement, sous la dépendance de la radio-activité.

ANALYSES

CHIRURGIE

La gangrène angio-sclérotique et son traitement opératoire par l'intubation intra-veineuse. (WIETING. *Deuts. med. Wochens.*, 9 juillet 1908, n° 28, p. 1217.) — Un homme de trente-huit ans subit en 1906 une amputation de la jambe droite immédiatement au-dessous du genou pour gangrène angio-sclérotique du pied et de la partie inférieure de la jambe. A la fin de 1907 se montrèrent au niveau du pied gauche les phénomènes qui avaient précédé la mortification du pied droit : douleur irradiée vers la cuisse, refroidissement du pied s'étendant jusqu'à 15 centimètres au-dessus des malléoles, couleur livide du pied, dilatation des veinules superficielles. C'est dans cet état que le patient entra à la clinique de Wieting, à Constantinople.

La gangrène du pied gauche paraissant inévitable, le sujet consentit à se prêter à une tentative opératoire proposée par le chirurgien, et l'intervention fut pratiquée le 10 janvier 1908.

L'artère fémorale fut mise à nu par une longue incision dans le triangle de Scarpa. Une compression temporaire de cette artère fut pratiquée immédiatement au-dessous de la naissance de l'artère fémorale profonde. L'artère fémorale fut sectionnée transversalement 3 centimètres au-dessous de la compression temporaire : le bout supérieur fut laissé béant, le bout inférieur oblitéré par une ligature.

D'autre part, la veine fémorale fut oblitérée par une compression temporaire un peu au-dessous du point de section de l'artère ; enfin la veine fémorale fut liée définitivement le plus haut possible, immédiatement au-dessous du point d'abouchement de la saphène interne.

Wieting pratiqua alors une petite boutonnière dans la paroi antérieure du segment veineux compris entre les deux ligatures ; puis il introduisit l'extrémité sectionnée de l'artère fémorale, à travers cette boutonnière, dans l'intérieur de la veine, de telle sorte qu'un centimètre de tronc artériel pénétrât dans le canal veineux. Une série de sutures assura l'adhérence parfaite de l'artère aux lèvres de l'incision veineuse.

Les deux compressions temporaires artérielle et veineuse furent alors levées, et grâce à une compression digitale lentement décroissante, le cours du sang fut lentement rétabli.

On vit alors les pulsations artérielles se montrer dans la veine, en même temps que celle-ci se gonflait par suite du conflit entre les courants veineux et artériel; mais celui-ci ayant refoulé celui-là, cette dilatation disparut rapidement et l'on fit une suture soignée des parties molles sus-jacentes.

Les jours suivants les phénomènes morbides disparurent au niveau du pied menacé de gangrène, qui reprit son aspect et sa chaleur normale et le 15 mars 1908, le malade sortit guéri de l'hôpital.

C'est la première fois qu'une semblable opération a été suivie d'un plein succès.

Wieting attribue sa réussite à divers facteurs : tout d'abord le choix du malade, qui était un homme encore jeune et résistant. En second lieu, il est très important que les troubles circulatoires ne soient pas trop avancés et que la gangrène ne soit pas infectée. Enfin le lieu de l'anastomose artério-veineuse choisi par lui, lui paraît éminemment favorable, ainsi que le procédé de l'intubation de l'artère dans la veine qu'il a employé.

Le danger qui lui paraît le plus redoutable dans une semblable opération c'est la thrombose vasculaire au point d'anastomose, facile à éviter par une asepsie soigneuse et dans les gangrènes non infectées. Ensuite, on eût pu craindre que les valvules veineuses s'opposassent au cours du sang artériel.

Les bons résultats de son intervention montrent que ces valvules sont insuffisantes pour lutter contre cette pression et que ce n'est pas là un obstacle avec lequel on doive compter.

A. LEMIERRE.

Appendicite traumatique et causes concomitantes. (Prof. G. PERRANDO. *Riforma med.*, 9 nov., n° 45.) — Le professeur G. Perrando (de Catane) établit tout d'abord que les relations existant entre le traumatisme et l'apparition d'une appendicite peuvent être discutées aux trois points de vue suivants : le traumatisme peut-il être par lui-même la cause directe et unique de l'appendicite? Le trauma peut-il coexister simplement avec une appendicite latente ou manifeste sans que l'évolution de cette dernière en soit aucunement influencée? Le trauma peut-il provoquer la manifestation d'une appendicite chez un sujet particulièrement prédisposé par la préexistence ou la production de conditions pathologiques spéciales ?

De l'étude de la littérature et de son expérience personnelle, M. Perrando conclut que : 1° l'existence d'une appendicite traumatique essentielle, directe, provoquée uniquement par la violence n'est pas démontrable ; 2° même quand les causes morbides concomitantes et prédisposantes ne peuvent être objectivement démontrées, car il s'agit d'un processus morbide toujours complexe dans sa pathogénie, il faut les admettre dans les rapports d'autopsies médico-légales; 3° outre les péritonites consécutives aux appendicites, il existe par ailleurs des appendicites purulentes consécutives à des péritonites diffuses, lesquelles à leur tour peuvent être secondaires à un traumatisme ; 4° les lésions d'entérite, quel que soit le segment du tractus intestinal sur lequel elles siègent, sont la cause concomitante la plus fréquente qui, jointe au traumatisme, puisse déterminer la production de l'appendicite.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

OBSTETRIQUE

Un cas de grossesse extra-utérine à terme, avec délivrance opératoire. (A. L. BLESH et Horace REED. *Journ. Amer. med. Assoc.,* vol. L, n° 26, 27 juin 1908, p. 2137.) — Les cas de grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant sont assez rares pour qu'on les signale. Femme de vingt-quatre ans, secondipare, dernières règles en novembre 1906; signes de grossesse en janvier 1907. Le 3 août, début de ce qui semble un travail ordinaire, qui s'arrête : un médecin appelé trouve l'utérus indépendant de l'enfant. Laparotomie immédiate : le placenta s'insère sur le mésentère; on extrait facilement un enfant de 2400 grammes que des soins empressés font revivre; il y avait deux litres de liquide amniotique. Marsupialisation du sac fœtal, le placenta ne se détache qu'au bout de huit semaines. En avril 1908, l'enfant, âgé de huit mois, pèse 8kg100 et se porte très bien. F. GARDNER.

TOXICOLOGIE

Contribution à l'étude de la morphinomanie. (René LEFÈVRE. Th. de Paris, 1905; Jouve, édit.) — L'auteur s'attache à démontrer que tout morphinomane est un névropathe héréditaire et que le traitement de la morphinomanie ne doit pas se confondre seulement avec la suppression du toxique, mais dépasser cette suppression, lui survivre et s'adresser alors à l'état psychopathique.

On ne trouvera pas ici l'exposé clinique complet de la morphinomanie, mais seulement le tableau de l'état psychologique du malade. Les intoxications associées de la morphine avec d'autres toxiques sont brièvement passées en revue.

Comme traitement, Lefèvre rejette les trois méthodes : substitutive, brusque et lente; ses préférences vont à la méthode rapide ramenant le malade au zéro en une dizaine de jours et s'adressant aux sujets encore vigoureux; pour les cachectiques, il faut employer la méthode psychothérapique.

Une impression de découragement thérapeutique se dégage du chapitre consacré à l'avenir du morphinomane. Guéri de son habitude vicieuse, il y retourne à peu près fatalement. Le remède est encore à trouver ! V. GARDETTE.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies du cœur et leur traitement (1), par H. HUCHARD.

Le nom de M. Huchard est trop connu des médecins français et étrangers, pour qu'il nous soit nécessaire de faire l'éloge de cet ouvrage; on sait que tous les travaux de médecin de l'hôpital Necker sont le fruit d'une longue et patiente observation, qu'ils ont profondément modifié sur plusieurs points importants les idées classiques en clinique et en thérapeutique des maladies du cœur. C'est ainsi, par exemple, que la distinction entre les cardiopathies artérielles et les cardiopathies endocardiques a un intérêt considérable pour le pronostic et le traitement. En publiant ce nouveau volume, M. Huchard a voulu « exposer en neuf leçons et en 228 pages tout ce qu'un praticien doit savoir au point de vue clinique et thérapeutique dans les maladies du cœur ». L. GAYARD.

Traité pratique d'hypnotisme et de suggestion thérapeutique (2), par Gérard BOURRET.

L'hypnotisme comprend non seulement le sommeil, mais tous les divers degrés de la suggestibilité qui existe plus ou moins chez à peu près tout le monde. Après une série d'anecdotes sur la force nerveuse, la suggestion, l'auto-suggestion, l'auteur indique les procédés de l'hypnotisme, tels qu'il les emploie. Puis suivent des considérations sur la thérapeutique suggestive des observations, quelques pages sur des expériences de salon terminent cet ouvrage qui, ainsi que nous en prévient l'auteur, est un livre de vulgarisation.

L. ALQUIER.

(1) In-8. — Paris, J.-B. Baillière.

(2) In-8 de 326 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rousset.

NOTES POUR L'INTERNAT

VOMIQUES (1)

Vomiques d'origine pulmonaire. — Elles sont beaucoup plus rares que les vomiques d'origine pleurale. On les observe dans les *abcès du poumon.* Quand un abcès du poumon survient au cours de la pyohémie, l'infection générale est trop rapide pour que l'abcès pulmonaire ait le temps d'aboutir à la vomique (Ingelrans). Les abcès pulmonaires se terminant par vomique sont les abcès emboliques et les abcès consécutifs à une pneumonie. L'abcès pneumonique est une terminaison rare de la pneumonie; il est d'un diagnostic difficile et la vomique constitue souvent le symptôme révélateur. Le malade a présenté une défervescence à date régulière, parfois complète; après une ou deux semaines, il est repris de frissons, de fièvre et de toux; à la suite d'une quinte violente, il rejette 50 à 200 grammes d'un pus épais, phlegmoneux, verdâtre, souvent teinté de sang. A l'examen bactériologique de ce pus, on trouve le pneumocoque seul ou le pneumocoque associé aux germes habituels de la suppuration (Netter, Griffon). Après la vomique, on entend à l'auscultation un foyer de signes cavitaires; l'abcès peut se cicatriser et le malade guérir. Le plus ordinairement, le malade présente à plusieurs reprises des accidents analogues; puis l'expectoration purulente devient continue et peut prendre le caractère gangréneux; le malade maigrit et finit par succomber à moins qu'une intervention chirurgicale ne soit faite avec succès. La vomique de l'abcès métapneumonique est facile à distinguer de la vomique succédant à une pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, car elle survient beaucoup plus rapidement après le début de la maladie, et la quantité de pus est beaucoup moins considérable (Trousseau). Mais il est souvent presque impossible de différencier une vomique d'abcès métapneumonique et une vomique de pleurésie interlobaire également métapneumonique.

Lorsqu'un *kyste hydatique du poumon* s'ouvre dans les bronches, le malade a la sensation de quelque chose qui se rompt dans la poitrine; il rejette par la bouche un flot de liquide clair, limpide, d'une saveur salée; on peut voir dans ce liquide des vésicules filles, de petits échinocoques visibles à l'œil nu, des lambeaux de la membrane anhiste feuilletée. En l'absence de ces éléments, on recherchera au microscope les crochets d'échinocoques. La vomique hydatique peut être complète en une seule fois ou se répéter pendant plusieurs jours; elle est souvent précédée ou accompagnée d'hémoptysies. Les effets de la rupture dans les bronches sont variables : mort au moment de la vomique par obstruction des bronches ou hémoptysie; suppuration de la poche et septicémie; cicatrisation et guérison. Quelquefois le kyste hydatique du poumon était suppuré avant sa rupture à l'extérieur; dans ce cas la rupture s'accompagne des signes habituels aux vomiques purulentes, avec ce caractère pathognomonique que le pus contient des débris de vésicules ou de membranes hydatiques.

Vomiques d'origine médiastinale. — Les abcès et les kystes du médiastin peuvent s'ouvrir dans les bronches et provoquer une vomique; ces cas sont exceptionnels et d'un diagnostic difficile. Le kyste dermoïde du médiastin rompu dans les bronches donne lieu à un phénomène caractéristique : l'expectoration de poils (Marfan).

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 94, p. 1126.

En cas d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, l'ouverture dans les bronches d'un ganglion ramolli est rarement suivie d'une petite vomique, car pour que celle-ci se produise, il faut que le contenu ganglionnaire soit liquide ; ce contenu est beaucoup plus souvent caséeux et les accidents observés sont plutôt ceux de corps étrangers des bronches.

Les abcès par congestion provenant d'un *mal de Pott* dorsal et profondément situés dans la gouttière costo-vertébrale peuvent contracter des adhérences avec la plèvre et le poumon et s'ouvrir dans les bronches. Chénieux en a rapporté une quinzaine d'observations. On trouve alors quelquefois dans le pus des séquestres osseux.

Citons encore les vomiques survenant quand un *cancer de l'œsophage* a perforé la plèvre et le poumon.

Vomiques d'origine sous-diaphragmatique. — Dans les *abcès du foie*, l'ouverture aux bronches et la vomique sont préparées par un long travail de symphyse phréno-hépatique et phréno-pulmonaire ; la convexité du foie, le diaphragme, la base du poumon droit sont intimement soudés. L'évolution de l'abcès vers le poumon est indiquée par une toux sèche et quinteuse, de la dyspnée, un point de côté profond siégeant au lobe inférieur du poumon droit; le malade a de la fièvre. Les signes physiques dénotent un foyer broncho-pneumonique de la base droite. Puis la vomique a lieu, habituellement sans très grand fracas ; c'est plutôt une expectoration à début subit, souvent douloureux et angoissant, qui évacue en quelques heures un litre et plus de liquide. Ce pus est grumeleux, d'un brun rougeâtre, tout à fait comparable à du chocolat épais. Après l'ouverture bronchique, la tumeur hépatique s'affaisse, la fièvre et les symptômes fonctionnels s'atténuent; des signes cavitaires, presque amphoriques, peuvent se montrer à la base du poumon droit. Mais l'amélioration dure peu ; la fistule hépato-bronchique s'oblitère, la collection se reforme, s'ouvre de nouveau et ainsi pendant plusieurs mois. Souvent le décubitus a une influence sur ces vomiques; quand le malade est debout, il tousse et crache à peine; quand il se couche, et surtout s'il rend déclive la moitié supérieure du corps, la toux et l'expectoration se produisent. La guérison peut se faire ; mais trop souvent l'évacuation de l'abcès est insuffisante; et alors on doit craindre la diffusion des lésions broncho-pulmonaires, leur transformation septique ou gangréneuse, le marasme hectique (Chauffard).

Les mêmes considérations s'appliquent à la vomique en cas de *kyste hydatique suppuré du foie*. Ce mode de terminaison des kystes du foie est assez fréquent; le pus est mélangé de lambeaux de membranes, de petites vésicules que l'on a comparées à des grains de raisin sucés. Dans les jours suivants, le liquide peut rester purulent, ou devenir sanguinolent, se teinter de jaune ou de vert par présence de bilirubine ou de biliverdine. L'ouverture des kystes de la convexité du foie dans les bronches est une terminaison dangereuse qu'il faut savoir prévenir et éviter (Chauffard).

Dans les *pyo-périhépatites*, l'ouverture aux bronches est précédée des signes d'une pleurésie sèche de la base droite, puis après plusieurs jours d'angoisse, de toux et de dyspnée, la vomique se produit, accompagnée ou non d'hémoptysie. Aussitôt, la tuméfaction périhépatique s'affaisse et des signes cavitaires ou amphoriques se montrent à la base du poumon droit. Presque toujours surviennent ensuite des broncho-pneumonies suppurées ou des gangrènes du poumon.

De ces pyo-périhépatites, il faut rapprocher le *pyo-pneumothorax sous-phrénique* (Leyden) ou mieux *pyo-pneumo-périhépatite* (Chauffard).

Les vomiques à la suite de *phlegmon périnéphrétique*, de *kyste hydatique du rein*, d'abcès ou de kystes hydatiques de la *rate*, sont exceptionnelles; il suffira de les signaler.

DIAGNOSTIC. — Dans la plupart des cas, le *diagnostic différentiel* n'est pas difficile; c'est seulement si la quantité de pus est peu considérable, si ce pus est craché sans grands efforts, que l'on pourrait confondre une vomique avec l'évacuation d'un abcès dentaire, d'un kyste suppuré du plancher de la bouche, d'une amygdalite phlegmoneuse, d'un abcès rétro-pharyngien ; d'ailleurs dans ces cas, les symptômes d'angine, de douleur, de dysphagie sont suffisants pour faire reconnaître l'origine bucco-pharyngée du pus; l'examen de la bouche et du pharynx permet rapidement un diagnostic précis. La gastrite phlegmoneuse, dans laquelle le malade peut vomir du pus, est tellement rare qu'il n'y a presque pas lieu d'en tenir compte.

La seule difficulté est de distinguer la vomique des expectorations massives qu'on observe dans la dilatation des bronches, la gangrène pulmonaire, les cavernes pulmonaires et qui constituent les *pseudo-vomiques*.

Dans la *dilatation des bronches*, le malade a, une ou plusieurs fois par jour, une expectoration abondante, constituée par une masse visqueuse, verdâtre, opaque, puriforme dont l'odeur est fade, rappellant celle du plâtras humide. Mais, si on laisse les crachats au repos dans un vase de verre, on voit se former trois couches dont la plus profonde est seule puriforme; les deux autres sont formées par du mucus et de la spume aérée. Les signes physiques, l'évolution de la dilatation bronchique diffèrent de ceux des affections dans lesquelles on observe la vomique.

La *gangrène pulmonaire* peut également avoir une expectoration intermittente, procédant sous forme de vomique. Mais l'odeur de matières fécales, de pourriture est assez caractéristique ; le liquide dans un vase de verre se sépare aussi en trois couches; on trouve au microscope dans la couche sédimenteuse inférieure des bouchons de Dittrich et des débris de parenchyme pulmonaire. Quand la gangrène pulmonaire vient à se compliquer de pyopneumothorax, il peut alors survenir de véritables vomiques et le diagnostic devient presque impossible.

A la période cavitaire de la *tuberculose pulmonaire*, le malade remplit souvent tout un crachoir en toussant le matin au réveil ou quand il se couche du côté opposé à la caverne. Le diagnostic est dans la plupart des cas facile; le tuberculeux à cette période présente un aspect très particulier; au besoin, un examen microscopique des crachats sera fait pour constater la présence du bacille de Koch.

Le *diagnostic étiologique* ne nous retiendra pas longtemps après ce qui a été dit des formes cliniques de la vomique basées sur l'étiologie. D'ailleurs, dans bon nombre de cas, ce diagnostic ne se pose pas; un malade est soigné pour pleurésie purulente, pour kyste hydatique ou abcès du foie; quand la vomique survient, le diagnostic étiologique n'est plus à faire. Mais il n'en est pas toujours ainsi; souvent le diagnostic était incertain, par exemple dans la pleurésie interlobaire, l'abcès métapneumonique. Dans ces cas, l'apparition d'une vomique, les caractères du liquide deviennent des éléments de diagnostic; la vomique prend alors une certaine *valeur séméiologique*.

PRONOSTIC. — Il faut distinguer le pronostic de la vomique et le pronostic de l'affection qui a donné lieu à cette vomique.

Le pronostic de la vomique n'est pas trop mauvais ; la mort par syncope ou asphyxie, en cas de vomique abondante, est exceptionnelle. Dans la plupart des cas, le malade est soulagé après la vomique.

La vomique peut même terminer par guérison une pleurésie interlobaire, une pleurésie purulente, voire même un abcès du foie. Mais, en général, la collection purulente est évacuée incomplètement, le trajet fistuleux est insuffisant pour en assurer un bon drainage; l'infection microbienne va se poursuivre et se compliquer parfois d'infections secondaires.

Un autre danger de la vomique, c'est que le pus qui a envahi les bronches et la trachée peut couler en partie dans le poumon sain et l'infecter secondairement (Ingelrans).

TRAITEMENT. — Au moment de la vomique, on veillera à la facile évacuation du pus; on aura quelquefois à intervenir contre l'asphyxie ou la syncope (injections d'éther, respiration artificielle). Dans les jours qui suivent, on cherchera à vider le mieux possible la collection purulente ; Raynaud a conseillé de placer chaque jour pendant quelques instants le malade sur le bord du lit, la tête en bas; pour désinfecter le foyer purulent, on donnera des balsamiques, on fera pratiquer des inhalations antiseptiques. Quand la vomique n'est pas suivie d'une amélioration franche, quand la rétention purulente se prolonge, il faut alors recourir à une intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE. — DUPRÉ. *Manuel de méd.* — CHAUFFARD, MARFAN, NETTER. *Traité de méd.*, t. V, VI et VII. — DIEULAFOY. *Sem. méd.*, 8 nov. 1899. — INGELRANS. *Gaz. des hôpit.*, 7 mars 1903.

SUITE DES SOMMAIRES

Marseille médical. — (N° 13, 1er juillet 1908.) POUCEL : Indications opératoires dans les perforations. — DUFOUR : L'affaire Weber. — (N° 14, 15 juillet.) CONSTANT : Insuffisance mitrale passagère due à l'uricémie. — POUCEL : Choix de l'incision dans l'opération de l'appendicite. — DEVÈZE : Double oophorectomie pour kystes dermoïdes.

Medizinische Blætter. — (Nos 22 et 23, 30 mai et 6 juin 1908.) MEYER : Le problème de la méningite épidémique. — (N° 24, 20 juin.) MEYER : Le problème de la méningite cérébro-spinale. — (Nos 25 et 26, 20 et 27 juin.) HERZ : L'influence de l'étroitesse relative du thorax et du muscle cardiaque sur la circulation.

Montpellier médical. — (N° 25, 21 juin 1908.) VILLE et MESTREZAT : Les nitrites salivaires; leur origine. — (N° 26, 28 juin.) RIMBAUD : Paralysie du voile du palais. — (N° 27, 5 juillet.) FORGUE et JEANBRAU : La mécanothérapie et l'atténuation des suites d'accidents. — (N° 28, 12 juillet.) RIMBAUD : La pleurésie chez les vieillards. — (N° 29, 19 juillet.) FORGUE et JEANBRAU : La syphilis devant la loi sur les accidents. — Et. LEENHARDT et GAUJOUX : Contribution à l'étude de l'oculo-réaction chez l'enfant.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 24, 16 juin 1908.) GOTTLIEB : Sur la fixation physiologique de la valeur des médicaments. — SUCHIER : Sur l'emploi dermato-thérapeutique de l'électricité statique d'après Suchier. — FRAUGENHEIM : Recherches cytologiques dans la réaction conjonctivale à la tuberculine; ophtalmocytodiagnostic. — DILG : Sur la méthode de Bang pour le titrage du sucre. — MULLER : Sur la question de l'hémostéatomie et de l'accouchement provoqué, en ville. — KONRICH : Sur un méningocoque atypique. — BUCKHARD : Sur les ruptures du rectum. — DESSAUER : Un nouvel emploi des rayons Röntgen. — EYSELL : Contribution au traitement de la syphilis. — OBERMÜLLER : La guérison de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne. — WEIMANN : Sur un cas de guérison d'un ulcère perforant de l'estomac par simple ouverture d'un abcès intra-péritonéal. — HUBER : Epidémie de méningite cérébro-spinale dans le Palatinat, printemps 1907. — (N° 25, 23 juin.) SEIDEL : Sur la chondrotomie de la première côte dans la tuberculose du sommet au début. — LEBER et STEINHARTER : Recherches d'inoculation positives avec une tuberculine privée de graisse. — FRÄNKEL : Anticorps ovariens et ostéomalacie. — HIRSCHBERG : Contribution au traitement par l'oophorine. — MORITZ : Sur la question de la dilatation aiguë dn cœur par surmenage. — EUSLIN : Affection des canaux lacrymaux et leur traitement. — STARCK : Alimentation avec le lait de la mère aspiré. — HOKE : Un cas de pérityphlite typhique. — SIEGEL : Résection totale du sternum; guérison opératoire d'une caverne pulmonaire. — JESOUCK : Emploi dermatothérapeutique de l'électricité statique d'après Suchier (*suite*). — (N° 26, 30 juin.) LÜDKE : Sur la chylurie. — FEHSENFELD : Sur l'ophtalmo-réaction de la tuberculose et ses rapports avec les résultats de l'autopsie et l'injection de tuberculine. — HÖRRMANN : La réaction conjonctivale dans la tuberculose génitale. — MERONI : Sur l'ophtalmo-réaction dans la fièvre typhoïde. — GOERLICH : La réaction conjonctivale à la tuberculine est-elle inoffensive? — MORGENROTH : La réaction cutanée à la tuberculine de V. Pirquet pendant la première année de l'enfance. — EHRARDT : Sur l'emploi de gomme comme adjonction à l'anesthésique dans l'anesthésie lombaire. — SCHÜTTE : Un cas de suture pulmonaire pour hémorragie grave après blessure par coup de feu. — LINCKENBEIN : L'opération césarienne vaginale dans la pratique. — ZIUNSSNER : Sur le traitement des ulcérations vénériennes par les irrigations chaudes.

Nord médical. — (N° 330, 1er juillet 1908.) G. LEMOINE : Traitement des coryzas. — (N° 331, 15 juillet.) BETTREMIEUX : L'état antérieur à propos d'accidents du travail et en particulier d'accidents oculaires. — DE GRISSAC : L'expertise contradictoire. — (N° 332, 1er août.) E. GÉRARD, G. LEMOINE et A. LEULIER : Les substances lipoïdes de l'organisme, leur teneur en composés cholestériques, leur rôle en pathologie générale.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 24, 14 juin 1908.) FIALOWSKY : L'ivresse au point de vue médico-légal. — (N° 25, 21 juin.) — HERZ : L'influence de l'étroitesse relative du thorax et du muscle cardiaque sur la circulation. — (N° 26, 28 juin.) GEBHARDT : Traitement des sueurs nocturnes des phtisiques et lysol. — MOHR : Sur la kératite parenchymateuse.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 23, 4 juin 1908.) KREIDL et MAUDL : Sur l'allongement expérimental de la durée de la gestation chez le lapin. — MARESCH : Sur les diverticules de la trachée partis des glandes muqueuses. — PICK : Sur l'étiologie du molluscum contagiosum. — WICKZKOWSKY, SELZER et WILENKO : Recherches sur l'emploi des réactions biochimiques en clinique. — ELIAS, NEUBAUER, PARGES et SALOMON : Sur la méthode et l'emploi de la méthode de précipitation pour le séro-diagnostic de la syphilis. — FÖDERL : Sur la technique de l'amputation du pénis. — MEISSL : Sur la valeur des injections intra-veineuses d'adrénaline dans l'eau physiologique. — GAUDER : Recherches sur l'atoxyl dans le paludisme. — EMMERICH et LÖW : Les parties constitutives de la pyocyanase sont-elles des lipoïdes ? — RAUBITCHEK et RUSS : Remarques sur le précédent travail d'Emmerich et Löw. — LANDSTEINER : Idem. — LICHTENSTERN : Sur la question de l'épreuve de la phlorhydzine. — (N° 24, 11 juin.) PIRQUET : Allergie tuberculeuse dans un cas de rougeole et de tuberculose miliaire. — SCHRÖTTER et WEINBERGER : Sur la colibacillose des organes respiratoires. — SALOMON et ALMAGIA : Sur la diarrhée dans la maladie de Basedow. — RETHY : Sur les indications de l'opération de la cloison du nez. — WALLISCH : Névralgies du trijumeau causées par des modifications des dents. — CZATSKA : Rapports de la réaction de Pirquet avec le contenu en anticorps. — (N° 25, 18 juin.) HEYMANS : Sur la vaccination préventive contre la tuberculose chez les bovidés. — OBERMAYER et POPPER : Sur la présence de pigments biliaires et sur sa signification clinique. — PINDES : Sur la pathogénie des nodosités d'Heberdeen. — BENCE et ENGEL : Sur la modification de la formule sanguine dans le myxœdème. — KIESERITZKY : Le sang dans la fièvre récurrente. — WIENER : Spermaconies. — HENNIG : L'influence des mers allemandes sur la tuberculose des voies respiratoires supérieures. — V. PIRQUET : Sur la rétraction de la peau vis-à-vis de certains poisons bactériens. — (N° 26, 25 juin.) KRAUS : Sur les rapports entre les endotoxines et les toxines. — WEILL et BRAUN : Sur la réaction de Wassermann positive dans les affections non syphilitiques. — KLAUSNER : Expériences sur le phénomène de la précipitation par l'eau distillée dans le sérum des syphilitiques. — FRANZ : Le système de Retzius comme circulation collatérale dans la cirrhose du foie. — HECHT : Sur l'étiologie de la thrombose de la veine-porte. — FÖDERL : Opération de phimosis. — EWALD : Sur la luxation du pied en arrière et le bandage extensif avec le genou plié. — PROFANTER : Contribution au traitement conservateur en gynécologie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

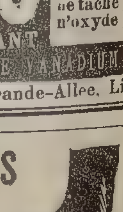
Nouveau formulaire magistral de thérapeutique clinique et de pharmacologie, par le docteur O. Martin, préface du professeur Grasset. 3e édition entièrement refondue. In-18 de 924 pages, sur papier mince, reliure en maroquin plein souple. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les ligatures d'artères à l'amphithéâtre (précis iconographique), par MM. le docteur Gariel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, chef des travaux de médecine opératoire, et le docteur Rougean, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, médecin des asiles. In-8 avec 177 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire (travail du laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon), par le docteur Fernand Villemin, moniteur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. In-8 de 168 pages avec 7 planches hors texte. — Prix : 3 fr. 50 — Paris, O. Doin.

Guide du médecin oculiste dans les accidents de travail, par le docteur Caillaud, assistant adjoint d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris. In-18 de 216 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.





N° 98. — SAMEDI 29 AOUT 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 29 AOUT 1908. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 5 octobre 1908, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour neuf places d'élèves internes.

Le lundi 12 octobre 1908, à neuf heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour vingt places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence, et un certificat de revaccination récente.

Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de huit inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital ou hospice de Marseille comme externes titulaires. Cette dernière condition ne sera pas exigée de ceux qui auront été internes nommés au concours dans d'autres villes et qui produiront un certificat d'internat.

Exceptionnellement pour le présent concours, l'Administration pourra, si elle le juge nécessaire, dispenser les candidats de ces deux dernières dispositions pourvu qu'ils justifient des huit inscriptions stipulées ci-dessus.

Les candidats pour le second concours auront à produire : un certificat constatant qu'ils ont au moins une inscription de médecine.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — M. le docteur Crespin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. Moreau, décédé.

— LIMOGES. — M. le docteur Bourguignon, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne.

M. le docteur Donnet, suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Bleynie, nommé professeur honoraire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur des épidémies en bronze est décernée à M. Bienassis, ex-interne des hôpitaux de Rennes et du Havre.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-quatrième semaine, 785 décès, au lieu de 767 pendant la semaine précédente et de 829, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques continuent à être rares; notamment la rougeole et la scarlatine se maintiennent au-dessous de la moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 34 au lieu de 21 précédemment et au lieu de la moyenne 39.

La variole a causé 1 décès (moyenne 2). Elle n'en avait pas causé depuis six mois.

La diarrhée infantile a causé 70 décès de 0 à 1 an, au lieu de 62 pendant la semaine précédente (moyenne 101).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 84 décès, au lieu 89 de la semaine précédente, et au lieu de 78, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 188 décès (la moyenne est 175).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *De Paris en Orient* (*viâ Marseille*). — La Compagnie P.-L.-M., d'accord avec les Compagnies des messageries maritimes, Fraissinet et Paquet, délivre des billets simples valables quarante-cinq jours, pour se rendre, par Marseille, de Paris à l'un quelconque des ports ci-après : Alexandrie, Beyrouth, Constantinople, Le Pirée, Smyrne, Jaffa, Port-Saïd, Batoum, Salonique, Odessa, Samsoun, etc.

Les agences de la Compagnie des Messageries maritimes

délivrent des billets d'aller et retour, valables cent vingt jours, pour se rendre, viâ Marseille, de Paris à Alexandrie, Port-Saïd, Jaffa, Beyrouth, Smyrne.

Arrêts facultatifs sur le réseau P.-L.-M. (par la Bourgogne ou par le Bourbonnais).

Ces billets donnent droit à une franchise de 30 kilogs de bagages par place sur le chemin de fer ; sur les paquebots, cette franchise est de 100 kilogs par place de première classe et de 60 kilogs par place de deuxième classe.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M. mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans les gares de la Compagnie.

RENSEIGNEMENTS

UN POSTE D'INTERNE est vacant à l'asile de Fains (Meuse). S'adresser au directeur médecin.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 25 juillet 1908.) A. Haibe : Etude d'une série d'intoxications chroniques causées par le gaz sulfhydrique provenant de la production industrielle du gaz pauvre. — F. de Beule : La hernie étranglée en W avec étranglement rétrograde de l'intestin. — R. Boddaert : Etude expérimentale d'un mode de production de l'œdème. — Cousot : A propos de corps étrangers. Procédé clinique pour déceler les acides biliaires dans l'urine.

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er juillet 1908.) Congrès français d'oto-rhino-laryngologie (Paris 11-14 mai 1908).

Bulletin médical. — (N° 61, 5 août 1908.) Kuss : Etude expérimentale de la transmissibilité de la tuberculose par les crachats desséchés.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 27, 4 juillet 1908.) Lommel : Sur l'injection de sérum dans l'hémophilie. — (N° 28, 11 juillet.) Lüdke : Contribution clinique et expérimentale à la réaction conjonctivale. — (N° 29, 18 juillet.) Œrum : Examen des fonctions du rein, surtout au moyen des sels d'iode.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 2 juillet 1908.) Bernhardt : Le traitement de la maladie de Basedow. — Trendelenburg : Sur l'opération de l'embolie de l'artère pulmonaire. — Riune : Sur le diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexite. — Kolle et Schalilof : Recherches sur la fixation du complément dans les affections récurrentes de l'homme et dans les spirochétoses récurrentes expérimentales chez l'animal. — Kraus et Dœrr : La mesure de la valeur du sérum antidysentérique. — Breuil et Nierenstein : Nouvelles remarques sur la résistance des trypanosomes à l'atoxyl. — Hippel : Contribution à la sérothérapie dans les affections oculaires. — Hoffmann, Lohe et Mulzer : Accident primitif syphilitique de la peau du ventre au point de la piqûre après inoculation dans le testicule de singes et de lapins. — Jamin : Progrès dans le diagnostic des affections pulmonaires. — Dietrich : Sur un sarcome des ganglions lymphatiques à forme de granulome. — Guezda : Un cas de mélanurie dans la tuberculose intestinale. — Spielhoff : Expériences avec la nourriture pauvre en sel de Fintelstein dans l'eczéma des nourrissons, le strophulus et le prurit infantile. — Blum et Ulrici : Sur le traitement de la constipation chronique habituelle. — Lehnerdt : Sur les résultats terminaux de la trachéotomie. — (N° 28, 9 juillet.) Wieting : La gangrène angiosclérotique et son traitement opératoire par l'intubation intra-veineuse. — Ditthorn et Schultz : Sur les réactions cutanées par les produits de précipitation ferrugineux des substances provenant des bacilles tuberculeux. — Conradi : Un procédé clinique simple de culture des méningocoques. — Lewinski : Participation du sympathique anormalement étendue dans une paralysie de Klumpke à la suite d'une syphilis cérébro-spinale. — Œrum : Sur le dosage de l'hémoglobine et la valeur fonctionnelle de l'hémoglobine. — Stich : Sur les résultats dn traitement opératoire de la tuberculose de l'articulation du pied. — Muskat : Contribution au traitement du genu valgum. — Gans : Rupture spontanée de l'utérus au début de l'accouchement. — Seefelder : Sur les inflammations oculaires fœtales. — (N° 29, 16 juillet.) Basseuge : Sur l'obtention d'une typhotoxine par la lécithine et son action immunisante. — Ritter : Traitement spécifique de la tuberculose pulmonaire. — Glaessner : Sur le sérum de Marmorek. — Kölher : Expériences cliniques sur le sérum de Marmorek chez soixante tuberculeux. — Pinkuss : Recherches thérapeutiques avec les ferments pancréatiques. — Pfahl : Remarques sur les blessures par la foudre et l'électricité. — Pers : Traitement chirurgical de la sciatique.

Écho médical du Nord. — (N° 32, 9 août 1908.) Damaye : Considérations thérapeutiques sur les troubles mentaux d'origine toxique. La médication iodée.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 32, 9 août 1908.) Sabrazès et Muratet : Présence d'un « cercomonas » dans un épithélioma suppuré de la face. Flagellés de l'intestin du cheval et de l'âne (avec fig.).

Journal de médecine de Bordeaux. —(N° 27, 5 juillet 1908.) P. Carles : L'acide carbonique en hydrologie. — Verger et Dumora : Atrophie musculaire ancienne du membre supérieur. Hématomyélie probable. — (N° 28, 12 juillet.) Dhourdin et Festal : Statistique intégrale de la mortalité à Arcachon pendant la période triennale de 1904 à 1906. — Arnozan : La pathogénie du cancer. — (N° 29, 19 juillet.) G. Chavannaz : Cure radicale de la hernie inguinale. Technique et résultats personnels. — Davejac : Les institutions sanitaires de Saint-Sébastien. — (N° 31, 2 août.) Carles : Lavoirs et santé publique. — Meynard : Du pronostic des caries dentaires.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 32, 6 août 1908.) Stordeur-Verhelst : Prophylaxie contre la blennorragie.

Journal des praticiens. — (N° 32, 8 août 1908.) Lemoine : Désinfection et prophylaxie des maladies contagieuses. — Chauffard : Abcès du cerveau à longue évolution. — Hutinel : Les troubles de nutrition dans la scoliose des adolescents. — Lévy et Baudouin : Traitement des névralgies faciales rebelles par les injections d'alcool.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 31, 1er août 1908.) Delassus et Lemière : Septicémie suraiguë à tétragènes chez une femme en puerpéralité. Mort rapide. Infection in utéro de l'enfant. Accidents graves. Mort (*suite et fin*). — (N° 32, 8 août.) Desplats : De la dépopulation par l'infécondité voulue.

Lyon médical. — (N° 32, 9 août 1908.) Renaut : Sur un cas de rhumatisme cérébral au cours d'un érythème polyforme.

(*Voir la suite, p. 1174.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (2)

Par R. BURNIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

III

Pronostic. — La grossesse extra-utérine est une anomalie *grave* pour la mère et pour l'enfant. Parry indique sur 500 cas une mortalité maternelle de 67,2 p. 100. Actuellement cependant le pronostic est moins sombre ; depuis qu'on sait mieux diagnostiquer ces sortes de grossesse et qu'on intervient chirurgicalement d'une façon hâtive. Le grand danger est la rupture précoce, alors qu'aucun signe ne permet de prévoir un pareil accident. Cette rupture ne se produit ordinairement qu'après la deuxième ou quatrième semaine ; cependant Nigel Stark (3) a signalé un cas de rupture de grossesse tubaire très précoce, puisqu'il l'estime à neuf jours environ. Ce n'est que par une intervention immédiate qu'on peut sauver la malade. Même avec la laparotomie on peut rarement extraire un *enfant vivant* et viable. En 1897 Harris (de Philadelphie) en a recueilli 25 observations ; en 1895, Orillard sur 61 fœtus extraits vivants a trouvé seulement 27 enfants vivants, 26 sont morts rapidement et 8 à une époque plus éloignée. Depuis lors, il ne se passe pas d'année sans que de nouveaux faits d'extraction d'enfant vivant ne viennent s'ajouter aux précédents. On note souvent des déformations craniennes, comme chez les enfants nés après un long travail, déformations qui peuvent n'avoir aucune influence sur l'état ultérieur de l'enfant (Marchand, Guéniot, Pinard). Cependant, récemment Potocki (4) a extrait en 1903 une fille vivante de 3 130 grammes d'une poche développée aux dépens de la portion isthmique de la trompe. L'enfant est née vigoureuse, mais on fut frappé du faible volume de la voûte cranienne. Dans la suite elle fut prise de vomissements et cessa de se développer. A deux ans et demi elle ne parlait pas et comprenait à peine. Par contre, Adiarof (5) trouva dans un sac tubaire un fœtus légèrement cyanosé qu'il ranima facilement. L'enfant à l'âge d'un an était parfaitement constitué et ne différait en rien d'un enfant né normalement. De même Sittner (6), dans une grossesse abdominale secondaire à une rupture tubaire a extrait un garçon vivant de 3 250 grammes, d'une longueur de 48 centimètres, sans malformations.

Le pronostic pour la mère est moins grave que pour le fœtus, et depuis que toute grossesse ectopique est traitée chirurgicalement, le pronostic n'est guère plus mauvais que dans les autres interventions abdominales.

Certaines causes peuvent *aggraver* le pronostic de la grossesse extra-utérine : tout d'abord la *compression* des organes pelviens par le kyste fœtal amenant des douleurs dans les membres, de l'anurie, albuminurie ; mais le phénomène le plus grave est la compression du gros intestin qui peut produire l'occlusion intestinale, et Pinard en présence d'un telle complication chez une femme enceinte soupçonne toujours la grossesse ectopique.

Nous passerons rapidement sur la présence de grossesses tubaires dans un sac herniaire (Jordan), sur la torsion du pédicule du kyste fœtal (Pozzi, Martin), sur la môle ou le déciduome tubaire (Otto, Wenzel, Durente).

Les COMPLICATIONS les plus fréquentes sont les suivantes :

Les *récidives de grossesse ectopique* [Pestalozza (1), Goodall (2), Soutchinsky (3), Kuppenheim (4)] sont plus fréquentes qu'on ne le croyait avant Varnier. Sens (5) en rapporte 89 observations en 1901 ; quelque temps après Haret (6) en publie 35 nouveaux cas. A Breslau, sur 107 grossesses extra-utérines opérées par Küstner (7), d'octobre 1893 à octobre 1898, 5 récidivent ; de même sur 63 cas opérés par Lejars (8) depuis 1895, on note 3 récidives. La grossesse récidivée s'observe habituellement dans la trompe du côté opposé à la première atteinte, quelquefois dans les deux trompes, revenant deux fois dans la même trompe, comme Martin (9) en rapporte deux cas : celui de J. Morfit (10) où la récidive se fit dans le moignon de la trompe enlevée lors de la première grossesse, et le cas de Taylor cité par Philander Harris (11) où la récidive se fit dans la trompe droite qui présentait déjà une cicatrice très nette. Michin (12) relate également le cas d'une femme qui deux ans après une grossesse tubaire gauche opérée présente à nouveau les signes d'une grossesse ectopique ; à l'intervention on trouve dans la même trompe gauche deux embryons au milieu de caillots frais. Il ressort de ces faits que la trompe du côté opposé est laissée libre de recevoir à son tour au moins une nouvelle grossesse, et Filhoulaud (13) rapporte ainsi le cas de trois grossesses extra-utérines.

La grossesse ectopique récidivée reconnaît pour cause la plus fréquente l'altération inflammatoire des trompes, lésion dont la bilatéralité à peu près constante explique la bilatéralité de la grossesse. L'évolution de la deuxième grossesse extra-utérine

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 95, p. 1131.
(3) Nigel STARK. *Brit. med. Journ.*, 25 mai 1907.
(4) POTOCKI. Soc. d'obst., de gyn. et de péd., janv. 1908.
(5) ADIAROF. *Wiener klin. Woch.*, 1907, p. 1614.
(6) SITTNER. *Deuts. med. Woch.*, 1906, p. 30.

(1) PESTALOZZA. *Arch. ital. di ginec.*, oct. 1900.
(2) GOODALL. *Brit. med. Journ.*, 1906.
(3) SOUTCHINSKY. *Gyn. Helvetia*, 1906, p. 216.
(4) KOPPENHEIM. *Arch. f. Gyn.*, 1907, p. 211.
(5) SENS. Th. de Paris, 1901.
(6) HARET. Th. de Paris, 1901.
(7) KUSTNER. *Samml. klin. Vortr.*, 1899, n° 244.
(8) LEJARS. Cong. de l'Assoc. franç. de chir. de Paris, oct. 1904.
(9) MARTIN. Th. de Paris, 1901, n° 188.
(10) Johns MORFIT. *Med. News*, juin 1900.
(11) HARRIS. *Med. News*, avril 1900.
(12) MICHIN. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1905.
(13) FILHOULAUD, Th. de Paris, 1907, n° 410.

se fait d'ailleurs ordinairement suivant le mode clinique de la première. Il peut aussi y avoir une grossesse utérine normale intercalée entre deux ectopies, ou retour définitif à l'évolution utérine normale.

A côté de ces cas de grossesses tubaires successives, séparées par un intervalle de temps d'ailleurs variable, doivent prendre place les cas de *grossesses ectopiques gémellaires* beaucoup plus rares, exceptionnelles même, où l'on observe la gravidité simultanée des deux trompes. Schauta (1) et Weinlechner en avaient recueilli 5 cas en 1905, Sauvé (2) en a rapporté 4 autres en 1906, et Hepp (3) insiste de nouveau en 1907 sur cette variété de grossesse ectopique. Dans certains cas [Rabinovitch, Chandler (4)], les grossesses ont évolué à des époques différentes : la première n'a pas nécessité d'opération immédiate et l'œuf plus ou moins altéré a été retrouvé au cours de la laparotomie nécessitée par la seconde, parfois plusieurs années après [Psaltof (5)]. Ailleurs les grossesses paraissent avoir évolué simultanément ou à peu près.

Dans l'observation de Pollak (6), il existait une grossesse gauche interstitielle avec rupture intrapéritonéale et une grossesse droite occupant la partie libre de la trompe également comprise dans l'abdomen. Mort le lendemain de l'intervention. Dans le cas de Budford (7), le sac ectopique du côté droit siège à l'extrémité ampullaire de la trompe, il est rempli de sang et contient un fœtus de 38 millimètres, le kyste tubaire gauche est occupé par un fœtus de 41 millimètres. Mais le plus habituellement la conception n'est pas simultanée, et sur 29 cas de grossesses tubaires bilatérales presque toutes chez des multipares, réunis par Jayle et Nandrot (8), il semble bien que jamais les deux grossesses n'aient évolué ensemble. La coexistence de deux fœtus au moment de l'intervention n'a été notée que 10 fois sur 29 ; dans les autres cas, la grossesse n'était représentée que par les annexes de l'embryon.

Beaucoup plus rares sont les cas de grossesses doubles développées dans une seule et même trompe, comme le cas de Saniter (9) où les kystes fœtaux d'inégale dimension occupaient l'un le pavillon et contenant un embryon de 4 centimètres, l'autre l'extrémité interne avec quelques villosités choriales.

La coexistence d'une grossesse utérine et d'une grossesse ectopique ne semble pas extrêmement rare. Autrefois elle passait sans doute inaperçue puisque Passy (10) n'en trouve que 22 cas sur 499 grossesses. Schrenkh (11) 4 sur 620, mais actuellement les observations sont plus nombreuses [Bichat (12), Simpson (13), Weibel (1), Paccalin (2), Moulonguet (3), Reifferscheid (4), E. Boyers Young (5), Franz (6), Donaldson (7), Ployé (8) et Zinke (9) en 1892 a pu en recueillir 88 cas, Weibel en 1905 119 cas et von Neugebauer (10) en 1907 72 cas. Sa fréquence semble assurément plus grande que la grossesse gémellaire ectopique (Tarnier et Budin). Aucun signe n'est pathognomonique et ne permet d'affirmer de bonne heure le diagnostic de cette variété de grossesse ectopique. Pendant les deux ou trois premiers mois, les symptômes sont ceux d'une grossesse ordinaire, puis apparaît un symptôme, la douleur abdominale siégeant dans l'une et l'autre fosse iliaque, irradiant sur les côtés de l'abdomen et obligeant la femme à garder le lit. Le ventre grossit démesurément. On reconnaît quelquefois la présence d'une tumeur pendant la grossesse, mais le diagnostic est surtout fait par une complication, la rupture de la grossesse ectopique [Hagens et Morrhead (11), Hey Groves (12)]; car ces deux grossesses sont fréquemment interrompues. Sur 95 cas assemblés par Dupouy (13) l'interruption a été observée 80 fois, soit dans 83 p. 100 des cas, et la cause en est le plus souvent une rupture de la trompe ou du kyste ovarique ou abdominal. Une fois seulement [Wilson (14)] la grossesse utérine fut interrompue sans interruption de la grossesse extra-utérine. Rarement les deux grossesses arrivent ensemble au terme de leur évolution avec complet développement de deux fœtus (15 fois sur 95) et 7 fois seulement on a pu recueillir deux enfants vivants. Habituellement les deux grossesses sont interrompues ensemble (51 p. 100). Dans 30 p. 100 des cas, on trouve la grossesse ectopique seule interrompue. Le fœtus intra-utérin put aller à terme indépendamment du fœtus ectopique 23 fois et 19 fois il était vivant. Enfin le fœtus ectopique put arriver vivant 6 fois et être sauvé par une rapide intervention. Mais on ne connaît pas d'exemple de cette coïncidence de grossesses utérine et extra-utérine qui se soit terminée d'une façon heureuse pour la mère et l'enfant et pour les deux enfants à la fois (Weibel). L'évolution des deux fœtus ou d'un d'entre eux peut être arrêtée par la mort de la mère, soit qu'elle succombe à une hémorragie foudroyante, soit qu'elle meure de péritonite due à la suppuration d'un kyste ectopique ancien ou de septicémie. Le pronostic est donc grave pour la mère (30 p. 100) comme pour le fœtus (88 p. 100 de mortalité pour le fœtus intra-utérin, 92 p. 100 pour le fœtus extra-utérin).

(1) Schauta. *Zeits. f. Gyn.*, 1905, nº 2.
(2) Sauve. Th. de Paris, 1906.
(3) Hepp. *Bull. de la Soc. de l'internat*, janv. 1907.
(4) Chandler. *New-York med. Journ.*, 1903.
(5) Psaltof. Congrès de méd., Madrid 1903.
(6) Pollak. *Brocklyn med. Journ.*, 1904.
(7) Budford. *Med. Press and Circular*, 1905.
(8) Jayle et Nandrot. *Revue de gyn. et de chir. abd.* avril, 1904.
(9) Saniter. *Gesells. Gyn. u. Obst.*, Berlin, juin 1903.
(10) Passy. Philadelphia 1826.
(11) Schrenkh. *Bericht. u. arb. Univ.*, Dorpat 1894.
(12) Bichat. *Revue de gynécol. et chir. abdom.*, 1903, nº 3.
(13) Simpson. *Am. journ. of obst.*, mars 1904.

(1) Weibel. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1905.
(2) Paccalin. Th. de Lyon, 1903.
(3) Moulonguet. *Gaz. méd. de Picardie*, juin 1902.
(4) Reifferscheid. *Centralbl. f. Gyn.*, 1903.
(5) E. Boyers-Young. *Boston med. a. surg. Journ.*, 1907.
(6) Franz. *Gesells. f. Gyn. u. Obst.*, Leipzig, déc. 1906.
(7) Donaldson. *Brit. med. Journ.*, 1907.
(8) Ployé. Th. de Bordeaux, 1907.
(9) Zinke. *Amer. journ. of obst.*, 1892.
(10) Von Neugebauer. Leipzig 1907.
(11) Hagens et Morrhead. *Journ. of the Amer. med. Ass.*, mai 1903.
(12) Hey Groves. *Obst. Soc. of London*, déc. 1905.
(13) Dupouy. Th. de Paris, 1904.
(14) Wilson. *Am. journ. of obst.*, 1880.

La grossesse utérine survenant après la grossesse ectopique est assez fréquente [Passy, Schuhl (1)]. Funck-Brentano (2) en a réuni 127 observations. Le pronostic est assez grave puisque la mort survient dans 9 p. 100 des cas par rupture et que l'avortement est assez fréquent (23 p. 100). Les accidents s'observent d'ailleurs plus souvent au cours des grossesses utérines consécutives, chez les femmes dont la grossesse ectopique n'a pas été opérée et Donoghue (3) a observé plusieurs cas de grossesses qui évoluaient tout à fait normalement chez des femmes qui avaient été opérées de grossesses ectopiques.

Citons enfin comme pouvant compliquer la grossesse ectopique l'*hydramnios*, rare il est vrai, mais d'un pronostic très grave. Les exemples rapportés par Depaul, Hutchinson, Teuffel se sont terminés par la mort.

IV

Traitement. — La grossesse extra-utérine en évolution ou arrêtée dans son évolution exige impérieusement une action chirurgicale. Cette formule de Bouilly exprime en d'autres termes le principe émis déjà par Pinard : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. » L'accord sur ce point est unanime aujourd'hui entre chirurgiens et accoucheurs.

Aussi ne citerons-nous que pour mémoire les moyens employés pendant la période historique qui avaient pour but de tuer le fœtus d'une manière plus ou moins sûre, la *cure de la faim* par l'abstinence et les purgatifs (Ritgen), les *saignées* abondantes et répétées (Cazeaux), l'injection dans l'œuf de *strychnine* (Barnes) ou de *morphine* (Joulin), les *frictions mercurielles*, l'administration d'*iodure de potassium* (Scleise), la compression de la tumeur avec de petits *sacs de sable* (Mahu).

Plus tard on employa la *ponction du kyste* pratiquée suivant les cas par la paroi abdominale, par le vagin ou par le rectum. Sur 12 observations réunies par Maygrier, 8 femmes traitées ainsi ont succombé.

Bacchetti (de Pise) conseilla de faire passer à travers le kyste fœtal un *courant faradique* suffisamment fort pour tuer le produit de conception. Maygrier rapporte 8 cas de grossesses extra-utérines traitées ainsi en Amérique et suivies de succès.

Toutes ces cures archaïques sont actuellement délaissées depuis que la grossesse extra-utérine est traitée comme une *tumeur maligne* (Wœrth), à notre époque où la chirurgie abdominale donne de si beaux résultats. Les discussions de la Société de chirurgie en janvier et février 1896 et surtout le rapport de Segond au congrès de Marseille en 1898 ont contribué à établir l'indication opératoire de la grossesse extra-utérine.

Avant le cinquième mois. — Si la *grossesse extra-utérine évolue normalement*, il faut, dès que le diagnostic est posé, opérer immédiatement pour éviter les complications qui menacent la femme à cette époque. Après laparotomie, on isolera le kyste fœtal qu'on extirpera comme s'il s'agissait d'une annexite. Des hémorragies veineuses assez abondantes existent ordinairement, mais une simple compression les arrête le plus souvent. Si la lésion annexielle est unilatérale, on laisse en place les annexes saines; dans le cas contraire, on fait l'extirpation bilatérale et Segond conseille alors de faire l'hystérectomie vaginale.

Si la *grossesse extra-utérine est compliquée*, la conduite à tenir varie avec le degré de l'hémorragie. Si le sang est collecté dans la trompe en formant un *hématosalpinx*, on se conduira comme en face d'une salpingite kystique; si au contraire le sang s'accumule dans le péritoine en formant une *hématocèle*, on peut intervenir soit par laparotomie, soit par colpotomie. Le désaccord existe à ce sujet entre les chirurgiens. Tandis que les uns avec Bouilly, Routier, Picqué, Segond, Pozzi, Ricard et la plupart des Allemands, préfèrent la *voie vaginale*, les autres avec Terrier, Reynier, Chaput, Taylor, préconisent la *voie abdominale*. La laparotomie semble s'adresser surtout aux tuméfactions haut situées sur le fond ou les parties latérales de l'utérus; l'incision vaginale convient surtout aux collections bien enkystées et de petit volume siégeant dans les culs-de-sac. La voie haute a encore d'autres avantages, c'est de pouvoir pratiquer plus facilement l'ablation des organes pelviens malades accompagnant la grossesse extra-utérine tels que pyosalpinx [Hitschmann (1), Shœmaker (2)]. Jacobs (3) sur 82 cas de grossesse tubaire a noté la coexistence dans 1 cas de cancer du corps utérin au début, dans 9 cas de kyste de l'ovaire, 3 du même côté que la trompe gravide, 6 du côté opposé, dans 7 cas de pyosalpinx du côté opposé, dans 3 cas de fibromes utérins plus ou moins développés. De même, nous l'avons vu, Hörrmann signale que, sur 101 grossesses extra-utérines, il trouve lors de l'intervention dans 26 cas des myomes de l'utérus ou de la trompe, des kystes de l'ovaire, des hydro ou hématosalpinx, des appendicites (4). On conçoit que la laparotomie facilite grandement l'ablation de ces tumeurs.

Si au contraire on se trouve en présence d'une *inondation péritonéale* avec phénomènes graves et inquiétants : après l'emploi de moyens immédiats, injection d'éther, caféine, sérum, si la tendance syncopale se continue, si le pouls faiblit de plus en plus, coûte que coûte, il faut intervenir. Faute de décision et de savoir-faire, dit Bouilly, la partie est perdue. La laparotomie hâtive s'impose donc et cette opinion est admise par tous aujourd'hui, depuis les travaux de L. Tait, Cestan, Dührssen, Léopold; il faut aller lier la trompe qui saigne sans s'occuper du sang qui baigne l'abdomen : on fait la toilette du péritoine et on referme après avoir mis un drain

(1) Schuhl. Th. de Nancy, 1883.
(2) Funck-Brentano. Th. de Paris, 1898.
(3) Donoghue. *Ann. of gyn. a. ped.*, juin 1903.

(1) Hitschmann. *Zeits. f. Geb.*, 1904.
(2) Shœmaker. *Am. journ. of obst.*, fév. 1904.
(3) Jacobs. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, oct. 1903.
(4) Hörrmann. *Münch. gyn. Gesells.*, 25 oct. 1907.

dans le Douglas. Au lieu d'une mortalité de 86 p. 100 du temps de l'expectation, Cestan a montré que l'opération sauvait 85 femmes sur 100. Si on est appelé tardivement après l'hémorragie (vingt-quatre ou trente-six heures) auprès d'une femme en état grave, on peut supposer que l'hémorragie s'est momentanément arrêtée et ajourner l'opération (Bar).

En résumé, pour la grande majorité des auteurs, en présence de grossesses extra-utérines rompues et offrant des symptômes graves d'hémorragie interne, il faut intervenir immédiatement. Cependant actuellement cette notion, considérée jusqu'ici comme une vérité démontrée, est battue en brèche, surtout en Amérique, par certains auteurs qui soutiennent que la quantité de sang trouvée dans l'abdomen n'est jamais suffisante pour entraîner la mort de la malade, qu'il est très rare de trouver des vaisseaux saignant à plein jet et ayant besoin de ligature, qu'enfin en agissant ainsi on ajoute au collapsus, au shok déjà existant, celui d'une opération grave. C'est ainsi que Hunter Robb (1) se contente de ranimer la femme, de la faire sortir du collapsus par tous les moyens et n'intervient que lorsqu'elle est complètement revenue à elle-même. Par contre, si les excitants échouent, on est autorisé à intervenir d'emblée. Sur 20 cas opérés d'après ces principes, Robb n'a perdu qu'une malade. Cependant, cette manière de voir n'est pas admise par tous, même en Amérique, et Ladinski (2) fait remarquer que le pronostic ne repose sur aucune base positive, car la gravité de l'hémorragie dépend d'une foule de causes et surtout d'un facteur toujours plus ou moins inconnu, la résistance individuelle ; de plus la durée ou la répétition de l'hémorragie a plus d'importance au point de vue du shok que la quantité de sang pouvant échapper en une fois; et attendre dans ce cas c'est laisser s'user la malade et compromettre sa résistance. Il faut donc opérer sans tarder sitôt le diagnostic posé.

Après le cinquième mois. — Si le *fœtus est vivant*, quand et comment faut-il opérer? Ces deux questions, autrefois très discutées, sont à peu près résolues aujourd'hui. Les accidents étant relativement rares après le cinquième mois, on attendra avec avantage que le fœtus soit viable pour avoir un enfant vivant. Tout fœtus ectopique n'est pas voué à la mort, nous avons aujourd'hui entre les mains de bons moyens de conserver les enfants faibles, débiles, prématurés, et on peut attendre le huitième ou le commencement du neuvième mois (Pinard), à moins que l'état de la malade ne force la main du chirurgien. On mettra la malade au repos complet et on la surveillera très attentivement.

Dans ces conditions l'intervention donne des résultats très satisfaisants puisque, sur 126 cas recueillis par Sittner (3), la mortalité n'a été que de 16 p. 100 pour les mères. Il existe maintenant de nombreuses observations dans lesquelles on a pu sauver aussi à la fois la mère et l'enfant, tels les cas de Taylor (1), Olshausen (2), Strauch (3), Chrobak (4), Frommel (5), Price (6), Urbain (7), Roncaglia (8), Pinard (9), Boltze (10), Greife (11), Estes W. L. (12), Peham (13), Franze, Czyzewicz (14), Fischer (15), Alwood (16), Pinard et Potocki (17), Landau (18) et les cas déjà rapportés de Potocki, Sittner et Adiarof. Dans d'autres cas l'enfant seul a pu être sauvé, la mère étant morte soit de septicémie, soit d'hémorragie [C. Braun (19), Sippel (20), Le Bec (21)].

La laparotomie est l'opération de choix : l'incision vaginale ou élytrotomie a vécu depuis les travaux de L. Tait : elle expose trop aux hémorragies. Le kyste est ponctionné au bistouri ; on agrandit rapidement l'ouverture ; on saisit le fœtus par les pieds aussi vite que possible, une pince est placée sur le cordon que l'on coupe. Quelquefois on est obligé de passer en plein tissu placentaire : chaque fois qu'on le pourra on incisera à côté de l'organe.

Comment se comporter vis-à-vis du *placenta et des annexes*? Il est évident que le traitement idéal est l'ablation complète du sac qui simplifie et abrège les suites de l'opération. Cette opération radicale hardie préconisée par Litzmann (22) n'a pas d'abord donné d'aussi bons résultats que la *méthode conservatrice* partielle ou totale du sac avec *marsupialisation*, en laissant le placenta en place et en drainant. Routier, Segond et Pinard sont de zélés partisans de cette méthode. La paroi du kyste est suturée aux lèvres de la plaie abdominale ; la poche est drainée, tamponnée avec de la gaze simple ou iodoformée. Le placenta s'élimine au bout d'un temps qui varie entre quelques jours et trois à quatre semaines (Brindeau). Faure estime que cette méthode est peu dangereuse, puisque Pinard dans une série de 17 marsupialisations n'a pas eu d'accidents septiques à déplorer. Et actuellement beaucoup de chirurgiens préfèrent, en face d'une grossesse ectopique voisine du terme ou plus exactement qui a dépassé sept mois, si la circulation placentaire se fait encore, se résoudre à marsupialiser et attendre patiemment l'élimination du placenta, afin d'éviter les hémorragies souvent formidables, lors du décollement et de l'extraction du délivre.

(1) H. Robb. *Am. journ. of obst.*, juillet 1907.
(2) Ladinski. *Am. journ. of obst.*, janv. 1908.
(3) Sittner. *Deuts. med. Wochens.*, oct. 1903.

(1) Taylor. Soc. obst. of London, 1891.
(2) Olshausen. *Deuts. med. Wochens.*, 1890.
(3) Strauch. *Saint-Petersburg med. Wochens.*, 1892.
(4) Chrobak. *Wien. med Wochens.*, 1890.
(5) Frommel. *Münch. med. Wochens.*, 1892.
(6) Price. *Am. Lancet*, 1893.
(7) Urbain. Soc. belge de chir., 1893.
(8) Roncaglia. *Ann. d'obstét. et de gynécol.*, 1895.
(9) Pinard. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895.
(10) Boltze. Th. de Leipzig, 1901.
(11) Greife. *Med. Obosrenie*, 1902, n° 5.
(12) Estes W. L. *Phil. med. Journ.*, déc. 1902.
(13) Peham Franze. *Wien. klin. Wochens.*, 1904.
(14) Czyzewicz. *Centr. of Gyn.*, 1904, n° 4.
(15) Fischer. *Russki Vratch*, 1903, n° 9.
(16) Alwood. *Brit. med. Journ*, 1907.
(17) Pinard et Potocki. Fonct de Cl. Baudel, 1904.
(18) Landau. *Berl. klin. Wochens.*, 1906.
(19) C. Braun. *Arch. f. Gyn.*, 1908.
(20) Sippel. *Deuts. med. Wochens.*, 1892.
(21) Le Bec Soc. de chir., 1891.
(22) Litzmann. *Arch. f. Gyn.*, 1882.

Si la grossesse ne dépasse pas cinq mois, six mois au plus, et si la circulation placentaire n'est plus active on pourra tenter l'*extirpation totale* qui a donné de bons résultats entre les mains de Folet (1), Oliver (2), Rochet (3), Morderai Price (4), Jayle (5), Gourdet (6), Gutierrez (7), Lejars (8). D'ailleurs l'extirpation s'impose quand on se trouve en présence d'un fœtus libre dans la cavité abdominale. Elle est aisée, quand le sac n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins ; mais quand les adhérences sont intimes, elle devient pénible, et beaucoup d'auteurs préfèrent marsupialiser.

Certes, cette opération, qui consiste à laisser en place sac et placenta, est loin d'être satisfaisante pour le chirurgien : longueur des suites opératoires, pansements répétés et minutieux, hémorragies secondaires possibles, infection, dégénérescence maligne du placenta abandonné (comme nous en avons observé un cas), convalescence laborieuse, menaces d'éventration après complète cicatrisation. Tout cela est bien fait pour exciter le désir d'être de suite complet. Aussi cette méthode radicale a-t-elle de nombreux praticiens et Barozzi (9) a montré que, depuis son extension, la mortalité, qui était il y a dix à quinze ans de 35 à 50 p. 100, est descendue à 6, à 10 p. 100.

Quant au procédé primitif qui consiste à laisser en place le placenta en l'abandonnant dans l'abdomen, procédé recommandé par Naegri, Rousseau et Vignard, il est dangereux, car on ne sait jamais si cet organe ne continuera pas à vivre ou s'il ne s'infectera pas par voisinage avec l'intestin.

Si le *fœtus est mort récemment*, il faut attendre, sauf urgence, que la circulation inter-kysto-placentaire soit non supprimée, mais ralentie, car elle peut persister jusqu'à cinq mois (Litzmann); mais on ne dépassera pas six semaines, car le retour des règles peut déterminer la rupture du kyste (Pinard), et on exposerait la femme à de nouvelles complications hémorragiques ou septicémiques. Pozzi est d'avis, même dans ces cas, de pratiquer une laparotomie précoce suivie presque toujours de l'ablation totale du fœtus et du sac. Si cette manœuvre paraît trop dangereuse, on pourra s'en tenir à la marsupialisation du sac.

Si le *fœtus est mort depuis longtemps*, la circulation périkystique est encore plus réduite : on peut espérer la transformation en lithopédion, surtout si la femme est en bonne santé. Mais là encore, l'intervention semble plus raisonnable et la voie abdominale est de plus en plus adoptée comme offrant le maximum de jour pour pratiquer une opération radicale. Autrefois on employait beaucoup la colpotomie postérieure (Baudelocque), qui était quelquefois rendue très facile par la situation du kyste fœtal qui déprime le cul-de-sac postérieur du vagin. Mais en général la laparotomie suivie de l'extraction doit lui être préférée.

Si on se trouve en présence d'un *kyste fœtal suppuré*, on ne doit pas hésiter à pratiquer la laparotomie et à extraire autant que possible le sac infecté. S'il existe un abcès fistuleux, une incision guidée par la fistule ira à la recherche de l'ossuaire fœtal. Si l'ouverture fistuleuse s'est faite dans une région difficilement accessible comme la partie supérieure du rectum ou la vessie, la laparotomie peut s'imposer.

D'une façon générale on peut donc dire : En face d'une grossesse extra-utérine, il faut opérer de bonne heure et, sauf contre-indication posée, intervenir par la voie haute. Mais au cours de la laparotomie, un nouveau problème se pose. Nous avons vu que la *récidive* peut se faire avec facilité chez les femmes qui avaient déjà eu une grossesse ectopique. Doit-on faire la castration bilatérale? C'est une pratique qui a été proposée et adoptée par certains chirurgiens, Beck (de Philadelphie) et Karl Abel (1). Mais la récidive n'est pas fatale et si les annexes opposées sont saines on ne peut supprimer sans inconvénient à une femme bien portante des organes aussi utiles. Funck-Brentano (2) a en effet pu réunir 188 cas de grossesse normale évoluant après une grossesse ectopique. Cependant la nécessité de la castration bilatérale est manifeste quand il y a en même temps une annexite aiguë ou chronique du côté opposé qui prédispose à la récidive ; c'est donc, avant tout, une question de dose, de tact et de doigté en face de chaque cas particulier.

En résumé, l'intervention est la règle, sauf dans quelques cas rares, dès qu'on est en présence d'une grossesse ectopique. *Dans le doute, il ne faut pas s'abstenir*, et une opération pratiquée, quand on suppose une grossesse extra-utérine, est moins dangereuse qu'une expectation armée : c'est l'opinion formulée au dernier Congrès d'Alger (3) par Sabadini, Calderini, Queirel, etc.; c'est actuellement la règle adoptée par la majorité des chirurgiens et des accoucheurs.

(1) Folet. *Ann. de gynécol*, 1896.
(2) Oliver. *Semaine gynécol.*, 1898.
(3) Rochet. *Semaine gynécol.*, 1898.
(4) Morderai Price. *Am. Lancet*, oct. 1898.
(5) Jayle. *Revue de gynécol et de chir. abdom.*, 1900.
(6) Gourdet. Cong. de chir. de Paris, 1903.
(7) Gutierrez. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1904.
(8) Lejars. *Bull. de la Soc. de chir.*, nov. 1904
(9) Barozzi. *La gynécol.*, 1906.

(1) Karl Abel. *Arch. f. Gyn.*, 1893.
(2) Funck-Brentano. Th. de Paris, 1898.
(3) Congrès d'Alger, 1907.

ANALYSES

CHIRURGIE

Chirurgie du canal thoracique. (Henry P. De Forest. *Annals of Surgery*, vol. XLVI, nov. 1907, p. 705-715.) — La « chirurgie » du canal thoracique se borne pratiquement à l'étude des blessures de ce canal, blessures presque toujours opératoires au cours d'interventions sur le côté gauche du cou, soit pour adénite, soit pour cancer. Il existe dans la littérature un cas de blessure du canal thoracique compliquant une blessure par balle du poumon. Il se développa un chylothorax considérable que l'on ponctionna et qui finit par guérir, Le voisinage de l'aorte et des gros vaisseaux nous explique l'extrême rareté de ces cas.

Le cas inédit relaté par De Forest peut servir de type à tous ceux de blessures opératoires. Une femme de quarante-cinq ans est opérée d'une adénite cervicale gauche. Au quatrième jour on change le pansement. Pas de pus, mais les tissus autour de la ligne de suture semblent avoir fondu. Deux jours après, la même ligne apparaît œdématiée. On insère un stylet à la partie inférieure de l'incision et une substance épaisse et d'apparence caillée commence à sortir. Un demi-litre environ fut recueilli. Après avoir nettoyé, on voit le chyle sourdre du fond de la plaie. Pendant cinq jours, la quantité de chyle déversée au dehors fut considérable. L'opérée s'affaiblit un peu, mais n'eut pas la sensation de faim intense que l'on observe souvent en ces cas, Les tissus autour du champ opératoire semblaient se dissoudre. Le onzième jour, l'écoulement semblait avoir beaucoup diminué. On fit un tamponnement serré à la gaze iodoformée et, en moins de quarante-huit heures, l'écoulement s'arrêta.

La première observation de ce genre date de 1883. Aujourd'hui il y en a 31, 15 à la suite d'opérations pour cancer, 13 à la suite d'opérations pour adénite, 1 après extirpation d'anévrisme sous-clavier, 2 après opérations non précisées.

La ligature du canal thoracique ne donne lieu qu'à un trouble momentané de la nutrition. La section expérimentale complète amène au contraire rapidement l'émaciation et la mort. Cependant sur 31 blessures du canal thoracique, il y a eu seulement deux morts et elles ne paraissent guère attribuables à la blessure même. Le pronostic n'est donc pas si mauvais qu'il pourrait paraître à priori; il est probable que le canal thoracique a des voies collatérales normalement peu développées, mais qui, en cas de blessure, finissent par être suffisantes pour ramener le chyle à la circulation générale.

L'écoulement du chyle ne s'établit souvent que quelques heures ou même quelques jours après la blessure. Probablement dans ces cas, il y avait une petite fente longitudinale temporairement bouchée par un petit caillot ou quelque autre chose. La quantité de chyle qui s'échappe est parfois énorme. Le malade en est littéralement inondé. Dans un cas d'un épanchement chyleux intra-thoracique, 30 litres furent retirés par aspiration.

Le tableau clinique est remarquable. Les organes digestifs travaillent en vain. Une faim et une soif intenses apparaissent. L'ingestion d'aliments est suivie d'une augmentation dans l'écoulement du chyle. L'émaciation, l'affaiblissement progressif, la faiblesse cardiaque et la perte de connaissance sont les stades successifs. Mais la mort est rare.

Le traitement de choix est la ligature employée 9 fois, dont 6 avec succès immédiat, si elle est matériellement possible, ce qui n'arrive pas souvent. La suture n'est applicable qu'en cas de plaie longitudinale découverte immédiatement. La suture des tissus autour du canal a donné deux succès. L'application d'une pince réussit deux fois et échoua trois. Le tamponnement fut employé dans 13 cas; six fois, il arrêta la chylorrhée immédiatement. Quoique la suture soit la méthode théoriquement idéale, et le tamponnement un pis-aller, il se trouve que la première méthode n'a jamais encore pu être employée, et que la seconde a semblé suffisante et efficace.

F. GARDNER.

L'abcès pelvien appendiculaire. (Marcel Sénéchal. Th. de Paris, 1908; G. Jacques.) — Pendant les quatre ans d'internat qu'il a passés à Nanterre dans le service de M. Reymond, M. Sénéchal a eu l'occasion d'observer trois cas d'appendicites suppurées avec foyer pelvien. Chacun de ces cas s'est présenté avec des différences cliniques telles que, sur le conseil de son maître, M. Sénéchal a fait des recherches sur les cas analogues publiés antérieurement.

De là une importante et intéressante étude, fruit de consciencieuses recherches dont M. Sénéchal tire les conclusions suivantes :

Les abcès pelviens appendiculaires peuvent se présenter avec des variations cliniques justifiant leur division en groupes divers.

Suivant leur morphologie anatomo-pathologique, ils peuvent être classés en : 1° abcès ilio-pelviens droits; 2° abcès ilio-pelviens gauches; 3° abcès pelviens proprement dits; 4° abcès bi-ilio-pelviens; 5° abcès pelviens étoilés; 6° abcès pelviens avec abcès multiples; 7° abcès pelviens avec péritonite généralisée.

Les abcès pelviens, comme tous les abcès appendiculaires, accompagnent rarement une première crise d'appendicite. Le plus souvent, on note dans les antécédents des malades des troubles digestifs antérieurs, souvent entachés d'origine appendiculaire, origine qui a pu rester méconnue.

Les signes généraux décelant ces abcès sont sensiblement les mêmes, avec seulement quelques différences en plus ou en moins.

Les signes locaux seuls permettent de les différencier les uns des autres.

L'étude détaillée de ces différents signes a été poursuivie au cours de ce travail. Rappelons cependant, qu'en présence d'une appendicite suppurée, la pratique systématique du toucher rectal est indispensable dans les deux sexes.

Pour les cinq premiers groupes d'abcès, la ponction du rectum avec drainage de l'abcès par l'anus est le moyen thérapeutique le plus simple et le plus efficace.

Dans le cas de péritonite généralisée, la laparotomie s'impose; le drainage abdomino-rectal rendra alors de grands services.

Pour les abcès pelviens avec foyers aberrants enkystés, la conduite la plus sage paraît être la suivante : d'abord évacuer le foyer pelvien par ponction du rectum. Puis, à la faveur de l'amélioration consécutive de l'état général, pratiquer une laparotomie médiane qui seule permettra d'explorer toute la cavité abdominale. Drainer isolément chaque foyer, en terminant l'intervention par un drainage abdomino-rectal.

L. GAYARD.

HISTOLOGIE

Structure de la cellule hépatique aux divers temps de la digestion et dans les divers régimes. (Gilbert et Jonnes. *Mém. de la Soc. anat.*, avril 1907.) — Les auteurs concluent de leurs expériences faites sur des chiens sacrifiés par piqûre du bulbe aux divers moments de la digestion, ou soumis pendant sept à quinze jours à divers régimes alimentaires : « L'étude histologique du foie ne nous a permis de saisir aucune différence appréciable de sa structure, enclaves graisseuses et glycogéniques mises à part, en rapport avec les diverses phases de la digestion et les divers régimes. »

Après fixation par le Hemming fort et coloration à la fuschine, les auteurs ne retrouvent dans les cellules claires ni les granulations paraplasmatiques décrites par Kayser, Lahousse, Schlater, à l'intérieur des mailles; le nombre de ces granulations protoplasmiques n'est pas, contrairement à l'opinion d'Afanassiew, accru par le régime albuminoïde; elles ne se massent à aucun moment de la digestion autour des capillicules biliaires, comme l'a vu Lahousse chez la grenouille; la con-

densation périphérique ou périnucléaire du protoplasma, maintes fois décrite, paraît due à un vice de fixation; les variations de largeur des mailles du réseau aux divers moments de la digestion constatées par Langley n'ont pas été retrouvées, non plus que les variations du diamètre des capillaires sanguins, décrits par Afanassiew et Lahousse.

L. ALQUIER.

FORMULAIRE

POSOLOGIE DU SUC GASTRIQUE DANS LA GASTRO-ENTÉRITE CHRONIQUE DES NOURRISSONS

En même temps qu'on reprendra petit à petit et avec la plus grande précaution, l'alimentation lactée, on donnera, pendant quinze à vingt jours, avant chaque tétée ou prise d'aliments, une cuillerée à café de dyspeptine dans un peu d'eau d'Evian sucrée. Au bout de ce temps, cesser *un jour sur deux* l'usage de la dyspeptine pendant quinze jours et le reprendre ensuite pendant huit jours, avec des périodes d'abstention de plus en plus prolongées.

LIVRES NOUVEAUX

La gastrectomie. Histoire et méthodes opératoires (1), par A. MONPROFIT.

L'auteur a eu l'heureuse idée de commencer son étude par la reproduction de la conférence si remarquable qu'il avait faite à la Société de l'internat des hôpitaux sur « la chirurgie de l'estomac dans son ensemble »; ce chapitre est à lire attentivement par tous les médecins, car il indique ce que doit être actuellement la chirurgie gastrique, les résultats qu'elle donne, quelles sont ses indications et surtout la nécessité qu'il y a à y avoir recours dans le cancer, bien avant qu'aucun des signes dits pathognomoniques n'ait fait son apparition.

M. Monprofit expose ensuite l'historique de la gastrectomie et de chacun des multiples procédés auxquels elle a donné lieu.

L'anatomie chirurgicale et les rapports de l'estomac sont ensuite étudiés avec une grande précision.

Dans une seconde partie, de beaucoup la plus importante, l'auteur s'occupe de la technique de la gastrectomie en général.

Il insiste avec juste raison sur la préparation des malades, l'anesthésie, les soins post-opératoires, et donne d'utiles conseils pour les différents de l'opération : recherche et exploration de la tumeur et de ses connexions, isolement de la tumeur, mobilisation du duodénum, traitement des diverses adhérences épigastriques, hépatiques, pancréatiques, intestinales, extirpation des ganglions dégénérés, excision de la tumeur.

M. Monprofit expose ensuite le manuel opératoire des diverses gastrectomies totales ou partielles, en un ou deux temps (avec anastomoses termino-terminales, termino-latérales, latéro-latérales), de la gastrectomie cylindrique partielle, de la cardiectomie, de la gastrectomie compliquée.

Un chapitre très intéressant est consacré à l'étude des résultats d'ensemble de l'opération, aux améliorations immédiates et lointaines et aux complications possibles.

M. Monprofit termine en exposant dans son ensemble quelles sont les indications et les contre-indications de la gastrectomie dans les différentes affections de l'estomac; il montre qu'il faut tenir compte dans les tumeurs malignes de la localisation du néoplasme, des ganglions infiltrés, du sens dans lequel se propage le mal, en se rappelant la gravité de l'envahissement du pylore. Il est surtout indispensable de poser un diagnostic très précoce de cancer, bien avant l'apparition d'aucun des signes très symptomatiques. En cas de tumeur ou de sténose pylorique, on doit recourir au plus tôt à l'intervention chirurgicale.

Dans les sténoses cicatricielles du pylore, les ulcères, on peut employer la gastrectomie, quoiqu'on lui préfère généralement la gastro-entérostomie.

Enfin, dans quelques affections très rares, estomac biloculaire, fistules gastriques, on a quelquefois fait la gastrectomie.

Toutes les observations personnelles de l'auteur sont rapportées et peuvent être précieuses pour les indications qu'elles donnent, étant donnée la compétence toute particulière de M. Monprofit sur cette question.

De nombreuses figures accompagnent le texte toujours clair et précis et rendent particulièrement attrayant ce livre que tous ceux qui font de la chirurgie stomacale auront besoin de consulter.

ÉT. LE SOURD.

(1) In-8. — Paris, Jules Rousset.

Consultations et formulaire de thérapeutique obstétricale [année 1908] (1), par les docteurs P. RUDAUX, accoucheur des hôpitaux de Paris, et P. CARTIER, chef de laboratoire de la Faculté à la Maternité de Beaujon.

Dans ce petit livre, intéressant surtout le praticien, les auteurs ont eu pour but d'indiquer la ligne de conduite à suivre dans les principaux cas obstétricaux, soit en utilisant les moyens classiques, soit en recourant à des moyens de fortune. Car la pratique du médecin de ville et surtout du médecin de campagne est loin d'être identique à la pratique hospitalière; les praticiens sont en effet le plus souvent obligés de tout organiser dans les milieux où ils pénètrent. Aussi les auteurs ont-ils jugé nécessaire, avec raison, d'entrer dans les questions de détail que tout médecin doit connaître du jour où il exerce, sans attendre de l'acquérir par l'expérience.

Après avoir rappelé la conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches normales, les soins à donner au nouveau-né et l'allaitement, les auteurs ont envisagé les accidents et les complications de la grossesse, la pathologie de la grossesse, et les différents cas de dystocie qui peuvent se présenter dans la pratique obstétricale. Ils ont exposé la thérapeutique en se rapprochant le plus possible de la forme « consultations ».

Ce livre, terminé par un formulaire renfermant un grand nombre de formules applicables à la femme enceinte ou nouvellement accouchée, rendra les plus grands services au médecin qui débute dans la pratique des accouchements.

BURNIER.

Eléments de jurisprudence médicale à l'usage des médecins (2), par E.-H. PERREAU, professeur à la Faculté de droit de Montpellier, avec une préface du docteur LANDE, professeur de médecine légale à l'Université de Bordeaux.

L'ouvrage de M. Perreau est appelé à rendre quotidiennement service aux médecins. Il est inutile en effet d'insister sur

(1) In-18 de 340 pages, imprimé sur beau papier et relié avec couverture souple. — Prix : 4 fr. 50; net : 4 francs. — Paris, Paris, Decharmoy, 9, rue d'Assas.

(2) Un vol. de VIII, 500 p. — Prix : 8 francs. — Paris 1908, Librairie générale de droit et de jurisprudence.

les conditions où s'exerce la médecine à l'heure actuelle, sur les responsabilités croissantes qui incombent aux praticiens, sur les dangers qui les menaçent s'ils ne connaissent à fond l'étendue considérable de leurs devoirs et la limite restreinte de leurs droits.

Or combien d'entre nous sont exactement renseignés à ce sujet? Pas beaucoup, pas assez certes! Et d'autre part il nous reste si peu de temps en dehors des occupations professionnelles qu'il est bien difficile d'en détourner une partie de ces questions, pourtant vitales.

Le livre de M. Perreau permettra aux médecins de combler cette lacune, car il supprime les recherches et il met la grande expérience de l'auteur au service de nos hésitations quotidiennes. Jusqu'à cette heure, dit M. Perreau, « les juristes avaient écrit pour les juristes et les médecins pour les médecins. Ce livre d'un juriste s'adresse pourtant à des médecins en vue de réaliser entre nos deux professions une union ne pouvant être que profitable à l'une et à l'autre. »

On ne saurait mieux dire, et nul doute que le corps médical ne reconnaisse ce bon procédé en faisant à l'ouvrage que nous lui présentons ici, l'accueil que méritent et l'esprit qui l'anime et le savoir avec lequel il fut composé.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SUITE DES SOMMAIRES

Medizinische Blætter. — (N° 27, 4 juillet 1908.) HIRSCH : La nutrition des cardiopathes dans les bains. — (N° 28, 11 juillet.) HIRSCH : L'alimentation des cardiaques dans les bains. — (N° 29, 18 juillet.) EHRMANN : Pigment cutané et races humaines.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 7 juillet 1908.) HERING : La nature de l'alternance cardiaque. — FISCHLER : Sur l'importance de l'urobilinurie pour le diagnostic des affections hépatiques. — SPITZY : Sur la question du traitement des paralysies au moyen de la plastique nerveuse. — ISSERLIN : La névrose d'attente. — PÖHLMANN : Sur le traitement interne de la syphilis. — KOCH : Sur l'histoire de la nature et le traitement des hernies viscérales. — PREISER : Sur la question de l'étiologie de la spondylite cervicale déformante. — FELBENBERG : Sur le traitement sérothérapique de la fièvre puerpérale. — KAUPE : Un nouveau traitement de la coqueluche. — MŒRLIN : La fibrolysine dans l'hépatite interstitielle. — KUPEZYEK : Remarque sur le traitement de la cécité verbale congénitale. — MEUGE : Sur l'opération des hernies ombilicales et des hernies épigastriques et sous-ombilicales de la ligne blanche par séparation transversale des aponévroses et décortication musculaire. — (N° 28, 14 juillet.) BAUMGARTEN : Sur les hémolysines, les bactériolysines et les opsonines. — BÖHME : Recherches sur les opsonines. — HOLZBACH : La valeur de l'anesthésie lombaire pour les opérations gynécologiques abdominales. — HECKER : Sur l'acétonémie transitoire chez les grands enfants. — SCHUMM : Recherches sur la présence du sang dans l'urine. — SAANGER : Sur l'action de l'emphysème pulmonaire sur l'asthme. — WAHL : Que devons-nous attendre du traitement actuel de la scoliose. — SCHWENKENBECHER : Sur l'intoxication par le menthol chez l'homme. — RÖHMHELD : Jours de lait dans la cure d'engraissement. — REISSMANN : Contracture cicatricielle intense de plusieurs doigts de la main droite en flexion. — FISCHER : Un speculum vaginal propre à l'aspiration et au lavage. — (N° 29, 21 juillet.) DEUTSCHMANN : Sur une amélioration essentielle de mon sérum. — CONRADI : Un procédé pour la recherche des bacilles typhiques peu nombreux. — GIEMSA et PROWAZEK : Nouvelles recherches sur les agents infectieux ultra-microscopiques. — BEST : La myopie et sa prophylaxie. — HEGAR : L'hermaphrodisme chez l'homme. — CRAMER : Vœux psychiatriques pour la forme du droit de punir. — LÖWY : Sur le traitement du coryza aigu. — THON : Luxation carpienne du cubitus compliquée de fracture du radius. — SURY : Contribution à l'étude du suicide pendant l'accouchement. — LEICK : Sténose de l'orifice pulmonaire causée par le traumatisme. — KLINGELFUSS : Sur la mesure et le dosage des rayons Röntgen. — HOLZKUECHT : Sur un nouvel emploi des rayons Röntgen. — SCHOTT : Sur la question du cœur forcé.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 27, 5 juillet 1908.) URÉMY : La pathogénie du diabète. — (N° 28, 12 juillet.) ARAMY : Sur la pathogénie du diabète. — (N° 29, 19 juillet.) PARTOS : Sur la balnéothérapie de la sciatique.

Revue de médecine. — (N° 8, 10 août 1908.) BARIÉ : Le volume du cœur chez les chlorotiques. — PÉPIN : De l'emploi du grec dans le langage médical (transcription de grec en français). — Construction des néologismes (*suite et fin*). — JANOWSKY : La séméiologie des néphrites. — DEVIC et RIEUX : Néphrite scléreuse atrophique d'origine tuberculeuse. — FINCK : Nouvelles recherches sur la valeur du rapport des tensions artérielle et capillaire dans l'artériosclérose. — SABAREANU : Mélanodermie syphilitique des muqueuses.

Semaine médicale. — (N° 33, 12 août 1908.) CHEINISSE : L'entéromyxorrhée nerveuse.

Tribune médicale. — (N° 32, 8 août 1908.) OMBREDANNE : L'anesthésie avec un appareil à éther.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 27, 2 juillet 1908.) V. SCHRŒTTER : Sur la connaissance des souffles existant dans le territoire de l'artère pulmonaire. — KÖNIGSTEIN : Sur le sort des spermatozoïdes qui n'arrivent pas à la fécondation. — POLLAK : Recherches bactériologiques dans les bronchites suppurées. — REIS : Le procédé d'immunisation de Römer dans les cas d' « ulcus serpens » de la cornée. — MIESOWICZ : Sur le rachitisme tardif. — GRÜNER : La cutiréaction à la tuberculine dans l'enfance. — POLLAK : Sur la substance colorante du crachat pneumonique. — NEUMANN : Sur les particules ultramicroscopiques du plasma sanguin. — (N° 28, 9 juillet.) KRAUS : Sur les rapports du contenu en antitoxine des sérums antitoxiques avec leur valeur curative. — KRAUS et DŒRR : Sur l'anaphylaxie bactérienne. — KANITZ : Recherches sur la réaction percutanée à la tuberculine d'après Morro. — POLLAND : Sur les dangers de l'ophtalmo réaction. — SPAET : Sur les méthodes modernes du diagnostic de la typhoïde. — LATZEL : Un cas de maladie de Bamberger. — BLUM : Un nouvel instrument simple pour les opérations endo-vésicales. — POLLAK : Extraction endo-vésicale de corps étrangers. — OBERMEYER et POPPER : Sur le contenu en urobiline du crachat pneumonique. — (N° 29, 16 juillet.) HEMBURGER : Importance pathologique de la réaction à la tuberculine. — POPISCHILL : Sur la thérapeutique de la diphtérie. — YAKIMOFF : Influence de l'atoxyl sur les globules blancs. — HINTZ : Sur la thérapeutique par l'iode et l'arsenic et expériences sur l'arsoiodine. — WEILL et STRAUSS : Sur le rôle des anticorps dans la réaction à la tuberculine. — WIENER : Réponse à la communication de Neumann sur les particules ultramicroscopiques du sang.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La digitale et les digitalines, par le docteur G. BARDET. In-8 de 24 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

LE SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1908

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement, gazes* et *cotons antiseptiques, mackintosch, protective,* etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1908.

Ces fournitures s'élèvent approximativement avant rabais à :

1er lot. *Gaze iodoformée au salol, boriquée,* 12600 fr.

2e lot. *Ouate coton au salol et boriquée, mackintosh protective, lint boriqué,* 12875 fr.

3e lot. *Ouate coton hydrophile.* La fourniture totale est évaluée à 100000 kilogr., mais le même fournisseur ne pourra être déclaré adjudicataire de plus de la moitié de la fourniture.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le docteur S. Pozzi.

Au grade d'officier. — M. le docteur Delonne, médecin inspecteur général, chargé de mission à Casablanca.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Arnould, médecin-major des troupes coloniales; Bazerolle et Boullenger (de Paris), Ciambelli (d'Appietto), Coutant (de Saint-Maur), Coyon (de Paris), Estourneau de Tersannes (de Saint-Méen), Jacquemet (de Grenoble), La Mouche (de Vichy), Lavenant (de Paris), Mougeot (de Saint-Dizier), Platon (de Marseille), Richard (de Pantin), Sahut (de Vichy), Sellier (d'Arcachon), Sempé (de Tarbes), Sigalas (de Bordeaux), Thieux (de Sisteron).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Bouju, inspecteur de l'assistance publique du Loiret, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Guillon, inspecteur de l'assistance publique, passe du département de l'Ain dans le département du Loiret.

M. Lardet, inspecteur de l'assistance publique, passe du département de Vaucluse dans le département de l'Ain.

M. le docteur Mazade, inspecteur de l'assistance publique, passe, sur sa demande, du département des Bouches-du-Rhône dans le département de Vaucluse.

M. Rouveyre, inspecteur de l'assistance publique, passe du département de l'Ardèche dans le département des Bouches-du-Rhône.

M. Crégut, inspecteur de l'assistance publique, passe du département du Gers dans le département de l'Ardèche.

M. Rousseau, sous-inspecteur de l'assistance publique de la Seine-Inférieure, est nommé inspecteur de l'assistance publique et affecté au département du Gers.

M. Eynard, sous-inspecteur de l'assistance publique du Rhône, est nommé inspecteur de l'assistance publique et affecté au département du Tarn, en remplacement de M. le docteur Caylus, précédemment affecté au département de la Charente-Inférieure.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret du 27 août 1908, ont été affectés :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Mandoul, passe aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Capon, aux hôpit. de la division d'Oran; Vignon, à la compagnie saharienne du Touat; Giraud, au 4e zouaves (Casablanca); Coudray, aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Antoine, passe à la compagnie saharienne du Touat; Simoni, aux hôpit. de la division d'Oran.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Giraudier (de Castelnau).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros mardi et du jeudi.

RENSEIGNEMENTS

UN POSTE D'INTERNE est vacant à l'asile de Fains (Meuse). S'adresser au directeur médecin.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 7, juillet 1908.) KILLIAN : La bouche de l'œsophage. — LERMOYEZ : Étude de statistique sur le traitement de l'otite moyenne aiguë. — LAURENS : Procédé d'autoplastie pour fermeture de l'orifice rétro-auriculaire persistant après guérison de l'évidement pétro-mastoïdien.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Août 1908.) CHOPINET : Le médecin devant les lois nouvelles. — FLEIG : Action des précipitines sur divers liquides organiques. — MARTEL : La radioscopie et la radiographie appliquées à l'inspection des viandes tuberculeuses. — BRAULT : Accidents arsenicaux chez les colons algériens. — LECLERC DE PULLIGNY : Les scaphandriers et la ventilation. — GARNIER : Intoxication par la digitale. — Carlos PINEIRO : Stigmates professionnels des cigariers. — REILLE : Maladie du sommeil.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 8, août 1908.) LANDOUZY : Note sur un procédé de réfection de la paroi abdominale. — QUERLEUX : Notes sur les effets produits par l'explosion de poudres en mer. — ARNAVIELHE : Relation d'accidents causés par la poudre dans les Alpes. — HEULS : Un cas de tétanos traité par les ponctions lombaires et les injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique. Guérison. — LALOY : A propos de la méthode de Bier. — DETTLING et MOISONNAVE : Une épidémie de fièvre typhoïde due à l'infection du sol, au camp de Saint-Maur en 1906. — LORRAIN et REGNAULT : De la responsabilité du service de recrutement en matière d'engagement volontaire, identification des engagés par la dactyloscopie (étude médico-légale). — MATHIEU : Transport des malades et blessés à dos de chameau.

Archives de médecine navale. — (N° 8, août 1908.) DONNART : De quelques affections fréquentes au Maroc. — VALENCE : Epiploïte suppurée consécutive à une cure opératoire de hernie inguinale. Ouverture dans la vessie. Guérison. — VIGUIER : Contusion du rein droit. Phlegmon périnéphrétique. Opération. Fistule urinaire. Guérison. — BELLI et TROCELLO : Viciation et renouvellement de l'air dans les sous-marins. Recherches expérimentales. — BROCHET : Rapport sur une épidémie de fièvre à bord de la Manche. — COSTE : Empoisonnement par le formol.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 8, août 1908.) GALLET : Observation clinique d'un cas de paralysie pseudo-hypertrophique. — RAMBAUD : L'élevage et le commerce des sangsues dans le Poitou.

Blatter für Klinische Hydrotherapie. — (N° 7, juin 1908.) STRASRER et SELKA : Recherches sur les émanations de radium. — (N° 7, juillet.) STRASSER : L'hydrothérapie en médecine interne.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIX, n° 3, 16 juillet 1908.) Arthur K. STONE : Sur l'endocardite (avec 5 figures dans le texte). — Timothy LEARY : Sur l'emploi du sérum frais d'animaux dans les processus hémorragiques (avec 2 graphiques). — Charles F. PAINTER : L'endartérite oblitérante : les différents types et leur importance chirurgicale (fin du n° 2, p. 40). — Arthur T. LEGG : Un cas de télangiectasie traumatique localisée d'un tendon. — (N° 4, 23 juillet.) Lawrason BROWN : L'emploi diagnostique et thérapeutique de la tuberculine. — Horace PACKARD : Sténose permanente du conduit biliaire commun par infiltration inflammatoire ou rétraction cicatricielle d'un ulcère du duodénum (avec 3 figures). — B. D. RIDLON : Un cas d'acné pustuleux traité avec la vaccine staphylococcique. — (N° 5, 30 juillet.) Robert W. LOVETT : Sur la production de la paralysie infantile dans le Massachusetts en 1907 (avec 7 tableaux, un graphique, une carte). — Edville Gerhardt ABBOTT et Thomas Jayne BURRAGE : L'ostéo-sarcome de l'articulation du genou. — Charles W. TOWNSEND : Sur l'abus de l'emploi de l'alcool dans le traitement des maladies infantiles. — Donald GREGG : Une modification dans la préparation du milieu agar-lactose. — V. DRIGALSKI : Conrad Litmus pour l'isolement du bacille typhique. — Gaston TORRANCE : Description de deux cas de rupture de vésicule biliaire et d'un cas de perforation d'ulcère gastrique (avec 2 figures).

Bulletin médical. — (N° 64, 15 août 1908.) VALUDE : Le trou sténopéique. Petites misères des opérés de cataracte. — (N° 65, 19 août.) CAUSSADE et JOLTRAIN : Les hémorragies au cours de la gangrène pulmonaire. — (N° 66, 22 août.) LAQUERRIÈRE : Les traitements électriques dans les constipations et la colite muco-membraneuse. — (N° 67, 26 août.) SOLLIER et CHARTIER : Un cas d'oreillons compliqué d'une méningite cérébro-spinale suraiguë à pneumocoques. — NOËL : Les écoles d'instruction pour médecins de réserve.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 31, 1er août 1908.) WIENS : Nouvelles recherches sur la réaction des anti-ferments du sang. — (N° 32, 8 août.) GROBER : Maladie du foie du lapin due à l'adrénaline.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 30, 23 juillet 1908.) V. PIRQUET : La réaction cutanée à la tuberculine pendant la rougeole. — HAMPELU : Sur la question de la sténose mitrale. — EHRMANN : Sur un diabète grave consécutif à une infection syphilitique. — FOGH : Un cas d'inflammation osseuse suppurative posttyphique d'une durée très longue. — BORNHAUPT : Traitement opératoire de la pancréatite aiguë. — KIRRCH : Rachitisme et scoliose. — TALAT : Favus universel. — HIRT : Aspirateur de précision pour les très petites quantités de liquides. — (N° 31, 30 juillet.) CASPER : Quelques cas de tuberculose rénale remarquables au point de vue diagnostique. — WECHSELMANN et MEIER : Réaction de Wassermann dans un cas de lèpre. — SEIDEL : Le traitement des affections typiques par les injections de collargol. — DÖRRIEN : Sur la paralysie du nerf suprascapulaire. — MÜNTER : Sur une affection pneumococcique de l'estomac. — ŒSNER : Sur le décanulement difficile. — MINTZ : Sur une forme particulière de déviation latérale du maxillaire de nature myogène. — SCHEIDEMANTEL : Sur la pyélite chez les femmes et ses rapports avec la menstruation. — ZIMMERMANN : L'importance de la section transversale des aponévroses de Pfannenstiel. — (N° 32, 6 août.) EBSTEIN : Remarques sur la pathogénie de la lithiase urinaire. — ZUELGER, DOHRN et MARXER : Nouvelles recherches sur le diabète expérimental. — WILENKO : Sur la connaissance de l'action de l'acide glutarique sur le diabète phlorhidzique. — HAAN : Tuberculose expérimentale chez le singe avec des bacilles de la tuberculose aviaire. — SIEBOLD : Paralysie traumatique du sympathique cervical. — MICHELSSON : Contribution à la question du traitement opératoire de la perforation de l'estomac. — SCHALLER : L'application de la vaporisation dans la pratique et ses limites. — RIMPAN et LÖWENTHAL : Découverte de parasites intestinaux dans le corps en dehors de l'intestin. — SCHULTZ : Sur la question de l'éclairage homogène.

(Voir la suite, p. 1186.)

CHÉLOIDES ET TUBERCULOSE

OBSERVATIONS DE CHÉLOIDE SUR LES CICATRICES OPÉRATOIRES D'ADÉNITES TUBERCULEUSES

Par MM. GOUGEROT et LAMY,
Internes des hôpitaux de Paris.

C'est au professeur Landouzy que l'on doit de connaître les rapports des kéloïdes et de la tuberculose. Après avoir longtemps enseigné à l'hôpital l'étiologie bacillaire de beaucoup de chéloïdes, il résumait sa pensée en 1898 dans les sérothérapies, dans une phrase devenue classique : « Je ne doute pas que si les dermatologistes se mettent à faire couramment appel à la tuberculine comme aide diagnostique, ils n'arrivent à inscrire au chapitre des localisations tuberculeuses toute une série de pathies assez mal classées, états érythémateux, lichénoïdes, verruqueux, *chéloïdiens*, etc. » (p. 483). Depuis lors, cette question n'a suscité que de rares travaux (James Nevins Hyde, Darier). L'un de nous en 1906 a résumé les preuves cliniques, histologiques, bactériologiques, expérimentales, en faveur de l'origine bacillaire de maintes chéloïdes (1).

Les preuves cliniques sont surtout statistiques : tuberculose chez les chéloïdiens, lésions tuberculeuses devenant chéloïdiennes, nous citions à ce propos le cas d'un lupus vulgaire dont on vit le bord devenir la chéloïde la plus caractéristique.

Une des meilleures preuves cliniques est celle que nous apportons ici même : fréquence des chéloïdes dans les cicatrices opératoires à la suite d'ablation de ganglions tuberculeux du cou. Les faits ont été recueillis dans le service du docteur Ménard à Berck. M. Ménard nous a dit avoir remarqué depuis longtemps la presque constance des chéloïdes sur les cicatrices opératoires d'ablation des ganglions du cou (8 sur 10 environ). La fréquence est la même, que les ganglions opérés soient suppurés ou non, que le bistouri puisse les enlever en bloc sans ouverture du foyer, ou qu'ils soient déchiquetés par la curette. La cicatrice se fait par première intention. La chéloïde débute deux ou trois mois après l'opération, sur une cicatrice plate dont le chirurgien se félicitait. Elle se tend peu à peu, elle devient saillante, indurée, finement vascularisée, elle a l'aspect tout à fait caractéristique des chéloïdes vulgaires consécutives aux brûlures. Elle occupe en longueur tout ou partie de la cicatrice, en largeur elle la déborde toujours d'au moins 2 à 3 millimètres de chaque côté. Cette cicatrice enlevée chirurgicalement récidive sur place; la nouvelle cicatrice redevient chéloïdienne au bout d'un temps sensiblement égal; au contraire abandonnée à elle-même elle se résorbe spontanément et elle a presque toujours disparu au vingt-quatrième mois.

La preuve histologique est difficile à mettre en évidence : en effet la chéloïde est un « fibrome » avec des traînées cellulaires ou des nodules lympho-conjonctifs, mais sans tissu tuberculeux histologiquement typique, sans follicule tuberculeux; la chéloïde est donc une tuberculide, histologiquement atypique (non folliculaire). Pourtant l'un de nous, dans son mémoire de médaille d'or, a rapporté le cas d'un lupus à bord chéloïdien où l'histologie a pu suivre le développement du tissu chéloïdien autour de follicules tuberculeux typiques : le tissu fibreux chéloïdien était élaboré par les cellules lympho-conjonctives de la périphérie des follicules. Chaque cellule, après avoir fabriqué sa fibre collagène, s'aplatissait, redevenait cellule fixe (Dominici), peu à peu le follicule se rétrécissait, il ne restait plus que le centre même du follicule : une cellule géante et deux ou trois rangées de cellules épithélioïdes anastomosées à la cellule géante et entre elles, les plus externes des cellules épithélioïdes étaient entremêlées aux fibrilles collagènes du tissu chéloïdien et anastomosées aux cellules fixes non dégénérées qui avaient fabriqué ces fibres conjonctives, on avait donc la preuve histogénétique de la fabrication de la chéloïde par des follicules tuberculeux typiques.

Les preuves bactériologiques n'ont été qu'exceptionnellement fournies : J. Nevins Hyde est le seul, à notre connaissance, qui à l'examen direct des coupes ait constaté des bacilles tuberculeux dans les traînées cellulaires de jeunes chéloïdes (*Journ. of cut. and genito urinar Diseases*, oct. 1897); « dans quelques cas rares on a reconnu des bacilles tuberculeux dans les cellules conjonctives des plus petites tumeurs. » L'un de nous, sur une centaine de coupes provenant de quatre cas différents, n'a pu colorer de bacilles.

Les inoculations ont été maintes fois faites, les résultats positifs sont exceptionnels. J. Nevins Hyde signale quelques cas sans en préciser le nombre. Parmi plusieurs cas négatifs, Darier a obtenu une fois une tuberculose généralisée du cobaye; l'un de nous a inoculé vainement à douze cobayes sous la peau et dans le péritoine des morceaux énormes de chéloïdes comprenant l'hypoderme et provenant de quatre malades différents. Il a été plus heureux dans ses essais de reproduction expérimentale. Deux fois il a obtenu l'*ébauche* de la reproduction expérimentale : une fois un cobaye inoculé sous la peau de la cuisse avec un fragment de lupus érythémateux, présenta un ulcère tuberculeux torpide à rebords indurés scléreux; histologiquement l'ulcération était creusée dans une infiltration lympho-conjonctive parsemée de rares follicules; les bords et la partie profonde sous-jacente à l'ulcération étaient sclérosés, formés d'un tissu fibreux collagène dense analogue à celui des chéloïdes. Une fois l'inoculation sous-cutanée de bacilles tuberculeux atténués à un animal injecté de petites doses de tuberculine donna au point d'inoculation un tissu scléreux épaissi parcouru de quelques traînées lympho-conjonctives contenant d'exceptionnels bacilles.

Tel est le faisceau de preuves qui prouvent l'origine bacillaire de quelques chéloïdes. La chéloïde n'est qu'une réaction fibreuse relevant de l'action de causes multiples, suppurations cocciennes, syphilis, lèpre, tuberculose. Parmi ces causes la tuberculose semble l'une des plus fréquentes.

(1) GOUGEROT. Tuberculoses cutanées : les dernières venues des tuberculides, *Gaz. des hôpit.* (Revue générale), 1906, p. 1170.

* * *

Une des meilleures preuves cliniques est le développement des chéloïdes sur les cicatrices opératoires du cou à la suite d'ablation d'adénites tuberculeuses et c'est sur ce point que nous voudrions insister ici.

M. Ménard, chirurgien en chef de l'hôpital de Berck, avait noté le fait depuis de longues années et en l'espace de quelques mois nous avons pu dans son service en recueillir 9 observations probantes, prises entre beaucoup d'autres. La cicatrisation se fait par première intention, la cicatrice est plate et paraît parfaite, le chirurgien se félicite du résultat, quand vers le deuxième ou le troisième mois la chéloïde apparaît; elle s'étend jusqu'au sixième mois, reste stationnaire deux à trois mois. Vers le dixième mois elle commence à régresser, ce travail est très lent; si on veut enlever la chéloïde elle récidive; au contraire, abandonnée à elle-même, elle tend à guérir spontanément, elle régresse peu à peu et cesser d'être disgracieuse, mais souvent on sent encore une induration légère La chéloïde a d'ordinaire disparu au bout d'environ deux ans et demi.

Ces faits sont d'une extrême fréquence et M. Ménard en donne la proportion de 8 sur 10, il oppose la très grande fréquence des chéloïdes cervicales sur les cicatrices par première intention, à la rareté des cicatrices chéloïdiennes sur les cicatrices des fistules et ulcérations spontanées tuberculeuses.

OBSERVATIONS

La chéloïde apparaît dans la cicatrice opératoire par première intention, bien que la cicatrisation ait semblé parfaite :

Observation I. — B. S..., treize ans et demi. Tuberculose ganglionnaire généralisée, le groupe sous et rétro-angulo-maxillaire gauche est suppuré. Ablation le 4 février 1907 de ganglions cervicaux et axillaires du côté gauche. Cicatrisation par première intention à l'aisselle.

Trois mois après, en avril 1907, la cicatrice opératoire du cou a 50 millimètres de long, 3 millimètres de large, une petite fistule tantôt ouverte tantôt fermée persiste à la partie moyenne. La cicatrice et les points de suture sont *chéloïdiens.* Au-dessus et en arrière une cicatrice d'ulcération tuberculeuse spontanée est chéloïdienne.

La cicatrice opératoire de l'aisselle, longue de 25 millimètres, large de 6 millimètres, est *chéloïdienne*, rouge foncé, les points de suture sont chéloïdiens.

La chéloïde apparue sur la cicatrice du deuxième au troisième mois persiste de longs mois.

Obs. II. — Marcel Sch..., quinze ans. Adénite tuberculeuse bilatérale du cou. Ablation des ganglions du côté droit le 26 août 1906, le paquet ganglionnaire est englobé dans une périadénite fibreuse adhésive. Cicatrisation par première intention. A la fin de septembre 1906 un abcès froid est incisé en arrière de la cicatrice opératoire.

Huit mois après, en avril 1907, la première cicatrice opératoire en avant du sterno-cléido-mastoïdien est large de 3 millimètres, longue de 60 millimètres. Elle est blanchâtre à son centre, rougeâtre aux bords, nettement surélevée et *chéloïdienne* sauf sur les 10 millimètres inférieurs, où elle est restée souple et se confond insensiblement avec la peau. Cette partie restée saine est blanche, non vascularisée. Les points de suture ne sont pas chéloïdiens.

Deuxième cicatrice opératoire sus-claviculaire irrégulière de 40 millimètres de long, la partie inférieure est blanchâtre et souple, la partie supérieure est *violacée avec fines arborisations vasculaires* et on note au centre un point d'induration *chéloïdienne* de 3 millimètres.

Obs. III. — Eugénie W..., quatorze ans. Mal de Pott dorsal supérieur et adénite cervicale tuberculeuse. Le 3 septembre 1906 ablation des ganglions du cou qui sont petits, nombreux et caséeux, par deux incisions l'une en avant du sterno-cléido-mastoïdien, l'autre sus-claviculaire. Huit mois après, en avril 1907, la cicatrice supérieure a 40 millimètres de longueur et 5 millimètres de largeur, en son milieu elle est violacée *très vascularisée*; l'épiderme est souple, mais on sent au-dessous une légère induration. La cicatrice inférieure a 20 millimètres de long sur 10 de large, elle est blanc-rosé, vascularisée et *chéloïdienne.*

Obs. IV. — Alice P... Tumeur blanche fistulisée du coude, gros abcès froid sus-claviculaire gauche, adénites tuberculeuses cervicales fistulisées bilatérales. Opérée le 27 juillet 1906 de son coude et de ses ganglions.

Neuf mois après, le coude est guéri; la plaie opératoire cervicale droite n'est pas encore entièrement cicatrisée; du côté gauche la cicatrisation est complète.

Au niveau des parties que la suppuration avait décollées, la peau est rosée ou rouge, mais souple; la cicatrice opératoire est au contraire indurée, chéloïdienne et ses deux tiers antérieurs sont extrêmement vascularisés.

Il y a donc contraste entre la chéloïde de la cicatrice opératoire et la souplesse de la cicatrice des fistules et décollements spontanés.

Obs. V. — Louis N..., treize ans. Adénites tuberculeuses du cou avec abcès froid rétroauriculaire et fistule sous-maxillaire.

Opéré le 13 avril 1906.

Neuf mois après, large chéloïde irrégulière rouge sombre, à la partie inférieure de la cicatrice.

Obs. VI. — Georgette V..., onze ans et demi. Ostéite tuberculeuse du cubitus et adénites cervicales opérées en mars 1906. Cicatrisation par première intention.

Un an après, en avril 1907, la cicatrice opératoire située en avant du sterno-cléido-mastoïdien longue de 60 millimètres et large de 3 à 4 millimètres est *chéloïdienne*, sauf à la partie moyenne où la cicatrice sur une étendue de 10 millimètres est restée souple. A la partie inférieure de la cicatrice chéloïdienne persiste une petite croûtelle. Les points de suture sont marqués par des traits blancs dont un seul est chéloïdien. *La chéloïde est donc limitée à une partie de la cicatrice.*

Obs. VII. — Germaine L..., quatorze ans. Mal de Pott dorso-lombaire, cicatrices de fistules épitrochléennes et cervicales. En mars 1906, ablation des ganglions du cou, curetage des décollements des deux côtés, récidive rapide et nouveau curetage en mai 1906 du côté droit.

Un an après en avril 1907, deux cicatrices à gauche : la supérieure préauriculaire est un peu blanchâtre, déprimée, sillonnée d'arborisations vasculaires et souple, l'inférieure cervicale est blanche et souple, non vascularisée; à droite, longue cicatrice étendue de la région rétroauriculaire à la région sous-mentonnière, la cicatrice est *alternativement chéloïdienne et souple* : en avant de l'angle maxillaire on trouve une grosse chéloïde de 20 millimètres sur 10 millimètres, rouge, indurée et *en voie d'accroissement*, au-dessus et au-dessous les traînées chéloïdiennes sont moins rouges, moins dures et moins étendues; le segment rétroauriculaire qui est souple et non chéloïdien est très vascularisé.

Cette irrégularité et inégalité de la chéloïde sur une même cicatrice prouve que la production chéloïdienne réclame une irritation locale spéciale et que sa cause principale et unique n'est pas un terrain particulier.

Un an après, la chéloïde non seulement persiste, mais peut encore être en voie d'accroissement. D'ordinaire elle commence à régresser vers le dixième mois. Vers la deuxième année, les chéloïdes sont en voie de disparition, parfois même elles ont disparu complètement.

Obs. VIII. — Marcelle N..., quatorze ans, tuberculoses multiples : ganglions cervicaux suppurés, oètéites du premier métacarpien gauche et de la première phalange de l'annulaire gauche. Opération il y a *deux ans* des ganglions cervicaux. Actuellement à droite, fistules multiples ganglionnaires, à gauche trois cicatrices opératoires : la première parotidienne a 40 millimètres de long sur 10 millimètres de large, en haut elle est lisse, très vascularisée, elle paraît souple mais dans la profondeur on sent une induration minime; la seconde angulo-maxillaire est souple et blanche; la troisième cervicale située en avant du sterno-cléido-mastoïdien est longue de 50 millimètres et étroite, elle est souple et blanche non vascularisée ; cependant le doigt sent un léger ressaut en passant de la peau saine vers la cicatrice. Or ces cicatrices maintenant souples ont été pendant plusieurs mois chéloïdiennes, volumineuses, rouges et indurées. Les chéloïdiennes sont donc en voie de régression et presque totalement guéries.

Au bout de deux ou trois ans la chéloïde a disparu, et souvent les cicatrices sont atrophiques.

Obs. IX. — Marius B..., six ans. Mal de Pott lombaire avec abcès iliaque gauche, tumeur blanche suppurée du coude droit, spinosa ventosa fistulisé du deuxième métacarpien gauche, adénites tuberculeuses cervicales. Le 6 mai 1904, ablation des ganglions cervicaux gauches.

Trois ans après, les deux cicatrices opératoires qui pendant longtemps ont été volumineuses et rouges, dures, sont maintenant souples et blanches, les chéloïdes ont complètement disparu, les cicatrices sont atrophiques, finement plissées, le derme sus-jacent paraît atrophié et mou.

*
* *

De cette étude des cicatrices opératoires de lésions tuberculeuses on peut tirer quelques déductions :

La chéloïde se produit dans toutes les régions, mais surtout au cou.

Sa fréquence est la même que les ganglions aient été en bloc sans contamination apparente de la plaie, ou que la masse tuberculeuse ait été déchiquetée, le caséum ayant pu inoculer le tégument.

La chéloïde a un début tardif du deuxième au troisième mois, elle survient sur la cicatrice par première intention.

Elle est inégale, occupant sur un même malade une cicatrice et respectant une autre, n'envahissant sur une même cicatrice que certaines zones, parfois même certains points de suture et laissant indemne le reste de la cicatrice. Cette inégalité de lésions sur une même cicatrice prouve que le terrain du malade n'est pas une condition suffisante, il faut une irritation locale qui, croyons-nous, est la présence de bacilles rares, atténués.

La cicatrice est mélangée souvent de zones atrophiques, très vascularisées, à épiderme aminci, violacé, à derme molasse atrophié, qui ressemblent à certaines atrophies dites idiopathiques de la peau.

La chéloïde évolue lentement, elle croît puis décroît et finit par se résorber spontanément au bout de deux ans environ.

Il ne faut pas tenter de l'enlever chirurgicalement, car elle récidive et la guérison est retardée d'autant. Il faut la laisser évoluer, car elle se résorbe spontanément. Si l'on voulait à toute force pour raison d'esthétique enlever la chéloïde, il faudrait compléter l'exérèse par la radiothérapie, suivant une méthode qui a donné de si bons résultats à de Beurmann, Noiré et Gougerot (1). Un traitement préventif consisterait à faire la radiothérapie quelques jours après l'ablation des ganglions du cou.

Ces faits, si bien mis en évidence par le docteur Ménard, sont importants à connaître en raison de leur grande fréquence, de leur pronostic favorable et de l'abstention thérapeutique qu'ils commandent.

MÉDECINE PRATIQUE

L'EXAMEN HISTO-CHIMIQUE ET CYTOLOGIQUE DES CRACHATS (2).

Par S. Israels de Jong.

L'étude histo-chimique et cytologique du crachat n'est possible que si on s'astreint à une technique rigoureuse d'étalement, de fixation et de coloration.

L'étalement ne doit pas être fait entre deux lames, mais par dissociation minutieuse avec le fil de platine. Le fixateur le plus pratique nous a semblé être l'acide chromique à 1 p. 100 dans lequel on immerge la préparation pendant quelques instants.

On ne doit jamais s'en tenir à une seule coloration, mais comme pour l'étude du sang préparer plusieurs lames colorées par des réactifs différents. Etant donnée la part fondamentale que le mucus prend à la constitution du crachat, *le bleu polychrome de Unna* par suite de sa réaction métachromatique vis-à-vis de ce mucus est le véritable agent colorant du crachat. Les autres colorants usités en technique hématologique serviront à compléter le diagnostic cytologique. L'hématéine-éosine devra, en particulier, toujours être employée pour la recherche des leucocytes éosinophiles. *L'examen devra être pratiqué autant que possible à la lumière artificielle.*

La substance fondamentale du crachat est le mucus qui se présente tantôt sous l'aspect hyalin facilement mis en évidence par sa coloration rougeâtre par le bleu de Unna, tantôt sous l'aspect fibrillaire. Il existe d'autre part de grands réticulums ayant la réaction du mucus et qui sont dus à l'agglomération de cellules bronchiques dégénérées. Les aspects de réticulums mucineux semblent être d'autant plus importants que les aspects de mucus hyalin sont plus rares dans la même préparation. Ces réseaux mucineux ont passé inaperçus ou ont été pris souvent pour de la fibrine dont ils n'ont aucune

(1) Exérèse et radiothérapie immédiatement après (dose de 5 H) répétés une deuxième et troisième séance, Soc. de dermat., 1905.

(2) Cette question a été, on le sait, étudiée de la façon la plus complète par M. S. Israëls de Jong dans sa remarquable thèse de doctorat. Nous en reproduisons ici les conclusions qui résument bien cette importante question.

des réactions colorantes. La fibrine, même dans les cas de pneumonie, est d'ailleurs presque totalement absente des crachats.

La substance fondamentale des crachats est dans certains cas constituée par une substance séro-albumineuse, qui se présente habituellement sous l'aspect de gouttelettes, de volume variable, souvent en quantité considérable, formant alors une véritable nappe continue et dont la présence ne peut être mise en évidence que par le bleu de Unna, qui leur donne une coloration bleu violet, distincte de la couleur métachromatique rouge du mucus. Cette substance albumineuse qui constitue, presque à elle seule, le crachat d'œdème pulmonaire aigu, qui, associée au mucus hyalin forme le fond du crachat pneumonique et de congestion pulmonaire aiguë, est identique comme aspect et comme réaction colorante aux exsudats dits séro-fibrineux de la plèvre et du péritoine, au sérum sanguin, au lacto-sérum, à l'albumine de l'œuf étendue d'eau ; elle n'a aucun des aspects morphologiques, ni aucune des réactions de la fibrine concrétée ou dissoute.

On rencontre dans les crachats des éléments cellulaires venant soit de l'arbre respiratoire, soit du sang.

Les cellules bronchiques se voient exceptionnellement normales et intactes dans les crachats. Ce n'est que dans les crachats d'œdème pulmonaire aigu ou d'asthme, de trachéite au début, que par une sorte de décapage brutal, elles sont entraînées au dehors. Dans les bronchites, elles n'apparaissent que sous forme de cellules dégénérées dont il ne reste que le noyau, squelette réticulé, ayant les réactions colorantes du mucus. Les cellules de l'épithélium alvéolaire, contrairement à ce que l'on a cru, ne sont pas un élément banal du crachat. Leur présence indique la réaction de l'alvéole pulmonaire. Elles se présentent à nous sous trois aspects : — cellule pulmonaire jeune, ressemblant à un leucocyte mononucléaire ; — cellule pulmonaire tuméfiée et devenue macrophagique, souvent pigmentée, et chargée de grains de poussière ou d'hémoglobine modifiée ; — cellule pulmonaire en dégénérescence réticulée, ayant la réaction colorante du mucus.

Les globules rouges doivent être recherchés dans les cas aigus, alors que le crachat n'est pas hémoptoïque, mais histologiquement hémorragique. L'apparition des leucocytes polynucléaires à granulations neutrophiles en quantité notable, n'est point, comme il est dit couramment, un phénomène banal. Ceux-ci manquent en effet au début de toutes les réactions aiguës, en particulier à la période de début de la pneumonie et de la congestion pulmonaire aiguë. Ils n'apparaissent qu'à la période de résolution de ces états et coïncident en général avec une substitution du réticulum mucineux au mucus hyalin. Les leucocytes éosinophiles, trouvés par suite de techniques mal interprétées avec trop de facilité dans les crachats, nous ont semblé absents dans les infections aiguës. Ils caractérisent au contraire le crachat des crises d'asthme et des états similaires.

Le *crachat pneumonique* est constitué essentiellement :

A. A sa période de début par un mélange d'exsudat séro-albumineux sous forme de gouttelettes et de mucus hyalin; les éléments cellulaires y sont rares, les polynucléaires presque absents; des globules rouges, des cellules alvéolaires jeunes desquamées et des dégénérescences réticulées endothéliales constituent sa formule cytologique.

B. A la période de résolution l'exsudat séro-albumineux devient moins abondant et le mucus hyalin est progressivement remplacé par des aspects réticulés muqueux, en même temps que s'ajoutent aux cellules endothéliales, devenues en partie macrophagiques, de nombreux polynucléaires. Les globules rouges sont rares à cette période, les éosinophiles absents. Quant à la fibrine sauf dans les cas, exceptionnels d'ailleurs, où le malade expectore un moule bronchique, elle est absente du crachat pneumonique.

Le *crachat de congestion pulmonaire aiguë* donne, à l'intensité près, des aspects identiques à celui du crachat pneumonique, révélant ainsi l'intime parenté de la maladie de Woillez avec la pneumonie.

Le *crachat pharyngé* est caractérisé par du mucus hyalin en nappe ou en grumeaux, par l'abondance des microbes, par la présence de cellules pharyngées normales ou en dégénérescence oxyphile.

La *bronchite aiguë superficielle* se traduit au début par la présence du mucus hyalin rapidement mélangé à des aspects de dégénérescence des cellules bronchiques. Quand la bronchite devient profonde, l'apparition de cellules pulmonaires mononucléées traduit l'atteinte de la bronchite terminale, déjà hérissée d'alvéoles. A sa période de coction le mucus hyalin fait place à de larges réseaux muqueux semés de très nombreux polynucléaires.

L'expectoration, dans les cas d'*œdème aigu du poumon*, est constituée presque exclusivement par l'exsudat séro-albumineux en gouttelettes, et par quelques cellules alvéolaires, bronchiques, ou sanguines entraînées mécaniquement.

Dans la *congestion pulmonaire passive*, comme le fait avait déjà été signalé, on retrouve des cellules endothéliales, macrophagiques et chargées de pigment sanguin, mélangées suivan le degré des lésions et les circonstances cliniques à du mucus hyalin, ou à des gouttes d'exsudat séro-albumineux, ce dernier traduisant une poussée d'œdème intra-alvéolaire.

Le *crachat d'asthme et des états similaires* apparaît essentiellement formé par du mucus hyalin, épais dans le petit crachat du catarrhe sec, en nappe mince dans le crachat abondant du catarrhe pituiteux, mucus sur lequel tranchent des cellules bronchiques presque normales, brutalement desquamées, et comme l'avaient déjà montré les classiques, de très nombreux leucocytes éosinophiles.

Il ne saurait être question de formules caractéristiques du *crachat des emphysémateux*. La formule varie suivant les circonstances étiologiques de cet emphysème, et suivant les complications qu'entraîne cette lésion. Le crachat prendra donc, selon le cas, la formule des crachats d'asthmatique, des crachats de la tuberculose, de la bronchite aiguë ou chronique, de la congestion pulmonaire passive avec ou sans œdème pulmonaire.

L'étude histo-chimique et cytologique du crachat, par cela même qu'elle fournit en quelque sorte un décalque relativement fidèle de la lésion anatomique de la région atteinte, donne des renseignements précieux dans la pratique et apporte une contribution intéressante à la nosographie des affections pulmonaires.

ANALYSES

MÉDECINE

Le diabète arthritique. Son mécanisme physiologique par excès du pouvoir amylolytique du sang. (Pariset. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, avril 1908, p. 219.) — L'auteur admet que le diabète arthritique dépend d'une surproduction de sucre plutôt que d'un ralen-

tissement de la nutrition avec combustion incomplète du sucre. Le mécanisme du diabète est l'excès de transformation du glycogène hépatique en sucre; or cette transformation est une hydratation qui s'effectue sous l'influence d'un ferment, l'amylase. La transformation excessive du glycogène en sucre par excès d'amylase dans le sang est donc l'acte essentiel de l'hyperglycémie.

L'amylase du sang est d'origine pancréatique. Dans sa thèse de doctorat ès sciences, M. Pariset a montré que l'injection de suc pancréatique, et par conséquent d'amylase, dans les veines du chien produisait de l'hyperglyccémie et de la glycosurie. La preuve directe que ce mécanisme physiologique est celui du diabète arthritique n'est pas faite; pour l'établir, il faudrait être exactement renseigné sur le pouvoir amylolytique du sang chez les sujets sains et chez les diabétiques; ce pouvoir paraît varier beaucoup, même chez les sujets sains. Mais on peut en donner une preuve indirecte en recherchant, comme l'a fait l'auteur, les variations du pouvoir amylolytique de l'urine chez les diabétiques sous l'influence de la cure thermale de Vichy; le pouvoir amylolytique des urines et par conséquent du sang diminue en même temps que diminue la glycosurie; on peut donc supposer que l'augmentation de ce pouvoir amylolytique est la cause de la glycosurie.

L. BABONNEIX.

MEDECINE INFANTILE

Le vomissement chez le nourrisson. (F. Rochu. Th. de Montpellier, 1908.) — Les vomissements du nourrisson reconnaissent pour causes : la suralimentation, un spasme de la tunique musculaire de l'estomac, une sténose produite par l'hypertrophie du sphincter pylorique.

Les premiers sont les plus communs et cèdent en général à une réglementation sévère de l'alimentation.

Les seconds surviennent chez des enfants à hérédité neuro-arthritique chargée; ils peuvent trouver leur origine dans les propriétés toxiques du lait ingéré et s'accompagnent fréquemment d'hypersécrétion muqueuse; ils se produisent malgré un bon réglage et disparaissent totalement au sevrage.

Ils peuvent guérir par la diète hydrique, un changement de lait et d'altitude, un allaitement minutieusement réglé, et sont justiciables du traitement par le citrate de soude.

Les autres peuvent être amendés par une intervention chirurgicale (pyloroplastie de préférence) qui, faite en temps opportun, assure seule une survie à l'enfant qui en est atteint.

L. GAYARD.

Sur quelques états subfébriles prolongés. (G. Jacobson. *La Pédiatrie prat.*, 15 juillet 1908, p. 169.) — L'auteur a observé plusieurs enfants qui ont présenté pendant des semaines, des mois et même des années un état subfébrile presque continu, dont l'origine était difficile à déterminer. Le tableau clinique est assez uniforme : l'enfant est pâle, les traits tirés, il se fatigue au moindre effort; cependant il n'accuse aucune souffrance; l'appétit est diminué mais les digestions sont régulières et les selles normales. Si l'on prend régulièrement la température, on constate que, pendant des périodes plus ou moins longues, le petit malade a une légère ascension thermique, le matin dans la plupart des cas, plus rarement l'après-mini; quelques enfants ont une température au-dessus de la normale aussi bien le matin que le soir. Ces périodes fébriles sont souvent interrompues par des périodes afébriles, qui durent quelques jours ou quelques semaines et pendant lesquelles la lassitude disparaît, le teint se recolore. L'examen clinique de l'enfant, l'examen du sang, des urines ne paraissent pas révéler la cause de cet état; cependant, si on recherche avec soin les antécédents, on note que tous les enfants souffrent ou ont souffert de végétations adénoïdes, de pharyngite chronique, d'amygdalite. La naso-pharyngite chronique paraît la cause de beaucoup la plus fréquente de ces fièvres prolongées. Il s'ensuit qu'en soignant le naso-pharynx, on peut faire disparaître l'état sub-fébrile; un des malades de M. Jacobson était dans cet état depuis plus de trois ans; on lui enleva une petite végétation, quinze jours après la fièvre est tombée; depuis cinq mois elle n'a plus reparu. Mya (de Florence) a observé des cas analogues et les a expliqués aussi par une infection de l'anneau de Waldeyer.

L. BABONNEIX.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les changements dans la composition du sang consécutifs à la splénectomie pour rupture traumatique de la rate. (Edwin Matthew et Alexander Miles. *The Edinb. med. Journ.*, oct. 1907, p. 294.) — Ce travail est basé sur une observation personnelle intéressante sur plusieurs points :

1° La faiblesse du traumatisme qui a amené la rupture de la rate : un coup du revers de la main ouverte donné par un ami en jouant au cabaret; mais on avait affaire à un alcoolique invétéré et sa rate devait être en mauvais état;

2° Il ressent une douleur assez vive sur le moment, mais passagère; puis on n'observe aucun symptôme jusqu'au lendemain. L'auteur pense qu'il se fit d'abord une hémorragie sous-capsulaire et que la capsule se rompit seulement le lendemain;

3° Le diagnostic était extrêmement difficile, sauf l'antécédent de traumatisme, le malade présentait non des signes d'hémorragies, mais de péritonite localisée à l'épigastre et à droite, avec en plus des irradiations dans l'épaule gauche, on fit le diagnostic de perforation d'ulcère de l'estomac ou du duodénum;

4° On constata d'abord à la laparotomie une rupture peu étendue du foie. Celle-ci est très difficile à expliquer, le coup ayant porté dans l'hypocondre gauche;

5° L'auteur fait remarquer la large voie d'accès obtenue en branchant sur une laparotomie droite une incision transversale;

6° Pendant deux ans et deux mois on a pu examiner le sang de l'opéré, on a noté les faits suivants :

α. Une augmentation de volume des différents groupes de glandes lymphatiques. Cette augmentation débute peu après l'opération, est peu intense, est selon toute apparence étendue à tout l'organisme, mais disparaît au bout d'un an à peu près;

β. Parallèlement à cette hyperplasie lymphatique, il apparaît dans le sang un accroissement du nombre absolu des lymphocytes. Cet accroissement persiste plusieurs années après la splénectomie;

γ. On note en même temps une éosinophilie modérée qui ne persiste que quelques semaines. Pendant ce temps le nombre des hématoblastes est considérable dans le sang;

δ. Pendant deux semaines la teneur en hématies et en hémoglobine était très diminuée par suite de l'hémorragie. Elle se relève ensuite par degrés jusqu'à un niveau presque normal;

ε. Après l'ablation de la rate, les sujets qui guérissent ne gardent aucun inconvénient permanent.

L'auteur résume tous ces examens de sang en trois tableaux et cite sur le même sujet les expériences sur les animaux de Kurloff et les observations de malades de Riequer, Emery, Eve.

M. LANCE.

CHIRURGIE

Anévrismorraphie. (John Fairbairn BINNIE. *Annals of Surgery*, vol. XLVIII, juillet 1908, n° 1, p. 1-9; — Robert ABBE. *Ibid.*, p. 10-14; — Joseph A. BLAKE. *Ibid.*, p. 15-17.) — Ce vocable, un peu long, quelquefois encore allongé en celui d'endoanévrismorraphie, auquel on ajoute les courts qualificatifs de reconstructive ou d'oblitérative, suivant les cas, s'applique à une méthode très simple, très logique et très élégante de traiter les anévrismes, méthode créée par Matas (de la Nouvelle-Orléans), en 1902, et qui, aujourd'hui en Amérique, a relégué toutes les autres méthodes au rôle de pis-aller, applicable seulement lorsque le « Matas » est impraticable.

L'idée la plus ancienne du traitement des anévrismes par la ligature est basée sur le remplissement du sac par des caillots qui plus tard « s'organisent », disait-on. Aujourd'hui, on sait que cette soi-disant organisation du caillot n'est pas autre chose que le résultat de la prolifération active de l'endothélium vasculaire, dont le rôle en chirurgie vasculaire semble absolument capital, analogue à celui du péritoine en chirurgie abdominale. Donc, l'idée de ramasser par la suture tout le sac doublé d'endothélium et d'en faire un gros bourrelet appliqué à l'endroit de la perte de substance artérielle, vient assez naturellement à l'esprit, et c'est là l'idée fondamentale de l'anévrismorraphie. De plus, dans les anévrismes sacciformes, l'orifice de communication est souvent assez petit pour qu'on en puisse suturer d'abord les lèvres, avant de suturer par-dessus le sac, de telle sorte que, l'opération finie, on a l'artère rétablie dans sa continuité, avec le bourrelet formé par le sac suturé accolé au niveau du point faible. C'est là le Matas reconstructif.

D'autres fois, surtout dans les anévrismes fusiformes, il ne peut être question de préserver la continuité de l'artère; la suture du sac ne peut être qu'oblitérante : Matas oblitératif. Un Matas projeté reconstructif peut devenir oblitératif secondairement, si, en suturant bord à bord l'orifice de communication entre l'anévrisme et l'artère, on néglige l'un quelconque des principes de la suture vasculaire, tels qu'ils ont été établis par Carrel. Mais, même dans cette éventualité, les résultats sont bons; on ne dissèque pas le sac, on trouble au minimum la circulation des parties voisines, ce qui évite la gangrène, et l'opération reste plus simple que l'extirpation.

Les deux premiers cas de Binnie — anévrismes poplités — sont des types de Matas voulu reconstructif devenant en fait oblitératif, par suite de l'emploi de matériaux de suture inappropriés. Dans le troisième cas — anévrisme poplité également — il se servit de la technique de Carrel. Le résultat fut parfait pendant deux semaines; le pouls tibial était bon; à la suite d'une fête pendant laquelle le malade s'agita beaucoup, la douleur poplitée reparut et le pouls tibial disparut. Ligature de la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. Un mois après, hémorragie du creux poplité; tissus si friables qu'aucune hémostase n'est possible. Amputation au tiers inférieur de la cuisse.

Le premier cas d'Abbe se rapporte à un anévrisme poplité, le second à un anévrisme fessier. Suites extrêmement simples.

Le cas de Blake — anévrisme poplité — présenta une difficulté spéciale. Il arriva que l'incision médiane postérieure du sac se trouva tout près de l'orifice artériel, ce qui rendit la suture difficile. On ne pouvait disséquer le sac, pour en changer la position, car, alors, on renonçait à un des grands avantages du Matas, ne pas troubler la circulation collatérale. La suture n'étant pas satisfaisante, on lia la poplitée. Guérison. Blake se demande si le Matas oblitératif n'est pas meilleur que le Matas reconstructif quand il s'agit d'anévrismes poplités, à cause du traumatisme incessant de l'artère par les mouvements du genou.

F. GARDNER.

HISTOLOGIE

Les altérations nucléaires. Contribution à l'étude de la mort de la cellule. (M. Jean MAUMUS. Th. de Paris, 1907; Bonvalot-Jouve, édit.) — De l'ensemble de ses recherches, M. Maumus a retiré quelques conclusions relatives aux divers modes de dégénérescence nucléaire. Les voici :

1° La disparition simple du noyau, sans qu'il soit possible de mettre en évidence des phénomènes d'altération du côté du filament chromatique;

2° La caryolyse, se traduisant souvent par la turgescence du noyau qui augmente de volume, prend mal les colorants basiques et enfin se fractionne en granulations. C'est le procédé habituel de dégénérescence nucléaire dans les cas de mort lente de la cellule;

3° La caryorhexie, qui s'observe dans les cas de mort violente et rapide de la cellule. C'est le procédé de choix dans les lésions résultant de l'action de toxines particulièrement virulentes. On assiste alors à un véritable éclatement de la masse chromatique qui, tout d'abord, s'est plus ou moins condensée. Les fragments irréguliers peuvent traverser la membrane nucléaire qui souvent disparaît, et être projetés jusqu'au sein de la masse cytoplasmique; parfois, ils se fragmentent en une poussière très fine qui ne tardera pas à être absorbée par les sucs cellulaires;

4° La vacuolisation qui s'observe plus particulièrement dans les cas d'hypertrophie du noyau, comme cela a lieu très souvent dans les lésions qui peuvent affecter la cellule hépatique;

5° La pycnose, qui se traduit par une condensation du réseau chromatique en un bloc très opaque, arrondi, plus petit que normalement et fixant d'une façon très énergique les colorants basiques. Les noyaux en pycnose que l'auteur a remarqués dans de nombreuses tumeurs d'origine cancéreuse et aussi à la suite d'injections de toxines virulentes, peuvent avoir une double destinée : ou bien ils diminueront de plus en plus de volume et seront finalement dissous par l'action des sucs cellulaires ou plasmatiques, ou bien ils se fragmenteront en une poussière de plus en plus fine, d'après les procédés de la caryorhexie.

Les faits de parisitisme ont aussi un retentissement remarquable sur le noyau dont ils provoquent la dégénérescence suivant deux modes dont la constance est frappante. Tout d'abord, le noyau s'hypertrophie; puis il se divise en fines granulations.

La comparaison classique de la cellule animale et de la cellule végétale ne manquera pas de piquer la curiosité des cytologistes s'ils veulent fixer leur attention sur les phénomènes de dégénérescence nucléaire. Non seulement les divers types d'altération offerts par les tissus pathologiques de la série animale trouvent leur homologue chez les végétaux, sauf peut-être la caryorhexie que l'auteur n'a pas eu l'occasion de constater; mais même le double mode de dégénérescence provoquée par l'action du parisitisme trouve sa réalisation dans le noyau de la cellule végétale.

En réalité, le terme ultime des divers modes d'altération nucléaire est la disparition de la chromatine sous l'action des sucs cellulaires ou des liquides plasmatiques.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE

Sur la peau du trajet douloureux, préalablement enduite de glycérine, appliquer un tampon de coton imbibé de chlorure de méthyle.

Yzeta préconise les frictions avec ce liniment :

Huile d'olives	250	grammes.
Essence de térébenthine	75	—
Ammoniaque	40	—
Teinture de cantharides	15	—

F. S. A. Agiter, Deux frictions par jour.

A l'intérieur, pipérazine granulée effervescente (de 3 à 6 mesures par jour, dissoutes chacune dans un peu d'eau).

LIVRES NOUVEAUX

Maladies des glandes salivaires et du pancréas (1), par Paul Carnot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Au point de vue anatomo-physiologique, glandes salivaires et pancréas sont des glandes annexes du tube digestif, ayant une forme, une structure histologique et des fonctions voisines ; au point de vue pathologique, il y a également de nombreuses ressemblances entre ces glandes : c'est le même mode pathogénique d'infection ascendante, le même mode de réaction à différents agents morbides, aux bacilles de Koch, aux oreillons, au mercure, etc., le même développement des kystes glandulaires, etc.

Aussi y avait-il intérêt à rapprocher l'étude, anatomo-physiologique et pathologique, des glandes salivaires et du pancréas comme le fait M. P. Carnot dans le nouveau volume du *Nouveau Traité de médecine*.

Les altérations anatomiques des glandes salivaires sont généralement d'ordre infectieux ou d'ordre toxique. Elles sont surtout connues au niveau des parotides : ce sont donc les parotidites qu'il prend pour type principal de sa description. Les altérations, plus rares, des glandes sous-maxillaire et sublinguale présentent les mêmes types anatomiques et cliniques.

Les parotidites infectieuses sont dues, les unes à une localisation d'agents infectieux circulant dans l'organisme et abordant la glande par les voies sanguine ou lymphatique, les autres à une infection ascendante remontant par la voie canaliculaire à partir du milieu buccal. Ce deuxième mode d'infection est de beaucoup le plus fréquent et plus important à envisager.

Nos connaissances sur la structure et les fonctions du pancréas ont fait de tels progrès, dans ces dernières années, qu'il était nécessaire de résumer rapidement les principaux résultats actuellement acquis, relativement à l'anatomie et à la physiologie de cette glande ; car de nombreuses considérations pathologiques en découlent.

Après avoir étudié la pathologie générale du pancréas, les causes, les lésions et les symptômes communs aux différents types morbides et qui les relient l'un à l'autre, M. Carnot aborde l'étude spéciale de ces différents types et étudie successivement : 1° les pancréatites aiguës, comprenant les pancréatites hémorragiques, les pancréatites suppurées, les pancréatites gangréneuses ; 2° les pancréatites chroniques, comprenant la sclérose, la lipomatose, la lithiase pancréatique, etc. ; 3° les lésions spécifiques de la glande (tuberculose, syphilis, kystes, néoplasmes, cancer, etc.). L. GAYARD.

(1) Grand in-8 de 342 p. avec 60 fig. — Prix : broché, 7 fr. ; cartonné, 8 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

Traité pratique de thérapeutique infantile médico-chirurgicale (1), par P. Le Gendre et A. Broca.

Il serait superflu de faire l'éloge de ce traité pratique ; les deux auteurs sont bien connus du monde médical, et comptent parmi les maîtres l'un de la clinique thérapeutique, l'autre de la chirurgie infantile.

L'ouvrage se divise en deux parties ; dans la première sont étudiées les généralités sur l'alimentation de l'enfant, les moyens thérapeutiques externes, les grandes indications thérapeutiques, les modes d'administration des médicaments. Dans la seconde partie, on trouvera la thérapeutique des diverses affections médico-chirurgicales classées par ordre alphabétique, ce qui facilite les recherches.

L. BABONNEIX.

Relation des actes du lazaret temporaire de l'hôpital Galitzyn de Moscou pendant la guerre russo-japonaise [18 juin 1904-10 avril 1906] (2), par le docteur Derüginsky, médecin-chef de l'hôpital Galitzyn.

Deux cent quatre-vingts malades reçurent des soins dans ce lazaret provisoire ; sur ce nombre 70 soldats malades et 210 blessés.

L'intérêt de la relation réside surtout dans l'exposé des nombreuses observations de blessures cérébrales, rachidiennes ou nerveuses périphériques qui y sont relatées ; elles montrent que le traitement de la plupart de ces lésions, peut rendre la motilité d'un membre, faire disparaître des paralysies parfois localisées à un trajet nerveux, ou même une hémiplégie plus ou moins complète, une paralysie des membres inférieurs ou supérieurs. Dans la majorité des cas c'est par des interventions secondaires, des traitements électriques plus ou moins prolongés que le résultat a été obtenu. Dans plusieurs cas, l'emploi de la lumière bleue a favorisé la disparition de la douleur.

L'auteur relate en outre une série de cas de suture osseuse pratiquée par lui pour des fractures non consolidées ; il a eu l'occasion d'intervenir chez plusieurs blessés atteints d'anévrismes des vaisseaux périphériques. Il est intervenu dans nombre de lésions des os longs ou des articulations liées à des blessures par armes à feu et a extrait quantité de corps étrangers, balles ou éclats d'obus.

L'ensemble du travail intéressera certainement d'une façon particulière les médecins et chirurgiens militaires, la richesse des observations rend néanmoins ce travail précieux pour tous. P. VIOLLET.

Musée ostéologique. Etude de la faune quaternaire. Ostéométrie des mammifères (3), par Edmond Hue, médecin-vétérinaire, membre de la Société préhistorique de France.

De nombreux médecins s'intéressent, se passionnent même pour les problèmes que soulèvent les études préhistoriques.

(1) Deuxième édition. In-8 avec un formulaire, un tableau posologique et 170 fig. — Paris, Steinheil.

(2) In-8 de 159 pages, avec six photographies et 37 planches radiographiées. — Moscou 1908, G. P. Jacoulen.

(3) Album de 186 pl. contenant 2187 fig. Fasc. I, pl. 1 à 93. — Paris, Schleicher frères.

Dans beaucoup de régions le médecin peut être seul à même de donner un avis sur des découvertes qui viennent à être faites, et il peut souvent par son intervention éviter que des pièces importantes ne soient jetées ou détruites.

L'ouvrage de M. Hue sera particulièrement utile à nos confrères épris de ce genre d'études et leur permettra de déterminer les ossements trouvés au cours des fouilles.

On ne saurait trop féliciter l'auteur du travail si consciencieux qu'il offre aux préhistoriens.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SUITE DES SOMMAIRES

Écho médical du Nord. — (N° 33, 16 août 1908.) Georges GÉRARD : Sécrétion lacrymale et larmoiement. — Jean MINET et Etienne VERHAEGHE : Paralysie saturnine du type brachial supérieur. — (N° 31, 23 août.) COMBEMALE : Chloroformisation et tuberculose. — VANVERTS : Imperforation de l'anus avec abouchement anormal au périnée. — GELLÉ et PÉLISSIER : Histologie pathologique du pancréas. A propos des zones acineuses péri-insulaires. — MINET et VERHAEGHE : Myopathie progressive primitive.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 34, 23 août 1908.) DUVERGEY : La tuberculose du genou circonscrite au cul-de-sac quadricipital.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 32, 9 août 1908.) BÉGOUIN : Fractures transversales de la rotule non suturées. Résultats fonctionnels. — DUPÉRIÉ : Hémiparésie droite. Démence organique et aphasie sensorielle. — (N° 33, 16 août.) VILLAR et CANAGUIER : Sur un cas de lipome intra-musculaire du brachial antérieur. — (N° 34, 23 août.) VENOT : Pyarthrose du genou chez un nourrisson.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 33, 13 août 1908.) VANDERVELDE : Pleurésie interlobaire ancienne. Maladie amyloïde. — HEGER-GILBERT : La recherche du gonocoque en médecine légale. — (N° 34, 20 août.) VAN RYN : Le diagnostic de la tuberculose au moyen de la tuberculine ancienne de Koch.

Journal des praticiens. — (N° 33, 15 août 1908.) DEBOVE : Le goitre exophtalmique. — MATHIEU : Troubles digestifs d'origine psychique. — KIRMISSON : La tuberculose du pubis. — COMBY : Vertiges épileptiques. — (N° 34, 22 août.) VARIOT : Le spasme de la glotte comme cause de mort subite chez les enfants. — ALBARRAN : Le rein mobile. — DARIER : L'eczéma. — TISSIÉ : Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire; ses rapports avec la fonction cardiaque et pulmonaire.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 33, 15 août 1908.) DESPLATS : De la dépopulation par l'infécondité voulue (*suite et fin*). — (N° 34, 22 août.) POISSONNIER : Mélano-sarcome du segment postérieur de la choroïde. — PIET : Etiologie des vergetures.

Medizinische Blætter. — (Nos 30 et 31, 25 juillet et 1er août 1908.) WITTE : Les bains chauds tranquillisants et excitants. — (N° 32, 8 août.) FISCH : La balnothérapie dans les maladies du cœur et des vaisseaux causées par des troubles des échanges.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 30, 28 juillet 1908.) MORITZ : Sur l'amaigrissement par diète lactée pure. — BUMEL : Sur l'induration par collapsus du sommet droit du poumon dans la gêne chronique de la respiration nasale et son diagnostic différentiel avec la tuberculose. — HART : Sur la présence et la signification du reflux rétrograde de la lymphe dans le territoire de l'angle veineux gauche. — GILBERT : Sur le traitement de la blennorrhée des nouveau-nés par le sérum de bœuf. — MÜLLER : Sur les bains d'oxygène de Sarason. — KLOPSTOCK : Sur les bains sulfureux artificiels. — HEISE : Sur l'opération et le traitement consécutif du cancer du sein. — LŒW : Sur la physiologie de l'acclimatation. — HIRSCHFELD : La cure lactée de Karell et l'hyponutrition dans les troubles de compensation. — LATZEL : Développement de bacilles de Boas-Kaufmann dans le contenu gastrique. — BEST : La myopie et son traitement. — CRAMER : Vœux psychiatriques sur la réforme du droit de punir. — (N° 31, 4 août.) POSSELT : Le diagnostic clinique de la sclérose de l'artère pulmonaire. — SPIELMEYER : Modifications du système nerveux après l'anesthésie à la stovaïne. — GALLI : Hyperemie artificielle du cerveau dans l'artério-sclérose cérébrale au début. — REHM : Données de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien et ses aspects. — MORO : La soupe aux carottes dans les troubles nutritifs des nourrissons. — HAMBURGER et MONTI : Sur la résorption des antitoxines par le rectum. — FRANQUÉ : Opération de récidive d'un carcinome utérin. — ENGELAND : La diazo-réaction de l'urine normale. — SIEGMOND : Sur les troubles gastriques chez les masturbateurs. — ENDERS : Un angiome de la région du pont. — MÜLLER : Un trouble rare après une résection sous-muqueuse de la cloison nasale. — (N° 32, 11 août.) ANTON et BRAMAN : La ponction du corps calleux dans l'hydrocéphalie, les tumeurs et l'épilepsie. — WALDVOGEL : Comment apprécions-nous en consultation l'état fonctionnel du cœur ? — FRÆNKEL : Recherches sur l'origine de la coqueluche. — ZIELER : Recherches expérimentales sur les modifications tuberculeuses de la peau sans action de bacilles tuberculeux et sur les conditions de leur apparition. — WIRTHS : Sur la forme granuleuse du virus tuberculeux de Muck. — JOCHMAN et TÖPPER : Sur la question de la spécificité de la fixation du complément dans la typhlite. — OPPENHEIMER : Sur le taaitement des enfants tuberculeux. — GŒTZ : Sur le traitement de la diarrhée infantile estivale. — HACKENBRUCH : Sur l'opération radicale des hernies inguinales. — MOHR : Remarques sur le traitement de l'hydrocèle. — HÆBERLIN : Sur la technique de l'extirpation des aiguilles. — SABRAZÈS et LAFON : Début de l'ophtalmo-cyto-réaction à la tuberculine. Nature de l'exsudat. — DÖNITZ : Sur l'emploi de gomme ajoutée aux anesthésiques dans l'anesthésie lombaire.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (Nos 30 et 31, 26 juillet et 2 août 1908.) TORÖK : Sur l'érythème noueux syphilitique. — (N° 32, 9 août) SCHEIN : Recherches comparatives sur les cheveux pigmentés et leurs pigments.

Presse médicale. — (N° 63, 5 août 1908.) Marcel LABBÉ : Rétrécissement mitral pur et nanisme. — BOVERI : Viscosité du sang et iode. — Florea SIMIONESCU : La rougeole et la lumière rouge. — (N° 64, 8 août.) BROCA et BARBET : Résultats éloignés de la résection de l'appendice au cours de l'appendicite chronique. — MARTIAL : La « gale » du ciment. — (N° 65, 12 août.) PETIT et MILHIT : Péricardite sèche au cours d'une intoxication par le sublimé. — NŒGELI-AKERBLOM et VERNIER : A propos du diagnostic précoce de la tuberculose. Réponse à M. Moro (de Munich). — CARRON DE LA CARRIÈRE : Les eaux minérales dans le traitement de la syphilis. — DELAUNAY : L'existence probable de nerfs excito-glandulaires pour la sécrétion rénale.

Province médicale. — (N° 28, 11 juillet 1908.) TAPIÉ : Deux observations de néphrectomie pour néoplasmes. — DELMAS et ROGER : Vitiligo gravidique par hypothyroïdie. — FLORENCE : Sur le diagnostic des splénomégalies médicales. — (N° 29, 18 juillet.) CERNÉ : Un schéma du tronc. — RÉMY :

Le bromural et monobromiso-valérianylate d'urée. — ARNAUD : Les cystocèles crurales chez l'homme. — (N° 30, 25 juillet.) VIGNARD et GRÜBER : Du plombage des os par le procédé de Mosetig. — MAZOYER : La légende du corps muqueux de Malpighi. — (N° 31, 1er août.) AUDRY (de Toulouse) : Sur l'érythrodermie desquamative des nourrissons (type Leiner). — FAIVRE (de Poitiers) : Essai d'opothérapie cutanée. — (N° 32, 8 août.) DUVERGEY (de Bordeaux) : Les adhérences douloureuses consécutives à l'appendicectomie. — SOREL (de Toulouse) : De quelques formes de la polynévrite des tuberculeux et de leur pathogénie.

Semaine gynécologique. — (N° 31, 4 août 1908.) PICHEVIN : De la phlébite post-opératoire après les laparotomies.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 30, 23 juillet 1908.) PRIBRAM : Sur les rapports entre la constitution chimique, les propriétés physico-chimiques et les actions pharmacodynamiques. — KRAUS, DÖRR et SOHMA : Sur l'anaphylaxie provoquée par les extraits d'organes. — REICHEL : Les lois de la digestion peptique. — MECKLER : Le traitement conservateur des suppurations chroniques de l'épitympan. — SCHILLER : Abcès froid de la glandule thyroïde. — HOKE : Agressine streptococcique dans le sang dans la fièvre puerpérale. — V. SCHRÖTTER et WEINBERGER : Sur la colibacillose des organes respiratoires. — POHISCHILL : Sur le traitement de la diphtérie. — CLAIRMONT : Impressions chirurgicales sur l'Amérique du Nord. — (N° 31, 30 juillet.) BENEDIKT : Johan Opolzer. — V. EISELSBERG et V. FRANKL-HOCHWART : Un nouveau cas d'opération de l'apophyse dans la dégénérescence adiposo-génitale. — — V. REUSS : Affections des nerfs optiques à la suite de grossesse — HART : Hyperplasie du thymus dans la maladie d'Addison. — ZAK : Sur l'emploi diagnostique de la composition de l'urine dans l'inflammation pulmonaire. — — V. SCHRÖTTER et WEINBERGER : Sur la connaissance de la colibacillose des organes respiratoires (*suite*). — CLAIRMONT : Impressions chirurgicales sur l'Amérique du Nord (*suite*). — (N° 32, 6 août.) STRUBELL : Sur la sémiotique des affections cardiaques. — KROKIEWICZ : Sur la réaction conjonctivale à la tuberculine. — HANS : L'importance de l'ophtalmo-réaction comme moyen de diagnostic pour le praticien. — ZAK : Sur l'utilisation diagnostique de la composition globale de l'urine dans les phlegmasies pulmonaires. — CLAIRMONT : Impressions chirurgicales sur l'Amérique du Nord (*suite*). — (N° 33, 13 août.) BLASSBERG : Nouvelles idées sur les centres du langage. — FUCHS : Casuistique neurologique. — HESS et SAXL : Sur l'activité protéolytique des cellules des tumeurs malignes. — WOLF-EISNER : Les dangers de l'ophtalmo-réaction et les moyens de les éviter. — STRUBELL : Sur la sémiotique des affections cardiaques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Un nouveau régime des mœurs, le régime de la loi, par L. FIAUX. In-18 de 526 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

N° 100. — JEUDI 3 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 3 SEPTEMBRE 1908. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Poulard, Guillemot, Michel, Castaigne, Mouchet, Lecène, Veau et Bouffe.

LEGS MARJOLIN. — Par son testament, en date du 1er novembre 1894, le docteur Marjolin (René-Nicolas) a légué à la Faculté de médecine de l'Université de Paris une somme dont le revenu est de 5 161 francs.

La disposition testamentaire est ainsi conçue :

« Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. »

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le Doyen une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60.

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Liste des candidats nommés élèves à l'Ecole du service de santé militaire à la suite du concours de 1908, avec indication des corps de troupe où ceux qui n'ont pas encore accompli un an de service militaire devront être incorporés :

1. MM. Routaboul, Mouchet, Walter, Sébillot, 7e chasseurs à cheval : Bureau, 1er dragons; Wolff, Rouquier, Labanowski, Soulié, 21e d'artillerie; Clavelin, 9e hussards;

11. Pacaud, 1er d'artillerie; Botte, Bellon, Guichot, 10e hussards; Audouard, 16e d'artillerie; Genet, 18e d'artillerie; Heyraud, 14e d'artillerie (batterie de Bordeaux); Nimier, 2e cuirassiers; Fournier, Freydier, 13e chasseurs à cheval;

21. Dioclès, 8e cuirassiers; Despujols, 23e d'artillerie; Dubrulle, 2e dragons; Cazalas, Baufle, Colin, Didier, Brugeas, Voizard, Maury,

31. Morer, 18e d'artillerie; Bachelet, 6e d'artillerie (batteries de Lyon); Vermalle, Poigeant et Thibault, 27e dragons *ex æquo*; Péquegnot, 13e dragons; Terracol, 9e hussards; Lassagne, Poursain, 18e dragons; Pauron, 29e dragons;

41. Renard, 19e d'artillerie (batteries montées de Nice); Grandineau, Chevreau, Trotabas, Héraud, Adde, Jacquetty, 14e d'artillerie (batteries de Bordeaux); Aycard, Montel, 2e dragons; Canac, 7e d'artillerie et

51. Fribourg-Blanc, 2e d'artillerie, *ex æquo*; Maliver, 9e hussards; Armand, Sayer, Galou.

Les élèves ayant déjà accompli une année de service militaire devront se présenter au médecin-inspecteur, directeur de l'Ecole du service de santé militaire, le lundi 12 octobre 1908, à huit heures du matin.

Les autres recevront un certificat d'admission à l'Ecole du service de santé militaire mentionnant le corps dans lequel ils devront accomplir un an de service. Munis de ce certificat, les élèves qui ne sont pas encore inscrits sur les tableaux de recensement se présenteront du 1er au 5 octobre au commandant du bureau de recrutement dont ils dépendent pour être visités. Puis ils contracteront le double engagement, engagement militaire et engagement sexennal, dont le modèle n° 4 est annexé à un décret du 27 juin 1905 (*Bulletin officiel* du ministère de la guerre. Partie réglementaire, n° 25 de 1905).

Quant aux élèves inscrits aur les dits tableaux, ils rejoindront leur corps d'affectation dans les mêmes conditions que les appelés de la classe. L'engagement sexennal, modèle 2/4

simple, ne sera contracté par eux que lors de leur entrée à l'Ecole du service de santé militaire.

Les élèves qui renonceraient au bénéfice de leur admission devront adresser d'urgence leur démission au ministre de la guerre en y joignant, s'ils sont mineurs, l'autorisation de leur père, mère ou tuteur.

La date sus-mentionnée du 12 octobre 1908 est également celle à laquelle entreront à l'Ecole les élèves nommés en 1908 qui ont accompli depuis l'année de service militaire exigée par la loi.

— A la suite du concours ouvert le 30 juillet dernier, les cinq étudiants en pharmacie dont les noms suivent, ont été nommés élèves en pharmacie du service de santé militaire, à partir du 1er octobre 1908, et attachés aux établissements hospitaliers ci-après :

MM. Manceau, à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; Journet et Raynaud, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; Cordier, à l'hôpital militaire de Nancy; Loosdregt, à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Avant de prendre possession de leur emploi, les élèves Raynaud, Cordier et Loosdregt devront accomplir une année de service militaire dans l'un des corps d'infanterie désignés dans le décret du 29 juin 1907, inséré au *Journal officiel* du 4 juillet.

MARINE. — Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest s'ouvrira dans ce port, le 26 octobre 1908, dans les conditions de l'arrêté ministériel du 29 juin 1908.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. DIEULAFOY, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 21 septembre 1908, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à midi, et l'après-midi, de deux heures à quatre heures. Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades;

2° L'exposé des principaux procédés de laboratoire (recherche de microbes, examen du sang, des urines, des fèces, des sérosités, etc.) applicables au diagnostic;

3° Les principales indications et les principales techniques thérapeutiques.

Ce cours comprendra 24 leçons et sera fait en deux semaines. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs O. Crouzon et Le Play, chefs de clinique; Nattan-Larrier et René Gaultier, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 21 septembre.* — Matin : M. Nattan-Larrier. Examen clinique du sang : anémies, polyglobulies; leucocytose et leucémie. Cytodiagnostic. — Soir : M. Le Play. Technique de l'examen bactériologique du sang : cultures du sang.

Mardi 22 septembre. — Matin : M. Bonnier. Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx. — Soir : M. O. Crouzon : Examen clinique du poumon et de la plèvre : indications et technique de la thoracentèse.

Mercredi 23 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Diagnostic clinique précoce de la tuberculose. Indications thérapeutiques. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire : recherche du bacille de Koch dans les crachats et les liquides pathologiques; inoculations aux animaux. Tuberculine.

Jeudi 24 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Technique de l'examen clinique du cœur. Asystolie : son traitement. — Soir : M. Le Play. Méthodes d'exploration clinique des vaisseaux : le sphygmographe et le sphygmomanomètre. La médication hypotensive.

Vendredi 25 septembre. — Matin : M. Bonnier : Technique de l'examen de l'oreille. Vertige; équilibre. — Soir : M. Le Play. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. Les sérodiagnostics.

Samedi 26 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (motilité, sensibilité, réflexes); étude d'un hémiplégique, d'un tabétique. (Présentation de malades.) — Soir : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (langage, état mental) : étude d'un aphasique, d'un paralytique général. Ponction lombaire : cytodiagnostic et bactérioscopie du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 28 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie clinique de l'estomac et de l'intestin : les dyspepsies; l'appendicite; l'entérotyphlocolite. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic bactériologique des angines. Diphtérie et sérothérapie.

Mardi 29 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie du foie et du pancréas : obstruction calculeuse du cholédoque et pancréatites. Séméiologie de la rate. — Soir : M. René Gaultier. Séméiologie clinique de l'estomac et de l'intestin : examen du suc gastrique; examen des fèces. Thérapeutique des affections gastro-intestinales.

Mercredi 30 septembre. — Matin : M. Le Play. Analyse bactériologique du pus : recherche du gonocoque, du pneumocoque, du bacille du chancre mou. Coloration des microbes; réaction de Gram. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic du tréponème pâle de Schaudinn, des trypanosomes, de l'hématozoaire du paludisme.

Jeudi 1er octobre. — Matin : M. Le Play. Examen clinique des urines; exploration rénale. Urémie, indications de la saignée; déchloruration. — Soir : M. René Gaultier. Examen chimique des urines, ses applications à l'étude des maladies de la nutrition et des régimes alimentaires. Glycosurie et diabète.

Vendredi 2 octobre. — Matin : M. Déhu. Traitement de la syphilis : la médication mercurielle. — Soir : M. Déhu. Recherche des stigmates de la syphilis acquise et héréditaire.

Samedi 3 octobre. — Matin : M. Lacaille. Méthodes d'exploration des réactions électriques, leur application au diagnostic et au traitement. Réaction de dégénérescence. — Soir : M. Lacaille. Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique. Radiothérapie.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

RENSEIGNEMENTS

UN POSTE D'INTERNE est vacant à l'asile de Fains (Meuse). S'adresser au directeur médecin.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Xe SESSION)

(*Genève, 3-5 septembre 1908.*)

PREMIÈRE QUESTION

FORMES CLINIQUES DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

I. *Rapport de M. Huchard.*

On peut dire que, depuis plus de trente ans la question de l'artério-sclérose, toujours discutée et jamais complètement résolue, reste à l'ordre du jour. Depuis plusieurs années surtout, sous une forme ou une autre, elle ne cesse d'être proposée dans les divers Congrès comme objet d'étude ou de discussion.

M. Huchard était particulièrement désigné pour traiter cette question. On sait en effet qu'il fut déjà chargé de rapports sur l'artério-sclérose aux Congrès de Lille, Lisbonne et Rome. L'an prochain au Congrès international de Buda Pest, il sera encore rapporteur sur l'artério-sclérose en général.

Le rapport de M. Huchard est, comme il fallait s'y attendre, une mise au point très complète de la question.

Les principales conclusions auxquelles il arrive sont les suivantes :

Sur la nature de l'artério-sclérose, sur l'évolution même de ses lésions, les opinions des anatomo-pathologistes sont tellement contradictoires et nombreuses (plus de vingt opinions différentes), qu'il est impossible d'établir, d'après les données de l'anatomie pathologique, une définition exacte et rationnelle de l'état morbide.

L'expérimentation ne peut encore donner cette définition; elle produit une lésion, non pas une maladie.

Il y a des scléroses d'organes indépendantes d'une lésion artérielle, et il y en a d'autres qui, s'accompagnant de lésions vasculaires, sont commandées par elles.

L'évolution anatomo-pathologique et clinique démontre les différences séparant l'athérome et l'artério-sclérose. L'athérome est réellement une maladie de la vieillesse (soixante à quatre-vingts ans), les athéromateux restent surtout des vasculaires; l'artério-sclérose s'observe de trente à soixante ans, et les artério-scléreux sont des viscéraux, d'où le nom de *sclérose artério-viscérale* qui conviendrait beaucoup mieux.

La conception de la « fibrose artério-capillaire » de Gull et Sutton est incomplète. Il y a des artério-scléroses à type ou à début aortique, à forme myo-valvulaire qui, au point de vue clinique et malgré l'atteinte des petits vaisseaux et des artérioles, intéressent tout d'abord et pendant la plus grande partie de leur évolution, l'aorte et les divers appareils valvulaires du cœur.

Au triple point de vue, anatomique, clinique et thérapeutique, la distinction entre les cardiopathies valvulaires d'origine endocardique et les cardiopathies artérielles d'origine endartérique a une importance considérable.

L'évolution clinique est absolument différente dans ces deux sortes de cardiopathies Dans les dernières, phénomènes toxiques se poursuivant jusqu'à la fin (toxi-asystolie), méiopragies des organes, tendance à l'hypertension artérielle avec ses multiples dangers, sauf aux dernières périodes caractérisées par la mitralisation de la maladie et l'hypotension, fréquence de la sténocardie coronarienne et de la mort subite.

Gravité des maladies infectieuses (grippe, pneumonie, etc.) chez les artério-scléreux ayant à lutter contre deux intoxications : celle de la maladie chronique qui rend insuffisants le cœur et les reins; celle de la maladie aiguë. Dès lors, indication du traitement antitoxique et rénal dans toute sa rigueur.

Les cinq principales causes des cardiopathies artérielles sont : goutte et uricémie, saturnisme, syphilis, régime alimentaire, tabac.

L'évolution clinique de la cardio-sclérose se fait en quatre périodes : *artérielle* (présclérose), *cardio-artérielle*, *mitro-artérielle*, *cardiectasique*.

Six lois cliniques régissent l'évolution des cardiopathies artérielles.

Trois sortes de symptômes (*toxiques*, *cardio-artériels*, *rénaux*) réclament une thérapeutique spéciale.

Les symptômes toxiques occupent une place prépondérante. Les cardiopathies artérielles commencent par l'intoxication, elles continuent par l'intoxication, elles finissent par l'intoxication. La *dyspnée toxi-alimentaire* est le symptôme dominateur de ces cardiopathies.

Il y a des arguments nombreux en faveur de la *présclérose* sans lésions vasculaires ou avec des lésions latentes. Différence entre une simple maladie anatomique et une maladie clinique. L'athérome peut rester longtemps une maladie anatomique.

Quatre formes cliniques : *sclérose cardio-rénale* la plus fréquente à forme tachycardique ou tachyarythmique ; *cardio-sclérose myo-valvulaire*; *cardio-sclérose à type aortique*; *maladie de Stokes-Adams*.

Dans la cardio-sclérose, importance considérable des symptômes fonctionnels comparée à celle des signes physiques où ceux-ci peuvent faire défaut comme dans le rétrécissement mitral artério-scléreux. Dans l'insuffisance mitrale artérielle, le malade est mitral par le souffle et artériel ou aortique par la maladie.

Quatre ordres de symptômes dans la présclérose : intoxication, hypertension artérielle provoquée par l'intoxication, méiopragies et claudications intermittentes des organes, quelques accidents douloureux.

Dès le début, grande importance du *facteur rénal* favorisant la rétention toxique, l'augmentation de la tension artérielle. L'insuffisance rénale est un symptôme précoce et constant des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albumine; d'où l'importance du traitement rénal et antitoxique pendant toute la durée de la maladie.

La néphrite atrophique latente est révélée par l'épreuve des chlorures.

La cardio-sclérose peut commencer cliniquement par le rein, par le cœur ou par un autre organe.

Il n'y a pas d'artério-sclérose sans lésion artérielle ou rénale. Telle est la plus simple définition. Elle permet d'éliminer un grand nombre de maladies que l'on regardait à tort comme toujours dépendantes de l'artério-sclérose : certaines affections des yeux, des oreilles, du cerveau (cérébro-sclérose lacunaire, hémorragies cérébrales), cœur sénile, etc. Il importe donc de dénoncer l'abus de l'artério-sclérose.

Les cardiopathies valvulaires d'origine rhumatismale peuvent *s'artérialiser* à l'âge des cardiopathies artérielles (trente à cinquante ans), d'où une nouvelle évolution de la maladie.

L'asthme et l'emphysème ne déterminent des manifestations asystoliques ou toxi-asystoliques qu'à la faveur de lésions artérielles surajoutées.

L'asystolie d'origine gastrique est extrêmement rare; il s'agit le plus souvent d'accidents cardiaques survenus chez des scléreux: Le bruit de galop droit, symptomatique d'une maladie du tube digestif est très discutable; il s'agit le plus souvent d'un bruit de galop rénal siégeant un peu à droite.

La *dyspnée toxi-alimentaire*, tout en étant due à l'insuffisance rénale, est très différente des dyspnées urémiques, et son traitement réside surtout dans le régime alimentaire et la médication rénale. Le syndrome (tachyarythmie et dyspnée toxi-alimentaire) peut indiquer à lui seul l'existence d'une cardiopathie artérielle.

Diagnostic possible des localisations myocardiques : sclérose de la cloison auriculo-ventriculaire, de la cloison ventriculaire, de la pointe du cœur, du point vital du cœur, du faisceau auriculo-ventriculaire (maladie de Stokes-Adams).

La présclérose reconnue par les quatre stigmates cliniques de l'artério-sclérose (symptômes d'intoxication, d'insuffisance rénale, d'hypertension artérielle, de méiopragies) est curable par une médication spéciale visant surtout les accidents toxiques.

Indications thérapeutiques ; traitement. — Ce chapitre du rapport de M. Huchard est d'une telle importance pour les praticiens que nous n'hésitons pas à le reproduire in extenso.

Les indications thérapeutiques sont différentes aux quatre périodes de la maladie.

« Dans la première période (*artérielle, présclérose*), le traitement s'adresse à l'intoxication, à l'imperméabilité rénale, à l'hypertension artérielle. — L'*intoxication* est d'abord combattue, surtout par le régime alimentaire, lacté ou lacto-végétarien. En tout cas, il faut avoir soin de proscrire l'usage de viandes faisandées, des fromages faits, l'abus du poisson, et surtout du poisson fumé, des conserves alimentaires, de tous les aliments riches en nucléines et ainsi générateurs de l'acide urique (ris de veau, cervelles, foie, fèves, haricots, lentilles, etc.). — Contre l'*imperméabilité rénale*, la médication diurétique est des plus importantes, par l'alimentation d'abord et l'emploi de la théobromine à laquelle on peut ajouter pour chaque cachet 0,10 à 0,15 centigrammes d'acide thyminique, ce dernier étant le dissolvant naturel de l'acide urique, tandis que les sels de lithine, contrairement à l'opinion commune, le précipitent. — Pour combattre l'*hypertension artérielle*, le massage et la gymnastique musculaires, quelques pratiques hydrothérapiques, les eaux diurétiques, les bains carbogazeux, l'emploi de quelques médicaments vaso-dilatateurs et hypotenseurs (trinitrine ou nitrite de soude) sont indiqués. L'usage de l'électricité avec les courants de haute fréquence n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. *La médication iodurée dont on a tant abusé, est inutile et même nuisible pendant le stade de présclérose.*

A la seconde période, *cardio-artérielle*, caractérisée par les lésions manifestes des vaisseaux, du cœur et du rein, les symptômes toxiques sont beaucoup plus accusés, la dyspnée toxi-alimentaire plus intense, avec ou sans insomnie d'origine dyspnéique ; on constate presque toujours de la tachycardie et souvent un bruit de galop qui disparaît ordinairement dans la forme arythmique ; il y a tendance à la dilatation du cœur, à la production d'œdèmes viscéraux ou périphériques. Donc, à cette phase, combattre encore l'hypertension artérielle dans sa cause par la prescription du *régime alimentaire* lacto-végétarien et hypochloruré, ou même du régime lacté exclusif; la combattre toujours dans ses effets par la médication vaso-dilatatrice et hypotensive ; réduire au minimum l'introduction des toxines alimentaires dans l'organisme ; favoriser de bonne heure et toujours leur élimination par le traitement rénal et diurétique ; enfin soutenir le cœur central dans sa lutte incessante contre les obstacles périphériques : tel est le problème toujours complexe à résoudre.

La médication consiste dans l'emploi de la trinitrine, du tétranitrate d'érythrol ou du nitrite de soude, de l'iodure de sodium ou de potassium toujours à petite dose (0,20 à 0,50 centigrammes, dix à quinze jours par mois).

A la troisième phase, *mitro-artérielle*, caractérisée par la dilatation des cavités cardiaques et souvent des orifices, par l'abaissement de la tension artérielle, par la tendance aux œdèmes, aux hydropisies et aux congestions viscérales, c'est-à-dire par la mitralisation de la maladie, on observe un mélange de symptômes toxiques et hyposystoliques ou même asystoliques avec dyspnée intense et constante, diminution souvent considérable des urines avec des quantités d'albumine beaucoup plus accentuées que dans les deux premières périodes. C'est alors surtout que des complications redoutables peuvent éclater, quoiqu'on puisse également les observer à la seconde phase : œdème aigu du poumon contre lequel une large saignée produit souvent de vraies résurrections; infarctus pulmonaires par cardiectasie, avec crachats hémoptoïques, d'un pronostic si grave et contre lesquels nous sommes souvent désarmés après la prescription de doses répétées de digitale; épanchement pleural *à droite*, souvent abondant et latent, dont nous avons indiqué les caractères cliniques et pour lequel une intervention hâtive est nécessaire; accidents réellement urémiques contre lesquels le traitement habituel doit être dirigé. La médication de cette période comprend le régime lacté exclusif,

l'emploi de la théobromine, l'administration de la digitaline.

La quatrième période, *cardiectasique*, à laquelle les malades n'arrivent pas toujours, est ainsi caractérisée : le cœur est considérablement dilaté d'une façon presque irréductible ; les œdèmes augmentent même avec le lait et les liquides ingurgités par le malade ; ils deviennent très durs, ne laissant plus l'impression du doigt ; ils envahissent rapidement les bourses, l'abdomen et toute la région dorso-lombaire ; la digitale n'agit plus, la théobromine reste inerte, les diurétiques divers absolument impuissants ; l'induration œdémateuse des membres inférieurs augmente sans cesse ; il y a de l'hydrothorax à droite, de la congestion œdémateuse des poumons, surtout à gauche ; le foie est congestionné et douloureux à la pression, surtout au niveau du lobe gauche avec plus ou moins d'ascite... Le malade est dans une situation très périlleuse ; il semble que la médication qui lui a réussi jusqu'alors lui soit devenue contraire et elle l'est devenue en réalité, parce que le barrage veineux est devenu presque irréductible, que les boissons diurétiques ne s'éliminant presque plus par le rein, restent dans les tissus, surchargent la masse sanguine, élèvent la tension veineuse, d'où augmentation de la dyspnée, de l'œdème, de la dilatation cardiaque, de l'asystolie. Alors, une médication d'urgence s'impose : *la réduction des liquides*, celle-ci pouvant ainsi devenir un diurétique des plus puissants, comme l'a dit Oertel, alors que dans ces conditions déterminées, une augmentation même minime des boissons provoque la diminution de l'excrétion urinaire (1).

Nous aurions encore à résumer le traitement de la cardio-sclérose associée au diabète, à l'adipose ou à l'angine de poitrine, ou encore à l'hypertension et stase portales. Mais, il faut se borner et malgré l'imperfection de l'œuvre, je considérerai ma tâche d'aujourd'hui comme presque accomplie si j'ai réussi à délimiter nettement les frontières de l'artério-sclérose, à montrer : que l'observation clinique seule avec l'appréciation des troubles fonctionnels — cette plainte des organes qui souffrent — bien supérieure à celle des signes physiques, est capable de nous faire connaître une maladie avec le simple contrôle de l'anatomie pathologique et de la pathologie expérimentale ; qu'avec une médication rationnelle on réussit, comme Laënnec l'avait si bien vu, « à faire vivre certains malades pendant quinze ou vingt ans avec des affections du cœur plus ou moins graves. » Il ne connaissait pas cette grande classe des maladies artérielles dont, il y a vingt-deux ans au Congrès de Nancy pour l'avancement des sciences en 1886, j'affirmais la curabilité. Aujourd'hui, je l'affirme plus que jamais, à la condition de reconnaître la maladie de bonne heure, à la période prescléreuse et de la combattre hâtivement par la médication rénale et antitoxique. Aussi, ai-je pu dire : « Il n'y a pas de maladie chronique où, grâce à l'intervention de l'hygiène basée sur la pathogénie, grâce à l'efficacité grande d'agents médicamenteux, la médecine soit moins désarmée et plus apte à retarder pendant de longues années l'échéance fatale. » Ce n'est plus la décourageante désespérance de Corvisart qui, au commencement du dernier siècle, avait inscrit en exergue à la première page de son livre sur les maladies du cœur, ce lambeau de vers du poète latin : *Hæret lateri lethalis arundo*.

Puis, après avoir dit comment on peut guérir de la sclérose artério-viscérale, nous aurions voulu montrer comment et pourquoi on en meurt. Car, apprendre par la physiologie pathologique comment l'on meurt dans les maladies, c'est un peu savoir comment l'on pourrait guérir, et connaître les dangers, c'est se préparer à les éviter, à les combattre plus efficacement. Telle a été notre préoccupation constante dans quelques thèses inspirées par nous sur la phtisie pulmonaire, la goutte, le diabète, la pneumonie ; telle a été notre première pensée en entrant dans la vie médicale avec notre thèse inaugurale de 1872 sur les causes de la mort dans la variole, où nous rappelions cette profonde parole de Borsieri : « La marque suprême d'un sage et véritable médecin consiste à présager sûrement ce que la maladie offre d'espérance et de danger, à pénétrer sa tendance, le but où elle marche. » Donc, après avoir étudié rapidement les formes cliniques de la cardio-sclérose et leur diagnostic, nous aurions voulu insister davantage sur leur pronostic, sur le but où elles marchent. Avec la pathogénie et l'étude plus complète de l'étiologie qui reste toujours un peu obscure, avec une anatomie pathologique plus décisive, ce sera une partie de l'œuvre à laquelle nous devons tous nous préparer pour le Congrès international de médecine de 1909 à Buda-Pesth où la même question sur l'artério-sclérose a été posée.

Cependant, avant de terminer, nous avons le devoir de protester contre l'abus de certaines médications : l'abus de la *médication iodurée*, presque toujours inutile au début de la première période, nuisible à la troisième et à la quatrième période quand il s'agit surtout de combattre la défaillance cardiaque et l'insuffisance rénale, applicable seulement à la fin de la première phase et pendant le cours de la seconde ; l'abus de certains *sérums antiscléreux*, qui donnent plus de promesses que de résultats et qui font perdre ainsi un temps précieux en entretenant chez les malades et les médecins des illusions thérapeutiques ; l'abus d'une médication comme l'*électricité* par les courants de haute fréquence, médication condamnée l'an dernier par le Congrès de physiothérapie de Rome, lorsqu'elle prétend guérir une maladie en supprimant hypothétiquement un symptôme, l'hypertension artérielle ; l'abus encore de la médication par les *cures de terrain* et de certaines *eaux minérales* que l'on applique parfois inconsidérément, sans souci des indications thérapeutiques, à toutes les cardiopathies.

La méthode des cures de terrain doit être absolument bannie du traitement des cardiopathies artérielles. Elle est inapplicable, puisqu'elle prétend favoriser une hypertrophie qui existe déjà ; irrationnelle dans une maladie où la méiopragie des organes

(1) H. Huchard et Ch. Fiessinger. Acad. de méd., 1907 ; — *Clinique thérapeutique du praticien*, 2e édit., 1908.

commande leur repos; nuisible, puisqu'elle augmente le travail du cœur déjà exagéré; impossible, puisqu'on ne peut pas plus faire marcher des dyspnéiques que des paralytiques; aveugle, parce qu'elle ne peut produire suivant la lésion, ici une hypertrophie du ventricule gauche, là une hypertrophie compensatrice du ventricule droit ou de l'oreillette gauche; néfaste dans une maladie à tendance cardiectasique, parce qu'elle promet une hypertrophie et qu'elle nous donne trop fréquemment une dilatation du cœur.

Et maintenant, que dire de cette erreur grossière consistant à croire à la vertu anti-cardiopathique d'une seule eau minérale, à soumettre aux bains carbo-gazeux indistinctement, les hypertendus comme les hypotendus, les angineux comme les faux angineux, les malades atteints d'une affection du cœur comme ceux qui n'en ont pas, les cardiopathies valvulaires comme les cardiopathies artérielles? Que dire, après les protestations de Laache (de Christiania), Pawinski (de Varsovie), Albutt, Samson, L. Williams, Herrengham et Burney Yeo (de Londres), après les accidents sérieux, les aggravations, les morts rapides et subites dont, avec mon savant ami Albert Robin, nous avons donné, il y a quelques années, la relation à l'Académie de médecine et à la Société de thérapeutique (1)? Nous n'avons presque rien à ajouter au jugement sévère qu'en 1901, dans son étude sur les maladies du cœur par l'artério-sclérose, le regretté professeur von Rasch (de Vienne) portait sur ce qu'il appelait plaisamment « une Mecque de tous les cardiaques, qui guérit tout, comme elle guérit l'anémie par son fer ou les rhumatismes ».

Quoiqu'en France nous soyons très riches en bains carbo-gazeux possédant une action régulatrice sur la tension artérielle, à Châtel-Guyon, Châteauneuf, Saint-Alban, Saint-Nectaire et surtout à Royat et Salins-de-Moutiers, nous nous gardons bien d'envoyer tous les cardiaques indistinctement à ces stations. Pour le choix d'une cure hydro-minérale, la loi des indications thérapeutiques doit toujours être rigoureusement suivie et appliquée, et c'est ainsi qu'en France, comme dans d'antres pays sans doute, il y a plus de huit stations principales où toutes les maladies de l'appareil circulatoire peuvent être soignées avec le plus grand succès : *Evian* et *Vittel* pour le traitement des cardiopathies artérielles; *Royat* pour celui de la présclérose avec ses bains carbo-gazeux à la température idéale de 35 degrés, *Brides* et *Salins-de-Moutiers* avec leurs eaux laxatives et carbo-gazeuses pour le traitement de la présclérose et de l'adipose cardiaque; *Bourbon-Lancy* avec ses eaux hyperthermales dont une seule source, celle du Lymbe, débite annuellement près de 17000 litres de gaz rares et plus de 10000 litres d'hélium (à ce point que Moureu la regarde comme une véritable « mine d'hélium ») pour toutes les cardiopathies fonctionnelles et rhumatismales; *Bagnoles de la Lozère* pour les endocardites rhumatismales; *Bagnoles de l'Orne*, *Salies de Béarn* et *Luxeuil* pour les maladies du système veineux. »

(1) H. Huchard. Médication par les bains carbo-gazeux. Ses dangers, accidents mortels, Soc. de thérap. et Acad. de méd., 1903.

II. *Rapport de M. A. Jaquet* (*de Bâle*).

Une description clinique des manifestations de l'artério-sclérose aura toujours quelque chose d'artificiel, de schématique. Les troubles fonctionnels qui résultent de l'artérite chronique sont, partiellement du moins, la conséquence d'une circulation générale ou locale insuffisante; aussi est-il naturel que les accidents de l'artério-sclérose n'aient souvent rien qui les distingue des troubles provoqués par d'autres causes agissant d'une manière analogue.

L'artério-sclérose peut léser indifféremment toutes les ramifications de l'arbre vasculaire; elle manifeste cependant une prédilection marquée pour certaines régions. On s'est de cette façon accoutumé à grouper les manifestations de l'artério-sclérose en un certain nombre de types, caractérisés par les symptômes résultant de leurs localisations principales. Les plus connus sont le type cardiaque, le type nerveux, le type rénal et le type abdominal. Mais, ainsi que nous le verrons plus loin, ces types ne représentent pas des syndromes fixes, se reproduisant constamment; ils sont tout simplement l'expression d'une localisation spéciale de l'artério-sclérose pouvant donner naissance à des accidents divers.

M. Huchard ayant traité avec sa compétence toute spéciale la question de l'artério-sclérose des coronaires du cœur, M. Jaquet présente un exposé des *lésions extra-cardiaques* de l'artérite chronique.

On a cherché à représenter par des tableaux la *fréquence relative des localisations* de l'artério-sclérose. Mais ces tableaux ne concordent pas entre eux, ce qui ne saurait nous surprendre, si l'on tient compte que l'artério-sclérose varie suivant les régions, les classes sociales, les occupations des individus, ainsi que suivant l'influence plus ou moins grande de certains facteurs, tels que la syphilis, le tabac et l'alcool. Il faudrait pour dresser une échelle de fréquence exacte disposer d'un matériel d'observations anatomiques considérable recueilli dans des conditions identiques, dans différents pays et surtout embrassant toutes les couches sociales, car les tableaux actuels ne représentent guère que la fréquence de l'artério-sclérose dans les classes dans lesquelles se recrutent les pensionnaires des hôpitaux. Du reste, la fréquence de l'artério-sclérose, considérée au point de vue strictement clinique, varie en raison des progrès de nos connaissances. L'artério-sclérose des artères mésentériques, par exemple, qui passait pour une rareté, a, depuis quelques années, acquis une importance qu'on ne lui soupçonnait pas. De même, la sclérose des artères cérébrales, à laquelle, il n'y a pas longtemps encore, on n'attribuait que quelques symptômes assez vagues, est actuellement en passe de se faire une place importante dans la pathologie nerveuse. Une dernière constatation vient enfin enlever au point de vue clinique toute valeur démonstrative aux échelles de fréquence de l'artério-sclérose basées sur les résultats de l'autopsie, c'est l'absence de

parallélisme entre la fréquence et l'intensité des lésions anatomiques d'une part et celle des troubles fonctionnels de l'autre. On rencontre, dans tous les types d'artério-sclérose, des cas avec des lésions anatomiques très prononcées qui avaient, pour ainsi dire, passé inaperçues pendant la vie, tandis que, d'autres fois, on est surpris du peu d'importance des altérations pathologiques chez des malades ayant présenté, pendant la vie, des signes non équivoques d'artério-sclérose cérébrale ou d'angine de poitrine.

Le rapporteur renonce donc à énumérer les différents syndromes imputables à l'artério-sclérose par ordre de fréquence et se contente d'indiquer en passant leur importance dans l'ensemble des manifestations de cette affection en insistant tout particulièrement sur *l'hypertension*. Exposé très complexe et qui, ainsi que le dit M. Jaquet, n'est pas pour satisfaire les amateurs de solutions claires et simples.

La clinique moderne a mis en lumière toute l'importance de l'artério-sclérose. Elle occupe dans la pathologie de l'âge mûr et de la vieillesse une place prépondérante qui tend à s'affirmer chaque jour davantage. Mais l'étude clinique de cette affection soulève plus de problèmes qu'elle ne donne de solutions. Les recherches de ces dernières années nous ont fait connaître nombre de faits nouveaux. Mais ces progrès, loin de simplifier la question, ont soulevé de nouveaux points d'interrogation et reculé la solution définitive. La relation directe entre les symptômes de l'artério-sclérose et l'obstacle mécanique à la circulation du sang créé par la lésion vasculaire, qui paraissait si simple et si plausible il y a quelques années, ne supporte plus une critique serrée. Nous sommes obligés d'admettre l'intervention d'autres facteurs, dont nous ne saisissons que très imparfaitement la nature et le mode de fonctionnement. Il est possible que des recherches ultérieures modifient profondément notre manière de voir actuelle, que l'artério-sclérose perde par la suite la situation prépondérante qu'on lui attribue dans la genèse de certains symptômes, et que son rôle se borne à préparer le terrain et à fournir les conditions favorables à l'explosion d'accidents ayant une cause plus profonde et sans rapports avec les lésions vasculaires.

(*A suivre.*)

ANALYSES

MÉDECINE

Origine thyroïdienne du rhumatisme chronique progressif et déformant. (M. Pierre Ménard. Th. de Paris, 1908; J.-B. Baillière et fils, édit) — L'insuffisance thyroïdienne est une des causes de certaines formes de rhumatisme chronique, progressif et déformant.

On remarque souvent chez les sujets atteints de cette affection des signes très nets d'insuffisance thyroïdienne. On a observé chez eux l'atrophie de la glande. On voit même évoluer simultanément chez le même sujet les symptômes du rhumatisme chronique et ceux du myxœdème fruste subissant une marche parallèle, s'améliorant par les mêmes interventions thérapeutiques. Les crises articulaires sont plus fréquentes quand l'organisme est en état d'hypothyroïdie, au moment de la ménopause par exemple. Elles s'améliorent par contre dans les états d'hyperthyroïdie, pendant la grossesse.

La guérison survient quand apparaît le syndrome de Basedow.

L'efficacité du traitement par la médication thyroïdienne confirme cette manière de voir.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Ligature de l'iliaque primitive gauche. (William J. Gillette. *Ann. of Surg.*, vol. XLVIII, n° 1, juillet 1908, p. 22-24.) — Pour un anévrisme de la fessière gauche, où la ligature de la fessière entre son point de sortie du bassin et la tumeur n'était pas possible, Gillette lia d'abord l'iliaque interne ; puis une récidive s'étant produite au bout de six mois, il lia l'iliaque externe, croyant à une anomalie; la ligature ne détermina pas l'arrêt des pulsations, et séance tenante il lia l'iliaque primitive. Trois jours après, gangrène de la jambe; amputation au lieu d'élection ; gangrène du moignon; réamputation à la jonction des tiers moyen et inférieur de la cuisse. Guérison après une fistule fécale due à ce qu'une anse intestinale était devenue adhérente à la paroi après la première laparotomie et fut ouverte accidentellement au cours de la seconde.

Ce cas porte à 80 le nombre des ligatures de l'iliaque primitive avec 56 morts, soit 70 p. 100. Sur 59 pratiquées à la période préantiseptique, il y eut 46 morts, soit 78 p. 100; sur les 21, depuis 1880, il n'y eut que 10 morts, soit 47,6 p. 100. C'est un abaissement notable, mais c'est encore une mortalité très élevée.

Dans les derniers 21 cas, il y eut 7 cas de gangrène, soit 33,3 p. 100. Chose curieuse, dans les 59 premiers la gangrène n'est signalée que 7 fois aussi ; il s'agit là certainement d'omissions dans les observations. De telle sorte que la ligature de l'iliaque primitive, malgré l'asepsie, reste encore une grosse affaire, un dernier recours quand on n'a pas d'autre ressource.

F. GARDNER.

OPHTALMOLOGIE

Recherches statistiques sur la proportion des affections contagieuses observées dans une consultation ophtalmologique. (R. Augé. Th. de Paris, 1906; G. Jacques, édit.) — Les consultations d'ophtalmologie reçoivent une très forte proportion de maladies contagieuses par les exsudats.

Celle de l'hôpital Lariboisière a, en trois ans, sur un total de 14528 malades, vu passer 2084 affections manifestement ou très probablement transmissibles, soit 14,35 p. 100; ceci, sans compter les manifestations diverses de la syphilis et celles attribuées à l'impetigo (1).

Les conjonctives entrent pour la plus forte part dans ce chiffre et les seules conjonctivites bactériennes de nature déterminée, forment les 12 p. 100 du total des consultants.

La fréquence de chacune d'elles est soumise à des oscillations très étendues mais qui, à quelques exceptions (d'ailleurs peu nettes) près, ne paraissent pas obéir aux variations saisonnières, contrairement à ce qui s'observe pour certains pays, notamment en Egypte.

(1) L'auteur fait remarquer que les malades auxquels ces chiffres se rapportent, ont presque tous subi leur traitement à la consultation et que de ce fait certains y sont revenus, 10, 15 fois et plus.
Il faudrait donc, pour avoir le chiffre exact des malades contagieux ayant stationné dans la salle d'attente durant les trois années sur lesquelles a porté cette étude, multiplier le nombre que nous avons indiqué, par un coefficient naturellement impossible à déterminer, mais certainement assez élevé.

Les maladies contagieuses non oculaires sont très variées, mais, ou peu nombreuses, exception faite pour les manifestations attribuées à l'impetigo, ou peu contagieuses, exception faite pour les fièvres éruptives.

La proportion par rapport au total des consultants, des manifestations diverses de la syphilis, oscille vraisemblablement entre 4,25 et 7,48 p. 100.

M. Augé s'appuie avec raison sur cette statistique pour demander l'isolement préventif dans les salles d'attente de consultation. Une personne étrangère à l'art médical pourrait facilement, avec un peu d'habitude, classer et isoler dans une salle spéciale les malades présentant de la rougeur des yeux et de l'agglutinement des paupières.

Ce classement sommaire, préventif en facilitant le service de la consultation, permettrait de retenir des affections qui, comme les fièvres éruptives, présentent un indiscutable danger.

L. GAYARD.

THERAPEUTIQUE

Contribution à la thérapeutique et au pronostic de la méningite cérébro-spinale épidémique et à la symptomatologie de l'hydrocéphalie chronique acquise. (Georg KOCH. *Therapie der Gegenwart*, déc. 1907.) — Se basant sur les cas de méningite cérébro-spinale épidémique observés durant ces deux dernières années à l'hôpital Moabit, cas dans lesquels la ponction lombaire fut fréquemment et régulièrement pratiquée dans un but thérapeutique, l'auteur conclut qu'il est tout à fait impossible de dire quelle part revient à cette thérapeutique dans la guérison des malades qui relèvent de cette grave maladie. De l'avis de nombreux observateurs, guérissent les cas qui ont une évolution bénigne dès le début, dont la température baisse rapidement, ou ceux qui, malgré une température restant élevée plus longtemps, témoignent d'un bon état général. C'est alors que l'on n'observe pas fréquemment le mal de tête torturant, les vomissements, l'agitation, la profonde dépression ou les anomalies du pouls.

Si la ponction lombaire dans le cas de forte pression intracranienne permet dans les cas graves d'atténuer les plaintes du malade, son action est peu durable et il faudra y revenir tous les jours ou tous les deux jours sans qu'une influence favorable sur l'évolution du mal en puisse être déduite.

L'auteur publie à l'appui de ces dires plusieurs observations concluantes avec autopsies.

Le drainage par incision au niveau du ligament occipito-atlantoïdien ne paraît pas donner de meilleurs résultats. Cette méthode était préconisée par Westenhöffer qui, sur 4 opérés, eut 3 morts. La méthode de traitement par le sérum de Wassermann est trop récente pour pouvoir être jugée.

La thérapeutique de la méningite cérébro-spinale reste donc encore symptomatique, et la ponction lombaire n'a pour ainsi dire qu'une valeur diagnostique; elle ne peut même pas fournir de renseignements pour le pronostic. Il faut se rappeler la fréquence des rechutes dans la méningite cérébro-spinale à la suite d'intervalles prolongés sans fièvre.

Le passage de la malade au stade d'hydrocéphalie est encore trop fréquent.

Il faut surtout signaler ces cas dans lesquels la guérison paraît être assez complète pour que les malades quittent l'hôpital paraissant complètement guéris sans symptôme d'hydrocéphalie; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que surviennent les symptômes d'hydrocéphalie chronique pour lesquels ils rentrent à l'hôpital où ils finissent par succomber plus ou moins rapidement.

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre dont il publie les observations détaillées avec autopsies.

L'exagération de la pression intracranienne en pareil cas se traduit par des vertiges, de la céphalée, des vomissements, des névrites des nerfs optiques, de la parésie des membres inférieurs; on constate entre autres lésions à l'autopsie : l'hydrocéphalie, des lésions du cœur telles que myocardite, dégénérescence graisseuse, dilatation des ventricules, etc.

P. VIOLLET.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène industrielle (1), par MM. LECLERC DE PULLIGNY, BOULIN, COURTOIS-SUFFIT, LÉVY-SIRUGUE et J. COURMONT.

Le *Traité d'hygiène* de Brouardel, Chantemesse et Mosny vient de s'enrichir d'un important fascicule sur l'*hygiène industrielle* :

L'étude des *maladies professionnelles* a été exposé par le docteur Courtois-Suffit, médecin en chef des manufactures de l'Etat, et Lévy Sirugue, ancien interne des hôpitaux. Le docteur Courmont, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, s'est chargé des maladies professionnelles d'origine microbienne (ankylostomiase, charbon, tuberculose, morve, syphilis). Les pages qu'il consacre à l'*ankylostomiase* sont ce qui a été écrit de plus substantiel sur la distribution géographique, l'étiologie, la pathogénie, le diagnostic, la statistique et la prophylaxie de cette importante maladie des mineurs.

Les deux tiers du volume sont consacrés à la statistique, à la technique et à la législation de l'hygiène industrielle, et sont l'œuvre de MM. Leclerc de Pulligny, secrétaire du Comité des arts et manufactures, et Boulin, inspecteur divisionnaire du travail. Les auteurs citent et analysent les statistiques françaises et étrangères de morbité et de mortalité, déterminant d'une façon objective quelles sont les professions les plus insalubres et quelles sont leurs insalubrités. En outre, ils décrivent et illustrent par de nombreuses gravures les procédés techniques qui sont en usage pour assurer l'assainissement de l'atelier et l'hygiène personnelle des ouvriers. A cet effet, ils suivent pas à pas l'important décret du 29 novembre 1904 qui prescrit les mesures d'hygiène obligatoires dans l'industrie en France. C'est ainsi qu'ils étudient successivement la propreté du sol et des murs, les émanations insalubres, les lieux d'aisance; les milieux asphyxiants renfermant des gaz délétères, l'air confiné, la ventilation; la chaleur des foyers, le chauffage, l'éclairage, l'enlèvement des poussières, gaz, vapeur et fumées; les effets de l'humidité et de l'air comprimé, la prophylaxie de leurs dangers. En ce qui touche l'hygiène de l'ouvrier ils passent en revue les questions relatives aux refectoires, lavabos, bains, douches, vestiaires, à l'eau de boisson, à la fatigue et au surmenage, à l'inspection médicale de l'industrie, et au remplacement des produits toxiques par des substances inoffensives. Enfin, ils examinent les principes et les applications de la législation sur l'hygiène du travail dans les divers pays; les principaux textes sont reproduits.

Tous les inspecteurs du travail, tous les industriels, toutes les organisations ouvrières, tous les médecins d'usine, de conseils d'hygiène et de sociétés d'assurances devront posséder cet important ouvrage, réunion commode et complète de renseignements scientifiques et pratiques qui leur sont d'une utilité particulière.

L. GAYARD.

(1) Un vol. grand in-8 de 610 p., avec 87 fig., broché. — Prix : 12 francs; cartonné : 13 fr. 50.— Paris 1908, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ANGINES A FAUSSES MEMBRANES

Le diagnostic des angines à fausses membranes présente souvent de réelles difficultés, puisqu'il faut non seulement les distinguer des autres angines, mais encore et surtout les différencier les unes des autres, car, de par l'étiologie et de par la clinique, il existe plusieurs angines à fausses membranes. Ce diagnostic est très important; il doit donner des indications thérapeutiques précises, l'une des angines à fausses membranes, l'angine à bacilles diphtériques de Lœffler, devant être traitée par un sérum spécifique, le sérum antidiphtérique de Roux. Avant d'étudier ce diagnostic, il faut rappeler ce qu'est une fausse membrane et marquer la place de la diphtérie parmi les angines.

La *fausse membrane* est un produit de nature épithéliale et exsudative qui peut se développer sur toutes les muqueuses, constituant une des expressions anatomiques de l'inflammation de ces muqueuses.

Au microscope, on trouve qu'elle est constituée par de la fibrine, des cellules épithéliales, des leucocytes et des hématies, avec divers microbes. La pathogénie a été très discutée; Leloir a montré que, pendant les premières heures, la fausse membrane est formée superficiellement de fibrine et de cellules épithéliales en dégénérescence granulo-graisseuse, profondément du réticulum épithélial désagrégé. Plus tard ce réticulum disparaît et la fausse membrane se compose exclusivement de fibrine et de globules blancs.

La fausse membrane n'a rien de spécifique; aussi, malgré l'étymologie, angine à fausses membranes et angine diphtérique ne sont pas deux termes synonymes. L'angine diphtérique, c'est-à-dire l'angine à bacilles de Lœffler, peut en effet ne pas être une angine à fausses membranes; elle est, très exceptionnellement d'ailleurs, catarrhale, lacunaire (Koplik), phlegmoneuse (Martin). D'autre part, l'angine à fausses membranes n'est pas toujours une angine à bacilles de Lœffler; on observe fréquemment des angines à fausses membranes dues au streptocoque ou à d'autres germes. Ces deux considérations — bacille de Lœffler sans fausse membrane et fausse membrane sans bacille de Lœffler — dominent toute l'étude clinique des angines à fausses membranes, rendent le diagnostic très difficile, voire même dans certains cas presque impossible par le seul examen clinique et entraînent souvent la nécessité d'un diagnostic bactériologique des angines.

DIAGNOSTIC CLINIQUE. — DIAGNOSTIC POSITIF. — Les *symptômes fonctionnels* sont ceux de toute angine: douleur s'exaspérant au moment de la déglutition, dysphagie, timbre particulier de la voix; leurs caractères seront indiqués à propos des diverses variétés d'angines à fausses membranes; dans quelques cas, et surtout dans l'angine diphtérique, ces symptômes fonctionnels sont peu marqués. Aussi est-il essentiel en médecine infantile d'examiner la gorge, non seulement lorsque l'attention est attirée vers le pharynx par quelque trouble fonctionnel, mais chez tout enfant malade.

L'*examen de la gorge* ne présente aucune difficulté chez l'adulte; chez l'enfant, il est souvent assez pénible; on le pratiquera suivant les règles classiques. Pendant les premières heures de la maladie, si par hasard on examine le malade dès cette période, la gorge est simplement rouge et les amygdales plus ou moins tuméfiées, puis, quelques heures plus tard, on constate la présence de la fausse membrane. Celle-ci apparaît habituellement sur les amygdales, elle peut envahir ensuite le voile du palais et ses piliers, la luette, la paroi postérieure du pharynx; la couleur varie du blanc opalin au blanc grisâtre, jaunâtre, elle devient verdâtre ou noirâtre quand les fausses membranes sont infiltrées de sang; la forme, les dimensions sont variables; au début, c'est une petite plaque arrondie, puis elle s'étend, et, se réunissant à d'autres plaques, recouvre toute l'amygdale, se propage aux parties voisines; dans d'autres cas, les fausses membranes restent plus petites, déchiquetées, pénètrent dans les cryptes amygdaliennes et les remplissent. Leur épaisseur est également variable; elles sont quelquefois comme de minces pellicules, mais elles peuvent aussi avoir une épaisseur de 2 ou 3 millimètres. Elles adhèrent plus ou moins à la muqueuse sous-jacente, qui est rouge, congestionnée, quelquefois ulcérée. Quand on a détaché une fausse membrane, on peut constater qu'elle est résistante, qu'elle ne se dissocie ni dans l'eau ni dans les acides, tandis qu'elle se dissout très rapidement dans l'eau de chaux. Les *ganglions* du cou sont presque toujours augmentés de volume et douloureux à la pression. La température, le pouls, l'*état général* seront ensuite examinés; la fièvre existe presque toujours, mais quelquefois n'est pas très élevée; l'état général est plus ou moins modifié.

Un examen clinique très complet est indispensable; sans cet examen minutieux, on serait exposé à méconnaître par exemple une scarlatine ou une syphilis dont l'angine pseudo-membraneuse serait un symptôme.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Les angines à fausses membranes seront facilement distinguées des angines catarrhales, c'est-à-dire des angines érythémateuses et pultacées. Pendant les premières heures, on ne pourra naturellement pas faire un diagnostic définitif, puisque l'angine à fausses membranes commence par être érythémateuse. Mais si l'angine reste *érythémateuse*, il suffit de regarder avec attention pour voir qu'il n'y a nulle part de fausse membrane; cette recommandation peut paraître inutile, elle est cependant motivée; par crainte de la fausse membrane, on croit quelquefois en voir là où il n'y en a pas, lorsque l'angine érythémateuse s'accompagne de la formation d'enduits *pultacés*; ce sont des points blancs sur les amygdales et quand ils occupent les cryptes amygdaliennes l'angine est dite *lacunaire* ou *cryptique*. L'exsudat pultacé se détache facilement avec un pinceau et se désagrège dans l'eau; ce caractère le distingue très nettement de la fausse membrane.

L'*amygdalite phlegmoneuse* débute comme une amygdalite catarrhale; puis la douleur locale devient plus intense, la dysphagie est extrême, la parole même devient douloureuse et presque impossible; le malade peut avoir du trismus. On voit une amygdale très rouge, très tendue faisant une forte saillie vers la ligne médiane. Bien que l'amygdale soit quelquefois recouverte d'un exsudat pultacé et même pseudo-membraneux, le diagnostic d'amygdalite phlegmoneuse n'est généralement pas difficile.

Mais il faut rappeler que la forme érythémateuse, lacunaire et même phlegmoneuse de l'angine ne suffit pas à écarter complètement le diagnostic de diphtérie, puisque l'angine diphtérique se présente parfois sous un de ces aspects.

Le *muguet* qui occupe habituellement la face dorsale de la langue, la face interne des lèvres et des joues, la voûte palatine peut, par exception, s'étendre aux amygdales et au pharynx; dans sa forme banale, il ne ressemble pas à une fausse membrane; il est en effet constitué par des grains d'un blanc mat qui, en se multipliant et en se réunissant, forment des plaques irrégulières plus ou moins épaisses, d'un blanc crémeux, caséeux, donnant l'idée d'une couche de lait coagulé; mais si ces plaques prennent une teinte grise, elles ont pu être confondues avec des concrétions diphtériques (Trousseau). La présence du muguet sur la langue, sur les gencives, fera faire le diagnostic; au besoin, un examen microscopique lèverait les doutes. On trouvera, au microscope, dans l'enduit crémeux dissocié, des filaments mycéliens et des formes levures.

Avec les angines ulcéreuses et ulcéro-membraneuses, les difficultés du diagnostic commencent, car les ulcérations sont souvent recouvertes d'enduits pseudo-membraneux. Dans l'*angine de Vincent*, on voit sur une seule amygdale une fausse membrane crayeuse, molle, assez peu adhérente; au-dessous la muqueuse est rouge, ulcérée et saignante; l'angine a débuté d'une façon insidieuse, sans prodromes bruyants; les ganglions angulo-maxillaires sont tuméfiés et douloureux à la pression. Cette angine unilatérale s'accompagne de deux symptômes pour ainsi dire constants : la fétidité de l'haleine et la salivation abondante. Puis l'angine de Vincent évolue de plus en plus vers l'ulcération; on constate alors une perte de substance profonde à contours ovalaires, à bords taillés à pic; le fond est rempli d'un exsudat putrilagineux; la ressemblance avec une angine pseudo-membraneuse n'existe alors plus. En prélevant une parcelle de fausse membrane ou d'exsudat, en faisant des frottis, en colorant par la fuchsine ou les violets phéniqués, on voit très facilement la symbiose fuso-spirillaire caractéristique de l'angine de Vincent (bacilles fusiformes et spirilles).

(*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (8 août 1908.) AMAT : Les maladies qu'on soigne à Berck ; la pratique du docteur Calot (*suite*). — (15 août.) ROBIN : Un essai d'organisation économique de la lutte antituberculeuse. — AMAT : Les maladies qu'on soigne à Berck ; la pratique du docteur Calot (*suite*). — (23 août.) ROBIN : Un essai d'organisation économique de la lutte antituberculeuse. — AMAT : Les maladies qu'on soigne à Berck ; la pratique du docteur Calot (*suite et fin*).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 34, 22 août 1908.) KLIENEBERGER : Simple appareil pour la Röntgenologie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 13 août 1908.) FRITSCH : Obstétrique ancienne et nouvelle. — SCHILLING et HŒSSLIN : Infection à trypanosomes et fixation du complément. — POCHHAMMER : Recherches expérimentales sur la pathogénie du tétanos local. — PINKUS et PICK : Sur la structure et la genèse du xanthome symptomatique. — Zia NOURY pacha et HAIDAR bey : Sur le charbon des amygdales. — SCHÆFER : Hydronéphrose intermittente traitée par une opération plastique. — BAB : Conception, menstruation et grossesse. — (N° 34, 20 août.) LŒFFLER, RÜHS et WALTER : Traitement du nagana expérimental. — LOCKMANN et PANCKE : Sur la recherche et le mode de passage de l'atoxyl dans l'urine. — ROMER : L'état actuel du traitement de l'ulcus serpius par le sérum antipneumococcique. — HEILE : Sur le traitement de l'hydrocéphalie. — LIEPMANN : Eupraxie relative chez les paralysés du côté droit. — RENNER : Sur un cas de septicémie charbonneuse avec manifestations locales très minimes au point d'inoculation. — KOCHLER : Epreuves instantanées avec l'instrumentation simple de Röntgen. — MACRY : La dilatation mécanique non sanglante du segment inférieur de l'utérus par un nouveau ballon utérin concave. — HERRNSTADT : Contribution à l'appendicite pendant la grossesse. — EICHHOF : Un nouveau cas d'infection vaccinale.

Lyon médical. — (N° 33, 16 août 1908.) PONCET : Pathogénie du rhumatisme tuberculeux. — (N° 34, 23 août.) PONCET : Pathogénie du rhumatisme tuberculeux (*suite et fin*).

Marseille médical. — (N° 15, 1er août 1908.) PLATON : Des infections génitales banales. — DUFOUR : Double mort accidentelle par intoxication oxycarbonée. — HAHN : Du traitement des ankyloses par l'électricité. — (N° 16, 15 août.) IMBERT : Un cas de fibrinurie. — PLATON : Diagnostic différentiel des tumeurs abdominales. — PIERI et SAUVAN : Sur deux cas de tuberculose iléo-cæcale.

Medizinische Blætter. — (N° 33, 15 août 1908.) FISCH : Balnéothérapie dans les maladies du cœur et des vaisseaux dues à des troubles des échanges. — (N° 34, 22 août.) SOFER : La lutte contre la malaria en Autriche.

Montpellier médical. — (N° 31, 2 août 1908.) GAUSSEL : Y a-t-il un syndrome de Weber hystérique. — (N° 32, 9 août.) BAIN : Un anatomiste au XVIe siècle : André Vésale. — (N° 33, 16 août.) BAIN : Un anatomiste au XVIe siècle : André Vésale (*suite*.)

Nord médical. — (N° 333, 15 août 1908.) G. LEMOINE : Affections congénitales du cœur. — VANVERTS : De l'utilité de l'anesthésie dans les interventions de petite chirurgie.

Normandie médicale. — (N° 16, 15 août 1908.) MESNIL : Des accidents consécutifs à l'intoxication par l'éther.

Pédiâtrie pratique. — (N° 16, 15 août 1908.) COMBY : Formes de l'appendicite chronique chez les enfants. — COURTELLEMONT : Traitement des gastro-entérites infantiles par le régime sec. — D'HOTEL : Un cas de leucémie suraiguë. — BONNET : Urticaire pigmentée.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 33, 16 août 1908.) V. SZENTGIORGY : L'anévrisme cylindriforme de la crosse aortique est-il diagnostiquable ou non ? — (N° 34, 23 août.) TORÖK : La nature et la pathogénie des modifications cutanées dans la sclérodermie. — HALASZ : Papillome de la luette.

Presse médicale. — (N° 66, 15 août 1908.) DESFOSSES : La déformation des hanches dans la scoliose lombaire. — LABBÉ et VITRY : Les sulfo-éthers urinaires dans les états pathologiques. — LARAT : L'électro-diagnostic graphique. Son importance dans les accidents du travail. — (N° 67, 19 août.) ISCOVESCO : Les lipoïdes. — LAGANE : Etat actuel de la sérothérapie antitétanique. — (N° 68, 22 août.) GOUGEROT : Typho-bacillose de Landouzy. Diagnostic bactériologique pendant la période d'état. — (N° 69, 26 août.) GILBERT et HERSCHER : De la stercobiline. Urobiline fécale. — MOLLE : De quel côté dorment les tuberculeux pulmonaires, relativement au siège de leurs lésions ?

Province médicale. — (N° 33, 15 août 1908.) TEISSIER : Les formes cliniques de l'artério-sclérose. — (N° 33, 22 août.) COMBEMALE : Chloroformisation et tuberculose.

Revue de chirurgie. — (N° 8, 10 août 1908.) CORNIL et COUDRAY : Quelques observations de chondromes et d'ostéochondromes. Tumeurs ostéo-chondromateuses complexes (5 fig.). — VALLAS et DESGOUTTES : Tarsectomie avec conservation du calcanéum (2 fig.). — MARTIN : Utilisation plastique de l'utérus dans la cure des prolapsus génitaux (6 fig.). — VEYRASSAT : L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical (6 fig.).

Revue de la tuberculose. — (N° 4, août 1908.) MÉRY et BABONNEIX : Cas de tuberculose intestinale hypertrophique chez un enfant de cinq ans. — LE PLAY : Pneumothorax et emphysème médiastinal et sous-cutané, consécutifs à la rupture de la paroi d'une caverne pulmonaire. — GOUGEROT : Tuberculoses cutanées atypiques non folliculaires (*suite*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 32, 8 août 1908.) Côme FERRAN : De l'emploi de l'air chaud en otologie. — (N° 33, 15 août.) TEXIER : Du point d'insertion des polypes naso-pharyngiens d'après deux cas observés et opérés. — KARL : Contribution à la question de l'origine et de la guérison du cancer de la corde vocale. — (N° 34, 22 août.) BAR : Otite moyenne suppurée des symptômes mastoïdiens et pseudo-rhumatisme infectieux d'origine rhino-pharyngienne. Contribution aux paratuberculoses de Poncet et Leriche. — LŒWE : Sur la chirurgie du nez.

Revue médicale de l'Est. — (N° 15, 1er août 1908.) REMY : Quelques dispositions du cordon ayant troublé la marche de l'accouchement. — CONSTANT : Un cas d'insuffisance mitrale passagère due à l'uricémie. — GUILLEMIN : La genèse des monstruosités doubles autositaires dans l'espèce humaine. — (N° 16, 15 août.) GUILLEMIN : La genèse des monstruosités doubles autositaires dans l'espèce humaine (*suite*).

Revue neurologique. — (N° 14, 30 juillet 1908.) ALQUIER et RENAUD : Mal de Pott cervico-dorsal, paralysie flasque aux membres supérieurs sans spasmodicité nette aux inférieurs, myélite incomplète.

Semaine gynécologique. — (N° 32, 11 août 1908.) PICHEVIN : Le traitement conservateur des salpingo-ovarites. — (N° 33, 18 août.) PICHEVIN : L'avortement criminel. — (N° 34,

25 août.) Pichevin : De la conduite à tenir après la récidive de certaines tumeurs malignes.

Tribune médicale. — (N° 33, 15 août 1908.) Bordet : L'examen radioscopique du cœur (méthodes orthodiographiques). — (N° 34, 22 août.) Hautant : La cocaïnomanie nasale et ses accidents locaux.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 15, 15 août 1908.) Blum : Un cas d'amotilité générale intermittente d'origine psychique simulant la maladie de Thomsen.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'alimentation et de la nutrition à l'état normal et pathologique, par le docteur D. Maurel, médecin principal de réserve de la marine, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. Deuxième volume : « Les rations à l'état normal. Ration moyenne d'entretien de l'adulte. Ration de croissance et après l'âge adulte. » In-8 de 680 pages. — Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin.

La pratique de la désinfection départementale application de la loi du 15 février 1902). **Organisation du service départemental de la désinfection en surface**, par le docteur A. Follet, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, membre du Conseil départemental d'hygiène. In-8 de 156 pages, avec 5 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, H. Dunod et E. Pinat.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie.— La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un voyage circulaire au départ de Paris :

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon Lyon, Tarascon (ou Clermont-Fer-rand), Cette, Nîmes, Tarascon (ou Cette, Le Gailar, Saint-Gilles), Marseille, Vintimille, San Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

(Ce voyage peut être effectué dans le sens inverse).

Prix : Première classe, 191 fr. 50; deuxième classe : 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

Nº 101. — SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1908. — Nº 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint de l'hôpital Ruffi sera ouvert le vendredi 15 janvier 1909.

Le siège du concours sera porté à la connaissance des candidats huit jours seulement avant la date des opérations.

— La Commission administrative des hôpitaux de Nîmes donne avis qu'il sera ouvert le mercredi 9 décembre prochain, à l'hôpital Ruffi, un concours pour deux places d'internes desdits hôpitaux.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre inclus, dernier délai.

MARINE. — Liste, par ordre alphabétique et par centre d'épreuves d'admission, des candidats reconnus admissibles au concours pour l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux :

BREST. — *Ligne médicale.* — MM. Bienvenu, Carlerré, Castel, Chabiron, Chalmet, Charpentier, Collin, Dauvert, Delalande, Dénès, Doré, Giudicelli, Goéré, Guilloux, Hébert, Jouve, Le Gallen, Le Magouroux, Le Maux, Le Tulle, Mesnard, Meuge, Michaud, Navennec, Peltier, Petel, Pruche, Quéméner, Singer, Toullec.

Ligne pharmaceutique. — MM. Le Roy, Leudet de la Vallée, Prax.

ROCHEFORT. — *Ligne médicale.* — MM. Bonrepaux, Brunet, Coureaud, Fauquey, Faur, Fiderlay, Gautron, Gayot, Gourc, Guierre, Guillemet, Hollier, Jardon, Jouin, Landry, Larroque, Laveau, Martin, Mauranges, Mercier, Micheau, Mondin, Muguet, Nayrolles, Nègre, Pichot, Planque, Planteau, Pommadère, Puncet, Quériaud, Raynaud, Ricou, Vrignaud.

TOULON. — *Ligne médicale.* — MM. Armand, Baillet, Bastide, Bédier, Bévengut, Chevreau, Dalger, Déjean, Deleuze, Eggimann, Fontaine, Jobard, Maliver, Muraz, Négrié, Pasquet, Pons, Pradel, Rainaut, Renard, Santarelli, Solier, Théron, Trégan, Verdollin.

Ligne pharmaceutique. — MM. Brémond, Germain, Gueit.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-cinquième semaine, 721 décès, au lieu de 785 pendant la semaine précédente et de 829, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 25 au lieu de 34 précédemment et au lieu de la moyenne 39.

La variole n'a pas causé de décès; elle en avait causé 1 la semaine précédente (moyenne 2).

La rougeole a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 43, au lieu de 65 pendant la semaine précédente (moyenne 103).

La scarlatine a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 55; il s'élevait à 58 pendant la semaine précédente (moyenne 90).

La diphtérie a causé 3 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 36, au lieu de 45 pendant la semaine précédente (moyenne 46).

La diarrhée infantile a causé 80 décès de 0 à 1 an, au lieu de 70 pendant la semaine précédente (moyenne 101).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 78 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 84 la semaine précédente.

La phtisie pulmonaire a causé 176 décès (la moyenne est 175).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets de vacances à prix réduits pour familles.* — Toutes les gares des réseaux P.-L.-M., Est et Nord délivrent, jusqu'au 15 septembre 1908, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour de famille, dits de vacances, de 1re, 2e et 3e classes, pour toutes les gares de chacun de ces réseaux, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres (aller et retour) ou de payer pour cette distance.

Le coupon de retour de ces billets est valable jusqu'au 1er novembre.

Le prix de ces billets s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples pour les deux premières personnes le prix d'un billet simple pour la troisième, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Lorsqu'un billet de vacances comprend plus de trois voyageurs, trois d'entre eux au moins sont tenus de voyager ensemble, à l'aller et au retour, les autres auront la faculté de voyager isolément en payant chacun un supplément égal au prix d'un billet militaire.

Ces billets de vacances donnent aux voyageurs la faculté de s'arrêter aux gares situées sur l'itinéraire.

Enfin, il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs compris dans un billet collectif une carte d'identité permettant au titulaire de voyager isolément, à moitié prix, entre la gare de départ et le lieu de destination du billet collectif, pendant la durée de la villégiature de la famille.

Les billets doivent être demandés quatre jours d'avance à la gare de départ.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret des tarifs de grande vitesse (tarif commun 106, chap. 1 § 6).

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 35, 30 août 1908.) L. DUBAR et M. LEROY : Kyste de la trompe gauche à pédicule tordu dans la fosse iliaque droite et torsion axiale de l'utérus.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. —(N° 35, 30 août 1908.) RAULIN : L'artério-sclérose gastro-intestinale. — FAGUET : La loi sur les accidents du travail et les complications des entorses du pied.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 35, 30 août 1908.) W. DUBREUILH : Acné hypertrophique du nez. Ulcère de jambe. Greffes de Thiersch avec les copeaux de décortication du nez. — Ch. MONGOUR : Thérapeutique minima de la fièvre typhoïde. Nouvelle statistique.

Journal des praticiens. — (N° 35, 29 août 1908.) BAUMEL : Un cas de chorée chronique à type électrique. — Philippe TISSIÉ : Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire; ses rapports avec la fonction cardiaque et pulmonaire (*suite et fin.*)

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 35, 29 août 1908.) DESPLATS : Contribution à l'étude de la fulguration dans le traitement du cancer.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 35, 27 août 1908.) DE GRAEUWE : A propos d'anastomoses uretéro-intestinales.

Lyon médical. — (N° 35, 30 août 1908.) REGAUD et DUBREUIL : Influence du mâle sur les fonctions ovariennes.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 18 août 1908.) FIESSLER et YWASE : Sur la stérilisation et l'emploi des gants de caoutchouc. — BINGEL : Contribution à la clinique et la bactériologie du paratyphus. — TAEGE : Sur la technique du séro-diagnostic de la syphilis. — NERKING : Narcose et lécithine. — KAESTLE : Examen de la motilité de l'estomac au moyen des rayons Röntgen. — TAKATA : Une modification de l'opération des hernies par la méthode de Kocher. — NASTKOLB : L'opération des hernies inguinales et crurales avec anesthésie locale. — FRANKEL : La technique des appareils plâtrés ambulatoires. — ZUIGENSPECK : Petites améliorations des vibrations de Schultze. — HESSBERG : Nouveau cas d'affection oculaire due à un engrais artificiel. — MAC-LEAN : Sur la formation de kystes aux dépens des restes de l'appendice vermiforme. — VOGEL : Sur le traitement des contractures cicatricielles de la main. — (N° 34, 25 août.) HEGAR : Sur l'élargissement, la cause et la prophylaxie du bassin rétréci. — DIETLEN : Recherches orthodiagraphiques sur les formes pathologiques du cœur. — HŒPFER et FRANKEL : Points de vue sur l'emploi de l'extrait de digitale épurée. — BŒHM : Notice sur l'écorce de condurango et la racine de Kawa. — JESSEN : Sur l'amélioration du traitement par la tuberculine. — BECHHOLD : Etudes sur la phagocytose. — ROSENBERGER : Les cycloses et l'organisme animal. — PETERS : Sur les asymétries du visage et du crâne et leur rapport avec le caput obstipum. — MAYER : Observations épidémiologiques sur la fièvre typhoïde et le paratyphus B dans le Palatinat pendant les années 1903 à 1906. — SOLARO : Une nouvelle pince intestinale élastique. — SALOMON : Un cas intéressant d'intoxication quinique. — BING : Sur le traitement de la diarrhée estivale des enfants. — FRANKENBURGER : Sur la question du traitement dans les sanatoria et sur leurs indications. — NAGELSCHMIDT : Sur la mesure et le dosage des rayons Röntgen en unités absolues.

Normandie médicale. — (N° 17, 1er sept. 1908.) CERNÉ : Un schéma du tronc. — BRUNON : A propos de l'enseignement de la médecine en France.

Presse médicale. — (N° 70, 29 août 1908.) ISCOVESCO : Les lipoïdes. — Henri LABBÉ : Diététique végétalienne. Les fruits et leur valeur alimentaire. La banane. — GÉRAUDEL : Prolifération aiguë du tissu conjonctif de la gaine de Glisson intra-hépatique. Recherches expérimentales. — (N° 71, 2 sept.) WEISS : La mesure de la pression systolique chez l'homme. — RAVIART, BRETON, PETIT, GAYET et CANNAC : Aliénation mentale et réaction de Wassermann. — LEVEN : L'amaigrissement favorable chez les dyspeptiques maigres.

Province médicale. — (N° 35, 29 août 1908.) JABOULAY (de Lyon) : Cancer des voies lacrymales avec envahissement du sinus maxillaire droit et de la fosse nasale droite. Métastase cranienne au sommet du rocher. Destruction pathologique du ganglion de Gasser. Troubles trophiques et fonte de l'œil.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 34, 20 août 1908.) EBER : Sur le contenu en bacilles tuberculeux du lait et des produits de laiterie vendus à Leipzig. — POSSEK : Les théories sur la nature de la cataracte sénile. — TENZER : Sur la constatation de vaisseaux pulsatiles dans le pharynx. — KRAMER : Examens de sang dans différents territoires vasculaires périphériques en cas de troubles circulatoires.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE PRIAPISME

Par MM. Charles LAURENT et Léon NOVÉ-JOSSERAND,
Internes des hôpitaux de Lyon.

I

Priape, fils d'Aphrodite et de Dionysos, fut un dieu vénéré des Grecs. Ceux-ci l'imploraient pour qu'il fécondât leurs champs et leurs jardins. La statue du dieu ornait sous forme de stèle à tête de bouc les demeures des agriculteurs.

A Rome, le dieu changea d'adorateurs ; il devint patron des débauchés, et son image, agrémentée du phallus et des pattes de homard, décorait les tavernes de la ville.

Actuellement, on ne songe plus à la personnalité du dieu ; le priapisme est devenu un état pathologique qu'on peut ainsi caractériser cliniquement : érection longue, douloureuse, sans aucune sensation de volupté ou de désir, ne s'accompagnant jamais d'éjaculation ; un syndrome dont les causes et la pathogénie sont souvent obscures.

On doit distinguer deux grandes variétés cliniques : le priapisme passager et le priapisme continu.

a. Priapisme passager. — Le priapisme passager peut être aigu ou chronique. Le premier est de beaucoup le plus fréquemment observé. Les érections qui le caractérisent sont en quelque sorte normales. Tous les tissus érectiles y participent : corps caverneux, corps spongieux et gland.

L'absence complète de désirs le différencie du *satyriasis*. Rarement diurne, le priapisme passager peut se prolonger plusieurs heures, voire même toute une nuit. Tous les moyens sont impuissants à le faire cesser. Le coït souvent impossible ne fait que l'exacerber. C'est un état aigu qu'il faut supporter.

Parfois l'érection peut revêtir une forme anormale. C'est qu'alors le priapisme intervient comme complication des affections génito-urinaires. Dans la chaude-pisse cordée par exemple, où des adhérences se sont faites entre l'urètre et le corps spongieux, l'érection devient arquée et horriblement douloureuse (Rollet). La tuméfaction de la verge peut aussi devenir énorme quand le priapisme vient compliquer une rupture ou une suppuration des corps caverneux (penitis, cavernitis de Demarquay et Neumann). Mais ordinairement le priapisme n'est que la reproduction prolongée et douloureuse d'une érection normale.

Le priapisme passager chronique est la répétition fréquente de ces accès de priapisme aigu. Il a été étudié par Raichline. Il survient en général chaque nuit et peut se répéter durant de longues périodes. Les sujets qui en sont porteurs sont rarement indemnes de lésions prostatiques chroniques ou de troubles psychiques, d'origine hystérique ou neurasthénique. Au point de vue symptomatique, rien ne peut le différencier du priapisme passager aigu : mêmes érections douloureuses, même absence de désirs.

b. Priapisme prolongé ou continu. — Le priapisme continu est beaucoup plus rare. Terrier et Dujarier en ont réuni 48 observations. Le début est variable ; tantôt l'affection est précédée d'accès de priapisme aigu, tantôt elle commence après des excès de coït (Calloway, W. Tripe), tantôt elle succède à une chute sur le périnée ; tantôt enfin elle s'installe d'emblée sans cause apparente, tel le cas rapporté par Mathieu, où un garde-frein fut pris brusquement d'une érection si pénible qu'il dut descendre du rapide pour entrer dans un hôpital.

Modifications anatomiques. — Dans le priapisme, l'érection est rarement normale. Dans plus de la moitié des cas, elle n'intéresse que les corps caverneux, le corps spongieux restant flaccide (observations de Jadioux, Haillot et Viardin, Terrier et Dujarier).

On sent alors au niveau du corps caverneux une dureté souvent analogue à celle du « fer » (Windish) se terminant sous forme de noyau au niveau du périnée. Le corps spongieux, le gland surtout, restent presque normaux. Adams et Worster, pourtant, citent des cas où l'érection était de tous points normale. Dans quelques cas également on a noté soit une incurvation latérale, soit une incurvation inférieure (Adams, Stimson). Mais le plus souvent la verge est relevée contre l'abdomen.

Troubles fonctionnels. — Lorsque l'érection est limitée au corps caverneux, elle n'entraîne pas, en général, de troubles de la miction. Si tous les organes érectiles y participent, la miction devient pénible, douloureuse, mais la rétention ne s'observe qu'exceptionnellement.

Malgré l'absence de désirs, il est rare que les malades ne cherchent pas dans le coït un soulagement à leurs souffrances ; mais l'impuissance est complète et l'éjaculation impossible, la plupart du temps.

La défécation peut également devenir douloureuse par suite de la contracture des muscles du périnée et plus spécialement du sphincter anal (cas de Menzer).

Douleurs. — Les douleurs qui accompagnent le priapisme sont un caractère essentiel de la maladie. Elles débutent avec l'érection ou ne s'installent que quelques heures après. Se compliquant parfois d'épreintes très pénibles, elles sont spontanées, vives ; elles empêchent le sommeil et mettent le malade dans un état d'agitation extrême. Par tous les moyens le malade cherche à les faire cesser : compresses d'eau froide, cataplasmes chauds, position accroupie, genu-pectorale, coït sans envie, etc.

Toutes ces manœuvres inefficaces ne font qu'agiter davantage le malade dont les téguments s'irritent, si bien qu'il est difficile de savoir si l'état œdématié de

la verge est le résultat du priapisme ou des manœuvres auxquelles le priapique s'est livré.

II

Evolution. — La guérison est la règle; elle peut se produire au bout de quelques jours ou se faire précéder au contraire par de longs mois de souffrance. Parfois le priapisme vient compliquer les phases dernières d'une affection mortelle. Le malade peut alors garder après le trépas une érection prolongée, trente-six heures dans un cas de Tansky.

La plupart du temps, les phénomènes régressent peu à peu ; les douleurs et le gonflement disparaissent sans raison apparente ou par guérison causale. La maladie peut ne pas laisser de traces.

Néanmoins apparaissent quelquefois après elle des troubles nerveux, de la neurasthénie, des troubles de l'éjaculation et même une absence complète d'érections et de désirs génitaux.

Le priapisme, en résumé, constitue donc un état pathologique dû à des causes plus ou moins nettement élucidées que nous allons étudier maintenant, et caractérisé par une érection douloureuse et prolongée sans éjaculation ni désirs, se terminant dans la grande majorité des cas par la guérison.

III

Etiologie. — D'après les observations, l'âge des malades comprend toutes les années de la vie génitale dont la durée varie avec chacun d'eux. La profession ne paraît pas entrer en ligne de compte. Les sujets impressionnables, porteurs d'une tare nerveuse personnelle ou héréditaire, semblent prédisposés particulièrement. Il n'y a là rien d'absolu; mais on voit pourtant chez la plupart des priapiques des accidents hystériques ou neurasthéniques.

Les causes générales restent assez vagues. Des notions éparses dans les traités et les publications, il résulte que le symptôme « priapisme » est fréquent comme complication ; rare au contraire à l'état isolé, sans lésion déterminante connue.

De tous les priapismes, le plus fréquemment observé demeure celui de la blennorragie à la période d'état. Ricord a justement insisté sur la fréquence de ce symptôme, parlant de ces malheureux dont les nuits se passent sans sommeil, qui vont et viennent dans leur chambre à la recherche d'un moyen ou d'une position palliatifs, s'évertuant à faire cesser les douleurs si pénibles de la chaude-pisse cordée.

Tous les aphrodisiaques peuvent entrer en cause dans la genèse du priapisme : mets épicés, philtres amoureux, cantharides, essences diverses. Nous avons eu à ce point de vue l'occasion d'observer un fait curieux au cours d'une excursion à l'île du Levant dans le groupe des îles d'Hyères. Les habitants racontent que chaque année à l'époque du passage des oiseaux migrateurs, ils observaient fréquemment des accès de priapisme véritable qu'ils attribuaient à l'ingestion de ces oiseaux se nourrissant de mouches cantharides.

A l'hôpital, on note souvent des cas de priapisme au cours d'une leucémie et surtout dans les hématomyélies et les fractures de la colonne. Les nerveux enfin et les névropathes confient souvent au médecin leurs inquiétudes sur ces érections anormales, stériles.

Pour présenter les faits d'une façon plus méthodique, nous allons grouper les causes du priapisme sous cinq rubriques différentes : causes mécaniques, infectieuses, traumatiques, nerveuses, médicamenteuses; dans une sixième classe enfin nous signalerons les priapismes dus à des causes variées ou inconnues.

1° Causes mécaniques. — Nous insisterons peu sur les priapismes de cet ordre, qui essentiellement passagers sont dus à la distension vésicale, aux hypertrophies de la prostate, aux tumeurs du petit bassin, corps fibreux de la verge, etc.

2° Causes infectieuses. — Toutes les maladies des organes génitaux s'accompagnant d'inflammation, surtout muqueuse, peuvent donner du priapisme, passager la plupart du temps. C'est le cas de la blennorragie aiguë et de diverses urétrites non gonococciques, celles en particulier qu'entretiennent des corps étrangers ou un polype urétral (cas de Jewsejenko). P. Delbet signale aussi le priapisme dans la cystite calculeuse ; et ce sont là les seules notions que nous ayons sur les priapismes inflammatoires.

Mais en dehors de ces faits, trouve-t-on des priapismes liés à des infections générales ? doit-on faire rentrer dans le cadre que nous nous sommes tracé le priapisme lié à des phlébites suppurées des corps caverneux? Il existe bien des faits (cas de Kanders cité par Neumann) où le priapisme aigu accompagna l'évolution d'une tuberculose aiguë ; mais à l'autopsie on trouva une thrombose des corps caverneux, des corps spongieux et du plexus de Santorini. Il n'existe qu'un seul cas (Booth) où le priapisme aurait été lié à l'évolution d'une syphilis. Souvent il apparaît à la suite d'une poussée rhumatismale. Mais tous ces faits demeurent insuffisants pour qu'on puisse parler du rôle des infections générales dans les manifestations priapiques.

Quant à considérer les penitis et les cavernitis (Demarquay) c'est-à-dire la phlébite des corps caverneux comme du priapisme à proprement parler, aucun auteur n'y songe. Il ne reste donc bien assis que le groupe inflammatoire tel que nous l'avons compris.

3° Causes traumatiques. — Le traumatisme est une cause fréquente de priapisme, soit qu'il agisse sur une portion de l'axe médullaire, soit qu'il porte directement sur la région génitale. A la première catégorie se rattachent les faits d'hématomyélie traumatique, de myélite traumatique et de fracture de la colonne. Cette notion est banale. Les faits de la deuxième catégorie beaucoup plus curieux sont ceux où le priapisme succède à des chutes sur le périnée ou à des coups de pied dans les bourses (Dujarier et Terrier).

4° Causes nerveuses. — Raichline donne un curieux exemple de priapisme d'origine psychique. A l'appui

de son dire qu'un simple surmenage intellectuel suffit à le provoquer chez les personnes nerveuses, il cite le cas de Peyer d'un jeune employé de bureau qui souffrait de priapisme nocturne chaque fois que, la nuit, il travaillait tard.

Il cite aussi cet autre fait relaté par Manasseine (de Saint-Pétersbourg) où un régiment aurait été pris la veille d'une bataille d'un priapisme violent et pénible que le major aurait fait cesser par une purgation énergique.

Dans la neurasthénie, on rencontre plus souvent de l'impuissance relative que du vrai priapisme. Dans le tabes, il est aussi très rare [4 cas sur 224 (Fournier)]. Si l'on en croit l'observation de Margouliès, la syphilis du système nerveux pourrait intervenir comme cause du priapisme. Le cas de Mathieu seul semble se rapporter à l'hystérie.

5° Priapisme médicamenteux. — La cantharide sous toutes ses formes est une cause trop connue pour qu'il soit utile d'insister. On vient de découvrir récemment une autre substance, la yohimbine, dont l'action serait analogue à celle de la cantharide (Amat).

6° Priapisme de causes variées ou inconnues. — Un certain nombre d'observations signale le priapisme dans diverses altérations du sang ou de la nutrition. La leucémie comporte le plus grand nombre de ces faits (16 fois sur 48 cas). On a également signalé le priapisme au cours du paludisme (cas de Neidhart), du diabète (Raichline, English), de la goutte (Weiss, Crago). Assez souvent enfin [20 fois sur 48 (Dujarier et Terrier)] on n'en voit pas la cause de façon certaine.

IV

Pathogénie et anatomie pathologique. — Trop de circonstances étiologiques et de lésions accompagnent le priapisme pour qu'une pathogénie unique lui puisse convenir.

Le priapisme mécanique existe. Nous n'en voulons pour preuve que les érections qui accompagnent, le matin, au réveil, la distension de la vessie. Il ne s'agit, bien entendu, ici, ni de lésions ni de troubles fonctionnels du système nerveux, mais d'une simple gêne de la circulation en retour dans les vaisseaux du pénis.

En dehors de ce fait, un état inflammatoire s'associe aux excitations mécaniques. Cette interprétation convient aux cas où l'on trouve un polype urétral, de l'urétrite, de la cystite, des calculs. Toutefois, il est certain que, dans le plus grand nombre des cas, l'inflammation suffit à elle seule à provoquer le priapisme.

Lorsque le traumatisme crée une lésion nerveuse, le mécanisme observé est celui qu'on invoque dans les compressions des cordons conducteurs médullaires. Quand au contraire il porte sur les organes génitaux, le mécanisme prête à discussion. A la théorie de la thrombose on a fait des objections diverses, dont la principale est qu'on a toujours trouvé les corps caverneux gorgés d'un sang, *non coagulé*, noir, poisseux, lorsqu'on a pu opérer. Mieux vaut alors se rattacher à la théorie de l'hématome comprimant les voies de retour (cas de Vorster où, à l'opération, on trouva un petit hématome des corps caverneux). Pour Dujarier et Terrier, cette théorie ne serait pas satisfaisante et la question appellerait de nouvelles recherches.

Expliquer les priapismes d'origine nerveuse en dehors de tout traumatisme est plus difficile. Sans doute il ne faudrait pas complètement rejeter l'influence des excès de coït; tous les auteurs admettent que cet acte physiologique plus que le travail physique ou intellectuel épuise les centres nerveux. Ils admettent aussi que les abus s'en font ressentir pendant une longue période d'années chez les sujets prédisposés. Mais tous ceux qui récemment se sont occupés de la question ne voient là qu'une cause secondaire; il y aurait toujours pour ces derniers une lésion ou un trouble de fonctionnement médullaire. Rappelons rapidement ici les voies anatomiques réflexes.

Le centre de l'érection se trouve dans la moelle lombaire. Son activité peut être mise en jeu soit par une excitation venue du cerveau, c'est-à-dire du centre psycho-sexuel cortical (au voisinage du lobe olfactif), soit par une excitation périphérique (peau, muqueuse des organes génitaux). A côté du centre cortical excito-moteur ci-dessus mentionné, il existe un autre centre cérébral inhibiteur.

Le priapisme nerveux est dépendant d'altérations organiques ou de troubles dynamiques. Dans le premier cas (tabes, par exemple), la lésion doit être assez stable et prolongée pour déterminer un phénomène tenace comme le priapisme. Il faut aussi qu'elle soit suffisamment circonscrite pour n'intéresser que le centre de l'érection à l'exclusion de tout autre. Quoi qu'il en soit, dans les cas de priapisme de cause médullaire, il s'agit sûrement de lésions irritatives, déterminant un état d'éréthisme permanent du centre spinal de l'érection. Si ce priapisme ne se manifeste que la nuit pendant le sommeil, c'est que les conditions anatomiques favorisantes sont alors au maximum; le sommeil, supprimant l'influence inhibitrice du cerveau, déclanche le jeu du centre médullaire. Dans le deuxième cas, Raichline, rapprochant ce priapisme de l'impuissance, des pollutions nocturnes, de l'incontinence d'urine, aurait tendance à le faire rentrer dans le cadre des névroses génitales médullaires dont le mécanisme exact n'est pas encore bien connu. Quant au priapisme d'origine directement corticale, il n'existe pas, si on le comprend comme phénomène irritatif; car l'excitation du centre cortical génital ne donne lieu qu'au satyriasis. Mais on peut supposer en théorie qu'un surmenage cérébral ou une affection destructive du cerveau puisse diminuer ou détruire l'influence inhibitrice du cerveau, exaltant par là même la fonction génitale médullaire (cas de Peyer).

Au sujet de la pathogénie du priapisme leucémique, on est loin d'être bien d'accord. Avec Dujarier et Terrier, on doit rejeter la théorie de la thrombose à laquelle ils font les objections suivantes : le sang des leucémiques se coagule difficilement; dans

les opérations pratiquées, on n'a jamais trouvé de thrombose mais bien du sang noir, épais, sirupeux, circulant mal, mais non coagulé en masse; avec la thrombose, il serait malaisé de donner une explication aux guérisons spontanées avec retour des fonctions.

Ces auteurs proposent pour le priapisme leucémique la théorie de l'hématome, rappelant combien les hémorragies sont fréquentes chez les leucémiques; encore admettent-ils son insuffisance. Récemment, dans la *Semaine médicale*, Kunst a proposé une explication curieuse. Chez son malade il se serait agi de troubles vaso-moteurs dus à la compression du grand sympathique; partant de troubles réflexes d'origine médullaire. La simple hypertrophie de la rate, dans la leucémie comme dans le paludisme, serait alors à l'origine du priapisme et agirait par l'intermédiaire du système nerveux. Peut-être, se basant sur les altérations médullaires quelquefois constatées dans la leucémie comme dans l'anémie pernicieuse d'ailleurs, et qui consistent en hémorragies interstitielles dans la substance blanche ou grise, pourrait-on aussi prétendre à expliquer ces priapismes leucémiques. C'est une hypothèse dont la vérification semble difficile.

Quant à la classe des priapismes de cause inconnue, elle semble appelée à se démembrer ou à disparaître. La plupart des cas, peut-être tous, pourront se ranger dans le cadre des leucémies ou dans les groupes inflammatoires ou nerveux. Beaucoup d'observations sont incomplètes à cet égard. Il est vrai que souvent les malades, à dessein ou inconsciemment, cachent certains détails qui pourraient fournir d'utiles renseignements sur la cause de leur maladie. Quelquefois, du reste, ils n'en ont plus souvenance.

V

Traitement. — Autant de formes étiologiques, autant de traitements. Nous allons passer en revue tous ceux qui ont été proposés.

Priapismes d'origine mécanique. — Dans cette variété, le traitement chirurgical sera le plus fréquemment employé. Il s'agira, le plus souvent, d'un obstacle gênant la circulation en retour. On supprimera donc à la fois la cause et l'effet. Aux tumeurs de la prostate, à la distension exagérée et aux tumeurs de la vessie, on opposera le cathétérisme, l'ablation de la tumeur ou la ponction vésicale, suivant les indications du moment.

C'est ainsi que Vorster obtint un bon résultat en enlevant un petit hématome du corps caverneux, hématome consécutif à une chute sur le périnée et compliqué de priapisme. En somme, le traitement de ces cas ne relève que du diagnostic de la cause.

Priapisme d'origine infectieuse. — Faisant abstraction du cas où le priapisme complique les urétrites diverses et où le traitement causal est tout, nous voyons que l'érection douloureuse survient en général à la suite d'une circulation défectueuse. On n'a jamais eu alors l'occasion d'intervenir, sauf après l'apparition d'une suppuration du corps caverneux (penitis, cavernitis). La thrombose demeure le plus souvent une trouvaille d'autopsie.

Autres variétés de priapisme. — Si nous éliminons le priapisme leucémique où Kunst a pu obtenir un heureux résultat en soulevant la rate à l'aide d'un bandage, nous tombons dans la classe des priapismes à cause mal élucidée où le traitement reste imprécis.

Plusieurs auteurs, confondant le priapisme avec le satyriasis, ont fait du traitement cérébral un point essentiel. Nous croyons que les méditations sur la mort et les exercices intellectuels (Soulier) sont dans ce cas sans effet. Le cerveau est rarement atteint, le centre médullaire seul entre en jeu. Il ne faut pas négliger pourtant les phénomènes névropathiques ou hystériques des priapiques, qui peuvent avoir une action même sur l'érection observée.

A titre préventif, on conseillera aux prédisposés leucémiques, tabétiques, diabétiques, d'éviter les excès génésiques qui sont souvent une cause directe de priapisme (Obs. de Birkett, Mackie, Dujarier). On leur recommandera une vie régulière, un régime où ne figureront pas les mets épicés et excitants. Mais tout ceci importe fort peu, puisque le priapisme est presque toujours imprévu.

Si l'excitant nerveux est connu (cantharides, aphrodisiaque quelconque), il sera immédiatement supprimé.

Quand la cause reste inconnue, les auteurs proposent trois traitements : anaphrodisiaques, traitement local, traitement chirurgical.

Anaphrodisiaques. — Les médicaments toujours employés, quelquefois utiles dans le priapisme aigu, restent absolument sans effet dans les cas de priapisme prolongé :

Le camphre à la dose de 0g50 à 1 gramme, le lupulus frais 6 grammes, le bromure de potassium 3 à 6 grammes, les purgatifs font la base de cette thérapeutique inefficace. Le chloroforme lui-même, en inhalation, et la rachicocaïnisation restent impuissants. Le centre médullaire alors n'est donc pas en cause.

Bouchard a obtenu, pourtant, un succès par l'administration simultanée de chloroforme et de morphine et par l'application d'une vessie de glace sur la colonne vertébrale.

Traitement local. — Le traitement local devrait être nul. Les compresses d'eau froide, d'eau blanche, régulièrement inefficaces, ne font qu'exagérer le mal en irritant les téguments. Mais que n'essayerait-on pas dans ces circonstances? N'a-t-on pas été jusqu'à appliquer une bande d'Esmarch sur la verge?

En principe, le repos au lit dans la position horizontale s'indique comme le moyen le plus efficace. Les ventouses et les sangsues au périnée ont parfois fait cesser la contracture du périnée.

Traitement chirurgical. — Il repose sur l'incision des corps caverneux. Les cas favorables de Velpeau, de Vorster et de Sick ont laissé d'excellents résultats fonctionnels. Le reproche que l'on peut faire à

cette méthode est d'ouvrir une porte à l'infection des corps caverneux pour soulager une affection qui d'habitude guérit d'elle-même quand on sait attendre. Il faut pourtant se souvenir (Jadioux, Charcot) des cas suivis de mort où l'opération ne fut pas pratiquée, et se rappeler les guérisons plus rapides ainsi que l'heureux résultat fonctionnel consécutif aux opérations.

En définitive, le traitement chirurgical doit donc prendre place à côté de l'expectative.

Mais avec Dujarier et Terrier, il faut conclure que de nouvelles observations sont encore nécessaires pour permettre d'établir les indications et d'apprécier la valeur d'une intervention.

BIBLIOGRAPHIE

Demarquay. *Traité des maladies du pénis.* — Raichline. *Ann. des organes génito-urin.*, 1901. — Ricord. *Traité des maladies vénériennes.* — Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, art. urétrites. — Dujarier et Terrier. *Revue de chir.*, mai 1907. — Pierre Delbet. *Traité de chirurgie.* — Mathieu. *Progrès méd.*, 1888. — Caloway. *London méd.*, 1824, p. 226. — Jadioux. Hypertrophie ancienne du foie et de la rate, priapisme probablement dû à l'administration de cantharide et suivi de mort, *Gaz. des hôpit.*, 1845, p. 626. — Haillot et Viardin. Priapisme et grosse rate, *Bulletin méd.*, 10 sept. 1904. — Windish. *Schmidts Jahrb.*, 1836, vol. IX, p. 214. — Tauszky. Ein Fall von Priapismus, *Wien. med. Presse*, 1874. — Neumann (cas de Kanders rapporté par). *Medic. Jahrb. Wien.*, 1882. — Jewsejenko. Article original, *Wratsch*, n° 11. — Kunst. *Semaine méd.*, 1908, n° 3. — Manasseine (in Raichline). — Vorster. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1888, t. XXVII. — Velpeau, Priapisme traité avec succès par la ponction des corps caverneux, *Bull. gén. de thérap.*, 1852. — Soulier. *Traité de thérapeutique*, t. II, p. 476. — Bouchard. *Revue des sc. méd.*, 1888, p. 205.

MÉDECINE PRATIQUE

LA RADIOTHÉRAPIE DANS LES AFFECTIONS MÉDULLAIRES. ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

D'après M. Delherm.

Depuis quelque temps on a publié un certain nombre d'observations concernant les bons effets de la radiothérapie dans les affections médullaires.

M. Babinski a rapporté l'observation d'un enfant de quinze ans, atteint, consécutivement à un accident d'automobile, d'une contracture généralisée du cou, du tronc et des quatre membres (1). Pendant six mois, il ne s'était produit chez ce malade, mis en observation à l'hôpital, aucune espèce de modification.

M. Babinski, pensant que la contracture était peut-être due à une compression exercée sur la moelle par une fracture ou une autre lésion osseuse, demanda à M. Delherm de radiographier la région. Différents clichés furent pris, dans toutes les positions, dans un espace de temps assez court, et en même temps on constata une détente dans les contractures du cou et des membres, si bien que lorsque le malade fut présenté à la Société de neurologie, quatre semaines après le traitement, il était en mesure de faire quelques pas.

(1) Soc. méd. des hôpit., nov. 1906 et mars 1907.

Le traitement fut continué, et l'affection alla en s'atténuant. La contracture du cou, du côté droit du corps, a complètement disparu dans les trois mois qui suivirent; il en fut de même de l'épilepsie spinale. Quant au phénomène des orteils, il était redevenu normal.

Du côté gauche, à la même époque, il existait encore un peu de rigidité, des réflexes tendineux exagérés, de l'épilepsie spinale, de l'extension du gros orteil.

Depuis cette époque, la maladie n'a pas cessé de régresser; l'enfant, qui, au début du traitement, était tellement contracturé qu'il était incapable de se servir de ses bras et de ses jambes, marche seul, sans aucun appui, et court avec facilité.

Une femme atteinte de paraplégie crurale avec abolition complète des mouvements volontaires, contracture très forte des membres inférieurs, mouvements spasmodiques involontaires, exagération des réflexes, épilepsie spinale, signe des orteils, et qui, sur les indications de M. Babinski, fut soignée par M. Charpentier, a vu son état s'améliorer progressivement.

Cette femme est maintenant capable de franchir une distance de 20 à 30 mètres en se plaçant entre deux chaises, alors qu'il lui était impossible de soulever ses jambes dans son lit.

Une autre malade, ayant reçu un projectile qui avait déterminé une réaction inflammatoire, et avait produit une compression médullaire ayant paralysé les membres inférieurs, a retiré aussi des rayons un bénéfice tel, qu'elle peut marcher d'une manière convenable, avec seulement une canne.

Les compressions médullaires, au *début du mal de Pott*, rentrent aussi dans les formes favorables.

Il est bien entendu que, dans les cas anciens, lorsque la sclérose remonte à de longues années, lorsque les tissus sont organisés, les bénéfices à attendre de la médication sont trop souvent minimes ou nuls.

M. Babinski vient de publier à la Société de neurologie (mars 1908) un cas de *spondylose rhizomélique* avec sciatique double très douloureuse, datant de plusieurs années, tellement améliorée par la radiothérapie, que le malade ne souffre plus, a redressé sa taille, et peut faire sans aide un kilomètre à pied, alors qu'auparavant il ne pouvait faire que quelques pas appuyé sur des cannes. Ce malade a maintenant cessé son traitement.

On a également employé la radiothérapie dans la *syringomyélie*.

Beaujard et Lhermitte (1) ont réuni, dans un travail très intéressant, les cas observés antérieurement à l'observation personnelle qu'ils rapportent avec tout le détail désirable.

Ils indiquent que le premier cas de traitement signalé est dû à MM. Delherm et Oberthur.

Il s'agissait d'une jeune fille atteinte, depuis cinq ou six ans, d'une syringomyélie à type Aran-Duchêne avec atrophie très marquée des éminences thénar et hypothénar, troubles sensitifs habituels.

La radiothérapie amena un arrêt de la maladie, qui était nettement en évolution. Les symptômes dont la rétroaction fut la plus précoce ont été les troubles de la motricité.

Progressivement les mouvements délicats, comme celui d'écrire, de coudre, etc., etc., ont été récupérés, les troubles sensitifs ont subi aussi une disparition presque complète, la

(1) La radiothérapie de la syringomyélie, *Semaine méd.*, 24 avril 1907.

malade a pu être suivie pendant suffisamment longtemps, deux ans environ, pour que, les résultats que nous mentionnons ayant persisté, on puisse penser à une amélioration, tout au moins, considérable (1).

Peu après ce cas, deux autres furent présentés par M. Gramegna (2) avec succès. Enfin Beaujard et Lhermitte ont dû à l'obligeance de MM. Ménétrier et Béclère de pouvoir citer un autre cas inédit sur lequel ils ont obtenu des résultats excellents.

Au Congrès de Rome, le professeur Médéa (de Milan) qui avait pu suivre dans le service de M. Babinski les recherches que nous poursuivions, sous sa direction, avec Charpentier, a publié des cas de radiothérapie du système central : il ne nous a pas été possible d'avoir en mains les observations.

Enfin, Labeau (Th. de Bordeaux, 1908) vient d'apporter six cas favorables traités par cette méthode.

De cet ensemble de faits on peut donc conclure à l'action très probable de la radiothérapie dans un certain nombre d'affections de la moelle; il semble que les résultats les meilleurs doivent être espérés, surtout lorsqu'il y a compression ou altération de la moelle par néo-formation, l'action des rayons étant plus active sur des cellules jeunes.

L. BABONNEIX.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur un cas de septicémie charbonneuse avec manifestations locales extraordinairement minimes au point d'inoculation. (RENNER. *Deuts. Mediz. Wochens.*, 21 août 1908, n° 34; p. 1470.) — Un boucher de seize ans abattit, le 5 décembre 1907, un animal reconnu ensuite comme charbonneux; ses mains gercées par le froid furent souillées par le sang et le contact des viscères de l'animal.

Le 8 décembre, il commença à éprouver de la céphalalgie, de la faiblesse et une soif intense, et dut prendre le lit le 10 et entrer à l'hôpital le 11 décembre. A son entrée, on constata que les extrémités étaient froides et cyanosées, la peau couverte de sueur, le pouls à 100, la température à 36°,4. L'abdomen est un peu sensible à la pression. Rien à l'examen des organes. A la face dorsale de la main droite se trouve une toute petite vésicule, grosse comme une lentille, remplie de sérosité sanguinolente. Les mains sont crevassées et calleuses. Il n'existe ni lymphangite ni adénopathies.

Cinq cents mètres cubes de sang prélevés au pli du coude sont répartis sur différents milieux; au bout de dix heures s'y développent des cultures abondantes et pures de bactéridie charbonneuse.

Malgré des injections de sérum et de strophantine, le pouls devient filiforme; le patient devient agité et succombe quelques heures plus tard.

L'autopsie en dehors d'un œdème infiltrant la main droite, de la tuméfaction de la rate et des ganglions mésentériques, et de quelques suggillations sanguines au niveau des muqueuses gastrique et intestinale ne recueille rien de particulier. Les frottis du sang du cœur et de la rate montrent des bactéridies en abondance.

De même l'examen histologique permet de déceler la bactéridie dans les viscères, mais avec une abondance particulière au niveau des suffusions sanguines de la muqueuse intestinale.

L'absence presque complète de manifestation locale au point d'inoculation, l'évolution du charbon se traduisant d'emblée par des symptômes de septicémie suraiguë, plaident en faveur d'une exaltation très marquée de la virulence de la bactéridie.

A. LEMIERRE.

Le typhus exanthématique en Tunisie. (Épidémie de 1906.) [E. CONSEIL. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.] — Le typhus exanthématique exanthématique existe en Tunisie à l'état endémo-épidémique, mais il est souvent méconnu par suite de modifications symptomatologiques fréquentes chez les indigènes.

L'affection revêt ordinairement chez les Arabes une forme fruste qui en rend le diagnostic difficile dans les cas sporadiques. Les symptômes généraux peuvent être très atténués et l'exanthème manque fréquemment.

L'immunité de la race noire au typhus n'existe pas; les troubles nerveux sont chez les nègres le seul phénomène caractéristique de l'affection.

Le typhus est ordinairemeni bénin chez les indigènes; la mortalité de l'épidémie de 1906 fut seulement de 5,4 p. 100.

Les globules rouges sont peu diminués; il n'y a qu'une légère leucocytose dans les cas simples et l'hyperleucocytose annonce une complication.

Pendant toute la période d'état du typhus, on trouve une mononucléose marquée (45 à 50 p. 100) qui ne diminue que lentement pendant la convalescence.

L'auteur n'a retrouvé aucun des divers organismes signalés par les auteurs. Les ensemencements de sang veineux, de pulpe splénique et de liquide céphalo-rachidien sont restés stériles.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Sur la formation d'un ligament suspenseur après l'hystéropexie et ses dangers. (FRANK E. TAYLOR. — *The Practitioner.* — Déc. 1907, n° 474, vol. LXXIX, n° 6, p. 787.) — Après avoir fait un historique de l'intervention imaginée par Lawson Tait en 1880 et des multiples méthodes imaginées depuis, Taylor montre que l'on peut pratiquement concevoir deux manières différentes de fixer l'utérus à la paroi abdominale.

1° *La ventro-fixation* de l'utérus, qui fixe de façon permanente le corps utérin à la paroi abdominale, et assure une large surface d'adhérences, et immobilise presque complètement l'utérus.

Cette méthode a l'énorme désavantage d'empêcher l'expansion physiologique de l'utérus dans la grossesse, et ses contractions pendant le travail. C'est ainsi une cause sérieuse de dystocie;

2° *La ventro-suspension* de l'utérus ou procédé de Kelly. Il consiste à passer deux fines sutures de soie à travers une fine lance de tissu utérin et à travers le péritoine de la paroi abdominale. Au début, l'utérus est suspendu en contact avec la paroi. Puis, peu à peu, il se redresse et il se forme un ligament de 3 à 5 centimètres de longueur et de grosseur variable qui empêche la rétrodéviation de se reproduire.

Beyea, qui a pratiqué 465 cas de cette façon, s'en montre satisfait. Holden, qui a recueilli 900 ventro-suspensions pratiquées au John Hopkins Hospital, relève que 19 de ces cas ont subi une opération secondaire. Dans tous les cas, il existait

(1) Clinique du professeur Raymond.

(2) GRAMEGNA. La radioterapia della siringomiella, *Rev. crit. di clin. med.*, 10 nov. 1906.

un ligament suspenseur simple ou double. Taylor rapporte 4 cas personnels dans lesquels une laparotomie secondaire lui a permis de constater la présence de ce ligament. Il décrit sa disposition avec soin. Cette méthode présente comme inconvénient la formation entre cette bande fixée à ses deux extrémités et la paroi abdominale d'un orifice où les anses intestinales peuvent s'étrangler. Et cela n'est pas une simple vue théorique, Olshausen, Jakobs, Kreutzmann, Wallace et d'autres en ont rapporté des exemples.

Doran et Wallace ont perfectionné la méthode de manière à oblitérer l'espace mort compris entre la bride et le corps utérin.

M. LANCE.

OPHTALMOLOGIE

Le chlorome, envisagé particulièrement au point de vue des symptômes oculaires. (C. S. MERRILL et A. G. BEDELL. *New-York State journ. of Med.*, vol. VII, n° 10, oct. 1907, p. 393-396.) — Le cas ici relaté est le quarante-cinquième connu, et le quatrième diagnostiqué pendant la vie, de cette curieuse maladie qu'Aran appelait cancer vert, auquel s'applique aujourd'hui la dénomination de chlorome et que ses caractères histologiques placent parmi les maladies du système lymphoïde, à côté de la lymphadénie et non loin du lymphosarcome. Un enfant de huit ans se présente, très émacié et anémique avec une projection en avant de l'œil droit de plus d'un centimètre. Les deux paupières présentent une coloration bleue, les veines palpébrales sont dilatées. Une tumeur de consistance ferme doublait toute la longueur de la paroi inférieure de l'orbite, cette tumeur était indépendante de l'os, de la peau et de la conjonctive. Cornée normale, milieux de l'œil aussi, mais névrite optique marquée et ophtalmoplégie externe complète.

L'œil gauche était encore plus projeté en avant (2 centimètres). De ce côté la tumeur longeait la paroi orbitaire supérieure. Chémosis conjonctival marqué. Ophtalmoplégie complète. Leucocytes très augmentés, globules rouges et hémoglobine très diminués.

Sous chloroforme, on ouvrit l'orbite, et on la trouva remplie complètement d'une masse verdâtre de consistance presque cartilagineuse, ayant par places une capsule nette, sans vaisseaux sanguins, de volume notable et pas adhérente au périoste. On trouva le nerf optique, mais l'on ne put pas reconnaître un seul des muscles de l'œil. Trois fragments furent excisés et leur examen histologique montra la structure typique du chlorome. Une semaine après, l'enfant eut une attaque de convulsions suivie de paralysie et mourut en quelques heures.

L'exophtalmie est le symptôme le plus constant de l'affection. La tumeur orbitaire varie depuis une petite tumeur mobile jusqu'à de grosses tumeurs remplissant tout l'orbite. Les veines temporales sont ordinairement dilatées. Les paupières sont quelquefois œdémateuses, infiltrées de tumeurs. La mobilité de l'œil est atteinte, depuis la paralysie d'un seul muscle jusqu'à l'ophtalmoplégie complète. La conjonctive est anémique ou congestionnée avec dilatation veineuse, infiltration brune ou coloration verte, ou même envahie par une néoformation translucide, voire encore hémorragique. La névrite optique est fréquente. Dans les cas extrêmes, la cornée est opaque à cause de la protrusion. Dans certains cas, elle est complètement perdue. Les hémorragies rétiniennes sont fréquentes, ainsi que la stase veineuse. La photophobie, le chémosis, les douleurs ont aussi été signalées. Le pronostic est toujours fatal.

F. GARDNER.

OBSTETRIQUE

La dégénérescence graisseuse de l'utérus pendant la grossesse. (*Gazzetta Siciliana di med. e chir.*, 28 nov. 1907, n° 48, p. 732-735.) — Les conclusions ci-dessous sont celles d'un travail très considérable exécuté à la clinique obstétricale de Gênes par le docteur Mario CIULLA et dont le *Gazzetta Siciliana* publie un long résumé.

Il existe une véritable dégénérescence graisseuse de l'utérus pendant les deux derniers mois de la grossesse. Ce processus dégénératif frapperait uniquement, en les détruisant, les fibres musculaires hyperplastiques de l'utérus gravide. Il y aurait là une infiltration adipeuse progressive des fibres hypertrophiques, lesquelles seraient ainsi réduites de volume pendant la période puerpérale et reprendraient leur forme et leurs dimensions normales.

A la fin de la grossesse, la dégénérescence graisseuse aurait une action modératrice sur l'excitabilité musculaire excessive de l'utérus, et cela aussi bien pendant cette période de la grossesse que pendant le travail de l'accouchement.

Par une dégénérescence graisseuse exagérée et diffuse, on peut expliquer les inerties primitives essentielles, et au contraire une insuffisance ou une absence de cette transformation graisseuse nous fera comprendre les cas de contractions excessives, et ceux de contractions spasmodiques primitives, pendant la délivrance. Dans la période consécutive à l'accouchement, nous pourrons expliquer de même les cas de subinvolution et ceux d'hyperinvolution.

La grossesse prolongée peut reconnaître comme cause principale une excessive et précoce dégénérescence pourrait expliquer l'accouchement prématuré.

La graisse provenant de la métamorphose adipeuse des fibres musculaires lisses de l'utérus gravide peut concourir à l'augmentation de volume du foie dans les deux derniers mois de la grossesse et peut servir, en passant dans le sang maternel, à constituer les premières réserves qu'utilisera la fonction mammaire. La graisse provenant des processus actifs d'involution puerpérale est utilisée par la sécrétion lactée.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse (1), par les docteurs LÉOPOLD-LÉVI et Henri DE ROTHSCHILD. Préface de M. Ch. ACHARD.

Depuis deux ans, les auteurs de ce livre ont publié de nombreux mémoires et communications sur la pathologie du corps thyroïde, et ce sont ces travaux qu'ils réunissent aujourd'hui dans l'ouvrage annoncé ci-dessus.

La pathologie du corps thyroïde est loin d'être limitée au seul myxœdème ; de l'insuffisance, de l'hyperactivité, de la déviation de la sécrétion thyroïdienne doivent résulter, on le conçoit, des phénomènes très divers. On comprend facilement aussi quel intérêt il y a à dépister ces troubles, même lorsqu'ils sont très atténués, et cela d'autant plus qu'il en découle un grand intérêt thérapeutique.

C'est là le but que se sont proposé les auteurs, et ce faisant, « ils ont été conduits par leurs observations, dit M. Achard, à étendre, sur bien des points, les limites de la pathologie thyroïdienne. »

(1) Un vol. de 366 pages avec 4 figures et 9 planches. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Cet important recueil de faits et d'interprétations fait bien augurer, des recherches que MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild continuent à faire dans la même voie.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Précis d'alimentation des jeunes enfants (1), par Eug. TERRIEN.

Cette deuxième édition du *Précis d'alimentation des jeunes enfants* n'est pas une simple réimpression. Sans doute la première partie, alimentation de l'enfant bien portant, a été peu modifiée, les règles de cette alimentation étant à peu près définitivement établies; mais tout ce qui concerne l'alimentation dans les états pathologiques a été remanié et complété d'après les nombreux travaux de ces dernières années. M. Terrien, qui a apporté une contribution importante à cette partie de la thérapeutique infantile par ses recherches sur le maltosage des bouillies, précise les indications et le mode d'emploi du bouillon de légume, de la bouillie de malt, du lait caillé. Il aura rendu un réel service à la médecine infantile en vulgarisant l'emploi de ces nouvelles méthodes d'alimentation et nous sommes persuadés que cette seconde édition aura le succès de la précédente.

L. BABONNEIX.

Leçons de clinique obstétricale (2), par le docteur QUEIREL, professeur de clinique obstétricale de l'École de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le professeur Queirel continue la publication de ses intéressantes leçons écrites dans un langage si clair et d'une lecture si attrayante.

Je ne saurais citer un chapitre plutôt qu'un autre de ce volume, car tous les sujets qu'aborde M. Queirel sont également importants, depuis *les méfaits du corset en obstétrique*, jusqu'à *l'étude de la tension artérielle daus ses rapports avec la puerpéralité*.

Le praticien apprendra beaucoup en lisant le chapitre sur *le forceps et ses dangers*, ainsi que les pages consacrées à l'*éclampsie* et à l'*avortement*.

Je ne doute pas que cette nouvelle série des leçons de l'éminent professeur de Marseille n'obtienne le succès de ses devanciers.

M. DELESTRE.

Le troisième sexe. Les homosexuels de Berlin, par le docteur Magnus HIRSCHFELD (3).

Ce livre sera certainement fort lu, en raison des récents scandales et de l'autorité de son auteur. Au sentiment de curiosité qui porte à le lire, succède, au bout de quelques pages, un vif intérêt dû à la valeur littéraire du style, à l'élévation des sentiments et à la délicatesse des descriptions; cette œuvre, d'une analyse profonde, est d'une haute portée philosophique et sociale. L'homosexualité, terme auquel l'auteur préfère celui d'uranisme, est constituée non par des pratiques sexuelles contre nature, mais par des sentiments spéciaux, des tendances affectives homosexuelles que ceux qui en sont atteints cachent d'ordinaire soigneusement, ou même dont ils ne se rendent qu'imparfaitement compte. C'est ainsi que des adolescents ont eu ces tendances d'esprit avant l'éclosion de toute idée sexuelle, que souvent l'amitié la plus pure d'un frère, d'un conseiller, d'un bienfaiteur, n'est que le résultat d'homosexualité plus ou moins consciente.

Les uraniens sont légion à Berlin. Le docteur Hirschfeld évalue leur nombre à 50.000 environ; il les suit dans leurs lieux de réunion spéciaux, bals, soirées, cercles athlétiques, bains, cafés, promenades, voire même séances solennelles d'arbres de Noël, par exemple, où assistent des enfants. Dans ces réunions, rien de lubrique; même aux moments d'expansion, rien qui ressemble à la « messe noire », par exemple; les actes se bornent à des baisers et à quelques attouchements. Partout, chez les uraniens, éclate la tendance à simuler l'autre sexe; dans les cercles mâles, noms et accoutrements féminins, imitation féminine et l'inverse chez les femmes.

La prostitution homosexuelle est fréquemment l'objet d'un véritable commerce chez les soldats qui y recherchent toutes sortes de profits : certaines prostituées nonnosexuelles sont, en réalité, des homosexuelles; enfin, les uraniens sont fréquemment l'objet de chantages, dus à la dureté de la législation, qui, d'ailleurs, ne fait qu'accroître le vice, loin de l'amender. « Nous quittons ces lieux, écrit l'auteur, avec, dans notre cœur sain, un sentiment de pitié pour ces pauvres malades que l'ignorance indigne de notre siècle a placés au même rang que des malfaiteurs. » Il faut les plaindre et les soigner; il n'y a rien à réprimer, puisqu'il s'agit d'adultes restant entre eux et ne faisant rien qui pût offenser la morale publique.

ALQUIER.

(1) Un vol. in-16, 2e édition. — Paris, G. Steinheil.
(2) Troisième série. 1 vol de 220 pages. — Paris, Steinheil.
(3) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Rousset.

Les arriérés scolaires (1), par R. CRUCHET.

Les arriérés scolaires sont les enfants chez lesquels la somme des connaissances scolaires ne correspond pas à celle des connaissances de leur âge. Parmi ces arriérés, quelques-uns ont un état mental absolument sain; ils sont en retard dans leurs études parce qu'ils ne fréquentent pas l'école d'une façon régulière, ou parce que des anomalies de la vue, des troubles de l'audition les empêchent de bien suivre l'enseignement du maître. Les autres sont atteints psychiquement : ce sont les vrais arriérés scolaires; chez eux, l'attention est peu soutenue, la mémoire diminuée, le raisonnement et le jugement faibles par suite d'un défaut de développement congénital ou acquis des zones psychiques. M. Cruchet étudie avec soin ces divers cas, indique les méthodes utilisées pour reconnaître l'arriération scolaire d'après les tests psychiques et les soins médico-pédagogiques qui peuvent améliorer l'état des arriérés scolaires.

Cette monographie est intéressante et très documentée, comme d'ailleurs tous les travaux de M. Cruchet. Nous nous permettrons toutefois une remarque. M. Cruchet propose l'organisation, pour les arriérés, de classes spéciales « dans des endroits fortement aérés; de larges cours, de vastes jardins sont, en tout cas, indispensables ». Si l'on trace de vastes jardins pour les arriérés scolaires, nous demandons des jardins plus vastes encore pour les enfants qui ont presque la malchance d'être intelligents.

L. BABONNEIX.

(1) *Monographie de l'Œuvre médico-chirurgical*, n° 51, — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de matière médicale (collection Testut), par H. CAUSSE, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, revisé et complété par B. MOREAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. In-18 colombier, cart. toile, de 800 pages, avec 150 fig. dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Mécanothérapie, rééducation, sport, méthode de Bier, hydrothérapie (bibliothèque de thérapeutique, physiothérapie), par les docteurs FRACKIN, GRENIER DE CARDENAL, COUSTENSOUX, TESSIER, DELAGENIÈRE, PARISET. In-8, 114 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, Baillière.

La flore de l'appareil urinaire, par JUNGANO. 1 broch. de 172 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Jacques.

Précis d'alimentation des jeunes enfants, par Eug. TERRIEN, 2e édit. In-8 de 258 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Steinheil.

Le traitement pratique de la tuberculose pulmonaire. Sept conférences faites à l'hôpital de la Pitié, par le docteur Louis RÉNON, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié, membre de la Société de biologie, membre de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. In-8 de 258 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Les anesthésiques généraux au point de vue chimico-physiologique, par le docteur NICLOUX, docteur ès sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine, assistant au Muséum d'histoire naturelle, membre de la Société de biologie. In-18 jésus de 225 pages, avec 30 fig. dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le nouveau-né. Guide pratique pour les soins à lui donner, par Léon VALLOIS, professeur de clinique d'accouchements à l'Université de Montpellier, médecin en chef de la Maternité. 2e édition revue et augmentée. In-8 de 188 pages, avec 15 figures. — Montpellier, Coulet et fils, éditeurs.

L'éducation intellectuelle, morale et physique, par Herbert SPENCER, traduit de l'anglais par Marcel GUYMIOT. In-8. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

Le diagnostic fonctionnel du cœur. Etude critique des méthodes modernes d'exploration du système cardio-vasculaire, par le docteur W. JANOWSKI, professeur agrégé à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, médecin de l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Varsovie. In-8 (no 50 de l'*Œuvre médico-chirurgical*). — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

L'éclairage rationnel du travail, par le docteur A. BOURGEOIS (de Reims). In-8 de 12 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1908-1909 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1909 auront lieu le lundi 21 décembre 1908, à midi précis.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 2 novembre jusqu'au lundi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, n° 49.

AVIS IMPORTANT. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs trois premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externes; il en est de même des externes de troisième, quatrième année.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 30 octobre 1908.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine ; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. — Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le concours de clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de M. le docteur Eugène Tramblin.

ASILES D'ALIÉNÉS. — MM. Kéraval et Sérieux ont été nommés médecins en chef, à l'asile de Maison-Blanche.

M. Bonnet a été nommé médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. Kéraval.

M. Rogues de Fursac a été nommé médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. Sérieux.

M. Capgras a été nommé médecin-adjoint à la maison de santé de Ville-Evrard, en remplacement de M. Rogues de Fursac.

HOPITAUX DE MUSTAPHA. — Des concours auront lieu : 1° pour quatre places d'élève interne en médecine et en chirurgie, le lundi 19 octobre 1908; 2° pour le prix Poisson et l'internat de première classe, le 26 octobre 1908, à neuf heures du matin; 3° pour cinq places d'élève externe en médecine et en chirurgie, le lundi 26 octobre 1908 ; 4° pour cinq places d'interne en pharmacie, le mercredi 4 novembre 1908.

MARINE. — Par décret du 3 septembre 1908, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de troisième classe Ployé, Mauran, Cristol, Belley, Poupelain, Brun, Le Borgne, Chabe, Pélissier, Le Breton-Oliveau, Althabégoity, Ségard, Pénaud, Vialard, Hullot et Guimezanes.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les docteurs Billouet et Capon (de Cambrai) sont nommés officiers d'Académie.

— La médaille d'argent de l'assistance publique est conférée à M. le docteur Debu (de Cambrai).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE. — La prochaine session annuelle de la Société obstétricale de France aura lieu du 8 au 10 octobre prochain, sous la présidence de M. le docteur Doléris, de l'Académie de médecine. Les séances se tiendront à Paris à la Faculté de médecine.

Les rapports à l'ordre du jour seront les suivants :

1° Les ictères du nouveau-né (MM. Bué et Voron).

2° Prophylaxie et l'avortement (M. Bossi).

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Brindeau, secrétaire général, 71, rue de Grenelle, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Decool (d'Hazebrouck), Lecouffe (de Mouchin) et A. Sys (de Loon-Plage).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 8, août 1908.) Ottokakar FRANKENBERGER : Sur la présence des bactéries dans le larynx. — VACHER : Les applications du tour électrique en oto-rhinologie. — MERMOD : Ozène unilatéral et résection sous-muqueuse de la cloison nasale.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 244, 25 août 1908.) BERGONIÉ et TURPAIN : Sur les mesures des courants de haute fréquence en électricité médicale. — DOMINICI et BARCAT : L'action thérapeutique du radium sur les néoplasies. — KÖLHER-WIESBADEN : La téléröntgénographie du cœur.

Archives de médecine des enfants. — (N° 9, sept. 1908.) GORTER : Indoxylurie en pathologie infantile. — ALLARIA : Syndrome pseudo-ascitique.

Archives de médecine navale. — (N° 9, sept. 1908) MERCIER : Considérations sur le traitement des tuberculoses externes. — LACARRIÈRE : Législation des accidents du travail dans l'arsenal. — OUDARD : Epidémie de fièvre à bord de l'*Alger*. — QUÉRÉ : La canonnière *la Zélée* dans l'océan Pacifique.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 8, août 1908.) GILBERT et LEREBOULLET : Des cirrhoses alcooliques avec ictère. — DURAND : Contribution à l'étude de la tétanie d'origine gastrique et intestinale. — HEINCKE Jun. et VAN SELMS : De la sensibilité de l'estomac. Travail sur la clinique médicale d'Utrecht (prof. Talma).

Archives générales de chirurgie. — (N° 8, 25 août 1908.) HARDOUIN : Les cas de mort après la rachistovaïnisation. — MONTANDON : Le traitement des fractures diaphysaires de la cuisse et de la jambe. — MAUCLAIRE et BURNIER : Les cicatrices utérines et leurs ruptures.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 août 1908.) ROBIN : Un essai d'organisation économique de la lutte antituberculeuse. — Marcel VIOLLET : Les états neurasthéniques et leur traitement. — BAILLIART : L'opération de la cataracte à travers les âges.

Bulletin médical. — (N° 68, 29 août 1908.) GIDÉON-WELLS : L'épidémie annuelle de tétanos aux Etats Unis. — (N° 69, 2 sept.) DIEULAFÉ : Sur la topographie de l'espace ptérygomaxillaire. Applications chirurgicales.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 août 1908.) Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Traitement des brûlures.

Journal des praticiens. — (N° 36, 5 sept. 1908.) BROCA : Méningite cérébro-spinale aiguë ressemblant à l'appendicite.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 36, 3 sept. 1908.) DE MEYER : Sur la photographie des bruits du cœur.

Marseille médical. — (N° 17, 1er sept. 1908.) ODDO et CORSY : Emphysème sous-cutané. — PLATON : Les tumeurs du sein.

Montpellier médical. — (N° 34, 23 août 1908.) BAIN : Un anatomiste au XVIe siècle : André Vésale (*suite et fin*). — (N° 35, 30 août.) TÉDENAT et RIVES : Luxations de l'épaule.

Nord médical. — (N° 334, 1er sept. 1908.) G. LEMOINE : Traitement des péricardites.

Pédiâtrie pratique. — (N° 129, 1er sept. 1908.) LESIEUR et FROMENT : Cyanose congénitale avec vibration systolique intense et absence de soudure du cartilage de conjugaison. — CARANFILIAN : Un cas de communication interventriculaire du cœur. — POUCEL : Choix de l'incision dans l'opération de l'appendicite. — MASSIER : Volumineux fibromyxome naso-pharyngien chez un enfant de cinq ans et demi. — Roger VOISIN et Léon TIXIER : A propos de l'encéphalite aiguë hémorragique.

Presse médicale. — (N° 72, 5 sept. 1908.) BONNAIRE : Séméiologie des vomissements incoercibles de la grossesse.

Semaine gynécologique. — (N° 35, 5 sept. 1908.) PICHEVIN : Perforations utérines instrumentales.

Semaine médicale. — (N° 36, 2 sept. 1908.) MARINESCO : Contribution à l'étude de la myasthénie grave pseudo-paralytique.

Tribune médicale. — (N° 35, 29 août 1908.) MÉNÉTRIER et MALLET : Ouverture d'un kyste hydatique suppuré du foie dans les voies biliaires. — BORDET : Les courants ondulés en électrothérapie.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 16, 30 août 1908.) LANGLET : De l'organisation d'un service de désinfection dans la Marne.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Xe SESSION)

[*Genève, 3-5 septembre 1908* (1)].

SÉANCE D'INAUGURATION

Le Congrès s'est ouvert le 3 septembre, à neuf heures du matin, dans l'aula de l'Université, sous la présidence de M. le professeur d'Espine.

Après de chaleureux discours de bienvenue de M. Henry Fazy, président du Conseil d'Etat de la république et canton de Genève, de M. Ch. Piquet-Fages, président du Conseil administratif de la ville de Genève, les délégués des Sociétés savantes ont pris la parole.

M. le professeur Dejerine lit le discours de M. Troisier, délégué de l'Académie de médecine, retenu à Paris par son état de santé; M. Balzer parle au nom de la Société médicale des hôpitaux de Paris, et M. Laumonnier, au nom de la Société de thérapeutique.

Enfin M. le professeur d'Espine, président, prononce le discours d'ouverture du Congrès.

Il remercie les confrères de France qui reviennent toujours si volontiers revoir leurs amis de Genève et salue les confrères étrangers parmi lesquels figure M. le professeur His (de Berlin). Puis l'éminent président aborde un sujet qui touche autant les Suisses que les Français et qu'on ne saurait s'étonner d'entendre traiter par le maître de la clinique infantile suisse : l'influence de J.-J. Rousseau sur l'allaitement maternel. La place nous manque pour suivre M. d'Espine dans les nombreux et intéressants détails qu'il donne sur l'allaitement maternel avant et après J.-J. Rousseau. C'est au milieu d'applaudissements nourris qu'il conclut avec l'écrivain : « La sollicitude maternelle ne se supplée pas. »

A onze heures et demie, un banquet confraternel a permis aux congressistes de prendre plus amplement contact.

DEUXIÈME SÉANCE (3 septembre).

Discussion de la première question.

LES FORMES CLINIQUES DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

MM. Huchard (de Paris) et Jaquet (de Bâle) résument leurs rapports (v. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 100, p. 1191).

M. Huyberechts (de Bruxelles) rend hommage à M. Huchard qui a permis aux praticiens de soulager tant de cardiopathies.

M. le professeur Bard (de Genève) est comme M. Huchard d'avis que l'artério-sclérose est une question extrêmement confuse. Pour la délimiter l'anatomie pathologique est insuffisante, il faut la clinique, mais étayée sur l'anatomie pathologique.

Réserver le nom d'artério-sclérose à la maladie généralisée et laisser les artério-scléroses localisées dans le chapitre des maladies des divers organes constitue un premier triage.

M. Jaquet a dit qu'il n'y a aucun parallélisme entre les lésions anatomo-pathologiques et les troubles fonctionnels. Ce n'est pas l'avis de M. Bard. Il pense que les lésions inflammatoires sont des lésions qu'on ne tolère pas. Au contraire, les lésions torpides se supportent fort bien. Il est donc nécessaire, pour faire un deuxième triage, de tenir compte de la modalité.

M. Dunin (de Varsovie) apporte des résultats fournis par la *petite* clinique. Il a constaté que dans 20 p. 100 des cas d'artério-sclérose il n'y a pas d'hypertension. Cela se passe ainsi surtout dans les artério-scléroses localisées ; il est à noter que lorsque la pression artérielle s'élève, elle ne revient plus à la normale. Il n'y aurait qu'un cas où l'hypertension cesserait, ce serait chez les obèses.

Les expériences faites par M. Dunin et ses élèves sur l'influence du régime carné ont été négatives.

M. Arthur Bourcart (de Cannes) insiste sur l'importance du régime lacto-végétarien dans la dyspnée toxi-alimentaire et montre combien la classification de M. Huchard rendra de services aux praticiens. Comme l'a dit M. Huchard, il faudra choisir entre l'apparence d'*affaiblissement* causée par le régime lacto-végétarien et l'empoisonnement par le régime carné.

La parole est aux rapporteurs pour conclure.

M. Huchard insiste à nouveau sur la délimitation de l'artério-sclérose et l'*abus* qui a été fait de ce mot.

La cérébro-sclérose lacunaire, en particulier, ne fait pas partie de l'artério-sclérose généralisée. Cela est prouvé par l'épreuve du traitement lacto-végétarien qui reste négative dans ce cas et vérifie ainsi le vieux dicton : « Natura morborum ostendunt curationes. »

C'est donc une erreur nosologique qu'il faut rectifier.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Calcification et décalcification dans l'athérome artériel. — MM. M. Lœper et X. Gouraud insistent sur la nécessité de tenir compte dans le traitement et le régime alimentaires des athéromateux ou des candidats à l'athérome non seulement des substances capables d'irriter directement les parois vasculaires, mais aussi de celles d'apparence non toxique qui peuvent en modifier la nutrition et la constitution chimiques. Ils rappellent d'anciennes expériences de Lœper et Boveri et rapportent d'autres plus récentes qui montrent l'appétence des vaisseaux pour l'une de ces substances : la *chaux*, et la fixation par le tissu artériel des sels calciques que ces sels aient été introduits par l'alimentation normale ou par l'expérimentation ou qu'ils s'accumulent naturellement dans tout l'organisme des gens âgés.

Ils concluent qu'il est indispensable, chez l'adulte et le vieillard dont les besoins en chaux sont relativement faibles, de diminuer la ration calcique quotidienne de 90 centigrammes à 1 gramme, habituellement indiquée. Ils tendent à rejeter les produits alimentaires tels que le lait, les légumes verts dont le

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 100, p. 1191.

coefficient calcique dépasse 1 à 2 p. 100 de substances fraîches et conseillent au contraire les farineux, les fruits et même la viande. Ils proposent de faciliter l'élimination de la chaux par ses voies d'excrétion naturelle, le rein, l'intestin et la peau ; à ce point de vue, les purgatifs salins et drastiques amènent une élimination presque double de la normale et les diurétiques, boissons abondantes, digitale, café, théobromine, élèvent de 20 à 30 centigrammes l'élimination urinaire. Peut-être pourrait-on également essayer de soustraire par des médicaments appropriés la chaux aux tissus mêmes dans lesquels elle s'accumule ou de la solubiliser là où elle se précipite sous forme de phosphate de chaux. Ce traitement, ainsi que le leur ont montré les dosages pratiqués sur des animaux, est rarement efficace et souvent dangereux ; les acides comme l'acide lactique, les iodures même, sauf à très faible dose, entraînent de la chaux osseuse et cartilagineuse et en imbibent les tissus mous aboutissant ainsi à un résultat diamétralement opposé à celui que l'on devrait atteindre. Le médicament le plus efficace paraît être le bicarbonate de soude qui entraîne la *chaux mobile* sans toucher à la *chaux fixe*.

Il semble donc que le traitement guérira bien rarement les lésions achevées et pourra seulement prévenir les lésions en évolution. Le régime *acalcaire* et l'administration de substances *éliminatrices* de la chaux en constituent les indications principales et, semble-t-il, suffisantes.

Communications diverses sur l'appareil circulatoire :

L'urohypertensine, ses rapports avec l'artério-sclérose. — MM. Abelous et Bardier.

Hypertension artérielle et hypertension labyrinthique. — M. Lafite-Dupont.

L'appareil oculaire dans quelques formes cliniques de l'artério-sclérose. — M. Antonelli.

Mesure des tensions maxima et minima du travail relatif du cœur et des artères; applications à la clinique; — *Présentation d'un appareil enregistreur applicable à tous les appareils du genre Riva-Rocci et dérivés.* — M. Lagrange.

A cinq heures et quart, les congressistes partent du Jardin anglais pour la promenade en bateau sur le petit Lac, offerte par le président du Congrès.

DEUXIÈME QUESTION

PATHOGÉNIE DES ÉTATS NEURASTHÉNIQUES

I. *Rapport de M. le professeur Dubois* (*de Berne*).

Les *états neurasthéniques* constituent un tableau clinique bien caractérisé, une psychonévrose aussi circonscrite que peut l'être un état où intervient la mentalité du sujet.

Considérée à l'*état de crise*, la maladie offre des symptômes qui sont ceux de la *fatigue*, de l'*épuisement* créant l'impuissance dans le domaine physique, intellectuel et moral. Il s'y joint une infinité de sensations pénibles, de troubles des fonctions physiologiques relevant de la *fatigue* et de l'*émotion* ou de toutes les deux à la fois, l'émotion engendrant la fatigue et celle-ci déclenchant l'émotion.

Ces crises, de durée indéterminée, reconnaissent pour *causes occasionnelles* tous les agents, physiques et moraux, qui peuvent exercer une influence débilitante tant sur le corps que sur l'esprit. Ces causes sont absolument les mêmes que celles qui créent chez d'autres sujets les états *psychasthéniques* et les *psychoses* proprement dites.

L'observation exacte et prolongée fait constater la continuelle intervention des auto-suggestions dans la naissance, le développement et la guérison de la crise. Les maux de ces malades ne sont pas imaginaires, mais l'attention qu'ils leur prêtent, les idées hypocondriaques qu'ils se forment à leur sujet, amplifient la souffrance, les précipitent dans cette « spirale » où le trouble organique succède à l'émotion et vice-versa.

Pendant la crise et en dehors d'elle, il est généralement facile de surprendre chez ces sujets des *tares mentales* innées ou acquises dès les premières années de l'existence et qui se traduisent par la *pusillanimité*, l'*émotivité*, l'*aboulie*, l'*indécision*, etc., tous symptômes qui dénotent une *faiblesse de la synthèse mentale*, particulièrement dans les opérations les plus délicates, celles qui concernent notre vie morale.

Dans la période de crise, le traitement doit viser à combattre l'état d'épuisement à l'aide du repos plus ou moins complet et de toutes les mesures destinées à relever l'énergie vitale ; il importe de ne pas oublier, parmi ces dernières, l'influence morale.

Mais, aussi bien dans le cours de ce traitement que dans les périodes d'euphorie, il est urgent de combattre les *états mentaux primaires*, qui ont permis à des causes le plus souvent banales de provoquer l'état de crise neurasthénique. C'est ici qu'intervient l'*éducation de l'esprit*, l'*orthopédie morale* par la voie de la persuasion loyale. Elle seule permet de diminuer la *psychasthénie primitive* et d'éviter les rechutes qu'entraînerait presque nécessairement le retour des causes occasionnelles.

Limitée comme tableau clinique, la neurasthénie confine à l'état normal, car il est avéré que la fatigue exagérée peut amener des états neurasthéniques chez l'individu le mieux équilibré.

Dans les formes plus graves, les défauts mentaux s'accentuent et la neurasthénie passe à la *psychasthénie* et par celle-ci aux *vésanies*.

Si, sur ce dégradé, il est impossible de tracer des limites précises, il est permis de distinguer des formes morbides diverses, de les dénommer d'après les symptômes prédominants et d'asseoir sur ces constatations le diagnostic, le pronostic et le traitement d'un cas concret.

La nomenclature pourra varier bien souvent encore, réunir ces tableaux cliniques ou établir au contraire de nouvelles subdivisions. Ces classifications, nécessaires en pratique, ne supprimeront pas deux faits certains : 1° la parenté étroite qui relie les psychonévroses entre elles et celles-ci avec les psychoses ; 2° l'importance de la *mentalité* du sujet comme *cause primaire* des troubles que font naître les agents provocateurs variables et contingents.

En résumé, M. Dubois réserve le terme « d'état

neurasthénique » qui présente avant tout les symptômes de la *fatigue*, de l'*épuisement*, de l'*incapacité*; une analyse délicate permet seule d'établir dans quelle mesure cette impuissance est physique ou psychique. Il y a déjà de la *psychasthénie* chez ces malades; il y a déjà de la *dégénérescence*: ce ne sont pas des *forts*.

L'appellation de « psychasthénie » s'applique aux malades chez lesquels prédominent les *obsessions phobiques*, les *tics* ou les *manies*, etc. Ici l'état psychopathique saute aux yeux; la *synthèse mentale* est particulièrement défectueuse.

Les « états hystériques » se caractérisent par une *auto-suggestibilité* exagérée, ce qui a permis de dire que ces phénomènes peuvent être créés et dissipés par les procédés suggestifs ou persuasifs. Ce n'est nullement un critérium certain, puisque les mêmes moyens peuvent réussir dans les autres psychonévroses, mais il est évident que l'imagination joue dans l'hystérie un rôle prédominant. Il y a là aussi une faiblesse de la *synthèse mentale*, se trahissant par une tendance à subir le joug de l'imagination.

M. Dubois rapproche enfin les « états hypocondriaques » des « états mélancoliques ». Ils ont en commun un fond de tristesse, de désespérance, mais les préoccupations sont différentes, l'hypocondriaque s'apitoyant sur son *état de santé*, tandis que le mélancolique envisage avec tristesse les événements extérieurs ou critique sa conduite dans une *disposition auto-accusatrice*.

Sous ces formes si différentes de « psychonévroses », on reconnaît toujours une *tare mentale primitive*, une *psychasthénie*. Il y a chez tous ces malades une *infériorité fondamentale*; appelons-la dégénérescence ou imperfection, cela n'a pas grande importance. Il suffit de savoir que c'est là le *mal primaire* et que la forme de la psychonévrose dépendra de la mentalité spéciale au sujet et des circonstances occasionnelles qui provoquent les accidents. Il ne faut pas oublier que tous ces désordres mentaux, ces émotions, provoquent la fatigue et créent ainsi des symptômes « neurasthéniques », qui viennent se mélanger à ceux de la psychonévrose primitive.

II. *Rapport de M. Jean Lépine (de Lyon).*

La neurasthénie a été considérée d'abord comme une entité morbide bien définie, et sa pathogénie, variable suivant les théories, a longtemps participé de cette tendance synthétique. Aujourd'hui, l'orientation générale des esprits est différente. On décrit des états neurasthéniques, que l'on rapporte tantôt à des troubles organiques, tantôt à des phénomènes purement psychiques. C'est à la physiologie qu'il appartient de trancher le différend. L'étude pathogénique des états neurasthéniques doit commencer par celle de la fatigue normale, et celle-ci par un exposé de l'énergétique nerveuse.

L'énergie est produite, non par le système nerveux, mais par la nutrition de l'organisme tout entier, dont les troubles ont pour conséquence des modifications variées de la fonction de l'énergie. Cette fonction est normalement périodique, le repos répare la fatigue. L'énergie doit donc être produite en quantité suffisante, accumulée de même et consommée périodiquement. A l'état pathologique, sa production peut être diminuée, sa dépense exagérée, et la périodicité régulière disparaît. Le neurasthénique, moins actif que l'homme sain, se repose moins complètement. Les rapports réciproques du système nerveux et de l'organisme tout entier forment à l'état normal une série de cycles énergétiques réguliers. Lorsque les causes de perturbation sont plus fortes que la tendance de l'organisme à maintenir la loi préétablie, des cercles vicieux prennent naissance. Eux aussi, par le jeu de ces actions réciproques, ont une certaine tendance à la pérennité. Ce sont ces cercles vicieux qui constituent l'état pathologique.

Tous les intermédiaires existent entre l'état normal et l'état pathologique, aussi bien en ce qui concerne les manifestations psychiques de l'état de fatigue que ses symptômes psychiques. Les physiologistes (Mosso, Féré) ont signalé que, même chez les sujets normaux, la fatigue accroît l'émotivité, la suggestibilité, les tendances à l'automatisme, la dépression et l'atonie mentale. Le fait que les neurasthéniques présentent à un haut degré ces diverses manifestations n'autorise pas à considérer leur état comme ayant une origine purement psychique. Il y a identité de nature entre l'énergie physique et l'énergie psychique, et il n'y a pas de différence fondamentale entre la fatigue musculaire et la fatigue cérébrale. Entre la fatigue normale et la fatigue pathologique il n'y a qu'une différence d'intensité et de durée.

L'étiologie des états neurasthéniques présente comme facteurs éventuels, outre le surmenage et le neuro-arthritisme, une foule de causes accessoires. Mais aucune n'a, pour un sujet quelconque, une valeur pathogénique absolue. La pathogénie comprend divers éléments, plus ou moins combinés.

Le surmenage n'agit pas seulement en consommant les réserves, mais aussi en modifiant le chimisme des cellules, et en rendant celles-ci moins aptes à produire des énergies nouvelles. Il laisse en outre des déchets, dont la présence entrave les réactions énergétiques. Les infections agissent de même, leurs séquelles cellulaires peuvent se retrouver à la fois dans le système nerveux et dans les parenchymes.

Les intoxications, surtout auto-intoxications, ont une large part de responsabilité dans un grand nombre d'états neurasthéniques. Leur mode d'action est également complexe; ce n'est ni l'étude de la pression artérielle, ni celle des éliminations urinaires qui permettent à l'heure actuelle de l'élucider; on constate seulement en clinique que la suractivité, spontanée ou par action thérapeutique, des émonctoires atténue parfois dans une très large mesure les symptômes neurasthéniques. Assez souvent des insuffisances organiques interviennent dans la production ou la persistance d'un état neurasthénique, certaines ne sont que des asthénies localisées, elles sont plutôt des effets que des causes. Surtout lorsqu'il s'agit de l'insuffisance d'un organe

à sécrétion interne, il faut se garder de lui attribuer un rôle pathogénique exclusif. Les vices de telles sécrétions, comme de toutes les insuffisances organiques du reste, agissent surtout par leur retentissement général et les lésions réciproques qu'elles engendrent. Les troubles organiques susceptibles de provoquer un état neurasthénique sont presque toujours polyglandulaires et polyviscéraux. Ce sont avant tout des modificateurs de la nutrition générale.

La pathogénie des états neurasthéniques ne se réduit pas à des phénomènes toxiques et auto-toxiques, vis-à-vis desquels au point de vue de la diminution de l'énergie chaque sujet réagit à sa manière. Il faut aussi tenir compte des tares et des faiblesses du système nerveux, les unes acquises, les autres constitutionnelles, ces dernières les plus fréquentes. Cependant, lorsqu'il existe originellement une débilité nerveuse, elle porte en même temps sur les autres grandes fonctions organiques; de plus, les tares nerveuses héréditaires sont elles-même issues des infections et intoxications des générateurs.

L'éducation joue un grand rôle dans les aptitudes ultérieures d'un enfant à devenir neurasthénique. Par une éducation rationnelle, on peut restreindre beaucoup le danger des tares nerveuses antérieures, on accentue au contraire celles-ci par une éducation mal dirigée. Mais l'éducation rationnelle n'est pas seulement psychique; l'hygiène de la nutrition et le développement physique y ont une large place. Ici encore le fonctionnement cérébral est inséparable du métabolisme organique.

De quelque côté que l'on envisage le problème, que l'on étudie les divers types cliniques ou étiologiques ou bien les divers symptômes des états neurasthéniques, ceux-ci apparaissent toujours en dernière analyse comme des viciations de la fonction de l'énergie, en rapport nécessaire avec un élément organique. Tout proche des états neurasthéniques, d'autres syndromes (psychasthénie, mélancolie) présentent aussi des exemples de dépression nerveuse, pour lesquels l'élément psychique prédomine, alors que les troubles moteurs s'y montrent insignifiants. L'état neurasthénique peut y conduire, non point qu'il soit lui-même d'origine mentale, mais parce que ces troubles de l'esprit ont, comme l'état neurasthénique, un élément organique.

La psychothérapie, si utile chez les malades à forte suggestibilité, n'est pas un spécifique des états neurasthéniques. Elle ne s'adresse qu'à l'un de leurs éléments. Elle doit le meilleur de ses succès, chez les neurasthéniques, à ce que les médecins qui les mettent en pratique lui adjoignent très sagement des prescriptions d'hygiène alimentaire et le repos.

Les états neurasthéniques ne sont que des troubles fonctionnels. Il n'y a pas une maladie que l'on puisse appeler la neurasthénie, il y a une pathologie de l'énergie, infiniment variable et complexe, comme les réactions physico-chimiques des protoplasmas cellulaires dont elle traduit la viciation.

Les tares nerveuses anciennes et les troubles acquis de la nutrition entretiennent cette pathologie.

Discussion.

M. Bernheim (de Nancy) montre le peu de succès des efforts thérapeutiques sur les états neurasthéniques. Pour lui, ces échecs proviennent de ce que les états neurasthéniques se développent toujours sur un terrain constitutionnel héréditaire aggravé par des infections ou des intoxications durables ou momentanées.

M. P.-E. Lévy (de Paris) pense que les états neurasthéniques se trouvent chez des individus qui ont reçu une éducation incomplète, c'est-à-dire qui n'était pas simultanément physique, intellectuelle et morale, et c'est seulement par une rééducation totale qu'on peut guérir la neurasthénie.

M. Maurice de Fleury (de Paris) pense que dans la neurasthénie il y a un état somatique qui déclanche secondairement des phénomènes physiques anormaux.

M. Dunin (de Varsovie) estime que les états neurasthéniques sont caractérisés par la concomitance de phénomènes nettement somatiques et d'autres certainement psychiques.

M. Mendelsohn (de Paris) relève le rôle de l'esprit dans les états neurasthéniques, soit comme cause, soit comme moyen de traitement.

M. Huchard (de Paris) pense que les maladies physiques ne sont pas la base, mais seulement la cause déterminante des neurasthénies, et que la fatigue n'est pas la cause mais la conséquence, car il a observé de nombreux cas de ce syndrome chez des désœuvrés. Il fait un *mea culpa* en déconseillant le traitement médicamenteux qu'il avait préconisé autrefois. Il termine son exposé en rappelant l'opinion de Tissot, un des plus éminents médecins suisses du XIXe siècle, qui disait que dans certains cas les drogues pouvaient être nuisibles.

M. Teissier (de Lyon) dit que les états neurasthéniques sont dans le fond un syndrome cérébelleux et qu'il n'y a pas d'état neurasthénique sans maladie organique.

D'après les rapporteurs, la fatigue pourrait produire chez l'homme normal les symptômes de la neurasthénie. M. Granjux (de Paris) dit que les symptômes déterminés par la fatigue chez le soldat contredisent cette opinion. La fatigue est fréquente, pour ne pas dire constante, dans l'armée; elle se complique de la grosse émotion de l'abandon de son foyer. Aussi la vie militaire a-t-elle pour conséquence de déceler rapidement les tares nerveuses et d'aggraver la situation des anormaux. Comme conséquence, on observe, d'après la statistique médicale de l'armée, plus de 4000 cas de maladies nerveuses, mais la neurasthénie ne figure pas parmi les affections de cette nature signalées comme les plus nombreuses.

Etant donné que l'armée n'est pas sélectée au point de vue mental, on est amené à conclure que dans l'armée les « candidats à la neurasthénie » qui ne sont que des « débiles de la volonté » trouvent dans le milieu militaire le réconfort qui leur convient et leur permet de se ressaisir malgré la fatigue qu'ils ont à supporter. Leur état mental est relevé par le

contact incessant avec des individualités saines et l'effet moralisant de la discipline militaire.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Comment meurent les pneumoniques âgés (*réactions leucocytaires et résistance cardiaque*). — MM. ETIENNE et PERRIN (de Nancy). Des recherches hématologiques suivies chez 14 vieillards, mises en parallèle avec la résistance de leur cœur, ont amené les auteurs aux conclusions suivantes.

Le vieillard réagit au point de vue leucocytaire selon le même mode que l'adulte et dans des proportions analogues, mais le cœur du vieillard atteint de cardiosclérose peut fléchir plus facilement et plus tôt que celui de l'adulte : Un grand nombre de vieillards, après s'être bien défendus contre l'infection, succombent à des accidents cardiaques (7 décès sur 14 cas non triés).

Ainsi donc les réactions leucocytaires passent au second plan dans l'évaluation du pronostic de la pneumonie sénile.

C'est l'état du cœur et du système circulatoire en général qui commande le pronostic, axiome clinique dont les faits étudiés sont une nouvelle preuve. D'où cette conséquence pratique que chez le vieillard plus encore que chez l'adulte il est nécessaire d'instituer, dès le début de la pneumonie, la médication toni-cardiaque préventive.

Pression artérielle et artério-sclérose (*Recherches cliniques et expérimentales sur leurs rapports*). — MM. G. ETIENNE et J. PARISOT. En éliminant dans un groupe de nombreux sujets artério-scléreux examinés ceux dont la pression artérielle pouvait être pathologiquement modifiée par une lésion organique importante par un trouble dans le fonctionnement normal du cœur, MM. Etienne et J. Parisot ont constaté une pression normale ou inférieure à la normale dans 55 p. 100 des cas environ. Ils signalent, d'autre part, l'abaissement souvent très marqué de la pression dans des cas où l'autopsie leur a montré une sclérose aortique intense, malgré la coexistence d'une hypertrophie cardiaque qui le plus souvent (abstraction faite des cas de cardio-sclérose chez le vieillard) s'accompagne d'une élévation très nette de la pression.

Les auteurs rapprochent de ces faits les constatations faites par MM. Jeandelyse et J. Parisot qui dans l'insuffisance thyroïdienne ont vu la coexistence de la sclérose artérielle et de l'hypotension vasculaire. L'expérimentation a d'autre part montré à MM. Etienne et Parisot que des lapins (intoxiqués par l'adrénaline) présentant des lésions athéromateuses peuvent avoir une pression normale, que des substances hypotensives sont incapables d'empêcher la production de lésions athéromateuses et qu'enfin des animaux intoxiqués par l'adrénaline et l'extrait hypophysaire ont une pression artérielle supérieure à la normale malgré l'absence de lésions vasculaires macroscopique et microscopique. Il faut donc, concluent les auteurs dans cette question de l'artériosclérose, dissocier les deux facteurs, lésion vasculaire et hypertension artérielle, cette dernière n'étant pas plus la cause nécessaire de l'altération des vaisseaux qu'elle n'est un symptôme toujours présent et caractéristique de la sclérose vasculaire.

La ponction lombaire dans les dermatoses prurigineuses. — M. G. THIBIERGE (de Paris), depuis six ans, a étudié les effets de la ponction lombaire sur plus de 200 cas de dermatoses prurigineuses.

Dans le lichen de Wilson (lichen plan), le prurit est très rapidement modifié et peut, dans l'espace de quelques heures, disparaître complètement, sa disparition est suivie de l'affaissement et de la résolution des éléments éruptifs. Cet effet est d'autant plus rapide et complet que la ponction est faite plus près du début du lichen et que celui-ci affecte une marche plus rapide et une extension et une intensité plus considérables. Dans les formes chroniques, papillomateuses et verruqueuses, l'effet peut être presque nul.

Dans le lichen circonscrit, la ponction donne des résultats variables, généralement moins que dans le lichen de Wilson. Souvent, cependant, il se produit une amélioration plus ou moins prononcée.

Dans les prurigos diathésiques de Besnier, les résultats sont également variables, parfois très nets et très favorables, souvent peu prononcés. Ils sont d'autant plus accusés que l'affection ou plus exactement que la poussée actuelle est plus près de son début.

Dans les prurits péri-orificiels, les résultats sont également inconstants, parfois très satisfaisants, d'autres fois absolument nuls.

Les prurits associés au psoriasis et aux eczémas chroniques secs sont quelquefois très rapidement guéris par la ponction.

Dans les urticaires aiguës et chroniques, dans la dermatite herpétiforme du Duhring, la ponction lombaire ne produit aucun résultat.

D'une façon générale, on peut considérer la ponction comme indiquée dans les affections prurigineuses entravant le sommeil. Dans les cas favorables, elle peut amener la guérison sans aucune médication adjuvante.

La quantité de liquide céphalo-rachidien à extraire ne doit pas dépasser 6 à 8 centimètres cubes. La répétition de la ponction au delà de deux ou trois fois ne produit généralement plus d'effet.

L'action favorable de la ponction lombaire ne doit pas être attribuée à la suggestion contre laquelle toutes les précautions ont été prises dans la plupart des cas. Elle ne peut non plus être mise directement sur le compte de la décompression des centres nerveux. Elle paraît dépendre des modifications produites par la ponction dans toute l'économie, vraisemblablement par l'intermédiaire des vaso-moteurs, modifications parmi lesquelles on connaît une hyperglobulie transitoire (Ravaut et Pagniez).

Sur la pathogénie et le traitement des séborrhéides. — M. H. HALLOPEAU (de Paris). Ces affections comptent parmi celles où les moyens thérapeutiques sont le plus logiquement subordonnés aux indications fournies par la pathogénie. Leurs éléments essentiels

sont les suivants : hypersécrétion graisseuse, pullulation dans les corps gras, stagnants et altérés de microbes qui trouvent là un terrain favorable et plus particulièrement du fin bacille d'Unna, altération secondaire dans la nutrition de la peau et dystrophie avec chute plus ou moins précoce et abondante des cheveux.

L'excès de substances grasses reconnaît des causes multiples. Tout d'abord une alimentation trop riche en hydrocarbones, on peut dire à ce sujet que le régime mis en usage sur l'initiative de praticiens de Lausanne dans le traitement de la plupart des dyspepsies peut avoir une répercussion sur l'excès des sécrétions sébacées ; nous en connaissons des exemples ; on peut invoquer aussi la vie oisive qui a pour corollaire l'insuffisance des combustions ainsi que l'habitude de porter les cheveux courts : il va de soi, en effet, que la quantité de sébum normalement destinée à des cheveux longs se trouve surabondante pour les cheveux coupés courts. En rapport avec cette observation, on peut dire que la séborrhée est moins fréquente chez la femme que chez l'homme ; il serait intéressant d'étudier, à ce point de vue, le cuir chevelu des Chinois. On a invoqué une autre cause d'alopécie, la compression circulaire exercée chez l'homme par le chapeau et l'anémie locale qui en résulte. On peut objecter à cette théorie l'absence de séborrhée et de dépelation dans les anémies générales et locales et ce fait que les compressions donnent lieu à la chute du poil dans les parties mêmes où elles s'exercent, le chapeau ne pouvant donc donner lieu qu'à une alopécie en étroite bande circulaire ; certaines races sont réfractaires à l'alopécie ; il en est ainsi de notre souche ardennaise.

La thérapeutique doit combattre l'hypersécrétion des corps gras, les enlever, tuer les microbes et lutter contre les inflammations secondaires. Pour obtenir ces résultats, il y a lieu : 1° de réduire le plus possible l'ingestion des aliments gras et féculents ; 2° d'enlever l'excès de graisse par des savonnages à l'eau très chaude suivis de lotions avec le tétrachlorure de carbone purifié ; 3° de porter les cheveux plutôt longs, proportion presque paradoxale ; 4° de faire ensuite, tous les deux jours, une friction avec une préparation à base de soufre ou de thiol diluée ou dissoute dans de l'eau alcoolisée ; 5° une fois par semaine de faire une application de baume de Baissade.

Lorsqu'il y a de l'eczéma ou de l'impétigo, il y a lieu de les combattre par les moyens usités avant de recourir à la médication que nous venons d'indiquer.

Les sujets qui ont la patience de se soumettre pendant toute leur vie à ces pratiques, qui ressortent de l'hygiène plutôt que de la thérapeutique, ont les meilleures chances d'échapper aux conséquences pénibles de la séborrhée et particulièrement de la calvitie précoce dont elle est la cause habituelle.

Traitement de la blennorragie par l'association des nitrates d'argent et de zinc. — MM. Balzer et Tansard (de Paris). On se sert de la solution-mère suivante :

Nitrate d'argent.........	} *àâ* 50 centigrammes
Nitrate de zinc..........	
Eau distillée............	100 grammes.

Mettre 10 centimètres cubes de cette solution dans un litre d'eau distillée tiède pour faire un lavage quotidien de l'urètre suivant la méthode de Ganet. Ce lavage cause une douleur tolérable et qui dure quinze à vingt minutes. Jamais aucun inconvénient, aucune irritation de l'urètre postérieur ou de la vessie ; jamais aucune complication. Les auteurs ont traité avec succès des cas compliqués de prostatite et d'orchite.

Dans la blennorragie aiguë, guérison avec une moyenne de 17 lavages. Bons résultats également dans la blennorragie chronique et guérison avec une moyenne de 18 lavages.

Pour la blennorragie antérieure aiguë, le lavage quotidien peut être fait seulement une fois par jour et associé aux injections de protargol faites matin et soir : réduction prompte de l'écoulement par l'astringence des deux sels d'argent et de zinc, guérison rapide et quelquefois effets abortifs. Pour la blennorragie chronique, lavage une fois par jour, diminution prompte de l'écoulement et des filaments. Le nitrate de zinc semble augmenter la pénétration du nitrate d'argent.

Conclusions sur le traitement mercuriel du tabès. — M. Maurice Faure (de La Malou). — Des opinions contradictoires étant encore émises par les syphiligraphes et les neurologistes, au sujet du traitement mercuriel du tabès, on doit se demander ce qu'ont enseigné les faits réunis en grand nombre dans ces six dernières années. En effet, durant cette période, le traitement mercuriel du tabès s'est généralisé, malgré l'opinion contraire de beaucoup de neurologistes, et l'on ne voit presque plus un tabétique nouveau qui n'en ait reçu la prescription et ne l'exécute plus ou moins ; — et presque plus un médecin qui n'ait eu l'occasion de l'appliquer. — Voici les conclusions qui paraissent se dégager de cet examen :

Le traitement est pratiqué d'une manière moins intense et surtout moins massive que l'avaient souhaité ses protagonistes. Les produits forts ne sont pas toujours tolérés. Les doses moyennes semblent donner les meilleurs résultats. Mais, dans tous les cas, les traitements faits sont beaucoup plus importants, plus méthodiques, plus longs, que ceux d'autrefois. Ils consistent surtout en injections de sels insolubles, — parfois en sels insolubles ; plus rarement en frictions.

Les anciens tabétiques qui ont de vieilles scléroses cicatricielles, — des infections des réservoirs, — des intoxications médicamenteuses, — des troubles des fonctions de dépuration ou de la nutrition, sont restés absolument réfractaires au traitement mercuriel, que, du reste, ils tolèrent généralement mal, et c'est cet échec qui a découragé beaucoup de neurologistes. — Les tabétiques nouveaux acceptent, au

contraire, presque toujours bien le traitement, et souvent le réclame parce qu'il soulage (quelquefois rapidement) leurs douleurs et améliore leur état général.

Le traitement mercuriel est dirigé contre l'évolution progressive de la maladie et contre certains symptômes, mais il ne suffit pas à les améliorer toutes. C'est souvent pour avoir tout demandé au mercure qu'on n'a pu bien juger sa valeur véritable. Il est bon que le malade ne néglige aucun des autres moyens de traitement dont l'expérience a démontré l'utilité. Il ne doit pas se surmener, parfois même ne pas travailler. Il est nécessaire qu'il ne soit pas dans de mauvaises conditions hygiéniques, — qu'il ne soit point infecté ou intoxiqué, etc. Les cures thermales et la vie au grand air, avec un régime surveillé, secondent très efficacement la cure mercurielle. Celle-ci peut être faite en même temps, ou immédiatement avant ou après. Ainsi, des accidents nouveaux seront évités et les bons effets augmentés.

Le diagnostic de tabès doit être fait sans peur et aussi tôt que possible. Un malade averti et soigné de bonne heure a toutes les chances de guérir. Les quatre éléments fondamentaux du traitement sont : 1° hygiène et discipline de la vie; — 2° traitement mercuriel; — 3° cure thermale; — 4° rééducation motrice, non seulement contre les troubles moteurs de la vie de relation (marche — écriture), mais contre ceux de la vie de nutrition (respiration — miction — défécation).

La dose étalon qui paraît la meilleure pour régler le traitement mercuriel est le centigramme de mercure métallique par jour. Tout sel doit être rapporté à cet étalon. Le centigramme quotidien peut être dépassé, parfois il n'est pas atteint. Dans tous les cas, on doit se rappeler que l'intensité d'un traitement ne résulte pas seulement de sa dose quotidienne, mais aussi et plus encore de sa durée et de sa réputation qui varie avec les cas. En moyenne, 20 à 30 centigrammes constituent une cure qu'on réitère plusieurs fois par an (2 à 4).

Si l'on suit, durant plusieurs années, des tabétiques acceptant et répétant le traitement mercuriel, et des tabétiques ne le pratiquant pas, on constate que les premiers s'améliorent beaucoup plus généralement que les seconds. Mais il y a, cependant, des sujets exceptionnels qui ne peuvent tolérer le traitement mercuriel qui, parfois même, les aggrave.

Les paraplégies des vieillards. — M. Maurice Faure (de La Malou). Les paraplégies des vieillards ont une origine complexe : on a signalé l'artério-sclérose à l'athérome (Demange, Pic et Bonnamour); les lacunes de la substance nerveuse (Demange, Marie et Ferrand, Reverchon, Crouzon, Lejonne et Lhermite); les altérations des cellules spinales motrices (G. Ballet et M. Faure), etc.

La variété des signes cliniques n'est pas moins grande que la variété des lésions ; l'on y observe des symptômes d'origine cérébrale, d'autres d'origine cérébelleuse, d'autres d'origine spinale, d'autres d'origine névritique ou musculaire, etc.

Le point de départ de tous ces accidents semble être la sclérose vasculaire et le trouble général de la circulation et de la nutrition cellulaire qui en résulte.

En se plaçant au point de vue de l'évolution, du pronostic et du traitement, il nous a semblé qu'il y avait intérêt à distinguer deux catégories de paraplégies séniles :

1° Les unes sont des paraplégies spasmodiques vraies, avec contractures moyennes ou minimes, exagération des réflexes, affaiblissement musculaire et impotence motrice relative. Ces paraplégies sont justiciables de la méthode de traitement par exercices passifs que nous avons indiqués pour les paraplégies spasmodiques pures (1903-1906). L'amélioration est lente, incomplète, mais sûre et stable ;

2° Les autres sont vraiment de fausses paraplégies. Le malade marche à petits pas et semble pouvoir à peine se traîner, en soulevant le pied le moins possible et en butant contre les obstacles. Mais, en l'examinant, on constate que les réflexes sont peu ou point modifiés, que les mouvements passifs sont aisés, qu'aucune contracture ou rétraction notable ne les entrave, que la résistance volontaire du sujet aux mouvements qu'on lui imprime dénote une force plus que suffisante, qu'enfin les mouvements volontaires commandés se font avec précision et amplitude. Aussi, après quelques jours d'entraînement et d'exercices volontaires méthodiques, on obtient chez ces malades une véritable rééducation de la marche ; et tels, qui se traînaient en faisant des pas de 25 centimètres, marchent ensuite à une vive allure, avec des pas de 75 centimètres. Il y a donc simplement, dans ces cas, une perturbation du mécanisme automatique de la marche, mais pas de trouble des constituantes élémentaires de la marche (force musculaire, coordination, sensibilité, volonté motrice, etc.).

L'amélioration ainsi obtenue l'est donc par d'autres moyens que celle signalée dans la catégorie précédente, et elle s'en différencie encore parce qu'elle est rapide, facile mais instable et souvent transitoire. Ainsi, nous voyons annuellement, depuis 1902, des vieillards, qui présentent d'ailleurs d'autres symptômes de sénilité cérébro-spinale et qui, à chaque saison, se font guérir de leur paraplégie, mais oublient souvent, quelque temps après, leur traitement et ses résultats.

La distinction que nous venons d'établir ne résulte pas seulement des faits qui se sont présentés à notre observation. M. le professeur Grasset, dans la discussion sur le cerveau sénile, au XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Lille, août 1906), a déjà signalé des faits semblables et fait la même distinction; et il semble que son opinion ait été appuyée par les faits et conclusions citées par le rapporteur Léri, ainsi que par Henri Maige (C. R. de la *Revue neurologique*, 30 août 1906, n° 16, p. 794).

Recherches sur la teneur en albumines coagulables du sérum dans divers états pathologiques. — MM. Teissier, A. Morel et A. Cade (de Lyon). Des dosages des albumines coagulables du sérum sanguin effectués, à l'aide d'une technique très rigoureuse, chez de nombreux malades atteints de

diverses affections, permettent aux auteurs de poser les conclusions suivantes :

Le maintien au taux normal des albumines coagulables du sérum ou l'élévation au-dessus de celui-ci constitue le fait le plus fréquemment observé.

Certains états morbides peuvent s'associer tantôt à l'hypo, tantôt à l'hyperalbuminose du sérum.

Il ne paraît pas qu'on puisse tirer dès aujourd'hui du dosage des albumines coagulables du sérum des renseignements présentant au point de vue séméiologique une réelle valeur, exception faite cependant pour les cardiopathies et les néphropathies. Il semble, en effet, que les conclusions de Chiray, présentées au précédent Congrès, répondent d'une façon générale à la majorité des faits : la constatation de l'hypoalbuminose sérique, chez un sujet dont le diagnostic reste hésitant entre cardiopathie et néphropathie doit faire pencher nettement vers cette dernière. Chez les cardiaques, elle implique presque toujours la certitude de l'association d'importantes lésions des reins. Toutes les néphropathies indiscutables avec ou sans œdèmes, observées par les auteurs, ont présenté de l'hypoalbuminose sérique.

Sur la composition des substances lipoïdes de l'organisme et leur rôle de défense contre les infections. — MM. Gérard, Lemoine et Leulier (de Lille). Le nom de substance lipoïde est généralement donné au mélange des produits retirés des tissus et des organes par un traitement à l'éther. Ces lipoïdes sont formés par des corps gras, des phosphatides et des composés cholestériques. Nous avons dosé dans les divers lipoïdes obtenus en traitant les différents organes, les composés cholestériques et nous avons constaté que certains organes comme le poumon et la prostate les contenaient en quantité considérable, tandis que la moelle osseuse, par exemple, n'en renfermait que des traces. La grande diffusion dans l'organisme des substances lipoïdes et, en particulier, de leur constituant, les composés cholestériques, est un fait bien établi. Si l'on rapproche l'action anti-hémolytique et l'action antitoxique de la cholestérine des théories nouvelles de la dégénérescence graisseuse de certains organes dans les intoxications, on en arrive à cette conclusion que le rôle des corps lipoïdes est surtout un rôle de défense qu'utilise notre organisme pour lutter contre toutes les intoxications. La dégénérescence graisseuse ne serait pas le signe d'une destruction des cellules d'un organe, mais serait au contraire une sorte de mobilisation de la matière grasse vers l'organe envahi par le poison et constituerait un moyen de défense de l'organisme contre l'intoxication. L'organe menacé fait un véritable appel aux matières grasses qui apportent leur contingent de cholestérine pour exercer son action antitoxique et son pouvoir anti-hémolytique.

Le sérum antituberculeux de Marmorek. — M. Jacobson (de Paris) communique les résultats qu'il a obtenus pendant quatre années de traitement de tuberculoses diverses, aussi bien pulmonaires que chirurgicales, par le sérum antituberculeux de Marmorek. Ces résultats sont très encourageants, ayant porté surtout sur des cas graves, rebelles à tout autre traitement. Sur 44 cas de tuberculeux traités, dont 31 pulmonaires et 13 chirurgicaux, M. Jacobson a pu enregistrer 19 guérisons, 9 améliorations très notables, 3 cas stationnaires et 6 cas de mort (tous pulmonaires au troisième degré); dans 7 cas le traitement a été trop court pour donner un résultat quelconque. Parmi les cas guéris se trouvent 3 cas de bacillose subaiguë. Neuf malades guéris ont pu être surveillés pendant deux, trois ou même quatre ans et leur guérison se maintient intégralement. Le sérum a été administré surtout par voie rectale, dans les cas graves, en injections sous-cutanées, et dans un cas de cystite tuberculeuse directement dans la vessie. Le sérum est d'une innocuité absolue et en dehors des phénomènes anaphylactiques ne provoque aucune réaction.

Autres communications :

L'hydro-pneumothorax aréolaire. — M. Galliard (de Paris).

La valeur séméiologique de la diminution du murmure vésiculaire au sommet du poumon droit. — M. Fernand Bezançon. [Sera publié.]

De l'action spécifique du radium sur certaines tumeurs et sur certaines dermatoses rebelles. — MM. Wickham et Degrais.

Rayons α, β, γ du radium comparés aux rayons X. — M. Wickham. *(A suivre.)*

FORMULAIRE

POSOLOGIE DU SUC GASTRIQUE DANS LA DIARRHÉE AIGUË SAISONNIÈRE

Après douze ou vingt-quatre heures de diète, en faisant prendre une alimentation légère : laitages, œufs peu cuits, viandes saignantes, on donnera, à chaque repas, trois cuillerées à soupe de *dyspeptine* dans un peu de bière de malt de préférence, pendant deux ou trois jours.

Pour éviter une rechute et des troubles digestifs consécutifs, on ordonnera, pendant une semaine, une cuillerée de dyspeptine par repas, en revenant au régime normal.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie générale, par le docteur P. Courmont (1).

Dans ce nouveau volume de la collection Testut, M. Courmont s'est proposé d'envisager les causes, les lésions, les processus pathogéniques, les troubles fonctionnels et enfin l'évolution des maladies. Ainsi est-il naturellement conduit à diviser son sujet en quatre chapitres. Le premier est intitulé : *Les causes des maladies, étiologie, pathogénie générales*, et examine successivement les causes intrinsèques, les causes mécaniques et physiques; les agents toxiques, les agents animés ou infectieux. Le second concerne l'*anatomie pathologique générale* et décrit les réactions anatomiques, cellulaires et tissulaires, et, à propos de ces dernières, les tumeurs. Dans le troisième, relatif à la *physiologie pathogénique,* M. Cour-

(1) Coll. Testut, avec 121 figures dans le texte. — Paris, O. Doin.

ment passe en revue les troubles généraux de la nutrition et des échanges, les auto-intoxications, les défenses de l'organisme, les troubles de la thermogenèse. Quant au dernier, il est consacré à l'*évolution des maladies*.

Telles sont, en quelques mots, les grandes divisions de l'ouvrage. Elles ont permis à l'auteur, non seulement de citer une foule de recherches éparses, et qu'il est presque impossible au lecteur d'aller chercher dans les publications spéciales où elles ont paru, mais encore de les exposer clairement. Signalons, comme nous ayant particulièrement intéressé, les chapitres sur les *Rayons X*, les *troubles généraux de la nutrition*, les *réactions humorales*. Sans doute, on pourrait reprocher à M. Courmont de n'être pas absolument complet, mais, avec un sujet aussi vaste, comment éviter cette critique? Un *Précis* n'est, d'ailleurs, pas un dictionnaire. L'essentiel, c'est que ceux qui le lisent acquièrent un certain nombre de notions précises, qui leur permettront de mieux comprendre les questions les plus importantes de la pathologie, et qu'il leur sera toujours possible d'approfondir plus tard. C'est ce but que M. P. Courmont s'est fixé et nous sommes heureux de voir qu'il l'a complètement atteint.

L. BABONNEIX.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 103. — JEUDI 10 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 10 SEPTEMBRE 1908. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 7 décembre 1908, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des facultés de France, et être de nationalité française.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens internes dans les hôpitaux des villes où siège une faculté, ni des anciens internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Les candidats qui désirent prendre part au concours sont informés que le registre pour les inscriptions sera ouvert à cet effet un mois à l'avance et clos quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours.

MARINE. — M. le médecin de première classe Letrosne, du port de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major de la 2e flottille de torpilleurs de la Manche.

M. le médecin principal Casanova, du port de Brest, est appelé à servir à la prévôté de Ruelle.

M. le médecin en chef Touchet continuera ses services à Brest après son remplacement à Ruelle.

PHYSIOTHÉRAPIE. — Cours de vacances. — En raison de la clôture de la saison thermale, le voyage à Vichy qui constitue une des démonstrations pratiques du cours de physiothérapie, organisé du 15 octobre au 8 novembre prochain, par MM. les docteurs Albert-Weil, Bardet, de Beurmann, Bouloumié, Cautru, Desfosses, Dominici, Durey, Kruger, Lagrange, Lalesque, Gaston Lyon, Mougeot, Parisot et Sandoz, aura lieu le 28 et le 29 septembre.

Le prix de ce voyage (tous frais compris) n'est que de 30 francs.

Les médecins et étudiants désireux d'y participer sont priés d'envoyer le plus tôt possible leur adhésion à MM. Vigot, frères, place de l'Ecole-de-Médecine, ou au docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET MODIFIANT LE DÉCRET DU 29 OCTOBRE 1898, PORTANT RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Le président de la République française,
Sur le rapport du ministre de la guerre,
Vu le décret du 29 octobre 1898, portant réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire,

Décrète :

Article premier. — Le titre Ier, l'article 15 du titre III et le titre IV du décret susvisé du 29 octobre 1898, sont remplacés par les titres et articles suivants :

TITRE PREMIER

Institution de l'école. — Article premier. — L'école d'application du service de santé militaire est instituée pour donner aux médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe élèves l'instruction professionnelle militaire spéciale, théorique et pratique nécessaire pour remplir dans l'armée les obligations du service qui incombent au corps de santé militaire.

TITRE III

Art. 15. — Le conseil de discipline est composé :
Du directeur de l'école, président;
Du sous-directeur de l'école;
D'un professeur désigné chaque année par le directeur;
De deux médecins principaux ou majors de la garnison désignés chaque année par le ministre.

Le conseil de discipline est chargé de provoquer toutes les mesures nécessaires au maintien de l'ordre.

Le médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe élève, qui a commis une faute assez grave pour encourir le renvoi de l'école, comparaît devant le conseil de discipline. Il est l'objet, s'il y a lieu, d'une proposition de mise en non-activité ou d'envoi devant le conseil d'enquête.

TITRE IV

Dispositions relatives aux élèves et au service intérieur. — ART. 17. — Les élèves de l'école d'application du service de santé militaire se recrutent :

1° Parmi les élèves de l'école du service de santé militaire reçus docteur en médecine ;

2° Parmi les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe qui sont directement admis, après concours, en exécution de l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888 ;

3° Parmi les élèves en pharmacie du service de santé militaire reçus pharmaciens de première classe.

Les uns et les autres, à la date du 1er février de l'année du stage à l'école, sont nommés au grade d'aide-major de deuxième classe et pourvus de l'emploi de médecin ou de pharmacien aide major de deuxième classe élève.

Pendant leur séjour à l'école d'application, le classement par ordre de mérite des médecins aides-majors de deuxième classe élèves est déterminé par deux examens trimestriels aux éléments d'appréciation desquels s'ajoutent les notes obtenues pendant le trimestre.

Le classement par ordre de mérite des pharmaciens aides-majors de deuxième classe élèves est déterminé par deux examens trimestriels dans les mêmes conditions que ci-dessus.

Les cours de l'école d'application commencent le 15 janvier, ils ont une durée de huit mois.

ART. 18. — Les diverses branches de l'enseignement sont déterminées par des programmes. Ces programmes et le tableau de l'emploi du temps sont soumis à l'approbation du ministre par le directeur de l'école.

ART. 19. — Le règlement sur le service intérieur de l'école sera présenté par le directeur à l'approbation du ministre, aucune modification ultérieure n'y pourra être apportée sans autorisation ministérielle préalable.

ART. 20. — L'école sera inspectée chaque année par un médecin inspecteur général, conformément aux instructions ministérielles.

ART. 21. — A partir de leur nomination, les médecins et les pharmaciens aides-majors de deuxième classe élèves reçoivent les allocations déterminées par les tarifs de solde : il leur est attribué une indemnité de première mise d'équipement.

ART. 22. — Ils sont soumis, à l'intérieur de l'école, à des interrogations et à des épreuves pratiques qui donnent lieu à des notes permettant d'établir tous les trois mois un classement qui est transmis au ministre.

ART. 23. — Les examens de sortie sont passés devant le jury spécial, présidé par un médecin inspecteur et subdivisé en trois sections : médicale, chirurgicale et pharmaceutique, présidées respectivement par le médecin inspecteur, directeur de l'école et le pharmacien inspecteur.

Le jury de médecine et celui de chirurgie sont formés par les professeurs de l'école auxquels sont adjoints, dans chaque spécialité, deux membres étrangers à l'école et du grade de médecin principal ou major de première classe. Le jury pharmaceutique sera composé du pharmacien professeur et d'un pharmacien principal ou major, étranger à l'école.

Les trois sections fonctionnent simultanément.

Tous les membres du jury sont nommés par le ministre; les juges étrangers à l'école le sont sur la proposition du comité technique de santé. Des professeurs agrégés en exercice sont désignés comme juges suppléants. Les séances du concours sont publiques.

Le classement par ordre de mérite des médecins aides-majors de deuxième classe élèves, ainsi que celui des pharmaciens aides-majors de deuxième classe élèves, est arrêté en assemblée générale des membres du jury d'examen et des membres du conseil de perfectionnement de l'école sous la présidence du président général du jury. Ce classement est défini par la combinaison des notes obtenues aux examens de sortie avec celles des classements trimestriels.

ART. 24. — Les médecins et les pharmaciens aides-majors de deuxième classe élèves, qui ont subi avec succès les épreuves de l'examen de sortie, prennent rang sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe, d'après leur numéro de classement audit examen.

ART. 25. — Les médecins et les pharmaciens aides-majors de deuxième classe élèves, qui n'ont pas obtenu à l'examen de sortie la moyenne des points déterminée par le règlement sur le service intérieur de l'école, peuvent être autorisés par le ministre, sur la proposition du jury, à redoubler leurs huit mois d'études.

Ils concourent dans ce cas avec la promotion suivante. S'ils ont satisfait à l'examen de sortie, l'ancienneté dans le grade d'aide-major de deuxième classe devient la même que celle des aides-majors de deuxième classe élèves de cette promotion.

Dans le cas où l'autorisation de redoubler les huit mois d'études n'est pas accordée, les médecins et les pharmaciens aides-majors de deuxième classe élèves sont mis en non-activité. Ils peuvent être autorisés à subir de nouveau les examens de sortie en même temps que les aides-majors élèves d'une promotion suivante. S'ils satisfont à ces examens, ils sont rappelés à l'activité et prennent rang à la suite des aides-majors élèves de cette promotion et entre eux, s'il y a lieu, d'après les règles générales établies pour le classement.

ART. 26. — L'autorisation de redoubler les huit mois d'études ne peut être accordée qu'une seule fois aux aides-majors élèves.

ART. 27. — Les médecins militaires provenant de l'école du service de santé militaire qui quitteraient, sauf dans le cas de réforme pour infirmités, le service de santé militaire avant d'avoir accompli leur engagement sexennal, sont tenus au remboursement du montant des frais de scolarité payés pour eux par l'administration de la guerre, et, s'ils ont été boursiers à l'école de Lyon, au payement du montant des frais de pension et de trousseau, ainsi qu'au remboursement de l'indemnité de première mise d'équipement.

Les médecins militaires qui ne proviennent pas de l'école du service de santé militaire et qui quitteraient, sauf dans le cas de réforme pour infirmités, le service de santé militaire avant d'avoir accompli leur engagement sexennal, sont tenus au remboursement de l'indemnité de première mise d'équipement. La même disposition est applicable aux pharmaciens militaires, qui devront rembourser, en outre, s'il y a lieu, les frais de scolarité payés pour eux par l'administration de la guerre et les indemnités touchées avant l'entrée à l'école d'application du service de santé militaire.

ART. 2. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles qui précèdent.

ART. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 30 août 1908.

A. FALLIÈRES.

Par le président de la République :

Le ministre de la guerre,

G. PIQUART.

RENSEIGNEMENTS

LES MÉTAUX COLLOIDAUX

ÉTUDE SUR LEUR ACTION ET LEUR EFFET SUR LE POUVOIR PHAGOCYTAIRE

Par MM. E. BOSSAN,

Médecin en chef de l'hôpital des Dames françaises de Nice,

et H. MARCELET,

Ancien préparateur du cours de toxicologie à l'Université de Montpellier, ancien élève de l'Institut Pasteur de Paris.

Dans un précédent travail (1), l'un de nous montrait combien la recherche de l'index opsonique donnait de renseignements précis sur l'effet produit par un médicament quelconque dans une infection quelle qu'elle soit. *C'est un moyen de contrôle parfait, puisque nous voyons la réaction défensive de l'organisme et que nous pouvons en apprécier rigoureusement les fluctuations.*

Mais dans une étude de ce genre, il nous a semblé indispensable de nous préoccuper de la résistance phagocytaire complète du sang de nos malades et de prendre en considération aussi bien les cellules que le sérum. La technique de cette étude complète est du reste plus simple et beaucoup plus rapide que celle de la recherche de l'index opsonique seul qui comporte le lavage des cellules et des prises de sang pour obtenir du sérum normal et du sérum du malade. Il est en effet incontestable que le pouvoir des cellules varie aussi bien que celui du sérum et que *la seule méthode pour arriver à une estimation correcte de la résistance hémophagocytaire d'un malade est d'évaluer la résistance des cellules dans leur sérum.*

De nombreux et très intéressants travaux ont été publiés sur les métaux colloïdaux; mais quels renseignements peuvent-ils nous donner?

Ils ont un pouvoir bactéricide, établi *in vitro* par Mlle Cernovodeanu et Victor Henri (2) et vérifié sur l'animal par Charrin (3), Chirié et Monier-Vinard (4), Ils provoquent une hyperleucocytose considérable, suivie d'une décharge urinaire d'urée et d'acide urique en excès (5). Ils ont un pouvoir catalytique, suscitant directement des anticorps, des antitoxines... (?). Ils sont non toxiques.

Sommes-nous enfin en présence de la panacée universelle, et devons-nous employer indifféremment ces métaux colloïdaux dans tous les cas d'infection quelle qu'en soit la cause, quel que soit le micro-organisme dont elles ressortissent? Rien, en effet, dans les travaux parus jusqu'ici ne nous renseigne sur ce point capital. Tel est le but de ce travail.

Dans une première partie, nous étudions le pouvoir phagocytaire du sang de cobayes sains sur les microbes suivants : streptocoque, staphylocoque, coli-bacille, charbon, bacille de Lœffler, bacille d'Eberth, paratyphique A de Brion, paratyphique B de Schottmuller, bacillus enteritidis de Gærtner; puis nous leur faisons dans le tissu musculaire une injection d'électrargol correspondant à celle normale de 10 centimètres cubes chez un homme de poids moyen douze heures, vingt-quatre heures, soixante-douze heures après, etc. Nous étudions dans les mêmes conditions le pouvoir phagocytaire de nos cobayes ainsi traités, vis-à-vis des microbes énumérés plus haut. Il est bien évident que si nous trouvons une augmentation dans la résistance des animaux en expérience, cette résistance sera due au médicament employé, si cette augmentation se retrouve dans toutes les expériences semblables. De plus, grâce à notre procédé, nous pouvons contrôler, mesurer cette résistance, connaître sa durée et voir enfin, si cette augmentation de résistance sous l'influence du médicament est indépendante de la cause de l'infection, si elle n'est pas plus marquée vis-à-vis de certains microbes, si elle ne fait pas complètement défaut vis-à-vis de certains autres.

Dans la deuxième partie, nous recommençons les mêmes expériences, mais cette fois avec du *sang humain*. Nous espérons donc montrer ce qu'aucune autre méthode ne peut faire :

1° Quelle est l'action *mesurable* des métaux colloïdaux sur la défense de l'organisme vis-à-vis des microbes étudiés (1);

2° Quelle en est la durée. En un mot, montrer dans quels cas cette médication est active, si elle n'est pas spécifique dans certaines infections et quand on doit renouveler ces injections. Toutes questions d'importance primordiale en thérapeutique, et les seules qui puissent nous renseigner exactement sur l'action et l'efficacité d'une médication.

TECHNIQUE. — Avec une pipette capillaire, munie d'une tétine en caoutchouc et marquée au crayon sur la tige, nous aspirons un volume de sang, un volume de solution de citrate de soude à 1 p. 100 dans une solution physiologique de sel et un volume d'une culture de vingt-quatre heures en bouillon.

Nous mêlons ensemble les trois volumes égaux de sang, de suspension bactérienne et de citrate de soude en les soufflant sur une lamelle propre et en les aspirant à plusieurs reprises. Le mélange terminé, une portion suffisante à notre étude est aspirée dans le tube capillaire de la pipette et l'orifice du tube scellé à la lampe. Cela fait, la pipette est placée pendant vingt minutes dans l'étuve à 37 degrés.

Après ce laps de temps, nous brisons l'extrémité de la pipette, en mêlons soigneusement le contenu, comme déjà nous l'avons fait, de façon à avoir un

(1) E. BOSSAN. Opsonines et index opsonique comme moyen de contrôle de l'effet produit par certaines médications, *Gaz. des hôpit.*, 24 janv. 1907.

(2) Mlle CERNOVODEANU et V. HENRI. Soc. de biol., 21 juillet 1906.

(3) CHARRIN. Etude expérimentale des propriétés thérapeutiques de l'argent colloïdal; mécanisme de son action, Soc. de biol., 19 janv. 1907.

(4) CHIRIÉ et MONIER-VINARD. Action expérimentale in vitro et in vivo de l'argent colloïdal électrique sur le pneumocoque, Soc. de biol., 22 déc. 1906.

(5) A. ROBIN et G. BORDET. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, mars 1904.

(1) Il semble jusqu'à présent établi que la nature du métal influe peu sur son action. Des travaux en cours nous fixeront sur le platine, l'or, le cuivre colloïdal.

échantillon moyen et nous en faisons pour chaque cas quatre préparations, fixées et colorées par le liquide de Romanowski modifié par Leishmann.

Les préparations ainsi obtenues sont examinées à l'objectif à immersion. On compte le nombre de microbes phagocytés dans les vingt ou trente premiers polynucléaires qui se présentent au microscope, on fait la moyenne, et l'on compare les résultats ainsi obtenus avant et après la médication. Nous appellerons *coefficient phagocytaire* la moyenne ainsi obtenue. Nous faisons dans chaque cas quatre préparations pour, en nous contrôlant réciproquement, éviter des causes d'erreurs de calcul ou d'interprétation dans le nombre des microbes phagocytés (1).

TABLEAU I. — *Coefficient phagocytaire chez le cobaye* (2) [moyenne des résultats obtenus sur 4 cobayes].

Injection d'électrargol : 0cc1.

	Avant l'injection.	12 h. après.	48 h. après.
Streptocoque	0,07	0,20	1,69
Colibacille	0,05	2,26	1,34
Diphtérie	0,05	0,12	1,00
Staphylocoque	0,16	2,60	1,00
Charbon	0,08	0,30	0,94
Bacille typhique	0,10	0,65	1,90

Le poids moyen des cobayes était de 400 grammes. La dose injectée de 0cc1 d'électrargol (3) correspond donc à peu près à une injection de 10 centimètres cubes chez un homme de 60 kilogs.

Sauf pour le streptocoque, le coefficient phagocytaire s'élève pour tous les microbes étudiés au bout de douze heures et par ordre d'action décroissante du colibacille à la diphtérie.

Au bout de quarante-huit heures ce coefficient continue à s'élever pour le streptocoque, la diphtérie, le charbon et le bacille typhique.

Il diminue au contraire pour le colibacille et le staphylocoque, ce qui indique la nécessité dans ces cas de renouveler l'injection à ce moment.

TABLEAU II. — *Coefficient phagocytaire chez l'homme.* — Antonia B..., âgée de vingt et un ans; 48 kilogs.

Injection d'électrargol : 5 centimètres cubes.

	Avant l'injection.	24 h. après.	96 h. après.
Streptocoque	6,20	6,90	7,93
Colibacille	2,65	4,34	8,20
Dipthérie	0,41	5,16	8,75
Staphylocoque	1,76	3,29	4,29
Charbon	0,64	1,00	1,15
Bacille typhique	0,61	2,00	13,55

TABLEAU III. — *Coefficient phagocytaire chez l'homme.* — Antoine D..., trente-deux ans; 64 kilogs.

Injection d'électrargol : 10 centimètres cubes.

	Avant l'injection.	24 h. après.	96 h. après.
Streptocoque	0,90	2,87	8,00
Colibacille	3,10	4,30	6,73
Diphtérie	0,40	7,60	17,42
Staphylocoque	0,90	1,55	2,52
Charbon	0,72	2,47	5,05
Bacille typhique	1,62	3,97	25,60

TABLEAU IV. — *Coefficient phagocytaire chez l'homme.* — Louis M..., trente-sept ans; 70 kilogs.

Injection d'électrargol : 10 centimètres cubes.

	Avant l'injection.	24 h. après.	96 h. après.
Streptocoque	1,42	1,50	2,30
Colibacille	1,45	4,60	5,80
Diphtérie	0,55	5,40	9,02
Staphylocoque	1,75	3,35	4,73
Charbon	0,37	1,77	2,30
Bacille typhique	1,52	2,55	18,32

Pour les trois tableaux ci-dessus, les sujets ont été soigneusement choisis exempts de tares héréditaires ou acquises.

Au point de vue général, d'après l'examen d'ensemble des trois tableaux, nous voyons que c'est de beaucoup contre le bacille typhique que semble agir l'électrargol ; puis contre le bacille de la diphtérie et par ordre d'action décroissante, nous trouvons colibacille, streptocoque, staphylocoque et charbon.

Pour le bacille d'Eberth, le pouvoir phagocytaire est très augmenté, surtout après les vingt-quatre premières heures, tandis que pour les autres, la phagocytose sans être aussi considérable suit une courbe plus régulière. Il paraît donc que dans les cas de fièvre typhoïde on a intérêt à ne faire une nouvelle injection que plus de vingt-quatre heures après la première.

Un certain nombre de cas cliniques observés par l'un de nous, et les résultats obtenus dans nos expériences sur le bacille d'Eberth, nous ont engagés à porter plus spécialement notre attention sur ce bacille et ses voisins les « paratyphiques » (paratyphique A de Brion, paratyphique B de Schottmuller, bacillus enteritidis de Gærtner).

Il nous a aussi semblé intéressant de nous rendre compte des effets produits par une deuxième injection sur le pouvoir phagocytaire. Ainsi qu'on le verra dans les tableaux suivants, nous avons fait cette seconde injection de 10 centimètres cubes immédiatement après le prélèvement du sang effectué quarante-huit heures après la première injection et les nouvelles prises ont eu lieu respectivement vingt-quatre et quarante-huit heures après cette dernière.

TABLEAU V. — *Coefficient phagocytaire chez l'homme.* — Thérèse N..., dix-sept ans ; 55 kilogs.

Deux injections d'électrargol : 10 centimètres cubes chaque fois.

(1) Nous tenons à remercier nos maîtres et amis M. Ed. Sergent, de l'Institut Pasteur, et M. Lagriffoul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier qui ont bien voulu nous envoyer les cultures nécessaires à nos expériences, et M. Clin qui nous a fourni l'électrargol employé dans notre travail. Une circonstance indépendante de notre volonté nous a empêché de nous servir du collargol que M. Couturieux avait très aimablement mis à notre disposition.

(2) En comparant les résultats de ce tableau avec ceux obtenus chez l'homme, on voit une fois de plus que les expériences sur les animaux ne rendent pas toujours exactement compte de ce qui se passe chez celui-ci.

(3) L'électrargol employé dans nos expériences est la solution isotonique de pouvoir catalytique = 25 qui se trouve dans le commerce en ampoules de 10 centimètres cubes.

	1re INJECTION			2e INJECTION	
	Avant.	24 h. après.	48 h. après.	24 h. après.	48 h. après.
Bacille typhique	4,25	6,40	9,00	10,30	12,60
Para Brion A	2,90	3,20	1,37	17,00	20,90
Para Schott. B	0,65	1,50	2,00	6,20	8,50
Bac. enterit. Gærtner	4,75	5,30	7,60	20,20	27,70

Tableau VI. — *Coefficient phagocytaire chez l'homme.* — Auguste D..., vingt ans; 70 kilogs.

Deux injections d'électrargol : 10 centimètres cubes chaque fois.

	1re INJECTION			2e INJECTION	
	Avant.	24 h. après.	48 h. après.	24 h. après.	48 h. après.
Bacille typhique	4,40	8,27	15,60	12,80	16,65
Para Brion A	1,70	5,40	9,70	12,05	15 09
Para Schott. B	0,85	0,67	aggl.	aggl.	aggl.
Bac. enterit. Gærtner	4,30	6,00	11,80	50,00	100,00 environ (1).

Tout d'abord l'examen de ces deux tableaux nous démontre que l'électrargol a une action très marquée sur tous ces microbes, mais spécialement sur le bacille de Gærtner. La deuxième injection a augmenté dans tous les cas le coefficient phagocytaire.

Un phénomène que nous nous proposons d'étudier, c'est, dans le tableau VI, l'agglutination considérable observée avec le Schottmuller.

Conclusions. — 1° Notre méthode est la seule jusqu'à ce jour qui permette de suivre pas à pas l'action d'un médicament et d'en contrôler sous le microscope les résultats cliniques. Sa simplicité la met à la portée de tout chercheur un peu au courant des travaux de laboratoire;

2° L'électrargol augmente très nettement les réactions défensives du sang (démontrées par l'augmentation du coefficient phagocytaire) contre les microbes étudiés. Notre étude est basée sur plus de 500 préparations;

3° L'efficacité réelle de l'électrargol est surtout marquée contre les bacilles typhiques et paratyphiques et par ordre décroissant : diphtérie, colibacille, streptocoque, staphylocoque et charbon.

Désirant pousser plus loin l'étude des corps colloïdaux, nous poursuivons en ce moment des expériences ayant pour but de nous faire connaître :

1° Si les colloïdes agissent seulement par leur *état colloïdal*, c'est-à-dire d'extrême division et, comme on l'a dit, par catalyse;

2° Si, contrairement à ce que l'on croit, la nature du métal n'est pas indifférente;

3° Si les métaux colloïdaux agissent sur les globules blancs ou sur le sérum développant dans ce sérum des opsonines, des anticorps ou des agglutinines.

(1) La phagocytose est tellement considérable, qu'il nous a été impossible de numérer exactement les bacilles. Nous nous croyons cependant au-dessous de la vérité en indiquant ces chiffres approximatifs.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Xe SESSION)

[*Genève, 3-5 septembre 1908* (1)].

TROISIÈME QUESTION

I. TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE

Rapport de MM. A. Gilbert, P. Carnot et J. Jomier.

La lithiase biliaire est une maladie qu'on a fréquemment l'occasion de rencontrer en clinique et qu'à l'autopsie on note beaucoup plus souvent encore. C'est ainsi que M. Bouchard, dans une statistique comprenant exclusivement les maladies apyrétiques qu'il a pu observer à sa consultation personnelle, la signale déjà dans 2,8 p. 100 des cas. D'autre part, Schrœder l'a constatée 12 fois et demie sur 100 examens nécropsiques.

On conçoit, en ces conditions, l'intérêt qui s'attache à la question de son traitement, déjà mise à l'ordre du jour du Congrès international de Paris, en 1900, où elle faisait l'objet de rapports de M. Naunyn et de MM. Gilbert et Fournier.

Le traitement de la lithiase biliaire a tantôt pour objectif d'éviter la formation des calculs, tantôt il s'attaque à la maladie, les calculs une fois constitués.

Malgré la lumière nouvelle que les travaux de ces dernières années ont jetée sur le mécanisme de la formation des calculs, malgré la notion bien établie, semble-t-il, du rôle de certains éléments pathogéniques, il est malaisé d'atteindre le processus lithogène dans ses causes intimes, de prévenir la maladie; mais en face de la lithiase réalisée, si le médecin obtient rarement, du moins par les moyens médicaux de thérapeutique, la guérison idéale par suppression des calculs, il parvient fréquemment au soulagement temporaire ou définitif de son malade.

Les rapporteurs passent en revue successivement le traitement préventif de la lithiase, puis le traitement de la lithiase constituée.

Ils font d'abord une enquête étiologique rappelant les données pathogéniques fournies par l'expérimentation à MM. Gilbert et Dominici, à MM. Fournier, Mignot, Ehret, et insistent sur le rôle de l'infection pathologique, s'ajoutant à l'infection biliaire physiologique (Gilbert et Girode). Ce rôle, on le sait, a été particulièrement mis en évidence en ce qui concerne la septicémie typhique, par MM. Lemierre et Abrami, MM. Rist et Ribadeau-Dumas, en France, par MM. Förster et Kayser et par M. Dörr, en Allemagne.

Après avoir rappelé les conditions étiologiques du développement de la lithiase biliaire, montré le rôle de l'*arthritisme* (Bouchard), de l'*hépatisme* (Glénard), de la *cholémie simple familiale* (Gilbert et Lereboullet), les rapporteurs insistent sur l'importance du

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 100, p. 1191, et n° 102, p. 1215.

régime lacto-végétarien, et de l'hygiène dans le traitement préventif de la lithiase.

Ils étudient ensuite le traitement de la lithiase constituée et d'abord le *traitement de la colique hépatique* sous ses deux formes : colique hépatique ordinaire et colique vésiculaire.

On peut estimer d'une façon générale que la *colique hépatique ordinaire* est suscitée, dans la règle, par les calculs petits, qui peuvent migrer, et que la colique vésiculaire répond le plus souvent à des concrétions trop volumineuses pour pouvoir franchir le cystique et être évacuées dans l'intestin. S'il en est ainsi, on sera autorisé, en présence du syndrome de la colique hépatique ordinaire à provoquer ou à aider la migration des calculs. On fera appel dans ce but à la médication cholagogue, et l'on administrera l'huile d'olives à hautes doses (Chauffard), la glycérine (Ferrand), etc. On pourra encore employer certaines substances telle que le salicylate de soude ou le benzoate de soude (Chauffard), douées également de propriétés antiseptiques, ou user des cures minérales intensives que nous avons à notre disposition en France.

Dans la *colique vésiculaire* il ne faut pas faire appel à la médication évacuatrice, les calculs étant trop volumineux pour être expulsés, mais on recherchera la tolérance vésiculaire.

Dans ce but, repos au lit, régime exclusif de lait écrémé pris à petites doses répétées, maillot humide, bains chauds prolongés. Les cures hydro-minérales dirigées avec prudence pourront produire une sédation remarquable.

Au moment des paroxysmes, combattre la douleur par des applications chaudes et les opiacés.

La *cystalgie* se traite de la même façon.

Les rapporteurs étudient ensuite le traitement *des accidents de migration* et des *complications septiques*.

Arrivés au terme de leur rapport, MM. Gilbert, Carnot et Jomier apprécient ainsi les résultats à attendre du traitement médical de la lithiase biliaire et les progrès réalisés en ce domaine :

« Si le processus lithogène, disent-ils, dépasse le plus souvent la portée de nos moyens thérapeutiques, rendant ainsi fort difficile, sinon impossible, la prévention de la maladie lithiasique, les manifestations de la lithiase biliaire peuvent être, le plus souvent, combattues avec succès, et très fréquemment, le lithiasique, même s'il conserve dans sa vésicule biliaire tout ou partie de ses calculs, revient à un état de santé compatible avec une existence de tous points normale.

Ces bons résultats sont d'autant plus nombreux aujourd'hui que l'on a notion de l'état de tolérance vésiculaire et que l'on sait opposer à la colique hépatique ordinaire, suscitée par les calculs petits, la colique vésiculaire qui répond, dans la règle, aux calculs trop volumineux pour migrer. La recherche méthodique de l'état de tolérance dans les cas de colique vésiculaire et l'abandon de la poursuite systématique, en tout cas, de l'expulsion des calculs constituent un progrès réel : c'est là la principale acquisition de ces dernières années. »

II. DU MOMENT DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LA LITHIASE BILIAIRE

Rapport de M. Ch. Mongour (de Bordeaux).

Dans leur rapport, MM. Gilbert, Carnot et Jomier ont envisagé le côté purement médical du traitement de la lithiase biliaire. M. Mongour étudie à son tour les indications chirurgicales de la lithiase.

Il insiste d'abord sur ce point que les progrès de la chirurgie nous ont pris au dépourvu.

Confiants dans leurs méthodes, dans leur habileté opératoire, dans l'asepsie, les chirurgiens ont marché hardiment à la conquête thérapeutique de certaines affections réputées exclusivement médicales (cirrhoses, néphrites, ptoses viscérales, emphysème, lithiase biliaire, etc.). Ils ont marché plus vite que les progrès de la médecine en séméiologie. Et, lorsque nous nous étonnons de leur audace, lorsque nous déplorons certains insuccès, ils nous redisent chaque fois : « Nous ne demandons pas mieux que de prendre vos conseils, que de suivre vos inspirations, mais véritablement les médecins sont trop timorés et si nous attendons les progrès de leur art pour réaliser les nôtres, nous risquons fort de piétiner sur place. » Il est bien d'aller de l'avant, mais avec prudence et méthode. Ceux qui veulent à tout prix chirurgicaliser la lithiase manquent de prudence; trop d'opérateurs ont rédigé sans méthode leurs observations, si bien qu'il est impossible actuellement de réunir un stock suffisant de faits comparables pour en tirer un enseignement.

Ce sont les conclusions générales qui se dégagent bien nettement de ce rapport.

Il n'est véritablement pas sage de considérer la lithiase vésiculaire comme un accident purement local; par voie de conséquence, il est téméraire de proposer l'intervention chirurgicale à la première crise de colique hépatique.

Il faut au contraire supprimer au plus vite les vésicules chroniquement enflammées.

Pour la lithiase canaliculaire avec obstruction du cholédoque, beaucoup de prudence s'impose; il ne faut pas intervenir de parti pris, car les chances de désobstruction spontanée des voies biliaires sont sérieuses et doivent être prises en considération.

C'est surtout à l'occasion de cette forme de lithiase que M. Mongour incrimine le manque de méthode ou, si l'on préfère, le défaut d'uniformité dans la rédaction des observations.

Il est désirable qu'à l'avenir ces observations soient prises sur un même type et que les renseignements suivants soient toujours nettement établis :

1° Début de l'ictère ;

2° Qualité de cet ictère au premier examen ;

3° Variations de cet ictère, l'analyse des urines et celle du sérum, s'il en est besoin, étant renouvelée tous les huit jours ;

4° Volume du foie au premier examen ;

5° Variations du volume du foie ;

6° Volume du foie constaté au cours de l'opération. Aspect extérieur de cet organe ;

7° Variations de volume du foie après l'opération ;

8° Variations de l'ictère après l'opération ;

9° Courbe thermique;

10° Courbe du poids d'après pesées hebdomadaires.

Pour établir de telles observations, la collaboration du médecin et du chirurgien s'impose.

Après ces renseignements pour base, l'étude du moment opportun de l'intervention chirurgicale dans la lithiase sera reprise avec fruit dans deux ou trois ans. Mais actuellement la question n'est pas mûre. Proposer et faire adopter une méthode de travail uniforme pour sortir de l'empirisme, telle peut être, pour le moment, conclut très justement M. Mongour, la seule ambition d'un rapporteur.

Discussion.

M. Doyen (de Paris). La formation des calculs biliaires paraît être très souvent influencée par la présence de microbes venus soit par la voie sanguine, soit par l'orifice du cholédoque. L'infection des voies biliaires doit être prévenue et combattue autant qu'il est possible de le faire.

Lorsque la lithiase est confirmée, l'affection présente deux formes bien distinctes : 1° la forme bénigne ou forme *médicale*, qui est justiciable des divers traitements palliatifs en usage ; 2° la forme grave, qui exige l'intervention du *chirurgien*.

La lithiase biliaire exige l'intervention du chirurgien soit dans les cas où les crises douloureuses sont très rapprochées et s'accompagnent de symptômes inquiétants, soit dans les cas de cholécystite infectieuse, soit enfin dans les cas d'obstruction au cours de la bile.

L'intervention varie très sensiblement suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'obstruction des voies biliaires.

1° *Le cours de la bile est libre.*

Qu'il y ait ou non obstruction du canal cystique, hydropisie ou suppuration de la vésicule, l'opération est très simple.

La vésicule est habituellement suturée à la paroi; plus rarement on en pratique l'extirpation. La fistule biliaire se referme le plus souvent d'elle-même lorsque le canal cholédoque est libre. L'extirpation de la vésicule par la méthode de la décortication sous-péritonéale est généralement inoffensive, l'opération étant faite presque complètement par la méthode extra-péritonéale.

2° *Il y a obstruction au cours de la bile.*

L'opération est d'autant plus grave que la rétention biliaire est plus ancienne. La recherche du point oblitéré est souvent délicate et la nature de l'obstacle est impossible à prévoir à l'avance.

M. Doyen insiste sur la fréquence du cancer des voies biliaires dans les cas de lithiase chronique. Souvent la dégénérescence cancéreuse peut être prévue; dans d'autres cas on ne la découvre que pendant l'opération.

La fréquence de cette grave complication doit engager les médecins à recourir plus souvent à l'opération chirurgicale et à préférer au traitement palliatif, dans les cas où il est impuissant, l'intervention du chirurgien.

MM. Girard (de Berne) et Léon Desguin (d'Anvers) précisent quelques points *sur les indications de l'intervention chirurgicale.*

M. Galliard (de Paris) estime que l'hypothermie est une contre-indication à une intervention. Il pense avec raison que la chirurgie de la vésicule est une chirurgie bénigne. La chirurgie du cholédoque, au contraire, est grave; mais c'est une chirurgie qui ne doit pas être retardée.

Après une réplique de M. Mongour au nom des rapporteurs, on aborde différentes communications. Signalons particulièrement les suivantes :

Formes cliniques de la fièvre typhoïde causée par les huîtres, par M. le professeur Carrieu (de Montpellier). — Autrefois, à Montpellier, la fièvre typhoïde sévissait d'une manière plus ou moins épidémique en été au moment des fortes chaleurs et les grands travaux de la campagne amenant un grand nombre d'ouvriers mal logés, mal nourris, surmenés.

Maintenant il y a des épidémies d'hiver et c'est dans ces épidémies que l'on constate surtout les cas d'origine ostréaire à cause de la consommation plus grande d'huîtres dans cette saison surtout aux époques des fêtes de Noël et du jour de l'an.

Sur douze typhiques soignés à la clinique en février dernier, cinq, au moins, avaient absorbé des huîtres peu de jours avant l'éclosion de leur dothienentérie.

Voici l'histoire clinique de la maladie :

Le début se fait habituellement brusquement dès le lendemain ou quelques jours après l'ingestion par des symptômes gastro-intestinaux très prononcés, anorexie, coliques, diarrhée fétide, épreintes, fausses membranes, sang dans les selles avec ou sans fièvre parfois même avec hypothermie et courbature générale très marquée. Puis après, de 7 à 15 jours, les phénomènes plus nets de fièvre typhoïde apparaissent. Le séro-diagnostic est, en effet, très tardif. M. Carrieu n'a pas trouvé non plus le paratyphus A ou B.

Les accidents du début rappellent le botulisme et sont plus marqués peut-être en été qu'en hiver, bien que la consommation soit plus réduite dans cette saison.

Quel est le tableau clinique habituel de cette fièvre typhoïde qui a débuté ainsi brusquement et bruyamment? Quelle en est son évolution? Quel traitement lui convient-il?

Il faut noter tout d'abord la prédominance des phénomènes gastro-intestinaux prononcés : intolérance gastrique, vomissements, diarrhée avec coliques et épreintes, selles sanglantes et hémorragies intestinales fréquentes.

En second lieu, on voit des accidents cardiaques graves survenir dès le début de la maladie plutôt que dans les formes ordinaires et bien avant qu'il n'y ait un affaiblissement considérable de tout l'organisme pouvant expliquer ces troubles circulatoires, tachycardie, arythmie, faiblesse du pouls, premier bruit du cœur voilé, étouffé ou soufflé, tendance aux syncopes. Ces troubles cardiaques font partie intégrante du tableau clinique de l'intoxication botulique.

En outre, on a observé des phénomènes nerveux très marqués dès les premières périodes de la maladie, délire, agitation, mais plus souvent adynamie, torpeur, somnolence.

Il faut indiquer pour mémoire l'abondance habituelle des taches rosées très étendues et très volumineuses rappelant aussi les éruptions que l'on observe dans certaines infections hépatico-intestinales.

En résumé, ces fièvres typhoïdes d'origine ostréaire évoluent avec une gravité habituelle et une symptomatologie un peu spéciale qui peut les faire connaître quand on est prévenu. Au point de vue thérapeutique, il semble que la balnéothérapie tiède ou froide surtout, les affusions froides toniques, la glace sur le cœur et sur le ventre, les injections de strychnine, de ferments métalliques colloïdaux, de caféine et des autres toniques cardiaques et du système nerveux sont particulièrement indiquées. Ils donnent de bons résultats associés avec une alimentation liquide abondante des grands lavages du sang pour favoriser la désinfection de l'organisme.

On peut se demander quelle est la pathogénie de ces cas ? M. Carrieu n'a pas trouvé, en effet, de bacilles d'Eberth dans les huîtres de Cette qu'il a examinées ainsi que ses collègues MM. Rodet, Gaucher, Lagriffoul, etc. Mais ils contenaient des colibacilles et cette pathogénie paraît intéressante à rapprocher de l'évolution clinique de cette fièvre typhoïde spéciale.

Œsophagoscopie et trachéo-bronchoscopie. — M. Guisez (de Paris) :

1° *Etude œsophagoscopique. Diagnostic et thérapeutique des spasmes à forme grave de l'œsophage* (*pseudo-cancer de l'œsophage.*) — Quelles sont les causes de sténoses de l'œsophage : ou bien il s'agit d'altération de parois de l'œsophage, tantôt de cancer, tantôt de rétrécissement cicatriciel ou bien de compression externe par une tumeur externe (anévrisme de l'aorte, tumeur d'adénopathie trachéo-bronchique, médiastinale).

Mais la plus curieuse de ces formes d'obstruction, c'est sans contredit le spasme de l'œsophage qui, d'abord passager, peut amener la contraction spasmodique de l'œsophage dont la variété la plus grave et la plus rebelle est le cardio-spasme.

S'il s'agit de spasme de l'extrémité supérieure, l'image œsophagoscopique nous le montre semblable à un museau de tanche exactement serré ne s'ouvrant que devant le tube ; s'il s'agit de spasme du cardia, il existe une sorte d'orifice exactement fermé à bords plissés en entonnoir, l'aspect est tout à fait caractéristique : impossible de confondre le spasme avec les tumeurs cancéreuses où on dénote l'altération de la muqueuse ; avec les compressions externes où l'œsophage sténosé prend la forme d'une fente semi-lunaire bien distincte de l'aspect du cardia en état de spasme ; donc, pas moyen de s'y méprendre, une erreur diagnostic est impossible.

M. Guisez rapporte six observations de malades atteints de spasmes à forme grave. Le diagnostic de cancer avait été posé dans la plupart de ces cas. Il a pu être redressé par l'œsophagoscopie et la guérison a été obtenue par une thérapeutique rationnelle basée sur la dilatation forcée, l'application de courant de haute fréquence qui a fait cesser la contraction et a permis de nouveau l'alimentation quasi normale chez ces malades.

2° *Faits de trachéo-bronchoscopie. Diagnostic et thérapeutique.* — Durant le cours de cette année, il a été donné à M. Guisez, grâce à la bronchoscopie, de contribuer au diagnostic et à la thérapeutique de certaines *affections de la trachée et des bronches*, étendant ainsi beaucoup le champ de cette méthode.

Le premier concerne une *tumeur intratrachéale* qu'il a pu diagnostiquer *de visu* quant à son siège et à son pédicule d'insertion qui siégeait au niveau du deuxième anneau de la trachée. Le malade asphyxiait. Il a pu enlever la tumeur par les voies naturelles et le malade a guéri sans complications.

Le deuxième est une malade que lui a adressée le docteur Hirtz, médecin de l'hôpital Necker. Cette malade présentait *une double valvule* avec hernie de la paroi postérieure de la trachée, d'où asphyxie, tirage, dyspnée. Après avoir établi exactement le diagnostic de l'obstacle, l'auteur a pu sectionner la valvule avec son petit œsophagoscope et rendre à la malade une respiration normale.

Dans trois autres cas, M. Guisez a pu poser le diagnostic de *compression externe* de la trachée ou des bronches.

Dans l'un, malade du docteur Barth, à l'hôpital Necker, la paroi antérieure battait et était soulevée dans sa portion inférieure par une *ectasie aortique*. L'œsophagoscopie a permis *de visu* de poser ce diagnostic difficile de par les signes cliniques.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un petit malade envoyé de l'hôpital des Enfants-Malades (service du docteur Méry) avec le diagnostic de corps étranger bronchique. L'enfant avait, disait la mère, avalé un haricot, d'où dyspnée, accès de suffocation. La radiographie ne donnait rien. La trachéoscopie a permis d'éliminer l'idée de corps étranger bronchique, puis de constater la présence d'un sténose par compression (*adénopathie trachéobronchique*) au tiers inférieur de l'œsophage. Les bronches étaient normales. Une canule avec long tube a permis à cet enfant de vivre jusqu'à présent.

Enfin, dans plusieurs cas, M. Guisez a posé le diagnostic de compression par *goitre*. Dans l'un d'eux, goitre plongeant, il n'existait que très peu de tumeur extérieure. La bronchoscopie a permis de voir dans ces cas l'étendue, le siège exact de la compression, ainsi que la vacuité des bronches. Ce sont là autant de formules utiles à poser tant au point de vue diagnostic et thérapeutique qu'à propos des indications opératoires.

Il a également dans le courant de cette année extrait *deux corps étrangers de bronches* : *un drain en caoutchouc* tombé de la bronche après une opération sur la trachée, et un *petit pois* aspiré dans la bronche droite chez un malade âgé de soixante-et-onze ans.

L'extraction a pu se faire aisément dans les deux cas et la guérison est survenue sans complications. Cela porte à quinze le nombre de corps étrangers

bronchiques que M. Guisez a extraits avec succès des bronches et de la trachée par la bronchoscopie.

— Une séance supplémentaire a eu lieu samedi soir; nous aurons l'occasion d'y revenir.

Résolutions générales du Congrès. — Le prochain Congrès aura lieu dans deux ans à Paris. Le bureau est ainsi composé : M. Landouzy, président; MM. Croissier et Balzer, vice-présidents; M. Marcel Labbé, secrétaire général.

Les sujets de rapports sont :

Brachycardie;
Rapports du foie et de la rate à l'état pathologique;
Traitement des épilepsies symptomatiques.

Le Congrès a chargé son bureau de préparer un projet de création d'une « Société de médecine interne des pays de langue française » et de le présenter au prochain Congrès.

— Nous tenons à remercier ici MM. les professeurs d'Espine, président, et Mayor, secrétaire général, ainsi que M. le docteur Roch, secrétaire général adjoint du Congrès, pour la bienveillance et l'amabilité inlassable qu'ils ont mise à faciliter la tâche de la presse. La cordialité de leur accueil autant que la somptuosité des réceptions laissera à tous les congressistes un souvenir ineffaçable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séances des 24 et 31 aout 1908)

De l'action du sérum humain sur « Trypanosoma Pecaudi » Laveran. Différenciation de « Tr. Pecaudi » d'avec « Tr. gambiense ». — MM. A. Thiroux et L. d'Anfreville concluent que le sérum humain a, vis-à-vis de *Tr. Pecaudi*, une action préventive et curative manifeste, semblable à celle qu'il possède vis-à-vis de *Tr. Brucei*, *Tr Evansi* et *Tr. equinum*, et que cette action ne s'affaiblit que très lentement.

Le sérum des malades atteints de maladie du sommeil, que l'un d'eux a démontré être préventif contre *Tr. gambiense*, n'influence *Tr. Pecaudi* que comme le sérum humain normal. D'autre part, *Tr. gambiense* n'étant pas influencé par le sérum humain normal, fait que les auteurs ont de nouveau vérifié pour les virus de *Tr. gambiense* qu'ils possèdent, il y a lieu de penser, malgré certaines ressemblances morphologiques, que *Tr. Pecaudi* et *Tr. gambiense* constituent deux espèces bien distinctes.

LIVRES NOUVEAUX

Les grands médecins du XIXe siècle (1), par le docteur G. Daremberg.

Le regretté Daremberg avait eu la bonne fortune de connaître un certain nombre de médecins qui ont illustré le xixe siècle : Pasteur et Duclaux, Claude Bernard, Charcot, Béhier, Littré, etc , et il se proposait de faire revivre leurs mémoires lorsque la mort est venue le surprendre. Grâce aux soins pieux de sa famille et de son ami le docteur Chuquet, le manuscrit de Daremberg a pu paraître, et ce fils posthume de sa pensée a vu le jour tel qu'il était sorti de sa plume. En des pages d'un style simple et attrayant, Daremberg nous décrit un Pasteur presque inconnu, « pleurant à chaudes larmes quand, au début de la vaccination antirabique, les parents venaient le remercier d'avoir sauvé leur enfant mordu par un chien enragé ». Voici Duclaux, grand chimiste, grand écrivain scientifique, grand professeur et qui, « très simple, fut toujours très modeste ». Voici Claude Bernard arrivant à Paris pour présenter une tragédie et un vaudeville à Saint-Marc-Girardin, qui « ne se doutait pas, certes, que vingt-cinq ans plus tard, il conduirait à l'Académie française cet auteur dramatique incompris ». Saviez-vous que Cruveilher dut à ses opinions religieuses d'être préféré à Breschet et à Jules Cloquet, qui avaient déjà conquis une grande réputation? Louable faveur et juste injustice, puisqu'elle permit au premier des anatomo-pathologistes d'enseigner à la Faculté de Paris! Lisez aussi les pages consacrées à Virchow, prophète en son pays, puisque seul, en Allemagne, « il proteste contre la néfaste tuberculine de Koch, qui a terrassé tant de tuberculeux susceptibles de guérison ». Apprenez au prix de quels sacrifices Béhier s'était élevé aux honneurs : « Obligé de partager son temps entre le service hospitalier et les examens des écoles, les exigences de ses fonctions administratives et de sa clientèle, il passait une partie des nuits à préparer ses leçons et à composer son grand *Traité de pathologie* entrepris avec le professeur Hardy. » Et méditez enfin l'éloge de Littré, savant vénérable qui, sans doute, avait toujours été vieux, mais qui savait inspirer à tous ceux qui l'ont entouré une admiration et une affection sans bornes. « Je vois encore ce maître illustre dans la chambre haute de sa petite maison du Mesnil, les jambes paralysées, le corps épuisé et desséché, attablé à son bureau, la plume en main, vous recevant toujours avec affabilité, puis reprenant sa plume et cherchant à oublier le mal dans les diversions les plus laborieuses. » Nous voudrions que ces citations donnent à nos lecteurs l'idée de parcourir cet ouvrage où Daremberg a sû évoquer, avec une émotion communicative, la mémoire de quelques illustres disparus.

L. Babonneix.

(1) In-8. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ANGINES A FAUSSES MEMBRANES[1]

Dans sa forme diphtéroïde, le *chancre syphilitique* de l'amygdale est une ulcération recouverte d'un produit pseudomembraneux assez banal; mais sous la fausse membrane détachée apparaît une érosion ovale, d'un rouge vif à bords un peu relevés ou une ulcération profonde, anfractueuse, à bords nets et taillés à pic; au toucher de l'amygdale, on constate une induration très nette; derrière l'angle de la mâchoire, on trouve un volumineux ganglion dur, peu mobile, entouré d'une pléiade de ganglions plus petits. Cette forme diphtéroïde du chancre est assez rarement confondue avec les angines à fausses membranes; elle est plutôt difficile à distinguer de l'angine de Vincent.

Les plaques muqueuses peuvent aussi se recouvrir de

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, no 100, p. 1197.

fausses membranes et simuler la diphtérie; c'est alors l'*angine pseudo-membraneuse secondaire de la syphilis* (Mauriac, Bourges). Sans fièvre, sans grande réaction générale, le malade a de la douleur et de la dysphagie; les deux amygdales sont tuméfiées, tout l'isthme du gosier est très rouge; sur les amygdales se voient des plaques empiétant sur les piliers antérieurs du voile; elles peuvent être confluentes, mais elles ne dépassent jamais les piliers postérieurs, n'atteignent pas le pharynx; les piliers postérieurs sont les colonnes d'Hercule des pharyngopathies syphilitiques (Mauriac), l'adhérence des plaques à la muqueuse sous-jacente est assez considérable; au-dessous, la muqueuse est toujours ulcérée, légèrement saignante. L'adénopathie presque toujours bilatérale est très accusée; les ganglions sont indurés, douloureux, sans empâtement du tissu périganglionnaire. Parfois, l'examen de la bouche du malade permet de voir des plaques muqueuses aux commissures des lèvres ou à la langue; on trouve aussi sur le corps d'autres signes de syphilis. La gomme de l'amygdale, ulcérée et transformée en caverne bourbillonneuse, ne ressemble guère à une angine à fausses membranes. Il en est de même pour les *ulcérations tuberculeuses* de l'amygdale; ces pertes de substance peuvent se recouvrir d'un exsudat pultacé ou pseudo-membraneux; mais celui-ci étant enlevé, elles apparaissent avec des caractères très spéciaux qui rendent l'erreur difficile; de plus, il s'agit, le plus souvent, d'une affection à marche chronique.

Dans la *leucémie* aiguë, l'hypertrophie des amygdales est souvent accompagnée de nécrose avec enduit diphtéroïde ou sanglant. Mais on trouve, en même temps, l'hypertrophie de tous les organes lymphoïdes; des hémorragies diverses se produisent, en particulier dans la muqueuse buccale; l'examen du sang montre la formule hématologique des leucémies lymphatiques.

Les angines ulcéreuses de la fièvre typhoïde (Bouveret, Duguet) occupent surtout les piliers antérieurs du voile du palais; on y voit une exulcération de teinte blanchâtre avec un petit dépôt de mucus, ce qui ne rappelle nullement un enduit pultacé ou une fausse membrane; quand elles ne sont pas soignées, ces angines ulcéreuses peuvent aboutir quelquefois à une véritable nécrose des piliers, avec lambeaux de tissu noir et sphacélé (Troullieur. *Gaz. des hôpit.*, 13 fév. 1908). Les circonstances dans lesquelles surviennent ces angines ulcéreuses rendent le diagnostic très facile. Notons toutefois que, dans les hôpitaux d'enfants, des angines pseudo-membraneuses à bacilles de Lœffler ou à streptocoques peuvent survenir au cours de la fièvre typhoïde.

La plaie résultant d'une *amygdalotomie* peut se recouvrir d'une fausse membrane; mais celle-ci est régulière et strictement limitée à la surface amygdalienne aplanie par la section (Marfan). Les badigeonnages de l'amygdale pratiqués avec des collutoires trop irritants, les cautérisations trop énergiques donnent souvent lieu à des érosions qui se recouvrent aussi d'exsudats pseudo-membraneux dus à des infections secondaires à streptocoques; on interrogera donc les malades pour savoir si un traitement local de ce genre n'a pas été fait, car bien souvent ces badigeonnages et cautérisations modifient l'aspect clinique des diverses angines et peuvent devenir la cause d'erreurs de diagnostic.

L'*angine gangréneuse* est rarement primitive; elle est ordinairement secondaire et survient au cours des maladies infectieuses, surtout chez les enfants débilités. On la reconnaîtra à l'odeur et à la couleur. « L'odeur est celle de la gangrène, ce qui est tout dire; la couleur est celle du sphacèle des membranes muqueuses, c'est-à-dire la couleur grisâtre ou gris noirâtre » (Peter). Quelquefois la gangrène vient compliquer une angine diphtérique ou une angine pseudo-membraneuse de la scarlatine; mais alors on constate peu à peu la transformation; les fausses membranes prennent un aspect nouveau et on reconnaît l'odeur caractéristique des parties sphacélées.

Tous ces cas étant éliminés, et l'examen de la gorge ayant montré qu'il ne s'agit ni d'exsudats pultacés, ni de fausses membranes recouvrant des ulcérations, ni de sphacèle, on peut faire le diagnostic d'angine à fausse membrane; mais reste à savoir si c'est une angine herpétique, une angine diphtérique, une angine pseudo-membraneuse non diphtérique; cette dernière est quelquefois dénommée angine pseudo-diphtérique, mais ce terme peut prêter à confusion, car il existe un bacille pseudo-diphtérique et on pourrait croire que l'angine pseudo-diphtérique est produite par ce bacille, alors qu'elle est produite par le streptocoque ou d'autres germes.

L'*angine herpétique* a souvent un début brusque et solennel qui a été bien décrit par Lasègue : le malade est saisi d'un malaise énorme; le frisson initial, l'ascension thermique à 39°,5 ou 40° s'accompagnent de courbature, de céphalalgie intense, quelquefois d'un demi-délire; le pouls est plein, fréquent, résistant, la face ardente, les yeux injectés; des nausées et des vomissements peuvent survenir, surtout chez les enfants. La déglutition est douloureuse, mais les symptômes fonctionnels sont moins intenses au début que les symptômes généraux. A l'examen de la gorge, on voit d'abord de la rougeur des amygdales et des piliers avec augmentation de volume des amygdales; puis l'éruption vésiculeuse apparaît; dans certains cas très rares, elle consiste en petites élevures transparentes, arrondies, bordées par un liséré légèrement opalin, puis ces vésicules se rompent et laissent à leur place des érosions qui ne se recouvrent pas de fausses membranes et disparaissent rapidement. Cette forme est donc bien caractérisée, d'un diagnostic facile, mais elle est exceptionnelle. Beaucoup plus souvent, on ne voit pas de véritables vésicules, mais de petites plaques d'un blanc opaque plus ou moins nacré; ces plaques déchiquetées sur les bords ou à contours irréguliers se groupent en bouquets, en corymbes et, par leur confluence, donnent, quand elles sont opaques, l'aspect d'une fausse membrane; la fausse membrane n'a pas une surface uniforme, elle est comme gaufrée; elle a surtout un contour polycyclique des plus nets. Presque toujours, sur les limites, il existe de petites taches isolées, confluence de petits amas de vésicules. Un enduit pultacé peut s'ajouter à l'éruption herpétique; dans ce cas, une fausse membrane continue recouvre l'amygdale et la déborde sur les piliers; mais par les lavages de la gorge, on la détache facilement et on aperçoit au-dessous les traces des vésicules qui caractérisent l'angine herpétique. L'éruption herpétique se fait surtout sur les amygdales (Lasègue) d'un seul côté ou des deux côtés; cependant, l'herpès peut aussi se montrer sur les piliers, le voile du palais et la luette. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés, mais à un faible degré. Après quatre ou cinq jours de fièvre, la défervescence se fait brusquement et la guérison ne tarde pas à s'affirmer. Pour le diagnostic, on se rappellera qu'il ne faut qualifier d'angine herpétique que celle où l'on voit manifestement la vésicule ou ses dérivés (Gübler). On pensera à l'angine herpétique en présence d'une angine à début brusque avec phénomènes généraux très intenses d'emblée. Quant à la présence d'herpès labial accompagnant l'herpès guttural, elle ne doit plus être considérée comme caractéristique de l'angine herpétique, puisqu'on l'a observé dans l'angine diphtérique (Cadet de Gassicourt, Marfan).

Dans sa forme commune, l'*angine diphtérique* a très souvent un début insidieux; le malade se plaint d'un léger malaise, d'un peu d'abattement; l'élévation de la température est peu considérable, les symptômes fonctionnels n'ont pas une grande intensité. La gorge est simplement rouge pendant quelques heures, puis apparaît sur une amygdale une tache blanchâtre opaline, arrondie ou ovalaire; elle s'étend assez rapidement et devient une fausse membrane résistante, adhérente, quelquefois enchâssée par la muqueuse tuméfiée comme par un bourrelet; c'est une couenne d'un blanc bleuâtre ou gris jaunâtre. La fausse membrane s'étend aux parties voisines, envahit les piliers postérieurs du voile du palais, la luette qu'elle peut recouvrir en doigt de gant, la paroi postérieure du pharynx; cette extension des fausses membranes aux piliers postérieurs et au fond du pharynx constitue un caractère très important. Si on détache la fausse membrane, on constate que la muqueuse sous-jacente est saine, à peine rouge et légèrement tuméfiée. Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont toujours augmentés de volume et douloureux. L'état général indique l'intoxication de l'organisme; le malade est pâle, abattu, anémié; l'albuminurie est assez fréquente. Dans les formes toxiques de la diphtérie, les fausses membranes sont très étendues, très épaisses, quelquefois noirâtres par suite de petites hémorragies; les ganglions sont très tuméfiés; mais surtout l'état général est mauvais : le teint est plombé, les

yeux excavés, l'albuminurie abondante; la fièvre n'est souvent pas très élevée, mais le pouls est fréquent, petit, dépressible. En cas d'association du streptocoque au bacille de Lœffler (angine strepto diphtérique), les fausses membranes sont épaisses, très adhérentes; l'engorgement ganglionnaire est considérable, le tissu cellulaire qui entoure les ganglions est infiltré (cou proconsulaire): un jetage séro-sanguinolent indique l'envahissement du rhino pharynx et des fosses nasales; les symptômes fonctionnels sont très accusés; la fièvre est élevée, avec prostration, albuminurie, diarrhée, hémorragies de diverses muqueuses, érythèmes infectieux. Dans ces trois formes classiques, le tableau clinique de la diphtérie est, en somme, assez caractérisé; la seule difficulté consistera à la distinguer de certaines angines à strepto oques. Mais il faut rappeler encore une fois que le bacille diphtérique peut donner, surtout chez les adultes, des formes atypiques d'angine: dans certains cas, l'angine diphtérique ressemble absolument à une angine herpétique; Dieulafoy a beaucoup insisté sur cette forme dans laquelle on retrouve le début brusque, les symptômes fébriles intenses, l'apparition de vésicules d'herpès aux amygdales et aux lèvres; l'examen bactériologique permet seul d'affirmer la nature de l'angine. De même, dans les diphtéries à forme lacunaire (Koplik), phlegmoneuse (Martin), il est presque impossible de faire un diagnostic clinique sans le secours de la bactériologie. On a même décrit une diphtérie catarrhale, caractérisée par la simple rougeur de la gorge, mais il faut alors se demander s'il n'existe pas une fausse membrane cachée derrière les amygdales ou dans les fosses nasales (Nobécourt).

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aide-mémoire de thérapeutique, par G.-M. Debove, doyen honoraire de la Faculté de médecine, professeur de clinique, membre de l'Académie de médecine; G. Pouchet, professeur de pharmacologie et matière médicale à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; A. Sallard, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de VIII-790 pages, imprimé sur 2 colonnes, relié toile — Prix : 16 francs. — Paris, Masson et Cie.

Leçons de clinique obstétricale (3e série), par le docteur Queirel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine. In-8 de 220 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.

L'occultisme. Hier et aujourd'hui. Le merveilleux préscientifique, par le docteur J. Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine, 2e édition, corrigée et augmentée d'une préface de M. Emile Faguet, de l'Académie française. In-8 écu (0,200 × 0,130) de 472 pages. — Prix : 5 francs. — Montpellier, Coulet et fils, éditeurs.

Maladies du larynx et du pharynx, par le docteur J. Guisez, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. In-16 de 988 pages, avec 98 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, libraires.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — Le jury du concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Brest, qui doit s'ouvrir dans ce port le 26 octobre 1908, sera composé comme suit :

M. le médecin général de deuxième classe Hyades, président; MM. les médecins de première classe Condé et Lucas, membres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin aide-major de première classe Perrin est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-sixième semaine, 719 décès, au lieu de 721 pendant la semaine précédente et de 829, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 31 au lieu de 25 précédemment et au lieu de la moyenne 61.

La variole n'a pas causé de décès (moyenne 1).

La rougeole a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 41, au lieu de 43 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 58; il s'élevait à 55 pendant la semaine précédente (moyenne 59).

La diphtérie a causé 1 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 25, au lieu de 36 pendant la semaine précédente (moyenne 38).

La diarrhée infantile a causé 70 décès de 0 à 1 an, au lieu de 80 pendant la semaine précédente (moyenne 61).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 68 décès (moyenne 80), au lieu de 78 la semaine précédente.

La phtisie pulmonaire a causé 174 décès (la moyenne est 176).

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET MODIFIANT LE DÉCRET DU 18 MAI 1906, RELATIF AU RECRUTEMENT DES PHARMACIENS MILITAIRES

Le président de la République française,
Sur le rapport du ministre de la guerre,
Vu le décret du 18 mai 1906 relatif au recrutement des pharmaciens militaires,

Décrète :

Article premier. — L'article 9 du décret susvisé du 18 mai 1906 est remplacé par l'article suivant :

« Tout élève reçu pharmacien de première classe passe de plein droit à l'école d'application du service de santé militaire; il est nommé à la date du 1er février de l'année du stage à l'école au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe et pourvu de l'emploi de pharmacien aide-major de deuxième classe élève.

L'enseignement que les élèves reçoivent à l'école d'application est essentiellement pratique et a surtout pour but de les initier à l'exercice de l'art dans l'armée par des études cliniques et pharmaceutiques complémentaires, ainsi que des notions administratives et militaires. »

Art. 2. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles qui précèdent.

Art. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 30 août 1908.

A. FALLIÈRES.

Par le président de la République :
Le ministre de la guerre,
G. PIQUART.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIX, n° 6, 6 août 1908.) Frederick FORCHHEIMER : Les différents aspects de la gonorrhée (avec 6 tableaux). — Charles L. SCUDDER : La sténose du pylore dans l'enfance, sa place dans la chirurgie d'urgence. Description de quatre cas opérés et guéris. Résultats éloignés. — Charles P. SYLVESTER : Les amygdales et leur rapport avec la santé générale. — William C QUINBY : La recherche du spirochète pallide par la méthode de l'illumination du champ obscur par le condensateur de Zeiss et Reichet (avec 2 figures). — (N° 7, 13 août.) R. J. PYE-SMITH : La prophylaxie en chirurgie. — Frederick E. CHENEY Le traitement immédiat dans plusieurs des plus sérieuses affections oculaires qui sont souvent d'abord soignées par le praticien non spécialiste. — Charles F. PAINTER : Excision de l'os innominé. Arthodèse de l'articulation sacro-iliaque (avec 3 figures). — Maurice VEJUX TIRODE : Thérapeutique générale des affections gastriques. — Ralph WALDO PLACE : Examen de cent élèves des écoles publiques de Dedham au point de vue oculaire. — Reynold WEBB WILCOX : L'opothérapie thymique.

Écho médical du Nord. — (N° 36, 6 sept. 1908.) CALMETTE : Les voies normales d'infection tuberculeuse. — BEAUCAMPS : La table du Saint-Esprit et l'hôpital de Sainte-Catherine de Sienne d'Armentières, jusqu'au XVIIIe siècle (*suite et fin*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. —(N° 36, 6 sept. 1908) MONGOUR : Du moment de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. — LEMAIRE : Coexistence de deux calculs spléniques chez un athéromateux. — CABANNES : Etude sur les kystes séreux acquis de la conjonctive.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 36, 6 sept. 1908.) CRUCHET : La crise médicale et le privat-docentisme. — MONGOUR : Du moment de l intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire.

Province médicale. — (N° 36, 5 sept. 1908.) JEANNEL : La cure chirurgicale du cancer de la matrice. — GONNET : Un cas de méralgie paresthésique traité avec succès par l'injection sous-cutanée d'air. — LÉPINE : Pathogénie des états neurasthéniques.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'APHASIE

Par François MOUTIER,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Parmi les altérations du langage distinctes de la démence, de l'idiotie et de la paralysie, les troubles désignés sous le terme très compréhensif d'*aphasie* ont tenu depuis cinquante ans environ une place prédominante. L'aphasie fut d'emblée non seulement une maladie, mais une doctrine, et cliniciens et philosophes s'employèrent également à la disséquer et à en analyser les plus délicates nuances. Le type morbide individualisé par Broca connut une fortune inespérée : il n'existe aucun autre exemple d'un fait scientifique aussi rapidement et en apparence aussi définitivement classique. Malgré les dissidences de certains observateurs, médecins ou psychologues, la théorie des premiers maîtres eut bientôt force de loi. Ce que la philosophie avait aidé à élaborer fut bientôt repris par elle, et l'aphasie devint un sujet d'études plus métaphysique que médical, les chapitres que lui consacraient les classiques prenant l'allure de dissertations abstraites plutôt que de descriptions anatomo-cliniques.

Nous voudrions présenter dans cette étude un tableau aussi clair et en somme, malgré les limites imposées, aussi complet que possible, de l'évolution du syndrome « aphasie ». La théorie et l'observation se balancent au cours de cette évolution. Après Gall et les philosophes de son époque, le cadre de l'aphasie fut cliniquement et anatomiquement tracé par Broca et par Trousseau. Une nouvelle période de dissertations abstraites s'ouvrit un peu plus tard, ce fut l'ère de la schématisation à outrance et de la multiplication presque illimitée des formes. Vient ensuite, avec les travaux de notre maître M. le professeur Pierre Marie, une période de réaction clinique, une ère de revision qui est loin d'être close à ce jour.

I

Evolution historique. — Gall (2) est le premier à citer dans « l'histoire de l'oubli des signes de la pensée. » Le système du phrénologiste badois nous paraît aujourd'hui puéril, inacceptable. Il éblouit cependant les penseurs du XIXe siècle à son aurore ; il eut en tout cas, ainsi que tant d'autres erreurs, le mérite de donner l'élan à toute une suite de recherches fécondes. Gall, frappé de l'excellente mémoire de ceux de ses camarades d'école dont les yeux pochetés saillaient fortement, avait assigné comme localisation au « sens du langage de la parole » la région sus-orbitaire des lobes frontaux. Il eut de résolus protagonistes, parmi lesquels Bouillaud (3) dont l'ardeur ne faiblit pas de 1825 à 1877. Grâce à de tels apôtres, l'intérêt attaché à la découverte des localisations cérébrales, de purement spéculatif au début, devint de plus en plus précis, et en 1861, à la Société d'anthropologie, les discussions sur l'anatomie et la physiologie cérébrales étaient particulièrement à l'ordre du jour. Agé de trente-sept ans, chirurgien de Bicêtre, Broca (1) individualisa d'emblée le syndrome clinique de ce qu'il allait appeler l'*aphémie*, et aux troubles décrits s'efforça de donner un substratum anatomique. Le premier malade observé, le fameux Leborgne dit « Tan », prononçait les seuls mots « Tan, tan ». Sa langue n'était point paralysée ; son intelligence n'était nullement celle d'un idiot ou d'un dément ; il semblait comprendre les questions directement posées ou les discours tenus à ses côtés. Il lui manquait seulement « la faculté d'articuler les mots ». A l'autopsie, Broca observa, il est vrai, une lésion étendue, mais pour des raisons que nous développerons en lieu convenable, il *choisit* au centre des altérations morbides la troisième frontale gauche pour substratum de l'aphémie. Et bientôt une seconde autopsie venait en apparence le confirmer dans ses déductions premières (2).

Broca fut débordé par ses admirateurs, par ses élèves, par ses rivaux. Ses conclusions avisées, prudentes, réservées encore à leur début, furent bientôt plus hardies, plus absolues aussi. Malgré l'opposition irréductible de Jaccoud et de Vulpian, l'aphémie avec Broca et surtout avec Trousseau, qui débaptisa le syndrome et fit triompher le terme d'aphasie, eut bientôt droit de cité dans la nosographie.

Les cas en apparence contraires, et de nombreux observateurs savaient en découvrir, furent ramenés à la théorie en cours. Broca créa ainsi de toutes pièces, pour le seul besoin d'écarter les faits adverses, la théorie des suppléances et la théorie de la gaucherie cérébrale. Grâce à elles se durent tenir pour expliqués les cas de destruction de la troisième frontale gauche sans troubles du langage. Dès 1865, ainsi que nous l'avons déjà écrit, le dogme était créé ; désormais la troisième frontale ne pouvait plus être en défaut.

Si la localisation anatomique de l'aphasie ne doit rien à Trousseau, sa description clinique lui doit beaucoup. Broca et Trousseau étudièrent les mêmes malades, rencontrèrent à peu près toutes les variétés admises aujourd'hui. Mais Trousseau donna un relief particulier aux troubles du langage intérieur, aux altérations de la lecture, de l'écriture, aux perturbations de l'intelligence.

Les descriptions cliniques de Trousseau nous préparent à la grande distinction des aphasiques en deux catégories, distinction pressentie par l'école anglaise des Gairdner, des Bastian, des Ogle (3), tracée partiellement déjà en France par de Fleury (4).

Wernicke (5), se basant sur la physiologie psychologique de l'acquisition de la parole chez l'enfant, tint le rôle du langage oral pour fondamental, et distingua soigneusement des aphasiques purement ou principalement atteints dans leurs fonctions motrices ceux chez lesquels se décèle surtout l'impossibilité d'identifier les impressions auditives verbales. Ces malades ne peuvent, d'après Wernicke, comprendre les paroles qui frappent leurs oreilles. Ils sont loquaces cependant et le langage articulé est conservé, mais le discours est encombré de mots employés hors de propos ou même de vocables dénués de sens. Le trouble primordial de l'audition, toujours dans la théorie de Wernicke, entraînerait les troubles

(2) Gall et Spurzheim. *Anatomie et physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier, avec des observations sur la possibilité de reconnaître plusieurs dispositions intellectuelles et morales de l'homme et des animaux d'après la configuration de leurs têtes*, Paris 1810-1819 ; 4 vol. in-fol. et 4 vol. in-4°. Atlas de 100 planches.

(3) Bouillaud. Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole correspond à la lésion des lobules antérieurs du cerveau, et à confirmer l'opinion de M. Gall sur le siège de l'organe du langage articulé, *Arch. gén. de méd.*, Paris 1825, VIII, 25-45.

(1) P. Broca. Perte de la parole. Ramollissement chronique et destruction partielle du lobe antérieur gauche du cerveau, *Bull. de la Soc. d'anthropol.*, 18 avril 1861, 1re série, t. II, 235.

(2) Nous employons à dessein le terme de « déductions » parce que, comme on le verra plus loin, Broca *raisonna* sur les faits, et ne se borna pas à les *constater*.

(3) C'est à Ogle que nous devons le terme d'*agraphie*, 1867.

(4) A. de Fleury. Mémoire sur la pathologie du langage articulé, *Gaz. hebdom*, 1865, 228, 244. — Cet auteur distingue nettement des aphémiques les *aphrasiques*, qui peuvent prononcer les mots, mais les emploient en des acceptions inexactes.

(5) C. Wernicke. *Der aphatische Symptomenkomplex. Eine psychologische Studie auf anatomischer Basis*, Breslau 1874.

consécutifs de la lecture et de l'écriture. Ce syndrome prit le nom d'*aphasie sensorielle*.

Dans l'*aphasie motrice*, au contraire, « le langage articulé est plus ou moins complètement aboli. L'audition verbale est atteinte de façon variable. L'écriture présente le plus souvent d'importantes altérations, par perte de la notion des mouvements nécessaires à l'art d'écrire, ou par rupture de systèmes d'association, soit entre les images motrices d'articulation et les images motrices graphiques, soit entre celles-ci et le centre auditif. Etant donné l'indépendance fonctionnelle des centres, la simple altération des images motrices verbales au centre de Broca peut entraîner chez certains individus peu instruits, ayant besoin d'épeler les mots, une suppression non seulement de la lecture à haute voix, mais aussi de la lecture mentale (1). » Wernicke distingue à côté de ces formes principales une surdité verbale pure, un trouble moteur et une paraphasie isolée (aphasie de conduction); ces formes artificielles se définissent d'elles-mêmes. Mais il importe de bien opposer l'aphasie de Broca, l'altération d'un centre moteur, à l'aphasie de Wernicke, destruction d'un centre d'*images* auditives et visuelles. L'une est localisée au pied de la troisième frontale gauche, l'autre à la première temporale.

Cette distinction va s'approfondir encore avec Kussmaul. Pourquoi refuser en effet aux images visuelles une importance libéralement accordée aux images auditives? Et Kussmaul scinde l'aphasie sensorielle en deux formes nouvelles, la surdité verbale et la cécité verbale. Cependant on signale quelques faits d'agraphie pure, localisée par Exner au pied de la deuxième frontale gauche. Ainsi se trouvent créées quatre formes distinctes d'aphasie.

Ces quatre formes se popularisèrent grâce à la prestigieuse influence de Charcot, « avec qui la doctrine de l'aphasie atteignit, peut-on dire, sa période classique et présenta son maximum de clarté, de simplicité et de... commodité pour l'enseignement (2). »

Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie des quatre formes classiques : elle est d'une simplicité idéale, on peut le dire. Dans la *surdité verbale*, le malade entend la parole en tant que bruit, mais ne peut l'interpréter en tant que signe. Il ne comprend pas le langage oral et ne peut répéter les phrases prononcées. Il lit correctement, il écrit de même. Il existe dans la *cécité verbale* une impossibilité de lire et de copier. Le malade peut écrire, mais ne peut relire ce qu'il a écrit. Les lettres des mots lui apparaissent comme un dessin indéchiffrable, comme « du noir sur du blanc ». L'*aphasie motrice* est caractérisée par la perte de l'articulation des mots; l'*agraphie*, par l'abolition de la possibilité d'écrire, soit de la main droite en dehors de toute paralysie, soit de la main gauche si la droite est paralysée. A ces quatre formes correspondent quatre mémoires particulières, la mémoire auditive verbale, la mémoire visuelle verbale, la mémoire motrice verbale, la mémoire motrice graphique, centrées respectivement dans l'hémisphère gauche au niveau de la première temporale, du pli courbe, du pied de la troisième frontale, du pied de la deuxième frontale.

Cette théorie « classique » est purement artificielle, elle est psychologique et non clinique. Jamais on n'observe de types conformes au schéma de Charcot, et ces distinctions, basées sur des idées théoriques touchant le mécanisme du langage intérieur (3) ne se vérifient jamais au lit du malade.

(1) Fr. Moutier. *L'aphasie de Broca*, Th. de Paris, 1908, 774 p., 175 fig. — Travail du service et du laboratoire de M. le professeur Pierre Marie; cf. p. 38.

(2) Dagnan-Bouveret. L'aphasie et les localisations cérébrales. *Revue de métaphysique et de morale*, juillet 1908, nº 4, p. 466-491, 8 fig.

(3) Charcot admettait que, dans la formation du langage intérieur, quelques-uns emploient de préférence la mémoire visuelle, d'autres la mémoire auditive, certains encore la mémoire motrice d'articulation; ainsi seraient constitués des types psychologiques divers, les visuels, les auditifs, les moteurs. On est bien revenu de cette distinction beaucoup trop absolue.

On s'en rendit compte rapidement, et dès lors, la question des aphasies devint d'une complexité déconcertante. Des formes nouvelles s'ébauchèrent, des syndromes purement hypothétiques furent établis et leurs localisations décrites sur le papier avant d'être vérifiées anatomiquement. Lichtheim est responsable de ce mouvement regrettable, qui fit plus obscur encore et plus insoluble un problème ardu en soi. Son schéma de 1884 admettait les quatre centres de Charcot, mais plaçait au-dessus d'eux un *Begriffcenter* ou centre d'élaboration, de conception intellectuelle. L'on pouvait relier entre eux ces centres divers, puis couper à loisir leurs communications et se livrer au jeu facile de créer à volonté les formes les plus diverses.

Dire la fortune du schéma de Lichtheim est impossible. Adopté par Wernicke qui, le premier, créa les termes d'*aphasies sous-corticales* ou de ruptures des communications entre les centres et la périphérie, et d'*aphasies transcorticales* ou de rupture des communications intercentrales, ce schéma fut débordé bientôt par les faits. Remanié, amplifié par une succession incroyable d'auteurs, par tous les auteurs pour mieux dire, qui depuis 1884 ont étudié l'aphasie, il a dû se prêter avec souplesse à toutes les fantaisies didactiques. L'unité de l'aphasie s'émietta à ce jeu. Rares furent les initiés au courant d'une littérature aussi difficile, aussi complexe, aussi changeante; plus rares encore étaient ceux qui dans les cadres des schémas parvenaient à faire rentrer sans effort les syndromes morbides rencontrés.

A vrai dire, la théorie de Broca était *classique*; elle l'était parce qu'enseignée officiellement, mais en dehors des classes et des livres, parmi les cliniciens, elle comptait d'innombrables hostilités.

Que doit-on entendre aujourd'hui par schéma classique de l'aphasie? Une réponse univoque est impossible à faire; il existe en effet deux tendances différentes : tel auteur suit plus ou moins le schéma de Charcot, tel autre se rattache à la dualité fondamentale établie par Wernicke. C'est ainsi que l'enseignement de Wyllie, Bastian, Grasset, d'un certain nombre d'auteurs français ou de langue anglaise dérive de la théorie de la Salpêtrière; au contraire, dans la plupart des travaux de langue allemande, on établit une distinction primordiale entre l'aphasie motrice et l'aphasie sensorielle, puis entre les aphasies corticales et sous-corticales (1). Nous insistons sur ces points parce que, à l'heure actuelle, beaucoup de ceux qui n'ont pas spécialement étudié la question de l'aphasie se perdent dans les discussions pendantes et ne savent plus ce que l'on doit entendre par théorie classique.

En réalité, nous le répétons, il y a deux théories classiques. Avec l'école de Charcot, on admet 4 formes principales : la surdité verbale, la cécité verbale, l'aphasie motrice, l'agraphie. Ce sont là des formes *pures*, c'est-à-dire que chaque type présente *un seul* trouble morbide. Le sourd verbal n'entend pas, l'aveugle verbal ne lit pas, l'aphasique moteur n'articule pas, l'agraphique n'écrit pas. Cela est simple à retenir. On a établi, il est vrai, d'innombrables variétés et sous-variétés. Bastian connaît 10 formes seulement, mais Elder en admet 14 et Grasset jusqu'à 18.

Selon une seconde théorie, répandue également ou même davantage, un fossé profond sépare deux types absolument distincts de malades : les uns présentent un trouble de l'articulation, les autres un trouble du langage intérieur et de la compréhension du langage. Et comme l'on admet que notre langage intérieur se conduit au moyen d'images sensorielles verbales, les premiers sont dits aphasiques

(1) Nous laisserons absolument de côté les aphasies transcorticales dont le schématisme outrancier est pure hypothèse.

moteurs, les seconds aphasiques sensoriels. C'est la théorie de Wernicke-Kussmaul-Lichtheim, développée et précisée récemment par les travaux de Von Monakow et de Dejerine. Pour ces auteurs toutefois, les centres peuvent être directement atteints ou lésés seulement dans leurs voies de translation, afférentes ou efférentes; de nouvelles distinctions s'imposent, par conséquent, et il y aura des formes centrales ou *corticales* et des formes de conduction ou *sous-corticales*. Le centre pour l'écriture est rejeté, en général.

On est ainsi amené, avec Dejerine, à distinguer 6 formes d'aphasie. Nous les indiquerons brièvement (1). Dans l'*aphasie motrice corticale ou vraie*, le malade ne peut articuler ou articule mal; il présente des troubles prononcés de l'écriture, mais peut encore copier l'imprimé en cursive. Il existe un certain trouble de la compréhension du langage oral et des mots écrits. Ces troubles sont souvent peu accusés. La lésion causale siège au centre de Broca, au niveau du cortex du pied de la troisième frontale gauche chez les droitiers, droite chez les gauchers. — L'*aphasie motrice sous-corticale* est liée à la section des faisceaux blancs efférents du centre de Broca, à l'isolement de ce centre par conséquent : un symptôme unique, l'abolition ou seulement le trouble de l'articulation. — La destruction de la zone temporo-pariétale (2 premières circonvolutions temporales, gyrus supramarginalis ou lobule du pli courbe, pli courbe) provoque l'*aphasie de Wernicke*. Ces malades sont des bavards; ils prononcent correctement, mais emploient un mot pour un autre (paraphasie), et forgent même des vocables dénués de sens (jargonaphasie). Ils présentent de gros troubles de la compréhension auditive (surdité verbale) et visuelle (cécité verbale) des signes du langage; ils sont à peu près incapables d'écrire et notamment ne peuvent, à l'égal des aphasiques de Broca, transcrire l'imprimé en cursive. Ils dessinent le modèle sans le comprendre et reproduisent l'imprimé en imprimé. — On peut observer des malades présentant de la *surdité verbale pure* (au sens de Charcot) par lésion isolée de la première temporale gauche, et de la *cécité verbale pure avec agraphie* par lésion du pli courbe (2). — Enfin, dans les grands ramollissements de tout un territoire sylvien, l'aphasie motrice et l'aphasie sensorielle peuvent s'ajouter l'une à l'autre par destruction de tous les centres d'images. Dans ces cas se constitue une *aphasie totale*. Les malades, à un degré variable, ne peuvent ni articuler, ni écrire, ni lire, ni entendre les signes normaux et corrects du langage.

Les descriptions récentes de Von Monakow et de Dejerine (3) s'adaptent mieux aux faits que les descriptions de Charcot, et font, en partie du moins, table rase des innombrables formes d'association ou de conduction. Elles ne cadrent pas encore avec la réalité anatomo-clinique. Sans doute, l'aphasie motrice du type Broca, l'aphasie sensorielle du type Wernicke s'observent journellement; mais il n'en est pas de même des aphasies dites sous-corticales, et leur diagnostic soulève quantité de points litigieux. En somme, l'état de la question des aphasies en 1906, avant les travaux de Pierre Marie, était au juste le suivant On était à peu près d'accord sur le syndrome clinique des aphasies de Broca et de Wernicke ainsi que sur la localisation anatomique de Wernicke. Le centre de Broca, bien qu'en général admis, comptait cependant un certain nombre de faits défavorables. Quant aux autres formes, il existait à leur endroit un sentiment indubitable de défiance ou, tout au moins, d'incertitude Et Lantzenberg (1), élève de Brissaud, pouvait écrire : « L'accord existe d'une façon moyenne sur le siège et le mécanisme de la plupart des fonctions dont on examine les manifestations morbides, *il n'en est rien pour l'aphasie.* ».

(1) Dejerine, Troubles du langage, in *Séméiologie du système nerveux* (*Pathologie générale de Bouchard*. Paris, Masson, édit. 1901, t. V, p. 391 et 471).

(2) Il existe une autre variété de cécité verbale pure, c'est l'*alexie* par lésion du système visuel central. L'alexie ne s'accompagne pas d'agraphie; il y a hémianopsie concomitante. Nous y reviendrons.

(3) Van Monakow, Gehirn pathologie : Lokalisation der corticalen Sprachwörungen, *Encyclop. Nothnagel*, t. IX, 2e édit., 1905. — Dejerine. Loc. cit.

II

Critique des théories classiques. — Le vice essentiel d'une théorie classique est d'accepter, sans contrôle, les faits qui lui sont donnés pour favorables, et de rejeter *a priori* toutes les observations contraires. Il existe dans les dogmes de l'aphasie, en prenant les choses d'un peu haut, 4 points discutables : la spécificité du centre de Broca, la distinction ou mieux l'opposition d'une aphasie motrice et d'une aphasie sensorielle, l'existence de syndromes purs, sous-corticaux, et enfin la conception psychologique des images et des centres d'images. En un mot, les critiques formulées en 1906 par Pierre Marie portent à la fois sur la localisation anatomique, sur la description clinique et sur la physiologie pathologique de l'aphasie.

La troisième frontale ne joue aucun rôle dans les troubles du langage. — Telle est la première des propositions nouvelles dont nous avons à prouver le bien-fondé. Mais avant de critiquer les faits ultérieurs, il est indispensable d'approfondir les observations fondamentales; et si nous pouvons montrer que Broca commit une erreur d'interprétation, inévitable d'ailleurs à son époque, nous aurons mis en suspicion singulière les faits soi-disant confirmatifs de ce qui ne fut qu'une hypothèse.

Broca étudiait le cerveau comme on l'étudiait de son temps, sans pratiquer de coupes sur les circonvolutions qu'elles auraient pu détériorer, en se contentant d'écarter les méninges et de soulever les opercules sylviens pour examiner l'insula. De plus, on avait sur le ramollissement les idées les plus étranges, les plus déconcertantes pour l'esprit moderne. On tenait le ramollissement pour une sorte de lèpre, pour un processus essentiellement lent, rongeant le cerveau par une progression périphérique, illimitée en théorie. Comment ces notions allaient-elles être appliquées par Broca au cerveau de Leborgne dit « Tan »?

Ce malade avait présenté bien des années avant de succomber une aphémie pure, sans paralysie; cette dernière ne survint que dix ans après les troubles du langage. A l'autopsie, on trouve un ramollissement étendu de *tout le territoire sylvien*. Broca suppose alors que la lésion initiale, celle-là même dont relèvera l'aphémie, doit être placée au centre du ramollissement. Ce point central est, en même temps, le plus enfoncé, le plus profond : dans son cas ce point se trouve au niveau de la troisième frontale, probablement de son pied. Ainsi fut établie, à l'origine, une localisation anatomique que, sans remonter aux sources, on devait plus tard se complaire à proclamer intangible (2).

Prenons maintenant Lelong, le second malade de Broca. Chez lui existerait une destruction localisée du pied de la troisième frontale gauche. Eh bien! même en admettant, *ce qui jusqu'à l'autopsie était douteux pour Broca lui-même*, que le malade fût bien un aphémique, il résulte de l'examen des pièces conservées que ce cas n'est, en aucune façon, probant. L'hémisphère est intact, et l'on ne peut vérifier l'état des régions centrales; mais *il n'existe aucune espèce de lésion de la troisième frontale*. Tout au plus, observe-t-on sur le pied de cette circonvolution une ou deux faibles éraflures, lésions artificielles, déterminées par le coup d'ongle ou le coup de pince,

(1) Lantzenberg. *Contribution à l'étude de l'aphasie motrice*, th. de Paris, 1897.

(2) Les cerveaux de Leborgne et de Lelong sont actuellement conservés au musée Dupuytren, à Paris.

nécessaires à la décortication des méninges. En somme, ni le cas Leborgne, ni le cas Lelong ne sont probants; dans l'un, le pied de la troisième frontale gauche est détruit, c'est vrai, mais la première et la deuxième temporales, le lobule pariétal inférieur, les circonvolutions rolandiques, la première et la deuxième frontales, l'insula le sont également. Dans l'autre, la troisième frontale est intacte, il suffit d'un coup d'œil pour s'en assurer. Quant aux faits ultérieurs de Broca, ils sont absolument inutilisables; les observations cliniques sont insuffisantes, les destructions trop étendues ou imprécisées.

Ainsi, le point de départ même du dogme de Broca est faux, ou plutôt inexistant. Que devons-nous donc penser des faits confirmatifs rapportées depuis lors? La littérature de ces cinquante dernières années fournira-t-elle au centre de Broca les preuves irréfutables de sa spécificité? En aucune façon, un rapide exposé nous en fournira amplement la preuve.

Le chiffre des autopsies publiées est beaucoup moins élevé que l'on aurait pu l'imaginer. De 1861 à 1906, nous avons relevé seulement 304 cas d'aphasie par lésion de l'hémisphère gauche. Ce total est d'ailleurs amplement suffisant pour notre démonstration (1).

Un grand nombre d'observations, 201 en tout, sont absolument inutilisables, les unes parce que insuffisantes à tout point de vue (il en est 26), les autres parce que les lésions dépassent et de beaucoup le territoire de la troisième frontale. Dans 175 cas, en effet, il s'agit de ramollissements ayant détruit une étendue plus ou moins considérable du territoire de l'artère sylvienne. Nous retiendrons, en définitive, 108 observations avec destruction cérébrale localisée, et sur ce nombre, il en est 19 seulement de tenues pour favorables à F_3, les 84 observations restantes étant formellement contraires à la localisation de Broca. En réalité, des 19 faits anatomo-cliniques favorables au pied de la troisième frontale gauche, aucun n'est irréprochable : ces observations de Boinet, Jaccoud et Dieulafoy, Christison, Mac Donnell, Ballet, Rosenstein, Hervey, Ord et Shattack pèchent par quelque point : lacune dans la protubérance, siège de la lésion sur F_3 mais pas au niveau du pied, absence de renseignements sur l'état des noyaux gris, lésions étendues, en réalité, bien au delà des limites du centre de Broca, etc. En somme, *il n'existe encore dans la littérature médicale aucune observation d'aphasie de Broca dans laquelle on ait, à l'autopsie, constaté une lésion unique, rigoureusement localisée au pied de la troisième circonvolution frontale gauche.*

Il nous reste à étudier les faits contraires à la théorie classique. Ils sont de deux ordres : d'un côté, aphasie avec intégrité du pied de la troisième frontale gauche (57 cas); de l'autre, destruction de ce centre sans aucune altération aphasique du langage (27 cas). Les 57 cas d'aphasie avec intégrité de la troisième frontale sont tous comparables entre eux. Les descriptions cliniques justifient le diagnostic d'aphasie de Broca porté du vivant du malade, et le clinicien s'attendait à peu près constamment à trouver à l'autopsie une destruction de la troisième frontale. La lésion observée dans ces cas est toujours la même; elle intéresse la zone lenticulaire de Pierre Marie, c'est-à-dire qu'elle porte sur l'insula, sur le noyau lenticulaire, sur la capsule externe. *Dans tous ces cas, la zone de Wernicke se trouve également atteinte et cette destruction n'est ni constatée, ni expliquée par la théorie classique.*

Dans 27 cas enfin, avons-nous dit, la troisième frontale est détruite sans aphasie corrélative. Les causes les plus diverses se rencontrent, soit qu'un traumatisme ou un ramollissement aient brutalement annihilé le centre de Broca, soit qu'une tumeur l'ait progressivement anéanti. Dans certains cas, très rares à vrai dire, la troisième frontale est détruite des deux côtés sans qu'il y ait eu trace d'aphasie. Nous ne pouvons entrer dans l'exposé complet, dans la discussion détaillée de tous ces cas; cet exposé et cette discussion se trouvent dans notre thèse, et nous prierons ceux qui désireraient approfondir cette argumentation de bien vouloir s'y reporter. Nous insisterons seulement sur la considération suivante : *il existe à l'heure actuelle une preuve expérimentale de la non-spécificité de la troisième frontale dans la genèse des troubles aphasiques du langage.* Un chirurgien, Burckhardt, s'inspirant des vues théoriques les plus curieuses, a réséqué chez deux déments, droitiers, le pied et le cap de la troisième frontale gauche : il ne s'est, à aucun moment, manifesté la moindre trace d'aphasie de Broca. Burckhardt voulait, chez ses malades affectés d'une verbigération très accentuée, supprimer les centres d'hallucinations verbales. Il s'attendait à ce que l'opération entraînât une mutité plus ou moins complète. On juge de la stupeur des assistants, quand, sortant du sommeil chloroformique, les malades privés du pied de la troisième frontale s'exprimèrent aussi librement, aussi distinctement qu'avant l'opération.

De telles dissidences, de telles incompatibilités avec la doctrine classique furent constatées dès la première heure; et Broca lui-même s'étonnait de l'absence de parallélisme entre l'étendue des lésions et l'intensité des phénomènes cliniques. Pour maintenir la rigueur de la loi primitive, il fallait donc lui concilier les faits, les interpréter; et c'est à cela que s'appliquèrent avec ingéniosité trois séries d'arguments que nous désignerons l'un sous le nom d'argument des erreurs de diagnostic, l'autre de théorie de la gaucherie cérébrale, le troisième de théorie des suppléances et de la rééducation.

La première méthode est simple; elle consiste à présenter le raisonnement suivant : « Voici un aphasique de Broca, la troisième frontale est trouvée intacte à l'autopsie, le diagnostic d'aphasie de Broca est donc faux; il devait s'agir d'un aphasique de Wernicke, d'un pseudo-bulbaire, d'un dément. » Cet *argument de l'erreur de diagnostic* tombe, en général, à la simple lecture des observations incriminées, où l'on retrouve tout ce qui est nécessaire et suffisant pour qualifier le diagnostic d'aphasie de Broca.

La *théorie de la gaucherie cérébrale* peut s'énoncer ainsi : « L'aphasie de Broca est liée à la destruction du pied de la troisième frontale gauche chez les droitiers, du pied de la troisième frontale droite chez les gauchers. » En voici l'application pratique : chaque fois que se présentera un cas de destruction de la troisième frontale gauche sans aphasie, le partisan de la théorie classique proclamera le malade un « gaucher méconnu », et si l'on vient à prouver que le malade était bel et bien droitier, il n'hésitera pas alors à invoquer l' « ambidextérité ». Déclarer un individu gaucher méconnu ou ambidextre est une pure hypothèse; en procédant ainsi, on émet une opinion, on ne fournit aucune démonstration. En réalité, la théorie de la gaucherie cérébrale est loin d'être absolue. L'existence des *aphasies croisées* de Byrom Bramwell en est la preuve : sur 17 autopsies intéressant la gaucherie cérébrale, 8 fois les malades étaient gauchers, 3 fois ambidextres (?), 6 fois l'aphasie était croisée, due, par conséquent, soit à une lésion de l'hémisphère gauche chez un gaucher, soit à une lésion de l'hémisphère droit chez un droitier (1). Et le nombre des cas contraires à la théorie classique serait encore plus grand, à coup sûr, si l'on ne tenait pas *a priori* pour gaucher, à moins de preuve patente du contraire, tout individu aphasique par lésion de l'hémisphère droit. D'un autre côté, la

(1) Nous notons encore, de 1861 à 1906, 24 autopsies d'aphasies chez des gauchers ou d'aphasies croisées et 6 autopsies de soi-disant aphasies motrices transcorticales.

(1) Un nouveau cas d'aphasie croisé vient d'être publié, Cf. E. Cedrangolo. Un cas d'aphasie par lésion de l'hémisphère droit chez un droitier (*La Réforme méd.*, an. XXIV, nº 2, 13 janvier 1908, p. 29 et 36).

théorie de la gaucherie cérébrale ne peut expliquer la prédominance de l'aphasie par lésions de l'hémisphère gauche. En effet, le nombre des aphasiques par lésion de l'hémisphère droit n'est nullement en rapport avec le nombre réel des gauchers. Il existe, en effet, 1 gaucher sur 10 personnes. Par suite, nous devrions rencontrer chez les hémiplégiques gauches un certain nombre d'aphasiques, 1 sur 10, par exemple, puisque, nous le savons, les destructions du territoire sylvien amenant l'hémiplégie déterminent d'ordinaire une lésion concomitante de la zone du langage. Cette théorie ne se vérifie pas dans la réalité. Sur 320 hémiplégies observées de 1898 à 1906 dans le service de Bicêtre, 165 siégeaient à droite, 160 siégeaient à gauche. Soixante fois l'aphasie de Broca coïncidait avec l'hémiplégie droite; cette aphasie, en revanche, n'a pas été observée une seule fois chez les hémiplégiques du côté gauche. Il faut bien admettre, cependant, que parmi ces derniers se trouvait *au moins* une douzaine de gauchers. Dès lors, il est on ne peut plus extraordinaire que jamais l'aphasie n'ait été observée en concurrence d'une hémiplégie gauche, c'est-à-dire que l'on ne saurait admettre de parallélisme entre la gaucherie verbale et la gaucherie manuelle. Il devient impossible par suite d'invoquer à tout instant une gaucherie cérébrale méconnue pour expliquer la destruction du centre de Broca sans aphasie corollaire.

La *théorie des suppléances et de la rééducation* nous présente même indigence de preuves solides. Lorsque l'on se trouve en présence d'une troisième frontale gauche détruite, sans qu'à la connaissance du clinicien le malade ait été aphasique, il peut être commode d'admettre qu'une suppléance fonctionnelle rapide ou qu'une rééducation de célérité remarquable ont immédiatement masqué le déficit du centre verbal. Mais que savons-nous de telles suppléances, de rééducations de cet ordre? Rien que ce que nous avons écrit dans les livres à leur sujet; aucune preuve clinique n'en saurait être fournie, et les raisonnements les plus séduisants ne peuvent rien contre la constatation simple de ce fait, la fréquence ou pour mieux dire la banalité des destructions de la troisième frontale gauche sans trace d'aphasie de Broca.

La distinction de l'aphasie motrice et de l'aphasie sensorielle est-elle admissible? Si nous l'admettons, par quoi la justifierons-nous? En quoi notre conception différera-t-elle de la conception classique? — Les auteurs classiques ont distingué l'aphasique moteur de l'aphasique sensoriel. Les symptômes qu'ils assignent à chacun d'eux seraient des plus caractérisés, leur raison pathogénique serait également distincte. Recherchons s'il est possible d'admettre à l'heure actuelle semblable opinion.

L'aphasique moteur est un silencieux, il n'articule pas ou articule mal; son vocabulaire est limité; mais les mots employés le sont à propos. L'aphasique sensoriel est au contraire un bavard, les mots sont en général correctement articulés, mais le mot propre fait défaut. L'aphasique moteur et l'aphasique sensoriel, toujours d'après les classiques, présentent l'un et l'autre des troubles de l'écriture, de l'audition verbale et de la lecture; *mais ces troubles diffèrent par leur qualité autant que par leur quantité.* En effet, la surdité verbale et l'alexie sont légères, souvent fugitives chez le moteur, profondes et persistantes chez le sensoriel; l'agraphie est beaucoup moins intense chez l'aphasique de Broca que chez l'aphasique de Wernicke, celui-ci dessine le modèle imprimé, celui-là peut copier l'imprimé en manuscrit, l'un reproduit, l'autre transcrit. Enfin, tandis que les troubles de l'aphasie de Wernicke sont dus à l'atteinte directe des centres visuels et auditifs verbaux, les troubles de l'aphasie de Broca dépendent du retentissement à distance des lésions du centre moteur verbal, sont liés à la perturbation produite dans le mécanisme des images visuelles et auditives par l'altération ou la destruction des images motrices.

Serrons de près ces distinctions : que trouvons-nous? Les caractères des troubles de la lecture, de l'écriture et de l'audition sont en réalité les mêmes dans l'aphasie de Broca et dans l'aphasie de Wernicke. Leur intensité seule est variable; qualitativement, ils sont les mêmes. Vouloir se fonder sur eux, et seulement sur eux, pour reconnaître tel ou tel syndrome, c'est aller d'avance à l'erreur ou mieux encore à l'absence de diagnostic. *Il est impossible, avec les traités classiques, de distinguer au lit du malade un Broca d'un Wernicke en se basant sur d'autres troubles que ceux de l'articulation.* Seul l'aphasique de Broca présente le trouble moteur; les autres altérations fonctionnelles lui sont communes avec l'aphasique de Wernicke, selon Pierre Marie.

Il est également impossible de distinguer l'aphasie totale de l'aphasie de Broca, *à l'intensité près.* Ce sont les mêmes déficits dans l'articulation, l'écriture, l'audition et la vision verbales : il y a là affaire de quantité, non pas de qualité. Les classiques ne fournissent absolument aucun critérium, permettant de dire à quoi l'on reconnaît l'adjonction de l'aphasie de Wernicke à l'aphasie de Broca, à quoi l'on individualise l'aphasie totale en un mot. Il va par là même de soi que l'on ne saurait distinguer ces hybrides les aphasies mixtes ou ces formes schématiques les aphasies transcorticales, le plus souvent reliquat d'aphasies sensorielles. Les choses sont d'ailleurs plus obscures, plus déconcertantes encore, puisque les classiques admettent la possibilité d'une *aphasie totale* (c'est-à-dire d'une aphasie de Broca plus une aphasie de Wernicke) *par lésion de la seule zone temporo-pariétale avec intégrité du pied de la troisième frontale.* Ils admettent également que la *destruction du centre de Broca isolé suffit parfois à réaliser le tableau de l'aphasie sensorielle* ; ils ne peuvent expliquer du reste le retentissement d'un centre moteur sur des images sensorielles. Ainsi, de même que la principale localisation anatomique, les grandes distinctions cliniques perdent de leur individualité. La spécificité de la troisième frontale ne s'appuie sur aucun fait indiscutable; la distinction pratique de l'aphasie de Broca et de l'aphasie de Wernicke (en dehors du trouble de l'articulation), de l'aphasie de Broca et de l'aphasie totale est impossible.

Les aphasies pures, les syndromes sous-corticaux résistent-ils a l'examen? — L'*aphasie motrice sous-corticale*, uniquement caractérisée par le trouble de l'articulation, dépendrait d'une lésion sous-corticale du faisceau centrifuge de la troisième frontale. Le centre d'images motrices verbales étant par là même intact, le malade peut faire connaître par gestes le nombre de syllabes du mot désignant l'objet qu'on lui présente (expérience de Proust-Lichtheim). En réalité, il existe un type morbide du langage représenté par le trouble de l'articulation verbale; mais ce trouble n'est en aucune façon lié à la lésion sous-corticale de la troisième frontale.

En effet, les altérations pathologiques signalées dans les observations de Boinet, Mayor, Vergely, de Boyer, Lantzenberg, ne sont nullement limitées au pied de la troisième frontale. Les malades de Déjerine sont des pseudo-bulbaires typiques, ainsi que l'a montré Pitres depuis longtemps; le protocole d'autopsie signale en effet de nombreuses lacunes dans les noyaux gris et dans la protubérance. Nous en dirons autant du malade d'Edinger, et nous aurons passé en revue les observations les moins mauvaises pour la théorie classique.

Cette distinction de syndromes corticaux et sous-corticaux est d'ailleurs purement artificielle. En effet, *anatomiquement, il n'y a point de lésion purement corticale;* toujours, et cela sur une étendue que l'examen microscopique révèle infiniment plus profonde que l'on ne se le fût imaginé, la lésion dépasse le cortex et atteint les faisceaux blancs. Cliniquement, il n'y a aucun parallélisme entre la *lésion* corticale ou sous-corticale

et le syndrome *clinique*, et très fréquemment de vastes destructions corticales et sous-corticales du centre de Broca déterminent simplement un syndrome dit sous-cortical, c'est-à-dire le trouble moteur verbal isolé (1).

A côté de l'aphasie motrice pure, d'autres formes sous-corticales étaient admises hier encore par la presque généralité des neurologistes : c'étaient la surdité verbale pure et la cécité verbale pure. Mais, ici, une grave inconséquence de la théorie saute immédiatement aux yeux : ces formes, strictement *sous-corticales sur le schéma*, sont parfaitement attribuées selon les autopsies à des lésions ou corticales ou sous-corticales.

Nous devons prendre en considération un autre fait : c'est qu'il existe en réalité deux formes de cécité verbale, l'une avec agraphie localisée par Dejerine au pli courbe, l'autre l'alexie proprement dite, localisée dans la région du cuneus et de ses faisceaux d'association. L'existence de cette dernière est hors de doute et universellement admise, nous n'y reviendrons point. L'existence de la cécité verbale avec agraphie n'est guère admise que par Dejerine. En réalité, là encore aucune autopsie probante n'a jamais été présentée. Et dans le cas unique publié à notre connaissance en faveur de cette localisation (2), il y avait sans doute cécité *verbale* par lésion limitée au pli courbe, mais il y avait également agraphie totale, paraphasie, hémianopsie. Un tel fait rentre évidemment dans le cadre des aphasies de Wernicke banales avec lésion étendue sectionnant tous les faisceaux nerveux jusqu'au ventricule latéral. D'ailleurs, les travaux tout récents de Niessl von Mayendorf(3) ont fait justice de la spécificité du pli courbe. Cet auteur a démontré anatomiquement qu'*une lésion corticale ou sous-corticale du pli courbe demeure sans symptômes si les faisceaux visuels du voisinage ne sont pas atteints*. De même, la lésion du pli courbe seul ne donne ni agraphie ni paraphasie; il faut pour cela que la destruction cérébrale atteigne le gyrus supramarginalis et la première temporale.

La *surdité verbale pure* par lésion de la première temporale gauche était admise beaucoup plus généralement que la cécité verbale par destruction du gyrus angularis ou pli courbe. Il ne faut pas oublier que, selon la démonstration de Pierre Marie, cette forme et sa localisation sont dues tout entières à la collaboration des vues théoriques de Wernicke-Kussmaul et des schémas de Meynert. On ne localisa nullement la surdité verbale à la première temporale parce qu'une autopsie avait incité à ce faire; on chercha en revanche les autopsies confirmatives de cette localisation purement spéculative.

En réalité, des observations rapportées jadis, aucune ne soutient un examen sérieux : Freund et Pierre Marie ont montré que dans la plupart de ces cas il s'agissait soit d'aphasie de Wernicke banale, soit très probablement de surdité labyrinthique. Et l'on ne peut tenir pour légitime aucune observation d'aphasie sensorielle auditive pure, sans le contrôle d'un examen raisonné de l'appareil auriculaire. D'ailleurs, nous aurons l'occasion d'y revenir, il n'existe pas chez les aphasiques de surdité véritable; le déficit intellectuel, la maladresse physique expliquent pourquoi les ordres sont mal interprétés ou mal exécutés, en dehors bien entendu

(1) Cela tient simplement, nous le comprendrons mieux un peu plus loin, à ce que dans ces cas la zone lenticulaire, *seule responsable des troubles de l'articulation*, est atteinte à l'exclusion de la zone de Wernicke, la destruction ou l'intégrité de la troisième frontale étant par ailleurs indifférentes.

(2) In VIALET. *Les centres cérébraux de la vision*, Th. de Paris, 1893, Obs. V.

(3) Erwin NIESSL VON MAYENDORF. Das Rindencentrum der optischen Wortbilder, *Arch. f. Psychiat. u. Nervenk.*, Bd. XLIII, Hft. 2, 1907. 63 S., 3 fig., II Taf., — Die Diagnose auf Erkrankung des linken Gyrus angularis, *Monats. f. Psychiat. u. Neurol.*, Bd. XXII, Hft. 2, 1907.

des surdités par lésion périphérique. Puis, pour en revenir à la discussion anatomique de la cécité verbale pure, les cas négatifs ne sont pas une exception. Pour ne s'en tenir qu'aux faits les plus récents, Souques (1) publie un cas de destruction de la première temporale gauche sans surdité verbale; Grasset et Rimbaud (2) chez un homme de quarante-deux ans, paraphasique, *comprenant absolument tout ce qui lui est dit*, constatent un ramollissement du tiers postérieur de la première temporale. D'ailleurs, il en est de la première temporale comme de la troisième frontale : on s'inquiète peu de la fragilité du point de départ, toute lésion du centre est tenue pour conforme à la théorie, et toute association de surdité verbale et de destruction du centre de Meynert-Wernicke, y eût-il alexie, paraphasie, agraphie associées à la surdité, y eût-il extension des lésions à tout le territoire sylvien, va prouver l'existence de la surdité verbale pure par lésion de la première temporale gauche. Ainsi Mott (3) en use-t-il vis-à-vis d'un cas d'aphasie complexe avec surdité *totale* (pas seulement verbale), sauf pour les bruits formidables : il y avait une énorme destruction sylvienne, de même Charpentier et Halberstadt (4), dans une observation complexe d'aphasie motrice avec hémiparésie droite, accompagnée de surdité complète, puis de surdité verbale. Les lésions étaient énormes; le lobe temporal, le lobe occipital, le lobe frontal, les noyaux centraux étaient atteints. L'on se demande comment il est possible de tenir un pareil amalgame pour une surdité complète par lésion bilatérale des lobes temporaux.

En réalité, la preuve de l'existence d'une surdité verbale vraie par lésion cérébrale est toute à faire, et l'expérimentation est formellement hostile à la localisation d'un centre auditif dans le lobe temporal. Bürckhardt (5), ce chirurgien dont nous parlions déjà en discutant la spécificité du centre de Broca, résèque à l'un de ses malades, un peintre de vingt-six ans, droitier, atteint d'hallucinations auditives, la région postérieure de la première et de la deuxième temporales gauches. *Il n'y eut jamais trace de surdité verbale*; on nota seulement six jours après l'opération un peu de paraphasie qui dura une semaine environ. Chez l'animal, des recherches récentes, fort peu connues encore, conduisent à rejeter également le centre temporal de l'audition verbale. Il est entendu que l'on ne peut conclure, étroitement du moins, du chien à l'homme; mais ces expériences, telles qu'elles sont, méritent d'être versées au débat. Kalischer (6), puis Rothmann (7) dressent des chiens à ne saisir un morceau de viande que lorsqu'un

(1) A. SOUQUES. Un cas d'aphasie guérie suivie d'autopsie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 juillet 1907, p. 924-931.

(2) J GRASSET et L. RIMBAUD. Un cas de paraphasie. Ramollissement de la première circonvolution temporale gauche, Soc. de neurol. de Paris, séance du 11 juin 1908 et *Revue neurol.*, p 577-581.

(3) T. W. MOTT. Bilateral lesion of the auditory cortical centre: complete deafness and aphasia, *Brit. med. Journ.*, Aug. 10, 1907.

(4) CHARPENTIER et HALBERSTADT. Surdité complète par lésion bilatérale des lobes temporaux, Soc. méd.-psychol., séance du 27 mai 1907; *Ann. méd.-psychol.*, juillet-août 1907.

(5) BÜRCKHARDT. Ueber Rindenexcisionen, als Beitrag zur operativen Therapie der Psychosen. (Des résections corticales, contribution au traitement des psychoses), Xe Cong. internat. des sc. méd. de Berlin, 1890; *Zeit. f. Psychiat.*, XLVII, 1891, fasc. v, p. 463-548.

(6) Otto KALISCHER. Zur Funktion des Schläfeulappens des Grosshirns. Eine neue Hörfrüfungsmethode bei Hunden; Zugleich ein Beitrag zur Dressen als physiologischer Untersuchungsmethode. Sitzungsberichte der königliche preussischen Akademie der Wissenschaften, *Sitz. der physikalisch-mathematischen Classe*, vom 7 februar 1907, 13 S.

(7) Max ROTHMANN. Ueber die Ergebnisse der Hörprüfunh an dressier ten Hunden, *Archiv f. Anat. and Physiol.*, 1908, S. 103-119.

harmonium fait entendre un son déterminé. Le dressage est assez facile et remarquablement rapide. Les chiens peuvent être conduits à percevoir des nuances d'un demi-ton. Lorsque le dressage est parachevé, on pratique une série d'opérations dont nous donnons brièvement le résultat. *La résection unilatérale ou bilatérale du lobe temporal entier jusqu'au ventricule latéral ne fait aucunement disparaître l'aptitude de l'animal à réagir au signal sonore.* La perception du son en tant que signe de langage est donc parfaitement conservée. Pendant quelque temps toutefois, les nuances d'un demi-ton ne sont pas perçues. Au bout de deux semaines, les animaux réagissent mieux qu'avant, plus automatiquement. On a pu même en dresser quelques-uns à saisir la viande sur un signal autre que la note adoptée *avant* leur opération. La destruction des tubercules quadrijumeaux postérieurs eux-mêmes ne provoque pas la surdité. La destruction des labyrinthes la détermine aussitôt.

Il nous resterait, pour en finir avec cette revue critique des points faibles de la théorie classique, à étudier le *système des centres d'images*. Ce système nous paraît obscur et inconciliable avec la réalité clinique. Il ne tient du reste aucun compte du déficit intellectuel universellement admis chez les aphasiques, mais très insuffisamment mis en lumière avant les travaux de Pierre Marie. Pour éviter un trop grand nombre de redites, nous joindrons à l'exposé de la théorie intellectuelle de l'aphasie la discussion des images.

III

L'aphasie selon la doctrine de Pierre Marie. — Nous exposerons cette doctrine au triple point de vue anatomique, clinique et pathogénique. Retenons de notre précédente revision des théories anciennes qu'une conception nouvelle des aphasies devra s'efforcer de satisfaire aux desiderata suivants : ne plus tenir compte de la localisation ancienne de l'aphasie de Broca au pied de la troisième frontale et rechercher quel est le véritable substratum anatomique de cette entité morbide; — expliquer les lésions de la zone de Wernicke constantes à l'autopsie des aphasiques de Broca ; — résoudre la difficulté du diagnostic des aphasies de Broca et des aphasies totales, des aphasies de Wernicke et des aphasies mixtes ; — éliminer les formes schématiques sous et transcorticales; — présenter sur des bases vérifiables par l'examen des malades une nouvelle conception de la physiologie pathologique du langage. Toute étude de l'aphasie qui ne répondrait pas à ces différents problèmes ne pourrait être qu'un retour plus ou moins indirect à la théorie ancienne, désormais inacceptable, nous croyons l'avoir démontré.

La localisation cérébrale de l'aphasie. — Nous étudierons d'abord les lésions dont relèvent les troubles du langage avant d'étudier ces lésions elles-mêmes : nous aurons ainsi un point de repère fixe et simple à retenir, qui nous permettra de suivre ensuite la dissociation clinique des aphasies.

Nous avons pu étudier vingt-trois cas inédits (1) avec autopsie d'aphasie de Broca ou d'anarthrie (2), auxquels il convient d'ajouter trois observations de destruction du centre de Broca sans aphasie. Notre matériel d'études comprend donc les différents types anatomo-cliniques admis, c'est-à-dire les cas où les troubles moteurs existent seuls (aphasie pure ou anarthrie) et les cas où les troubles moteurs s'associent à des troubles de l'écriture, de l'audition et de la vision verbales (aphasie de Broca). Un certain nombre de ces cas ont été étudiés par la méthode des coupes microscopiques sériées, un certain nombre seulement sur coupes macroscopiques. Parmi ces derniers, nous rangerons un cas d'anarthrie pure et six cas d'aphasie de Broca avec intégrité de la troisième frontale, cinq cas d'aphasie de Broca par ramollissement du territoire sylvien, c'est-à-dire de la troisième frontale, de la zone lenticulaire et de la zone de Wernicke, enfin un cas mixte d'anarthrie par lésion de la zone lenticulaire et de troubles pseudobulbaires par lacunes des noyaux centraux.

Par la méthode des coupes microscopiques sériées nous avons pu constater trois fois l'existence d'une destruction *étendue* du centre de Broca chez des droitiers, sans aphasie concomitante, une fois l'intégrité rigoureuse de la troisième frontale dans un cas d'anarthrie, trois fois cette intégrité du pied de la troisième frontale dans des aphasies de Broca indiscutables. Un certain nombre de cas coupés en série sont inutilisables pour une localisation étroite, ce sont un cas d'anarthrie pure avec lésion simultanée de la zone lenticulaire et de F_3, cinq cas d'aphasie de Broca par lésion simultanée de la zone lenticulaire, de la zone de Wernicke, de la troisième frontale.

En résumé, « quatre fois, une fois dans un cas d'anarthrie pure, trois fois dans des cas d'aphasie de Broca cliniquement indiscutable, l'étude microscopique a révélé l'intégrité du pied de la troisième frontale gauche que pas une fibre dégénérée ne pénètre, malgré l'intensité du trouble de l'articulation ». *La troisième frontale est donc à retrancher complètement de la zone cérébrale du langage.* Les lésions se rencontrent souvent cependant à l'autopsie des malades, soit à titre de trouvaille inattendue, soit qu'elles coïncident avec quelque ramollissement sylvien plus ou moins important. — Nous avons recherché, à l'instigation de notre maître M. Pierre Marie, si quelque disposition vasculaire du territoire de la cérébrale moyenne ne pourrait expliquer cette altération si fréquente. Nous avons constaté que du tronc de la sylvienne se détachaient souvent isolément les artérioles destinées au pied de la troisième frontale. Ces vaisseaux sont grêles, s'embranchent à contre-courant sur le tronc sylvien et ne se résolvent en capillaires qu'après un trajet tortueux, plus ou moins coudé en baïonnette. On comprend facilement comment, dans ces conditions, le moindre rétrécissement sylvien favorisera l'ischémie du centre de Broca avant celle de toute autre région. Du reste, l'étendue, la répartition des ramollissements cérébraux est pure fonction des bifurcations vasculaires.

La troisième frontale ne pouvant être maintenue au tableau des centres cérébraux à fonctions spécifiques connues, quelles données tirerons-nous de notre précédente statistique?

Une double constatation s'offre à nous aussitôt : *Chaque fois que du vivant du malade l'on a constaté l'aphasie motrice pure du type dit sous-cortical ou anarthrie, on rencontre sur le cerveau un ramollissement ou une hémorragie de la zone lenticulaire. Chaque fois que le trouble moteur n'est pas demeuré isolé, chaque fois que le malade a présenté l'ensemble des signes caractéristiques de l'aphasie de Broca, on observe sur l'hémisphère un double foyer : l'un siège dans la zone lenticulaire, l'autre affecte la zone de Wernicke ou les fibres qui en proviennent. L'aphasie de Broca est donc simplement l'aphasie de Wernicke + l'aphasie motrice pure ou anarthrie; et d'autre part la distinction des aphasies motrices encorticales et sous-corticales ne répond plus à la réalité.*

L'altération de la zone de Wernicke est constante à l'autopsie des aphasiques de Broca. C'est là un fait d'observation. La théorie de Pierre Marie l'explique facilement en faisant de l'aphasie de Broca une simple aphasie de Wernicke modifiée par l'appoint d'une lésion déterminant la difficulté de l'articulation verbale ; la théorie classique ne peut l'expliquer. Le territoire de Wernicke conserve pour nous ses limites classi-

(1) Cf. in thèse Moutier (1908) l'examen détaillé des cas recueillis à Bicêtre dans le service de M. le professeur Pierre Marie.

(2) L'anarthrie correspond cliniquement à l'aphasie motrice pure ou sous-corticale ; elle en diffère anatomiquement.

(1) Moutier. Loc. cit., p. 247.

ques, d'ailleurs très imprécises, dans lesquelles, en tout cas, entrent probablement le gyrus supramarginalis, les deux premières temporales, le pli courbe.

De la lésion de la *zone lenticulaire* dépend l'anarthrie, c'est-à-dire le trouble moteur de l'articulation. Si l'on vient à pratiquer sur un hémisphère une coupe horizontale, le couteau passant exactement sous le bourrelet et le genou du corps calleux, on obtiendra une surface de section sur laquelle se jugeront à merveille les rapports des différentes zones cérébrales. Au centre, les noyaux gris et la capsule interne, l'insula formant en dehors le couvercle cortical de cette région ; en avant le pôle frontal, en arrière la zone temporo-pariétale.

Menant par les sillons postérieur et antérieur de l'insula des plans frontaux que l'on prolongera en bas et en haut jusqu'aux limites du cerveau, on isolera une tranche cérébrale très importante, la zone lenticulaire. Les limites en sont tracées de manière à exclure la troisième frontale; et elles l'excluent *par définition*. Cette zone lenticulaire renferme les noyaux gris, les capsules externe, extrême, interne, l'insula, le cortex moteur, ainsi qu'une étendue importante des faisceaux d'union du cerveau. Pouvons-nous chercher à localiser davantage le centre moteur verbal dans la région lenticulaire? Cette recherche est actuellement encore aléatoire; il importe d'avoir montré, en tout cas, l'indépendance de la troisième frontale et du syndrome aphasique. Quoi qu'il en soit, les lésions de la zone lenticulaire le plus souvent rencontrées intéressent la région sous-jacente à l'opercule rolandique, et d'une façon générale l'insula, le noyau lenticulaire, la capsule externe, la capsule interne, le pied de la couronne rayonnante. Le plus souvent, ces différents systèmes sont atteints.

En avant, la *zone lenticulaire* s'arrête au pied de la troisième frontale. Il est prouvé par nos examens microscopiques sériés, et par ceux de M. Souques (1) que l'anarthrie peut exister sans que du foyer de la zone lenticulaire irradie une seule fibre dégénérée vers le centre de Broca.

En arrière, la zone lenticulaire se termine au niveau de l'isthme temporo-pariétal de Pierre Marie. Cet isthme est un pont de substance blanche resserré entre le fond du golfe sylvien en dehors et le ventricule sphénoïdal en dedans. Toute lésion en avant de lui provoque l'anarthrie, toute lésion postérieure détermine l'aphasie de Wernicke. Il suffit qu'un foyer étendu dans la zone lenticulaire atteigne de si peu soit-il, en s'étendant en arrière, l'isthme temporo-pariétal pour que l'anarthrie cesse d'être pure, pour que l'aphasie de Wernicke apparaisse, pour que l'aphasie de Broca se constitue (2).

Les différents types d'aphasie au point de vue clinique. — L'aphasie de Broca, nous venons de le constater par l'examen des pièces nécropsiques, n'est pas une *maladie* à proprement parler, c'est un syndrome. En réalité, l'*aphasie est une*, et conformément aux vues de Pierre Marie, nous distinguerons une aphasie proprement dite ou *intrinsèque* et des formes *extrinsèques* de troubles du langage. Nous avons justement commencé notre étude par la question des localisations, parce que les distinctions cliniques vont être maintenant beaucoup plus claires et plus faciles à retenir.

Il existe une seule forme d'aphasie, caractérisée par les troubles du langage intérieur, c'est l'*aphasie de Wernicke*, localisable au territoire temporo-pariétal. En avant de cette zone, les lésions cérébrales donneront l'*anarthrie*, en arrière et en dedans sur le trajet des faisceaux d'association du cuneus, l'*alexie pure*. L'*anarthrie*, forme extrinsèque, et l'aphasie, forme intrinsèque des troubles du langage, relèvent du territoire de l'artère sylvienne ou cérébrale moyenne ; leur coïncidence est fréquente et réalise l'*aphasie de Broca*. L'*alexie*, autre forme extrinsèque, est une variété du territoire de la cérébrale postérieure ; elle peut, nous le verrons, être associée à des troubles plus ou moins intenses du type Wernicke. Sans qu'il soit utile de donner à ce second type de nom particulier, nous appellerons cette forme, plus nette encore au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, alexie associée à l'aphasie de Wernicke.

En résumé, il existe cinq formes morbides de troubles dits aphasiques du langage : trois types fondamentaux, l'aphasie de Wernicke, l'anarthrie, l'alexie pure; deux syndromes, l'aphasie de Broca, l'alexie + aphasie de Wernicke (1).

L'aphasie de Wernicke. — L'aphasie de Wernicke, ou aphasie proprement dite, demeure identique dans la conception classique et dans la classification de Pierre Marie. Ses symptômes, comme sa localisation, seront les mêmes dans les deux cas.

Nous donnerons de cette forme morbide la définition suivante : *L'aphasie est un trouble de la compréhension et de l'expression des signes normaux du langage, indépendant de la démence et de la paralysie*. Cette définition présente, selon nous le triple avantage d'être exacte et courte. Nous la préférons, à cette autre (2) : *L'aphasie est un trouble du langage intérieur avec altération de tous ses modes d'extériorisation*, parce que dans cette dernière l'hypothèse tient, malgré tout, une certaine place. La première définition se contente, au contraire d'enregistrer, de constater les phénomènes.

Nous serons brefs sur les symptômes présentés par les aphasiques de Wernicke. Ils sont en effet et doivent demeurer classiques. D'un autre côté, nous les retrouverons pour la plupart en étudiant l'aphasie de Broca, où ils sont de même qualité, sinon de même quantité. Il convient cependant d'insister sur les particularités cliniques qui séparent l'aphasique de Wernicke de l'aphasique de Broca.

Le Wernicke est un bavard, le Broca un silencieux. Tel est le caractère principal qui détermine en général l'orientation immédiate du diagnostic. Il convient donc de donner à l'étude du langage oral un certain développement.

La *logorrhée* des Wernicke peut être spontanée ; le malade parlant directement dès qu'il se trouve en présence de quelqu'un, — ou déclanchée par une seule, plus rarement par une série de questions. Les mots et les phrases se suivent avec une vélocité d'expression extraordinaire parfois. Les associations d'idées les plus bizarres, les plus lointaines rattachent les lambeaux du discours. L'aphasique s'inquiète d'ailleurs peu des transitions; et le fil des idées est souvent délicat à poursuivre. Non seulement l'idée, mais le mot lui-même sont déformés, plus ou moins inintelligibles. Les syllabes sont écorchées, les termes employés à tort ou à travers, l'un pour l'autre sans que le malade s'embarrasse de ces étrangetés (*paraphasie*). Parfois, des mots nouveaux sont forgés : d'un jargon incompréhensible l'interlocuteur est étourdi. Cette *jargonaphasie* est fréquente, mais peut manquer comme la paraphasie d'ailleurs. Un certain nombre d'exemples, recueillis dans le service de M. Pierre Marie, à Bicêtre, feront saisir ces diverses particularités. La prolixité peut exister sans paraphasie :

« Q. *Buvez-vous quelquefois de l'eau?* — R. *Oh! écoutez, écoutez !... du vin rouge, du café... pas la même chose... et puis, vous savez... baraque six heures..., oh! justement baraque!... j'y suis allé... cinéma... cinématographe... m'enmerde là-de-*

(1) Souques. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, déc. 1907.

(2) Cf. Moutier. Loc. cit., cas Duboil, p. 429. — Un cas analogue a été publié par J. Froment. Aphasie avec dysarthrie, hémorragie de la capsule externe dépassant légèrement en arrière la zone lenticulaire, Soc. méd. des hôpit. de Lyon, séance du 31 mars 1908; — *Lyon méd.*, 1908, p. 1248; — *Revue de méd.*, 10 juin 1908.

(1) Cette forme, nous le répétons, est surtout anatomique, mais peut néanmoins se diagnostiquer cliniquement.

(2) Cf. Moutier. Thèse, p. 248.

dans!... c'est toujours la même chose... oh pardon m'sieu l'interne! » — « *Mais non, continuez; vous n'avez rien dit de mal, je n'ai rien entendu. — Mais si, n'a entendu... l'oreille... à vingt-trente ans, entend bien l'interne... et merci mille fois* ». La logorrhée s'accompagne le plus souvent de paraphasie : « Q. *Quel est cet objet* (un drapeau)? — R. *Chez nous, on appelle ceci... c'est le machin d'un* BOUTON, *non pas à culotte... je n'ai que ça sur la langue!... C'est un* RAT... *c'est un* PÈRE... *je le disais parfaitement bien! Oh! plus je cherche et moins je trouve!* »

La jargonaphasie enfin peut s'observer, plus ou moins accentuée; en voici quelque échantillon : « Q. *Trouvez-vous le lait agréable?* — R. *Ça m'a déplu... oui, monsieur... c'est la vérité!... mais qu'est-ce que vous voulez... c'est la vérité... Oui, bon j'ai oublié... Oui monsieur... Bien naturellement, parbleu!.., Oh bien sûr! ce n'est pas désagréable, ça c'est vrai.., Bien, que voulez vous?... On a beau... Oh! j'aurai plus que ca, quelque chose de* STILE, *de beau, de pauvre... Mais naturellement... Mais on n'a pas de doute... maintenant on a* PURPURESSE... *Oh! je ne les goutte pas beaucoup ces* ISTERS-LA... *je ne les* DURCIS *pas du tout... Pourquoi?... Parce qu'il y est?.. Quoi?... Mais rien du tout!... Qu'est-ce que vous voulez?... Eh bien! monsieur, je vous écoute!... Ne goûtez pas, monsieur! ne goûtez pas!... Il y a des moments où je suis* PITIÉ... *Bien!... c'est honteux, monsieur... je dis c'est honteux... oui monsieur! pour rien... c'est pourquoi on dit pour rien!* » (1). On remarquera combien cet assez long discours, débité très rapidement, est incohérent pour nous. L'étude de ces quelques exemples nous permet de constater quelques autres particularités intéressantes. Ainsi, le vocabulaire est limité, les mêmes mots sont répétés fréquemment, il y a intoxication, persévération selon l'expression de A. Pick En voici un exemple tout à fait typique: « Q. *Quel est le petit nom de votre femme? — Quel est le petit nom de la femme?... Quel est le prénom de la femme?... Quel est le nom de la petite femme?* » Notons cette curieuse déformation que subit la phrase à mesure qu'elle est répétée; cette déformation est plus vive encore chez cet autre malade : « Q. *Mettez le doigt sur le nez. — Mettez le petit doigt sur le nez, petit doigt sur le nez,* JETEZ *doigt sur le* NOIT, *le doigt sur le noit, petit le noit, le noit sur le nez, sur le noit.* » Il est au reste extrêmement fréquent de constater l'impossibilité de trouver du premier coup le terme exact. Le terme faux et le terme précis peuvent se succéder d'ailleurs en une seule et vive réponse. On présente à un Wernicke une toupie en le priant de nommer cet objet, « *toupet, toupie* », répond-il aussitôt.

Nous noterons encore que le discours est taché, ponctué d'interruptions répétées, d'interjections, d'exclamations, de termes affirmatifs. Les jurons sont moins fréquents que chez les Broca, le malade n'étant jamais embarrassé pour *articuler* un mot, sinon pour trouver le terme exact. *Le Wernicke a toujours quelque chose à dire, faux ou vrai, anormal ou correct.* La phrase est souvent complète, mais le substantif est absent avec une notable fréquence; aussi le Wernicke abuse-t-il de la périphrase. Un porte-monnaie est *une chose pour servir*, un verre à boire *une tisée, un machin dont on se sert pour boire*, un éventail *je n'en servais beaucoup étant petit*, un carafon de vin *il y a pour se servir, on se fait tort*. Par ailleurs, la périphrase n'est pas indispensable; et le malade appellera *organe* un couteau (paraph.), *chourki* une bouteille (jargon). Les mêmes troubles se rencontrent dans le chant, dans l'énumération des mots en série (alphabet, chiffres, etc.), dans la répétition des phrases. Ainsi, *Je vais adorer l'Eternel dans son temple. — Vous allez adorer Dieu ou les prophètes; un prophète est un Dieu*, ou bien *Ce pantalon est déchiré. — Le montalon quand il était pulle, quand il était grand, quand il était petit, quand il était Suisse*. L'aphasique éprouve toujours le besoin d'ajouter, d'interpréter, de paraphraser, mais il se sert peu de phrases toutes faites, sa facilité d'improvisation étant extrême, et nulle difficulté de l'articulation verbale n'existant chez lui.

(*A suivre.*)

(1) Fragment de conversation sténographiée au laboratoire de Bicêtre par M. le docteur H. Meige.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DES MAINS

Prendre fréquemment des bains locaux émollients et porter des gants en caoutchouc.

Appliquer la pommade suivante :

Acide salicylique..........	1 gramme.
Glycérolé d'amidon........	30 —

F. s. a. pommade.

Poudrez ensuite avec :

Acide salicylique..........	1 gramme.
Oxyde de zinc.............	5 —
Poudre de talc............	30 —

F. s. a. poudre.

LIVRES NOUVEAUX

Traité clinique des maladies de l'estomac (1), par le docteur Lucien PRON.

C'est un ouvrage clinique et non didactique qu'a voulu écrire M. Lucien Pron; aussi s'est il efforcé de montrer les relations intimes qui unissent entre eux les divers troubles gastriques.

Au milieu de leur complexité apparente, il existe une unité qui doit servir de guide au point de vue séméiologique et thérapeutique.

L'auteur insiste avec juste raison sur ce fait que l'organisme humain est une machine vivante et non un instrument de laboratoire, et qu'on ne peut en conséquence baser la thérapeutique sur les expériences de laboratoire.

Un autre point bien mis en lumière par le livre très intéressant de M. Pron, c'est que dans le traitement des maladies de l'estomac il ne faut pas s'occuper uniquement de ce dernier, mais tenir grand compte de ses rapports avec les autres organes.

Très bon livre, je le répète, qui n'embrouille pas à plaisir l'histoire, déjà si compliquée, des affections gastriques.

Technique chirurgicale journalière au lit du malade, 2e édition (2), par le docteur A. BESSON.

C'est pour éviter aux étudiants et aux praticiens les mille petites difficultés et les hésitations d'un effet si déplorable en clientèle que le docteur Besson a écrit ce livre. Il faut reconnaître que le but est singulièrement plus difficile à atteindre qu'on ne pourrait croire au premier abord; aussi doit-on féliciter notre confrère d'y être parvenu aussi complètement.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 417 pages. Prix : 12 francs. — Paris, J. Rousset.
(2) In-8 de 249 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères; Lille, René Giard.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVI, 17, RUE CASSETTE.

N° 105. — MARDI 15 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 15 SEPTEMBRE 1908. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Poulard, Guillemot, Michel, Castaigne, Mouchet, Lecène, Veau et Bouffe.

— *Liste des candidats* :

PREMIÈRE MOITIÉ (PREMIÈRE SÉRIE). — 1. M. Abou, Mlle Abramovitch, MM. Achard, Adeline, Mlle Albessard, MM. Alfaric, Alih, Allamagny, Mme Allart, née Houdré, MM. Allondy,

11. Alterman, Alvarez y Crucès, Alves da Veiga, Ancelin, Andrieu (Raymond), Andrieu (Roger), Anglès-Dauriac, Antoine, Antonelli, Antony,

21. Apard, Arama, Arbassier, Arbeit, Arnoux, Mlle Athanassiu, MM. Aubert, Aubin, Auclair, Audain,

31. Auger, Augier, Aureille, Avinin, Babaud, Babin, Bac, Balizeaux, Ballerin, Barabeau,

41. Barbier, Bardet, Bascoul, Basset, Battesti, Baudet, Baudin, Bavelaër, Beau, Beaudouin,

51. Mlle Beauvais, MM. Béchamp, Bécourt, Bedoya, Béliard, Belz, Benit, Benoits, Béon, Bergès (Gaston),

61. Bergès (Jean-J.), Berlioz, Bernard-Gerriet, Bernardin, Bertaux, Berthelot (Albert), Berthelot (Désiré), Berthet, Bertin-Mourot, Bertrand,

71. Besnard, Binard, Bisson, Mlle Bitchounsky, MM. Blanc, Blanchet, Blanco, Bloch, Blum, Bodet,

81. Boirac, Boissier, Boncompain, Borand, Borel (Alexandre), Borel (Alphonse), Bortman, Boubermann, Boucheron, Mlle Boudeille,

91. Mlle Bouderlique, MM. Bougault, Boulanger (Gaston), Boulanger (Marcel), Boulay, Boulin, Bourdier, Bourgeois (André), Bourgeois (Maurice), Bourgon,

(DEUXIÈME SÉRIE). — 101. MM. Bourlon, Boussaguet, Boussi, Bouttier, Boyer, Bozonet, Mlles Braïlovsky, Bredrel, MM. Bricaire, Brizard,

111. Broca, Brossier, Brousseau, Broussolle, Buchère, Buchholz, Mlle Bugard, MM. Bussy, Cabart-Danneville, Cadet,

121. Mlle Cahan, MM. Caillet, Callot, Capdevila, Carpanetti, Cavaillès, Cavaillon, Ceillier, César, Mlle Chabert,

131. MM. Chabrun, Chaisemartin, Chalet, Chamteuil, Chamlian, Chamorro, Champavère, de Champs-de-Saint-Léger, Chanut, Charpentier,

141. Charpy, Chatellier, Chavasse-Fretaz, Chenain, Chenet (Charles), Chenet (Henri), Chéronnet, Chevalérias, Cheyron, Claude,

151. Clouzeau, Collette, Collomb, Colombier, Colson, Combres, Constant, Conte, Cornet, Coronado,

161. Costantini, Cotineau, Mlle Coudert, MM. Coudray (Gaston), Coudray (Jean), Coulon, Courbe, Coursolle, Courtois, Cousin,

171. Coutey, Coutisson, Couvreux, Dalayrac, Dalbanne, Dalle, Daudet, Dauphin, David, Davy,

181. Dax, Debray, Dèche, Deflaux, Defiol, Deguignand, Dehau, Mlle Delannoy, MM. Delaporte, Delattre,

191. Delavierre, Deldique, Delestre, Delmas, Delort, Delsouiller, Demouy, Denoyelle, Dentier, Descubes.

(TROISIÈME SÉRIE). — 201. MM. Desprairies, Destremont, Détape, Deval, Dhers, Didier, Divet, Mlle Dobkevitch, MM. Dohen, Dom,

211. Dombrowski, Mlles Donnafewsky, Dons-Kaufmann, MM. Doulcet, Doumenge, Drapier, Mlle Drosio, MM. Drouet, Duclos, Dumet,

221. Dunan, Dupêchez, Mlle Duplan, MM. Duponchel, Dupont, Dupradeau, Duprat, Durand, Durand-Fardel, Duriez,

231. Durville, Dutheillet de Lanothe, Duval, Duvernoy, Echavarria, Epstein, Erroux, Mlle Ettinger, MM. Faivre, Falliès,

241. Farhat, Fay, Feldstein, Féret, Ferréol, Fey, Mlle Feygin, MM. Fitte, Flach, Mlle Flamberg,

251. MM. Flandrin, Fleurot, Fontaine (François), Fontaine (Lucien), Fontaine (Valère), Fortineau, Fouret, Fournier (Jacques), Fournier (Lucien), Frédault,

261. Frogé, Froment, Gagneux, Galland, Gallet, Gallot-Lavallée, Galop, Galvaing, Gambier, Garach,

271. Gardin, Gaudrat, Gauraz, Gauthier (Gustave), Gauthier (Raoul), Gautier (Ernest), Gautruche, Gaveau, Gaymard, Mlle Gikouline,

281. MM. Gendron, Gendronneau, Genty, Gerbay, Mlle German, MM. Gille, Gilson, Girard, Girardeau, Giraud,

291. Giraudel, Mlles Goldberg, Goldenfann, MM. Gourcerol, Grabois, Grandin, Grandjean, Gras, Greder, Gresset.

(QUATRIÈME SÉRIE) — 301. MM. Greyfié de Bellecombe, Grèze, Grille, Grisoni, Gros, Grunberg, Guérain, Guerrin, Guillaumont, Guillaumot,

311. Guille, Guillemet, Guillemin, Guillon, Guinet, Guisoulphe, Guyot, Habault, Haguenau, Haguet,

321. Mlle Halberstadt, MM. Hanras, Hartemann, Hayot, Herdner, Hérisson-Laparre, Mlle Herszlick, MM. Hertz, Hervier, Hiblot,

331. Hischmann, Houttelette, Huc, Hudelo, Hugon, Huguet, Husson, Imbert, Jacob, Jacq,

341. Jallet, Jarry, Jars, Jourdan-Corneille, Mlle Jouvin, MM. Joyes, Juif, Kahn, Mlle Kalmanovitch, M. Khérouvimoff,

351. Mlle Kopeikine, MM. Krolamitsky, Labbée, Labro, Lacronique,

DEUXIÈME MOITIÉ (PREMIÈRE SÉRIE). — 351. MM. Lagarrigue, Lambert, Lancereaux, Mlle Lang, MM. Langagne,

361. Lantier, Lapique, Laroque, Larozière, Larrousse, Laugier, Lauriat, Lavalée, Mlle Lebenthal, MM. Leblan,

371. Lebossé, Lebouc, Lebreton, Lebrun, Lecharpentier, Leclercq (André), Leclercq (Louis), Ledoux (Henri), Ledoux (Philippe), Lefèvre,

381. Lefranc, Legillon, Le Golvan, Le Gouellec, Legrain, Legras, Lehmann (Louis), Lehmann (Raymond), Mlle Leitnikoff, MM. Le Maux,

391. Lemoine, Lemoing, Lemoussu, Lenoir, Léonetti, Lepage, Lepicard, Lépine, Lepoittevin, Leprévost,

401. Lequien, Leriche, Le Rochais, Leroux, Leroy, Lesage, Lesieur, Lespinasse, Lethuillier, Leuvrais,

411. Lévêque, Levère, Lévi Franckel, Levin (Samson), Mme Levin, née Satanowski, Levy, Liacre, Lidy, Liénard, Mlle Lifschitz,

421. Mlle Lipkine. MM. Lipschitz, Longevialle, Lory, de Lostange-Beduer, Lucas, Lugnier, Lutel, Madin, Maechler,

431. Mage, Magnier, Maguin, Maindrault, Maire, Majour, Malapert, Malavialle, Malleterre, Malmezat,

441. Marc, Marcassus, Marchand, Maréchal, Marié, Marion, Marmier, Maro, Marvillet, Marx,

451. Mas, Masmonteil, Massart, Masson, Mathieu.

(DEUXIÈME SÉRIE.) — 456. MM. Meaux-Saint-Marc, Médevielle, Medot, Meignen, Melou,

461. Ménagé, Mercier (Georges), Mercier (Pierre), Mérine, Meugé, Meusnier, Meyer, Meyerson, Mlle Miannée de Saint-Firmin, MM. Michaniewski,

471. Michel, Milcamps, Million, Minvielle, Mitton, Mladenoff, Modot, Mollet, Monceau, Monlaur,

481. Monnier, Monprofit, Montouan, Mora, Moreau, Morel, Morice, Morin, Morlot, Mouquot,

491. De Mourgues, Mouriès, Mourlon, Mozer, Murga, de Nabias, Nahan, Narcy, Nassibian, Nédeff,

501. Netter, Nidergang, Noiret, Mlle Noskoff, M. Nounez, Mlle Noisicka, MM. de Ockinczye, Ollier, Mlle Ourison, MM. Paillard,

511. Papadato, Papillon, Paraf, Parcheminey, Parent, Parturier, Pataud-Devallencienne, Paulet, Pauliac, Paulin,

521. Pauron, Pauvert, Péan, Peña, Percepied, Périn, Mme Perl, née Wolkenheim, MM. Pérol, Perret, Perrier,

531. Perrin-Maréchal, Perron, Pesnel, Petit (Antoine), Petit (Louis), Petit-Dutaillis, Philip, Phipps, Picard, Piémont,

541. Pierquin, Pierrot, Pigney, Pilatte, Pinard, Pinon, Piquemal, Placet, Plaisant, Plauzoles,

551. Plichet, Plotkin, Plumey, Poissonnier, Poisvert.

(TROISIÈME SÉRIE.) — 556. MM. Poitrinal, Pommier, Pons, Porcher, Porcheron,

561. Mlle Posuel de Verneaux, MM. Pouget, Poujoula, Poursain, Mlle Pouzin, MM. Pozier, Prévost, Prieur, Provost, Prudhomme,

571. Puifferrat, Pujade, Quantin, Quénu, Quénum (Tovalou, Quercy, Queyroi, Quézel-Aubrunaz, Quiquandon, Rabeau,

581. Rabut, Radenac, Ramadier, Rançon, Raphaël, Rapin, Réau, Réglade, Regnauld, Régnier,

591. Mlle Reichenecker, MM. Reignard, Reignier, Renard, Renaud (Jean), Renaud (Louis), Resmond, Rey, Riberolles, Richard (André),

601. Richard (Georges), Richon, Riffaud, Rigoulet (Ancel), Rigoulet (Pierre), Riol, Robert (Léon), Robert (Pierre), Robert (Lucien-E.), Robillot,

611. Robinson, Rocher, Rode, Romain, Rosanoff, Rouffiac, Rougeulle, Roussel, Roy, Ryckebusch,

621. De Rymon, Ruelle, Sadoun, Saïd-Khan, Salomon, Salvarelli, Sartre, Savidan, Mlles Schapiro, Schmiergeld.

631. MM. Schmutz, Schulmann, Schützenberger, Sebenq, Séménoff, Mlle Sempé, MM. Serre, Sfez, Sibot, Sicre,

641. Sienra, Siguret, Silve, Simon (Léon-A.), Simon (Léonce), Simonnet, Mlle Skrastin, dite Krasting, M. Socquet, Mlle Sokoloff, MM. Solal,

651. Solas, Mlle Solovieff, MM. Sorel, Souillard, Soulès.

(QUATRIÈME SÉRIE) — 656. MM. Stavropoulo, Steibel, Stepanoff, Stiassnie, Szper,

661. Taphanel, Tarin, Tartois, Mlle Tasserie, MM. Teulière, Thévenard, Thierry, Thouvenin, Toulouse, Toupance,

671. Tourasse, Tournadour d'Albay, Trousset, Truffert, Mlle Trzaskowsky, MM. Tuloup, Ubago, Ullmann, Vacher (Alexandre-Germain), Vacher (Albert),

681. Vallée, Vallery-Radot, Vallet, Vaquette, Vautier, Vautrain, Vauzanges, Vauzelles, Vazeux, Verdier,

691. Verdure, Vernié, Vernon, Viard, Vidal, Vigderovitch, Mlle Villain, MM. Vincant, Vincent (Henri), Vincent (J.-B. Gustave),

701. Vincentelli, Vinit, Violet, Wallon (Albert), Walther, Weill, Wolff, Wurtz, Zermati, Zuretti.

Candidats militaires. — MM. Amat, André, Bedu, Brissaud, Carrière, Cyrot, Duter, Faure, Jaillet, Küss, Lantuéjoul, Liberge, Noël, Raymondaud, Thibault, Wallon (Emile).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — COURS DE SÉMÉIOLOGIE ÉLÉMENTAIRE DU SYSTÈME NERVEUX. — MM. F. Rose et P. Touchard, chefs de clinique des maladies nerveuses à la Faculté, commenceront le jeudi 1er octobre un cours de séméiologie élémentaire du système nerveux. Le cours comprendra seize leçons avec démonstrations de malades, suivies de quatre séances d'exercices de diagnostic par les élèves.

SOMMAIRE DES LEÇONS. — 1. Anatomie et séméiologie générales du système nerveux. — 2. Hémiplégies. — 3. Paraplégies (compressions médullaires, myélites). — 4. Atrophies musculaires myélopathiques. — 5. Atrophies musculaires myopathiques. — 6. Tabes. — 7. Sclérose en plaques et syndromes cérébelleux. — 8. Névrites localisées (paralysies périphériques et radiculaires, névralgies). — 9. Polynévrites. — 10. Tumeurs cérébrales. — 11. Séméiologie des yeux, des oreilles et du larynx. — 12. Aphasies, apraxies, agnosies. — 13. Troubles mentaux (paralysie générale, démences, délires). — 14. Névroses (hystérie, épilepsie, etc.). — 15. Tremblements (chorée, maladie de Parkinson, tics). — 16. Traitement des maladies du système nerveux. — 17-20. Examen de malades par les élèves.

On s'inscrit tous les matins à la Salpêtrière, clinique Charcot. S'adresser à MM. Rose et Touchard. Le droit d'inscription à ce cours est fixé à 80 francs.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros mardi et du jeudi.

UN CAS DE CHORÉE MORTELLE

Par MM. H. MÉRY et L. BABONNEIX.

L'histoire des chorées mortelles commence à être aujourd'hui bien connue, grâce aux communications faites récemment à la *Société médicale des hôpitaux*, [Barié (1), Dupré et Camus (2), Sergent et Babonneix (3)], aux leçons de M. Dieulafoy (4), aux thèses de MM. Dyvrande (5), Léauté (6) et Vicq (7), aux recherches anatomiques de MM. Hudovernig (8) et Kopczynski (9). Toutefois, on ne peut dire qu'elle soit entièrement élucidée, et les classiques discutent encore à son sujet. Aussi nous a-t-il paru intéressant de rapporter ici un cas que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Grancher, que remplaçait alors l'un de nous.

* * *

Observation. — Andrée H..., quatre ans, entrée le 17 novembre 1905, salle Parrot, nº 10.

Antécédents héréditaires. — Le père souffre d'une gastrite, probablement éthylique. Il est très nerveux. La mère est également une névropathe. Ils ont eu deux enfants : la malade, et un bébé de deux ans, qui, au cours de la rougeole, aurait présenté des convulsions.

Une tante de la malade a eu, à l'âge de onze ans, une chorée légère.

Antécédents personnels. — La petite fille est née à terme, après une grossesse normale. Elle a été élevée au sein par sa mère, a eu ses premières dents à sept mois, et a marché vers un an. Elle n'a jamais été atteinte d'éclampsie. Il y a un an, elle a eu la varicelle; il y a huit mois, une bronchopneumonie, puis la coqueluche.

Il y a six semaines, *elle a contracté la rougeole*, et c'est à la suite de cette affection que ses parents ont remarqué qu'elle se fatiguait facilement, éprouvait de la peine à se tenir sur ses jambes, et était devenue un peu triste. Puis, peu à peu, se sont installés les mouvements choréiques pour lesquels elle entre aujourd'hui à l'hôpital.

Etat actuel. — L'enfant présente tous les signes d'une *chorée intense*. Son corps est continuellement agité par des secousses irrégulières et illogiques. A la face, les grimaces sont incessantes. Les doigts s'écartent, se rapprochent, s'embrouillent, les épaules s'élèvent et s'abaissent. Mêmes contorsions des membres inférieurs. La marche est impossible, la parole difficile, bredouillée, la langue est, de temps à autre, projetée avec violence hors de la cavité buccale. Le sommeil est agité.

(1) Barié. Chorée simple terminée par la mort subite, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 avril 1904.

(2) Dupré et Camus. Un cas de chorée aiguë mortelle, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*. 23 avril 1904.

(3) Sergent et Babonneix. Chorée mortelle, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 mai 1904, p. 409 et 413.

(4) Dieulafoy. *Cliniques*. 1re série, p. 148.

(5) Dyvrande. *Contribution à l'étude des formes graves de la chorée de Sydenham*. Th. de Paris 1905, nº 539.

(6) Léauté. *Etude d'un type clinique de chorée aiguë mortelle*, Th. de Paris 1905.

(7) Vicq. *La mort dans la chorée*. Th. de Paris 1903.

(8) Hudovernig. Anatomie pathologique de la chorée, *Arch. für Psychiâtrie* t. XXXVII, VI, I, 1903.

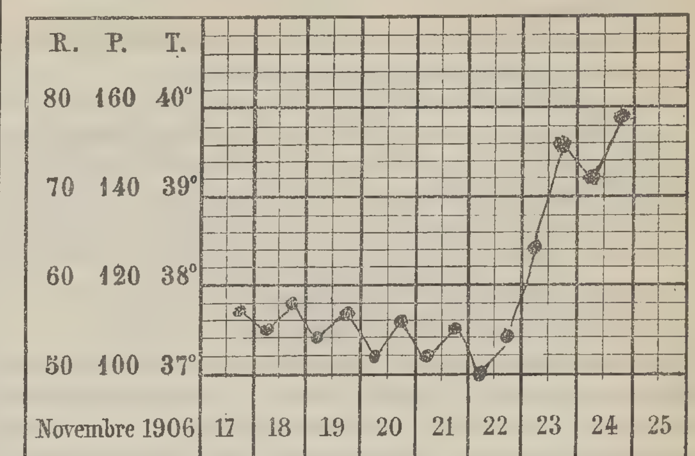
(9) Kopczynski. Anatomie pathologique et pathogénie de la chorée, *Revue neurol.*, 1903, p. 751.

La sensibilité paraît normale. Les réflexes tendineux sont vifs, l'intelligence intacte.

En raison de l'excessive agitation présentée par la malade, on ne peut examiner à fond ses divers organes. Tout ce que l'on constate, c'est qu'il n'existe aucun trouble appréciable des fonctions digestives et respiratoires. L'auscultation du cœur fait entendre un *souffle systolique de la pointe*, rude, vibrant, ne se modifiant pas par les changements de position, se propageant dans l'aisselle, présentant, en un mot, tous les caractères d'un souffle organique. Il n'y a pas de fièvre. Le pouls est régulier, la peau est en bon état. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Dans la région sous-maxillaire gauche existe un ganglion caséeux.

On prescrit 8 grammes de liqueur de Boudin à prendre dans les vingt-quatre heures, et des enveloppements dans le drap mouillé.

Le 21 novembre, apparaît un érythème à type scarlatiniforme, qui, d'abord localisé au ventre, s'étend bientôt au



reste du corps. La peau est ulcérée au niveau des malléoles. Les battements cardiaques sont rapides, mais la température du soir ne dépasse pas 37°5.

Le 22, la situation ne se modifie pas.

Le 23, les fesses commencent à s'ulcérer. Le ventre se ballonne. La langue est sèche, la gorge rouge, il s'écoule des fosses nasales un liquide séro-purulent, les mouvements choréiques redoublent d'intensité. La température, le matin, monte de 37°4, pour atteindre, le soir, 39°6. On cesse les enveloppements humides.

Le 24, la température du matin est redescendue à 39°2; le soir, elle remonte à 39°9. On trouve, à l'auscultation des poumons, des signes de bronchite. Le pouls est incomptable. Mais il n'existe ni délire, ni pleurésie, ni péricardite. Il n'y a aucune réaction méningée. Les articulations sont libres.

La petite malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on remarque que la face pariétale du péritoine présente un aspect dépoli, verruqueux; on y voit des tubercules volumineux, et, de-ci de là, quelques granulations grises.

Le *grand épiploon* est très épaissi ; il adhère, presque partout, à l'intestin distendu. Le péritoine périhépatique adhère au péritoine pariétal. Il existe de nombreuses granulations sur la rate et sur le péritoine pelvien.

Le *foie* est plutôt petit; son lobe gauche paraît atrophié. Sa capsule offre un état velvétique prononcé. A la coupe, certaines zones tranchent sur le reste du parenchyme par leur coloration jaunâtre, leur aspect luisant; ce sont des régions

en voie de dégénérescence graisseuse. Il n'y a ni tubercules, ni cavernes biliaires. La vésicule est normale. On ne constate rien d'apparent le long des conduits biliaires, de l'artère hépatique, ni de la veine porte.

Poumons. — Le poumon droit est congestionné au niveau de son lobe inférieur; le long du bord antérieur, il existe un certain degré d'emphysème. La plèvre pariétale paraît intacte. A la coupe, on découvre de très nombreuses granulations disséminées dans toute l'étendue du parenchyme. Le poumon gauche offre des altérations analogues. Les *ganglions trachéo-bronchiques* sont caséifiés.

Cœur. — Le péricarde est sain. Le cœur possède une consistance ferme; il n'est pas dilaté. Les valvules tricuspide, aortique et pulmonaires, les artères coronaires, sont normales; par contre, sur le bord libre de la valvule mitrale, il existe des végétations irrégulières, surtout abondantes au niveau de la petite valve. Le cœur droit ne contient pas de caillots. Il n'y a, en aucun point du cœur gauche, d'ulcérations ou de perforations.

Les *autres viscères :* reins, pancréas, rate, surrénales, estomac, intestins, sont macroscopiquement sains.

Le *cerveau* n'offre rien de particulier sur sa face externe; les vaisseaux qui serpentent sur cette face ne sont pas congestionnés; les méninges ne sont ni épaissies, ni adhérentes, il n'y a pas de thrombose des sinus. A la coupe, rien d'anormal : pas de formations tuberculeuses, pas de lésions des plexus choroïdes, pas d'hydrocéphalie. Les noyaux opto-striés, la capsule interne ont leur aspect habituel. Il en est de même du *cervelet*, de la *protubérance*, du *bulbe* et de la *moelle*.

Examen histologique. — *Cerveau*. — Il a été prélevé, au moment de l'autopsie, des fragments : 1° de la partie moyenne des pariétale et frontale ascendantes gauches; 2° de la partie supérieure des mêmes circonvolutions; 3° du bulbe et de la protubérance; 4° de la région de la couche optique et du noyau caudé, à gauche et à droite; 5° des renflements cervical et lombaire. Ces divers fragments ont été inclus à la celloïdine, et fixés de façon à pouvoir les étudier par les méthodes de Nissl et par l'hématoxyline-éosine.

Fragments de circonvolutions. — 1° A l'*hématoxyline-éosine*, un morceau de la partie moyenne des frontale et pariétale ascendantes droites n'offre aucune grosse altération des méninges : les vaisseaux de la pie-mère ne paraissent pas congestionnés, leurs parois ne sont pas épaissies, les espaces sous-arachnoïdo-pie-mériens ne présentent aucune trace d'infiltration leucocytaire. Les mailles de la pie-mère ne contiennent pas de microbes. L'écorce sous-jacente offre pour toutes lésions : 1° une légère raréfaction des couches superficielles; 2° quelques dilatations des gaînes lymphatiques périvasculaires; 3° quelques tout petits foyers hémorragiques; mais les cellules ont conservé leur orientation normale, et paraissent aussi nombreuses que d'habitude. Il n'y a pas de *Choreakörperchen.* Les noyaux névrogliques n'ont subi aucune multiplication.

Un morceau de la partie supérieure des frontale et pariétale ascendantes gauches offre le même aspect. Peut être, cependant, peut-on y voir, par places, une légère congestion des méninges et des capillaires intra-corticaux. Les gaînes périvasculaires paraissent plus dilatées que sur les coupes précédentes.

Sur la partie moyenne des mêmes circonvolutions, on retrouve les mêmes altérations, et, de plus, dans l'intérieur des méninges, et en plein parenchyme cérébral, des petites masses arrondies ou ovalaires, cinq à six fois grosses comme un noyau névroglique, disséminées dans la substance nerveuse, sans prédilection spéciale pour les vaisseaux, de coloration gris-bleuté.

Sur diverses coupes de la région opto-striée, tant droite que gauche, on voit encore les mêmes masses arrondies et, aussi, les mêmes dilatations des gaînes périvasculaires. Les plexus choroïdes sont intacts.

2° Au *Marchi*, il n'existe en aucun point de lésion bien nette;

3° Au *Nissl*, par contre, on constate, sur toutes les coupes, des *altérations assez considérables.*

Région opto-striée. — La plupart des cellules sont malades : les unes ont perdu complètement leurs corpuscules chromatophiles, fondus en une sorte de poussière; les autres n'ont presque plus de prolongements; sur d'autres, le noyau est excentrique; la zone qui entoure le nucléole a pris une teinte uniforme, elle s'est homogénéisée; par places, on voit, autour du corps cellulaire, et même à son intérieur, des noyaux arrondis, fortement colorés en violet, c'est-à-dire des noyaux névrogliques en petit nombre : 4 ou 5 au plus, qui semblent ronger la cellule : il existe donc un certain degré de neuronophagie. Sur une autre coupe portant sur l'autre région opto-striée, on constate que de nombreuses cellules sont réduites à l'état de moignon; certains prolongements sont tuméfiés, comme œdémateux; la chromatolyse, toujours très marquée, paraît surtout périnucléaire; il existe, ici encore, une neuronophagie très marquée. Mais ce qui différencie cette coupe de la précédente, c'est la variabilité des lésions. Il y a des cellules qui ont gardé leur aspect normal, dont les prolongements sont nets, les corpuscules chromatophiles, nombreux, et dont le noyau reste central. Tout à côté, on en voit d'autres qui présentent une légère chromatolyse, surtout périnucléaire; d'autres, dont le protoplasma est échancré par des noyaux névrogliques; d'autres encore, dont la forme est arrondie et qui n'offrent plus aucun détail de leur structure normale. Par places, aux noyaux névrogliques s'adjoignent quelques mononucléaires.

Sur d'autres fragments de la même région, on retrouve des lésions analogues, mais beaucoup plus diffuses et, aussi, beaucoup moins intenses. Les vaisseaux sont intacts.

Quant aux fragments d'écorce rolandique, leur examen conduit à des résultats analogues. Les méninges et les vaisseaux sont à peu près intacts, mais les lésions cellulaires sont multiples. Les petites cellules pyramidales sont, en grand nombre, atteintes de chromatolyse périnucléaire ; quelques-unes ont perdu leurs prolongements ; d'autres sont entourées de noyaux névrogliques, qui, sur un point quelconque de leur surface, les pénètrent. Les grandes cellules pyramidales saines sont l'exception, la plupart sont lésées. Certaines ont une forme arrondie, et, privées de la plupart de leurs prolongements, donnent l'impression de véritables moignons; d'autres sont atteintes de chromatolyse; leur noyau est excentrique, ou encore la zone qui entoure le nucléole a pris une coloration uniforme gris-bleuté. D'ailleurs, toutes les grandes cellules pyramidales ne sont pas également altérées; certaines même paraissent à peu près normales. Ces diverses lésions sont *essentiellement diffuses*; elles ne paraissent pas prédominer sur un point plutôt que sur l'autre de la préparation. Nous les avons retrouvées sur toutes les coupes examinées, aussi bien au niveau des frontales que des pariétales ascendantes. Les cellules des *cornes antérieures* sont infiniment moins lésées.

Divers fragments d'organes ont été fixés, soit au Müller, soit au formol, inclus à la celluloïdine, débités en coupes minces et colorés par l'hématoxyline-éosine.

Diaphragme. — Les deux faces du muscle sont recouvertes par des masses fibrineuses, surtout abondantes à la face inférieure et qui, par endroits, pénètrent et dissocient les couches musculaires superficielles. Elles contiennent : 1° des néo-vaisseaux, à parois très minces, dont quelques-uns sont congestionnés, remplis d'hématies, d'autres même rompus ; 2° des masses caséifiées, arrondies, au centre desquelles on voit de très nombreuses cellules géantes. Dans les espaces interfasciculaires existent quelques nodules inflammatoires, surtout périvasculaires, et un peu d'infiltration diffuse. Les fibres musculaires elles-mêmes ne paraissent pas très malades.

Sur un autre fragment du même muscle, on retrouve les mêmes altérations, avec, en plus, une infiltration leucocytaire intense des masses fibrineuses sous-diaphragmatiques. Les cellules géantes sont très nombreuses.

Cœur. — Il présente des lésions banales d'endocardite chronique.

Pancréas. — Le parenchyme glandulaire et les canaux excréteurs sont intacts, mais, dans le tissu conjonctif du voisinage, on observe quelques cellules géantes et deux à trois petits foyers hémorragiques.

Rate. — Elle contient un grand nombre de tubercules peu étendus, arrondis, partiellement confluents, les uns simplement caséifiés, les autres riches en cellules géantes. La capsule est épaissie. Les follicules de Malpighi présentent leur aspect normal.

Foie. — Sa capsule, épaissie, envoie, par sa face profonde, dans l'intérieur de l'organe, des travées riches en cellules embryonnaires et dont certaines, même, contiennent de petites masses caséifiées. Le parenchyme est criblé de petites hémorragies, qui dissocient les travées lobulaires et paraissent surtout abondantes au-dessous de la capsule. Par places, on constate de la dégénérescence graisseuse des cellules. Les espaces portes sont dilatés ; beaucoup contiennent des foyers hémorragiques ou des nodules infectieux, mais les veines portes, les branches de l'artère hépatique et les canaux biliaires ne paraissent pas très altérés.

Sur d'autres coupes, on retrouve les mêmes lésions. Mais, de plus, on peut voir quelques cellules géantes typiques dans les travées conjonctives qui émanent de la face profonde de la capsule et dans cette capsule. Il existe, par endroits, quelques masses volumineuses, arrondies, à centre caséifié, dont la circonférence est constituée par des leucocytes mononucléaires et qui ne sont autres que des tubercules du foie. L'un d'eux contient cinq à six belles cellules géantes. L'infiltration leucocytaire qui l'entoure se propage, par les fissures de Kiernan, aux espaces portes du voisinage.

Appendice. — Il est normal, mais, dans sa gaîne conjonctive, on voit de très nombreuses cellules géantes.

Poumons. — Ils offrent des lésions incontestables de tuberculose granulique. De-ci, de-là, apparaissent quelques granulations de forme arrondie, relativement volumineuses, dont le centre est caséifié et dont la périphérie est constituée par d'innombrables leucocytes, au sein desquelles on voit de belles cellules géantes. De place en place, au milieu de nodules d'apparence inflammatoire, sans caséification centrale, quelques cellules géantes typiques. Les vaisseaux sont congestionnés, il y a même quelques petits foyers hémorragiques. Au voisinage des productions tuberculeuses, les alvéoles sont remplis de fibrine, d'hématies et de cellules endothéliales desquamées. Les bacilles n'ont pas été cherchés. La plèvre viscérale est épaissie, sclérosée, riche en vaisseaux de nouvelle formation et contient quelques follicules tuberculeux tout petits.

* * *

En résumé, une fillette de quatre ans, atteinte de chorée depuis quelques semaines, présente, deux ou trois jours après son entrée à l'hôpital, un érythème du type scarlatiniforme qui, d'abord localisé, s'étend avec rapidité. Le lendemain de son apparition, la température s'élève, et, en quarante-huit heures, la malade meurt. A l'autopsie, nous trouvons, en plus d'une tuberculose généralisée, et d'une insuffisance mitrale banale, des lésions histologiques très nettes du névraxe.

Ce cas nous a paru présenter plusieurs particularités interessantes :

1° Nous n'insisterons pas sur l'*hérédité névropathique* de la petite malade. Il y a longtemps, déjà, qu'Ollivier a signalé, dans ses *Leçons cliniques*, des cas de chorée de Sydenham héréditaire ; chez notre petite malade, l'hérédité, pour être collatérale, n'en est pas moins nette. Inutile, non plus, de nous appesantir sur le rôle joué par la rougeole dans le développement de la chorée ; on sait que toutes les fièvres éruptives sont susceptibles, dans certaines conditions, de faire apparaître la chorée.

2° *Fait plus important, notre malade était tuberculeuse.* — Sans doute, il n'existait aucune lésion bacillaire du névraxe ou de ses enveloppes. Mais l'existence, dûment constatée, de tuberculose ganglionnaire, pulmonaire, splénique, hépatique et péritonéale montre bien que, dans notre cas, la tuberculose jouait un rôle prépondérant. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que l'on voit coexister tuberculose et chorée.

Pour Frank, la diathèse scrofuleuse est, après la diathèse rhumatismale, celle dont l'influence pathologique produit le plus facilement la chorée. Andral et Headington rapportent des cas de chorée avec tuberculisation des centres nerveux. G. Sée écrit : « M. Rufz vit succomber un choréique qui ne présentait qu'une tuberculose du péritoine. Peut-être en était-il de même chez un phtisique qui, après avoir présenté des convulsions fébriles analogues à celles d'une fièvre cérébrale, fut pris d'une chorée généralisée qu'on vit se continuer jusqu'à la mort. » MM. Comby, Legay, Rachford mentionnent aussi la tuberculose comme cause de chorée. Massalongo a publié l'observation d'une jeune tuberculeuse de seize ans qui, sans cause connue, fut atteinte de mouvements choréiques localisés au membre supérieur gauche. M. Toutain (1), élève de M. Barbier, admet que la cause déterminante de la chorée est souvent la tuberculose. M. Mossier (2), qui relate lui-même dans sa thèse, inspirée par M. Poncet, plusieurs cas de chorée liée à la tuberculose, rattache certaines chorées à l'action exercée, sur le système nerveux, par les toxines du bacille de Koch. Van Loomden a vu la chorée survenir chez une jeune addisonienne (3).

---

(1) Toutain. *Chorée et tuberculose*, Th. de Paris, 1906, n° 23.

(2) Mossier. *La chorée d'origine tuberculeuse*, Th. de Lyon, 1905-1906, n° 12.

(3) V. Londen. Contribution à la connaissance des lésions histologiques des chorées, *Psych. en neurol. Bladen*, n° 4, p. 252, 1906.

Etant donné que, chez notre petite malade, il existait, d'une part, une chorée avec insuffisance mitrale, d'autre part, une tuberculose presque généralisée, on peut se demander si elle n'a pas fait, à l'occasion de sa tuberculose, du rhumatisme, et, par l'intermédiaire du rhumatisme, de la chorée. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais séduisante et conforme à la théorie brillamment soutenue par M. Poncet.

3° Nous avons vu apparaître, deux à trois jours avant la mort, un *érythème à type scarlatiniforme*. Les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels.

Un malade de Malherbe présenta, quelques jours avant la mort, une « éruption miliaire généralisée ». De Beauvais et Cartier mentionnent chacun un cas analogue. Dans l'observation de Guinon, la malade fut prise de fièvre, et bientôt apparut sur les membres « une éruption très foncée à type scarlatiniforme ». M. Hallé a rapporté un fait du même genre. Un de nous, dans un travail fait avec M. le docteur Sergent, en a relaté un nouveau cas, qu'il avait attribué, soit à un trouble trophique, soit à un état septicémique. Chez notre petite malade, M. J. Hallé a bien voulu examiner le sang du cœur recueilli après la mort et n'est arrivé qu'à des résultats négatifs, ce qui exclut la seconde de ces hypothèses.

4° Reste à étudier la *question anatomo pathologique*. On sait que l'anatomie pathologique de la chorée a, depuis le commencement du XIXe siècle, passé par trois phases distinctes.

Dans une *première*, l'autonomie de la chorée vraie n'est pas encore suffisamment établie et les auteurs, sous un même nom, decrivent deux états pathologiques absolument différents : 1° la chorée de Sydenham, et 2° les *chorées symptomatiques*, liées à l'existence de lésions grossières du nevraxe ou de ses enveloppes : plaques calcaires du cervelet (Bazin), des plexus choroïdes (Boscredon), de la pie-mère (Frank), fausses membranes à la surface du cerveau (Sömmering, Lélut), atrophie des circonvolutions avec sclérose des noyaux gris (Meynert), induration et hypertrophie du bulbe et de la moelle (Bergeron, Hutin), lésions des tubercules quadrijumeaux (Puccinotti, Serres), méningite tuberculeuse (de Beauvais, Bouchut), cysticerques du cerveau (Bouchut, Vogel), hydrocéphalie.

Faut-il discuter longuement la valeur de ces lésions ? Nous ne le croyons pas. De leur existence, a dit Blache, on ne peut rien conclure, sinon « qu'elles ne sauraient être considérées comme la cause d'une maladie qu'on a observée, le plus souvent, sans aucune d'elles, et qu'on doit les regarder comme le résultat de simples coïncidences ou de complications ».

Dans une *seconde phase*, on a voulu rattacher la chorée à des lésions circulatoires du névraxe et de ses enveloppes : hyperhémie, hémorragie, ramollissement d'origine embolique. Cette théorie, dit justement Vicq, est peu acceptable, « car la chorée, maladie spécifique, pourrait être causée par les lésions les plus banales du système nerveux. Or, il existe bien d'autres maladies où l'on note de la vaso-dilatation des vaisseaux méningés ou cérébro-médullaires, et dans aucune n'apparaissent les signes de la chorée ». Inversement, on connaît aujourd'hui un nombre élevé de cas où l'examen le plus minutieux du système nerveux, pratiqué par les auteurs les plus compétents, est resté absolument négatif. On ne peut donc admettre que les lésions congestives sont la cause de la chorée, puisque : 1° elles existent dans quantité de maladies indépendantes de la chorée; 2° elles manquent souvent dans la chorée.

Troisième phase : Les cas négatifs que nous venons de signaler « montrent que des lésions anatomiques grossières ne sont pas à la base de la chorée et que, comme le dit Oppenheim, dans les cas types, tantôt il n'y a point de lesions matérielles, tantôt il n'existe que des lésions légères, compatibles avec une complete *restitutio ad integrum* » (Kopczynski). Aussi, dans ces dernières années, les auteurs ont-ils appliqué à l'étude anatomique des chorées mortelles les *méthodes histologiques* les plus récentes, dans l'espoir de découvrir la lésion spécifique de la chorée. Quels ont été les résultats de leurs recherches ?

Dans cinq ans de chorée sévère, *Laufenauer* (1890) a constaté l'existence de lésions localisées au noyau lenticulaire, et consistant en une accumulation de corps hyalins, sans doute de nature amyloïde. Dans la moelle, il observa une inflammation interstitielle diffuse de même nature. Le cervelet était moins atteint. Laufenauer rattache ces lésions à l'infection.

Turner (1892) a noté, dans cinq cas, des lésions des grandes cellules pyramidales, consistant en hypertrophie, gonflement et opacité du corps cellulaire; les vaisseaux étaient intacts : il en conclut que la chorée relève, le plus souvent, d'une altération organique susceptible, d'ailleurs, de disparaître complètement à un moment donné. Les résultats de Turner ont été contestés par Hale White.

Nauwerck, dans un cas, trouva, dans le système nerveux, des foyers de ramollissement disséminés un peu partout, mais surtout dans le bulbe, la protubérance, le centre ovale et de petites extravasations sanguines dans les pédoncules cérébraux et la capsule interne. Presque tous les vaisseaux du névraxe étaient gorgés de sang. Les cordons antéro-latéraux de la moelle contenaient de nombreuses fibres dégénérées.

En 1898, *Reinhold* à l'autopsie d'une choréique de vingt ans, trouva, en plus des lésions mitrales habituelles, une thrombose du sinus longitudinal supérieur et des veines voisines, avec une forte hyperhémie de la pie-mère. Ce thrombus ne contenait aucun germe, pas plus d'ailleurs que les végétations mitrales. La substance cérébrale paraissait saine.

La même année, *Silvestri* et *Daddi* signalent, dans un cas, la dilatation variqueuse des prolongements protoplasmiques de certaines grandes cellules pyramidales et de la chromatolyse de ces mêmes cellules, au Nissl : ils rapprochent ces lésions de celles que produit la mort par insomnie. En 1899, *Murri* examine histologiquement le système nerveux de trois sujets morts de chorée. Chez une fillette de huit ans, il observe des lésions méningées incontestables : hyperhémie épaississement et, de plus, une infiltration de petites cellules rondes se faisant de la surface vers la profondeur. Par places existait une infiltration disséminée. Chez deux autres malades, les lésions prédominaient au niveau de l'écorce rolandique et con-

(1) Exceptionnellement, les malades qui ont présenté de ces érythèmes peuvent guérir (Brochu), *Bull. méd. de Québec*, avril 1900.

sistaient en dilatation des espaces situés autour des grandes cellules pyramidales, en hyperhémie des capillaires corticaux et sous-corticaux, et en une légère chromatolyse cellulaire.

En 1900, chez une jeune fille de quinze ans atteinte de chorée et qui succomba rapidement à une péricardite avec hyperthermie, *Thomson* n'observa qu'une légère chromatolyse des grandes cellules de la région rolandique, avec œdème de certaines cellules. Les prolongements étaient variqueux, mais il s'agissait peut-être là d'altérations artificielles. Thomson conclut de ses constatations que la chorée est due au passage, dans la circulation sanguine, de germes infectieux divers.

Reichardt, dans deux cas, trouve, en plus d'une endocardite végétante mitrale, des lésions cérébrales multiples qu'il rattache à une encéphalite infectieuse : petits foyers hémorragiques, nodules infectieux sous-corticaux dans le premier cas, perirolandiques et corticaux dans le second. Il n'y avait pas de lésions cellulaires. L'examen bactériologique du cerveau, douteux dans un cas, fut négatif dans l'autre.

En 1901, *Preobrajenski* trouve, dans un cas, une pachyméningite cérébro-spinale hémorragique, avec destruction, par places, de la couche superficielle des hémisphères et du cervelet; les grandes cellules pyramidales offraient des lésions multiples : chromatolyse diffuse, dégénérescence graisseuse, situation excentrique du noyau; les noyaux des cellules de Purkinje paraissaient tuméfiés. La moelle était moins altérée, les nerfs périphériques absolument intacts; quant aux muscles, leurs lésions ne paraissaient pas très marquées. Dans le système nerveux, le sang, les visceres, on trouva de nombreux streptocoques.

Weill et *Gallavardin*, examinant avec la méthode de Nissl, un cas de chorée mortelle, n'aboutissent qu'à des résultats négatifs.

Richon (1902), à l'autopsie d'un choréique de onze ans, signale, en plus des lésions mitrales habituelles, des altérations portant sur les divers groupes cellulaires de la moelle.

Kopczynski, à l'autopsie d'une jeune choréique de dix-sept ans, constate des lésions viscérales multiples : dégénérescence trouble des cellules du foie, suppuration rénale, endocardite végétante mitrale, hyperhémie méningée, mais l'examen histologique des centres nerveux (abstraction faite d'une légère chromatolyse de certaines cellules de l'écorce) demeura absolument négatif.

Hudovernig, chez une jeune choréique de seize ans, constate, au niveau de l'encéphale, des lésions vasculaires très marquées : homogénéisation des tuniques avec œdème, décollement de la tunique interne, élargissement de la gaine périvasculaire, néoformations capillaires, infiltrations périvasculaires portant sur la plupart des vaisseaux du névraxe (sauf ceux de l'écorce cérebrale et cérébelleuse). Il retrouve, de plus, les éléments speciaux (*Choreakörperchen*) signalés pour la première fois par Elischer, puis retrouvés par Klein, Fleschsig, Jackowenko, Wollenberg, et considérés par ces auteurs comme pathognomoniques de la chorée : ce sont des masses arrondies, anhistes, homogènes ou dont la coloration, au contraire, est plus foncée tantôt au centre, tantôt à la périphérie. De volume variable, ils occupent souvent le voisinage des vaisseaux, près desquels ils sont régulièrement rangés; d'autres fois, ils sont disséminés sans ordre en pleine substance nerveuse. On en trouve un grand nombre le long des septa, de la pie mère et de l'épendyme. D'une façon générale d'après M. Hudovernig, il y en a beaucoup plus dans la substance blanche que dans la substance grise. Cependant, le corps strié en contient un certain nombre : d'après Jackovenko, l'endroit où l'on en trouve le plus n'est autre que le globus pallidus ; viennent ensuite le noyau caudé et le pulvinar. Ils se colorent par l'hématéine, l'hématoxyline, le carmin, le rouge de Magenta, mais ne fixent ni les bleus qu'utilise la méthode de Nissl, ni l'acide osmique, ni l'éosine; ils ne donnent pas les réactions de l'amyloïde, ne se colorent pas par la méthode qu'a indiquée Weigert pour déceler la fibrine. Les violets de gentiane et de méthyle ne les colorent que peu. L'ébullition dans une eau légèrement alcalinisée les gonfle et les déforme. Ils sont probablement de nature colloïde. Enfin, dans ce cas, il existait encore des lésions cellulaires de l'écorce (dégénérescence granuleuse sans lésions manifestes du noyau), et de la corne d'Ammon (vacuolisations cellulaires), et quelques lésions légeres d'épendymite et de leptoméningite. De ces constatations, Hudovernig conclut que les *Choreakörperchen* sont pathognomoniques des chorées graves; leur abondance au niveau du faisceau pyramidal permet de supposer qu'ils irritent, par leur présence, la voie motrice et déterminent ainsi l'apparition des mouvements choréiques.

Dans le cas de MM. *Dupré* et *Camus* (1904), les méninges étaient saines, les grandes cellules pyramidales à peu près intactes; mais on pouvait déceler, dans cette écorce, des aspects qui rappellent beaucoup les processus de neurophagie (Delamare). *Van Londen* (1900) insiste surtout sur la neurophagie et fait jouer un grand rôle, dans certains cas de chorée, aux cellules névrogliques devenues mobiles.

Poynton et *Holmès* (1907), dans trois cas de chorée vraie, ont trouvé des lésions vasculaires prédominantes : hyperhémie cérébrale, thromboses veineuses avec ramollissement rouge du cerveau; et, de plus, des nodules infectieux périvasculaires et de la chromatolyse des grandes cellules radiculaires. Le cerveau contenait d'innombrables germes appartenant à la variété *diplococcus rheumaticus*. La même année, *Finny* (1), à l'autopsie d'une chorée maniaque, ne constate aucune lésion.

* * *

Telles sont les principales lésions trouvées par les auteurs. Elles sont assez dissemblables. De leur étude comparative et de l'examen de notre cas, on peut, cependant, tirer quelques déductions intéressantes.

La première, c'est que les *Choreakörperchen*, à supposer même, ce qui est loin d'être prouvé, qu'ils soient spécifiques, ne se rencontrent pas dans tous les cas. Nous ne saurions, en effet, leur identifier ces masses arrondies gris bleuté que nous avons vues sur les coupes colorées à l'hématéine, et qui ne sont autres, sans doute, que des dépôts de matière colorante, puisqu'on les trouve en dehors du tissu nerveux, en pleine celloïdine, et aussi sur des coupes de viscères quelconques.

La seconde, c'est que, dans notre cas, il existait des lésions incontestables de la plupart des éléments cellulaires du névraxe, grandes cellules pyramidales, cellules des noyaux opto-striés, de la protubérance, etc. Ces lésions ne ressemblaient pas aux altérations artificielles que produit une mauvaise fixation sur des pièces putréfiées. D'ailleurs, nos pièces ont été recueillies par un temps froid, et immédiatement placées dans de l'alcool à 90 degrés.

(1) Finny. Chorée maniaque, *British med. Journ.*, n° 2417, 27 avril 1907.

Au reste, les lésions constatées sont identiques à celles que produisent certains processus pathologiques. Leur signification nous paraît donc indiscutable, encore qu'elles n'offrent rien de pathognomonique.

Leur prédilection marquée pour la région optostriée montre enfin que, conformément aux idées jadis soutenues par le professeur Raymond et aux résultats des recherches expérimentales entreprises tout récemment par MM. Déjerine et Roussy (1), les lésions opto-striées jouent, dans le déterminisme de la chorée, un rôle important, que préciseront sans doute les recherches de l'avenir.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur le charbon des amygdales. (Zia Noury pacha et Haidar bey. *Deuts. med. Wochens.*, 13 août 1908, n° 33, p. 1430.) — Un batelier de soixante-cinq ans ressentit, quelques heures après avoir bu de l'eau à même une cruche sale, de la difficulté de la déglutition qui ne cessa d'augmenter. Le jour suivant apparurent un gonflement du cou et de la difficulté à respirer, si bien que le troisième jour cet homme entra à l'hôpital.

Dès son admission on constate de la gêne de l'inspiration; du côté droit du cou, depuis la clavicule jusqu'à la région parotidienne s'étend une tuméfaction œdémateuse non douloureuse et ne gardant pas l'empreinte du doigt.

La déglutition et la parole sont pénibles et douloureuses.

Du côté droit le voile du palais, le pilier antérieur du voile, l'amygdale, le tissu péri-amygdalien sont infiltrés d'œdème, ainsi que la luette. Cette tuméfaction recouverte d'un enduit blanchâtre masque en partie l'orifice du pharynx. Le côté gauche est intact. L'épiglotte est également volumineuse, déviée vers la gauche, mais le larynx est sain. La température est à 37°5.

L'ensemencement du sang et de la muqueuse du pharynx donne de la bactéridie charbonneuse en culture pure.

Les difficultés de la respiration augmentent et nécessitent la trachéotomie la nuit suivante. Le malade a du délire et succombe le lendemain dans le coma.

L'autopsie montre que l'œdème s'étend jusque dans le médiastin.

Derrière le pilier antérieur droit du voile du palais existe une large ulcération recouverte d'un enduit grisâtre.

Les autres organes ne présentent rien de particulier. L'ensemencement de la sérosité œdémateuse du sang et de la rate donne de la bactéridie charbonneuse.

Il s'agit donc d'un cas de charbon inoculé au pharynx et ayant déterminé une septicémie consécutive. Cette observation se rapproche de celle publiée au commencement de 1908 par Meyer.

A. Lemierre.

Les faux gastropathes. (Maurice Chaudron. Th. de Paris, 1907; Bonvalot-Jouve, édit.) — Il existe des faux gastropathes, de même qu'il y a des faux urinaires, des faux génitaux, des faux cardiaques. Ces gastropathies, d'origine psychique, sont connues depuis longtemps, « mais il est en médecine des choses qui trop volontiers oubliées ne sauraient être trop répétées » (Déjerine et Gauckler). Barras en 1829 montrait l'influence prépondérante que jouaient les émotions morales dans la genèse des troubles gastriques et intestinaux. Dans ces manifestations digestives d'ordre psychique, il en est qui s'accompagnent de symptômes neurasthéniques ou hystériques très nets et dont on reconnaît facilement la nature fonctionnelle : d'autres au contraire présentent non seulement les symptômes subjectifs, mais encore certains symptômes objectifs d'affections gastriques classées. Dans ce dernier cas, la nature purement fonctionnelle des troubles observés est sans doute plus difficile à démontrer, mais l'interrogatoire précis et consciencieux du malade finit en général par mettre sur la voie du diagnostic. Du reste, en dernier ressort, le traitement pourra servir de pierre de touche.

Le traitement des gastropathies fonctionnelles ne peut et ne doit être que la psychothérapie par persuasion. Ces malades sont des psychiques, il leur faut donc un traitement psychique; en matière de psychonévrose, bien plus encore qu'en médecine générale, si l'on veut faire une bonne thérapeutique, on doit traiter les malades et non les maladies. Le seul traitement psychique doit être la psychothérapie par persuasion, parce que les autres méthodes, par suggestion médicamenteuse, par suggestion à l'état d'hypnose ou à l'état de veille, sont souvent inutiles, toujours insuffisantes et quelquefois dangereuses.

La pratique de la psychothérapie demande de la part du médecin des qualités morales et intellectuelles spéciales. Il doit être patient et bon, aimer son art, être convaincu de l'efficacité de sa méthode. Il doit être bon observateur, pour pouvoir analyser un caractère, connaître les conditions de vie et le milieu social du malade qu'il traite. Cette expérience pratique de la vie et des hommes lui servira beaucoup plus que tout et il réussira mieux avec du bon sens, de la patience et de la bonté, qu'avec la science de toutes les théories psychologiques.

La psychothérapie est nécessaire à la cure des psychoses gastriques, mais elle doit être aidée par d'autres moyens. Ceux-ci par eux-mêmes n'ont pas grande valeur thérapeutique, ils n'en prennent que par leur association avec la psychothérapie, dont ils facilitent l'application; ce sont l'isolement, le repos et l'alimentation.

L. Gayard.

CHIRURGIE

Etude de la technique de l'amputation du sein. (Robert H. M. Dawbarn. *Ann. of Surg.*, vol. XLVII, n° 3, mars 1908, p. 374-382.) — Quoique le sujet ait été l'un des plus étudiés, il est évident qu'il méritera l'attention des chirurgiens aussi longtemps que les récidives rapides resteront fréquentes. Il est un certain nombre de détails de connaissance déjà ancienne qui valent d'être soulignés et d'entrer dans la pratique courante.

D'abord le conseil de Syme : dans toute tumeur de diagnostic douteux, pénétrer jusqu'au centre de la tumeur d'un *seul* coup hardi de bistouri. On évitera ainsi d'enlever des seins qui ne contiennent que des abcès chroniques à parois épaisses. Dawbarn cite trois cas de ce genre dont un personnel. La paroi fibreuse de l'abcès avait plus de 2 *centimètres* d'épaisseur, et le contenu purulent était de 8 grammes. Il vaut mieux se servir d'une incision unique que de ponctions avec une grosse aiguille; car s'il s'agit d'une tumeur maligne, cette dernière méthode ouvre des voies lymphatiques que l'on ne peut fermer. Tandis qu'après l'incision de Syme, s'il s'agit d'un cancer, on tamponne immédiatement la plaie avec de la gaze trempée dans de l'eau bouillante et bien exprimée. Tous les lymphatiques ouverts sont immédiatement scellés par coa-

(1) Roussy. *La couche optique*. Th. de Paris, 1906-1907.

gulation et le peu de lymphe qui a pu se déverser est absorbé par la gaze.

A signaler aussi incidemment que les gommes du sein ne sont pas très rares ; d'où la pratique de certains chirurgiens de toujours tenter une semaine de traitement mixte intensif avant d'opérer ; et aussi les services rendus au point de vue du diagnostic par l'examen microscopique, au début de l'opération de coupes congelées qui ne demandent que quelques minutes à préparer.

Gerster, en 1888, conseilla le premier de *toujours commencer l'ablation du sein cancéreux par l'aisselle* et de finir par le sein. Cela n'augmente en rien la difficulté de l'opération et a pour le malade le très grand avantage d'éliminer le danger, résultat de la pression et des manipulations exercées sur la tumeur pendant son ablation ; les communications lymphatiques étant coupées, il n'y a point à craindre l'embolie contaminatrice, source de tant de récidives dans la plaie. De plus, en examinant les ganglions axillaires, on se rend immédiatement compte de l'opérabilité ou de l'inopérabilité de tel cas où l'on hésite. La technique ordinaire expose très sérieusement au danger de « traire » des glandes pleines de cancer dans diverses directions, et souvent à une distance considérable. Puis, cette façon de procéder économise du sang, car l'abord de l'aisselle permet de l'hémostase préventive. On peut pincer les branches de l'axillaire près de leur origine, tandis que, dans la technique habituelle, on pince d'abord un nombre considérable de petits rameaux, pour ensuite repincer les troncs quand on les coupe plus haut. Perte de temps, perte de sang.

Pour éviter d'envoyer des embolies cancéreuses dans les anastomoses lymphatiques perforantes avec le médiastin, il faut, au moment où l'on détache la masse de la paroi costale, la soulever fortement avec une pince de Museux, disséquer vite, et faire suivre le bistouri par la main d'un assistant armée d'une compresse qui s'abat immédiatement sur la partie de paroi qui vient d'être exposée. Enfin, inutile de dire qu'il est dangereux de saisir, comme on le fait souvent, le sein à pleine main, pour s'en servir comme d'un « manche », pour tirer sur les parties que l'on veut mettre à nu.

Quand les deux pectoraux ont été enlevés, les opérés n'ont plus pour l'adduction et la projection du bras en avant que les fibres antérieures du deltoïde, lesquelles seraient bien mieux adaptées à leur nouvelle fonction si elles s'inséraient sur le tiers interne de la clavicule, au lieu du tiers externe. Pour ce faire, Dawbarn laisse, à moins de contre-indication nette, un lambeau de grand pectoral de 2,5 centimètres de long détache le faisceau antérieur du deltoïde du reste du muscle, le coupe et le suture au moignon pectoral. Trois catguts et cinq minutes, et il est facile d'épargner la veine médiane céphalique, ce qui est important, on fait passer le faisceau musculaire en avant de ladite veine. On sépare le deltoïde seulement autant qu'il est nécessaire. Le faisceau n'est pas énervé et ne s'atrophie pas.

Un dernier point, post-opératoire celui-là. La première chose que les opérées demandent, c'est de pouvoir lever le bras pour se peigner. Cela n'est possible qu'après un long temps d'étirement de la cicatrice lorsque le bras a été mis, comme il arrive d'ordinaire, en adduction complète, collé au corps. Dawbarn le maintient en abduction à l'aide d'une attelle de forme prismatique triangulaire. Plus simplement, il suffit de ne pas englober le bras dans le pansement et de faire un spica ordinaire de l'épaule.

F. GARDNER.

Utilisation du ligament large et des ligaments ronds dans l'hystérectomie supravaginale. (DORSETT. *The Canada Lancet*, déc. 1907, vol. XLI, n° 4, p. 308.) — L'auteur a imaginé un emploi de ces ligaments pour tâcher de parer aux troubles douloureux dont quelques malades se plaignent après l'opération.

Ces signes sont : une douleur pelvienne, accompagnée de tiraillements dans la partie inférieure de l'abdomen et du dos ; des troubles vésicaux, résultant de la formation d'un bas-fond ; dans quelques cas des troubles, des rapports sexuels par suite du raccourcissement du vagin.

D'ordinaire, dans l'hystérectomie supravaginale, les lambeaux des ligaments larges sont laissés sans être suturés au moignon utérin et ne servent plus à son soutien. Il en résulte une cicatrice de la longueur de la section de chacun des ligaments larges. Le moignon utérin est privé de ses moyens de suspension normaux.

C'est pour obvier à ces inconvénients que Dorsett a imaginé la technique suivante : Après section de l'utérus, on saisit avec des pinces les bouts des ligaments ronds, on les attire l'un vers l'autre et les réunit par un ou deux points de suture, puis ils sont fixés à la partie postérieure du col utérin. Dans les cas où la trompe et les ovaires sont laissés, la terminaison proximale de la trompe est péritonisée avec soin et suturée sur le bord du moignon du même côté.

Le dernier temps opératoire est la coaptation des lambeaux antérieur et postérieur du péritoine.

Cette manière de faire maintient le col de l'utérus dans sa position normale, maintient aussi le fond de la vessie en position normale, l'empêchant de s'abaisser, et évite le raccourcissement du vagin.

M. LANCE.

PHYSIOLOGIE

L'action protectrice du nerf vague contre l'élévation de la température interne. (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 13 déc. 1907, n° 144.) — Par de nombreuses expériences sur les lapins, le docteur Andrea PARI (de Padoue) pense avoir établi que le nerf vague exerce dans l'hyperthermie une double action protectrice ; il limite l'hyperthermie en modérant la production de chaleur et il augmente la résistance de l'organisme en réglant ses principales fonctions.

Voici d'ailleurs les conclusions de l'auteur :

Chez les lapins ayant subi la vagotomie, il se produit un abaissement de la température, rapide et transitoire, qui peut aller d'un dixième de degré à un degré. Il est dû à un accroissement de dispension du calorique.

Quand la température interne est artificiellement augmentée de façon à obtenir des températures menaçant directement la vie, l'hyperthermie est plus considérable chez les lapins ayant subi la section du vague que chez les lapins normaux, et cela par suite d'une production plus considérable de chaleur. L'auteur en conclut qu'en présence des hautes températures internes le pneumogastrique modère la production de chaleur et participe ainsi à la défense de l'organisme.

Lorsque la température ambiante est élevée artificiellement, les lapins vagotomisés meurent avant les témoins. Ils meurent d'ailleurs quand leur température interne atteint un degré que peuvent dépasser sans mourir les lapins normaux.

Par conséquent, l'action protectrice du vague contre les hautes températures s'exerce non seulement en modérant la production de chaleur et en limitant l'élévation à venir de la température centrale, mais aussi en déterminant dans l'organisme une résistance plus grande aux élévations déjà surve-

nues de la température centrale. Cette résistance est probablement due, en grande partie au moins, à l'action protectrice du pneumogastrique sur le cœur.

Ces faits viennent à l'encontre des théories qui attribuent la mort par la chaleur à la coagulation des albumines et des globulines et donnent à penser que la mort provient de la façon dont se comportent dans l'hyperthermie les plus importantes fonctions de l'organisme et leur coordination.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Mécanothérapie. Rééducation. Sports. Méthode de Bier. Hydrothérapie (1). Bibliothèque de thérapeutique-physiothérapie, publiée sous la direction de MM. GILBERT et CARNOT.

L'étude des agents physiques a pris depuis quelques années un développement considérable. Les diverses branches de la physiothérapie offrent par là même au praticien une série de ressources nouvelles. Tout médecin doit savoir appliquer lui-même les méthodes nouvelles ; il doit de plus au moins connaître le principe, les indications et les résultats de méthodes plus compliquées qui restent nécessairement confiées aux spécialistes.

Ce précis de physiothérapie met à la portée du grand public médical des notions nouvelles trop négligées jusqu'ici par la plupart des traités de thérapeutique. Chacune de ses parties est l'œuvre de spécialistes des plus compétents en la matière.

La mécanothérapie avec ses appareils et leurs modes d'action, ses résultats, ses indications, ses techniques générales et spéciales, est exposée par Albert Fraikin et Grenier de Cardenal, les deux directeurs de l'Institut de thérapeutique physique d'Argelès.

La rééducation motrice avec ses lois générales et ses applications dans les principales affections nerveuses qui en sont justiciables, est décrite avec soin par G. Constensoux.

M. Ph. Tissié montre ensuite quel intérêt et quelle utilité pratique présentent pour le médecin les jeux et les sports, agents à la fois d'éducation et de thérapeutique.

La méthode thérapeutique de Bier ou stase hyperémique passive, avec sa technique, son mode d'action et ses indications dans les différentes affections chirurgicales, est l'objet d'une étude essentiellement pratique de H. Delagenière.

Enfin la partie la plus considerable de l'ouvrage est celle consacrée à l'hydrothérapie. Elle est l'œuvre de Pariset, le directeur des services hydrothérapiques de Vichy. Elle contient une série d'études sur l'action physiologique de l'hydrothérapie. On y trouvera décrite la technique de ses diverses applications avec leurs indications et contre-indications : applications générales et applications locales, avec ou sans percussion, douches et immersions, bains composés, adjuvants de l'hydrothérapie, thermothérapie. Ces traitements sont en quelque sorte formulés à propos de chacune des maladies des appareils ou organes de l'économie.

Ce volume, illustré de nombreuses figures, est le premier paru de la collection de thérapeutique publiée sous la direction de MM. Gilbert et Carnot. Cette bibliothèque comprendra trois séries relatives aux agents thérapeutiques, aux médications et aux traitements. Conçues dans un même esprit général, elles n'auront que cette même préoccupation d'être immédiatement utile au praticien et par là même à ses malades.

P. CAMUS.

(1) In-8 de 400 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, Baillière.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Blatter für Klinische Hydrotherapie. — (N° 8, août 1908.) BUXBAUM : Remarques critiques sur les nouveautés techniques en hydrothérapie. — KISCH : Les laboratoires balnéologiques dans les stations thermales.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 35, 29 août 1908.) JÜNDELL : Sur la valeur clinique de l'auscultation par percussion et par friction. — (N° 36, 5 sept.) FLEXNER et JOBLING : Court rapport sur 400 cas de méningite traités par injection intraspinale d'antisérum.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 35, 27 août 1908.) SOLTMANN : Le traitement de la scrofulose. — NEISSER : Sur l'emploi de l'arsacétine dans le traitement de la syphilis. — WOLF et MÜHSAM : Anticorps fixant avec la tuberculine dans le sérum des tuberculeux. — DAMMERT : Sur la fièvre intermittente dans la syphilis tertiaire viscérale. — PARISER : Deux cas de syphilis hépatique avec fièvre de longue durée. — HÖNCK : Sur les différences de température des deux aisselles dans l'épityphlite aiguë. — MÜLLER : Sur l'extraction des bouchons de cérumen et des corps étrangers hors du conduit auditif. — TÖPFER : Morbicide, un nouveau moyen de désinfection. — BERZ : Nouvelle instrumentation Röntgen. — (N° 36, 3 sept.) HARNACK : Sur les insuccès dans la production des médicaments. — SAAR : Sur le traitement par la pyocyanase dans la diphtérie, la scarlatine et l'angine. — BAER et BLUM : Sur l'action de l'acide glutarique dans le diabète phlorhidzique. — MEUYHERT : Sur une fixation rapide et exacte de la réaction terminale dans la titration du sucre au moyen de la liqueur de Fehling. — WIELAND : Recherches cliniques sur le rachitisme précoce. — HERXHEIMER et HOFFMANN : Sur l'action anatomique des rayons Röntgen sur le testicule. — HÖRICK : Y a-t-il des motifs objectifs qui peuvent nous déterminer à faire lever d'une façon précoce les malades opérés à froid d'appendicite. — MAINZER : Le signe de Westphal chez les individus sains. — SCHEFFZEK : Sur le traitement de l'impression cranienne des nouveau-nés. — NEUMANN : Thermocautère automatique.

Lyon médical. — (N° 36, 6 sept. 1908.) MOUISSET et PETITJEAN : Anémies graves.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 35, 30 août 1908.) TÖRÖK : La nature et la pathogénie des modifications cutanées dans la sclérodermie. — (N° 36, 6 sept.) LÉVAÏ : Sur le traitement chirurgical de la nécrose phosphorée.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 35, 29 août 1908.) HAJECK : Ma pratique sur l'opération radicale endonasale du sinus sphénoïdal et du labyrinthe ethmoïdal postérieur. — TRÉTROP : La parésie des cordes vocales dans la grippe.

Revue médicale de l'Est. — (N° 17, 1er sept. 1908.) MICHEL : De l'intervention conservatrice immédiate dans les grands écrasements des membres. — GUILLEMIN : La genèse des monstruosités doubles autositaires dans l'espèce humaine (*suite*). — SABOTIER : De l'hypotrophie infantile (*suite et fin*).

Revue neurologique. — (N° 15, 15 août 1908.) LONG et

Roussy : Etude des dégénérescences secondaires descendantes de la formation réticulée chez l'homme, consécutives aux lésions en foyer de la calotte pédonculaire.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 35, 27 août 1908.) Kornfeld : Sur la tuberculose rénale. — Baradulin : Sur la question des échinocoques intramusculaires. — Flinker : Sur un cas rare de macrodactylie. — Leopold et Reuss : Sur les rapports entre les corpuscules épithéliaux et la chaux de l'organisme. — (N° 36, 3 sept.) Bauer : La loi de Colles et de Propeta à la lumière des recherches actuelles sur le sérum. — Götzl et Kienbock : Asthme bronchique et diminution du cœur. — Westentrijk : Contribution à la question de la cure d'avoine. — Szurek : L'enseignement d'Alexandre Pœhl et les résultats obtenus avec ses préparations à la clinique médicale pendant l'année 1907. — Emmerich et Löw : Les principes bactéricides de la pyocyanine sont-ils des lipoïdes ?

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de l'œil, par Albert Terson, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 400 p., avec 142 fig. — Prix : broché 8 francs, cartonné 9 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'homme selon la science. Son passé, son présent, son avenir. Traduit de l'allemand par le docteur Charles Letourneau. Un vol. in-8, avec 37 gravures sur bois. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

Cours de philosophie positive, par le docteur Auguste Comte. Tome III : *Philosophie chimique et philosophie biologique.* Un vol. in 8 de 446 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris, Béziers, le Midi de la France et l'Espagne. — Rapide, 1re classe. L. S. Voiture directe entre Paris et Cerbère.

Aller, départ de Paris : 9 h. 10 matin (1re classe) ; 7 h. 27 soir (1re, 2e, 3e classes) ; 9 h. 15 soir (1re classe).

Retour, départ de Barcelone : 9 h. 40 matin (1re classe) ; 6 h. 46 soir (1re, 2e classes) : — Départ de Cerbère : 1 h. 57 soir (1re, 2e, 3e classes) ; 11 h. 11 soir (1re, 2e classes).

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P. L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone. Consultez le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

N° 106. — JEUDI 17 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 17 SEPTEMBRE 1908. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 12 septembre 1908 :

Médecins principaux de première classe. — M. Pauzat, nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Bordeaux; M. Maljean, médecin-chef de l'hôpit. milit. Bégin à Saint-Mandé; M. Hornus, directeur du service de santé du 9e corps d'armée.

Médecins principaux de deuxième classe. — M. Achintre est nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. d'Amélie-les-Bains; M. Petit, médecin-chef de l'école milit. d'inf. de Saint-Maixent.

Médecins-majors de première classe. — MM. Moreau passe à l'hôpit. milit. de Belfort; Pascaud, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Verdun; Guibal, à l'hôpit. milit. de Nancy; Maison, au 64e d'inf.; Keim, à l'hôpit. milit. de Toulouse; Watrin, au 21e d'inf.; Cherpitel, au recrutement et prisons milit. de la Seine; Lenoir, au 13e d'inf.; Donnadieu, au 23e d'art.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Merciolle passe au 129e d'inf.; Dettling, au 32e d'art.; Solmon, au 1er d'inf.; Hénault, au 77e d'inf.; Tostivint, aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Angers; Job, au 76e d'inf.; Beaussenat, au 51e d'inf.; Marchet, au 6e d'art.; d'Arlhac, au 1er bat. d'art.; Mathieu, au 2e bat. de chass.; Mainguy, au 3e escad. du train des équip.; Dor, à l'école milit. prépar. d'inf. de Saint-Hippolyte-du-Fort; Geysen, affecté à la place de Toul; Velten passe au 6e dragons; Calais, au 3e hussards; Escande de Messières, au 40e d'art.; Rocheron, au 2e chass.; Fischer, affecté à l'hôpit. milit. Bégin, à Saint-Mandé; Desse passe à l'hôpit. d'Amélie-les-Bains; Melliès, à l'école polytechnique; Grysez, à l'hôpit. milit. de Lille; Donier, au 1er bat. de chass.; Chambon, au 5e chass.; Sousselier, au 9e cuir.; Busy, aux hôpit. de la division de Constantine; Morel, au 8e dragons; Perrot, au 29e bat. de chass.; Roques, au 126e d'inf.; Rogé, à la direction du service de santé du 2e corps d'armée; Henry, à la direction du service de santé du 10e corps d'armée; Bertrand, au 13e d'art.; Cahuzac, au 4e zouaves.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Colineau passe au 161e d'inf.; Delmas, au 58e d'inf.; Henriot, au 158e d'inf.; Noirot, aux hôpit. de la division de Constantine; de Brianson, au 154e d'inf.; Montané, au 59e d'inf.; Pilsson, au 103e d'inf.; Botte, au 145e d'inf.; Gay-Bonnet, nommé surveillant à l'école du service de santé militaire de Lyon; Bergé passe au 53e d'inf.; Gilet, au 120e d'inf.; Geniaux, au 148e d'inf.; Vermillen, au 127e d'inf.; Heuls, au 5e génie; Gallouin, à l'hôpit. milit. de Lille; Marchetti, au 157e d'inf.; Martin, au 11e cuir.; Pouponneau, à la compagnie saharienne du Tidikelt; Périé, au 54e d'inf.; Campana, à l'hôpit. milit. d'Ajaccio; Durand, au 1er génie; Enjalbert, aux hôpitaux de la division d'Oran; Monéry, à l'école spéciale milit. de Saint-Cyr; Colin, au 21e chass.; Ségui, au 53e d'inf.; Cot, au 118e d'inf.; Vuillemot, au 91e d'inf.; Boyé, au 84e d'inf.; Renaud, aux hôpitaux de la division d'Alger; Dellys, au 3e bat. d'inf. légère d'Afrique; Labougle, au 5e d'inf.; Worms, au 28e d'inf.; Costa, au 20e d'art.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Cristau passe aux hôpit. de la division d'Oran; Cayrel, au 22e d'art.; Mathieu de Fossey, au 1er spahis; Gand, au 47e d'inf.; Desquiens, au 30e dragons; Langlois, au 31e d'art.

MARINE. — M. le médecin en chef de deuxième classe Mercier, du port de Lorient, est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôpital maritime de Port-Louis.

M. le médecin de première classe Moulinier, du port de Rochefort, est autorisé à prendre part au concours pour l'em-

ploi de professeur de pathologie interne à l'école principale du service de santé, qui s'ouvrira à Brest le 21 septembre.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. DIEULAFOY, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 21 septembre 1908, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à midi, et l'après-midi, de deux heures à quatre heures. Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades;

2° L'exposé des principaux procédés de laboratoire (recherche de microbes, examen du sang, des urines, des fèces, des sérosités, etc.) applicables au diagnostic;

3° Les principales indications et les principales techniques thérapeutiques.

Ce cours comprendra 24 leçons et sera fait en deux semaines. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs O. Crouzon et Le Play, chefs de clinique; Nattan-Larrier et René Gaultier, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 21 septembre.* — Matin : M. Nattan-Larrier. Examen clinique du sang : anémies, polyglobulies; leucocytose et leucémie. Cytodiagnostic. — Soir : M. Le Play. Technique de l'examen bactériologique du sang : cultures du sang.

Mardi 22 septembre. — Matin : M. Bonnier. Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx. — Soir : M. O. Crouzon : Examen clinique du poumon et de la plèvre : indications et technique de la thoracentèse.

Mercredi 23 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Diagnostic clinique précoce de la tuberculose. Indications thérapeutiques. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire : recherche du bacille de Koch dans les crachats et les liquides pathologiques; inoculations aux animaux. Tuberculine.

Jeudi 24 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Technique de l'examen clinique du cœur. Asystolie : son traitement. — Soir : M. Le Play. Méthodes d'exploration clinique des vaisseaux : le sphygmographe et le sphygmomanomètre. La médication hypotensive.

Vendredi 25 septembre. — Matin : M. Bonnier : Technique de l'examen de l'oreille. Vertige; équilibre. — Soir : M. Le Play. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. Les sérodiagnostics.

Samedi 26 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (motilité, sensibilité, réflexes); étude d'un hémiplégique, d'un tabétique. (Présentation de malades.) — Soir : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (langage, état mental) : étude d'un aphasique, d'un paralytique général. Ponction lombaire : cytodiagnostic et bactérioscopie du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 28 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie clinique de l'estomac et de l'intestin : les dyspepsies; l'appendicite; l'entérotyphlocolite. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic bactériologique des angines. Diphtérie et sérothérapie.

Mardi 29 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie du foie et du pancréas : obstruction calculeuse du cholédoque et pancréatites. Séméiologie de la rate. — Soir : M. René Gaultier. Séméiologie clinique de l'estomac et de l'intestin : examen du suc gastrique; examen des fèces. Thérapeutique des affections gastro-intestinales.

Mercredi 30 septembre. — Matin : M Le Play. Analyse bactériologique du pus : recherche du gonocoque, du pneumocoque, du bacille du chancre mou. Coloration des microbes; réaction de Gram. — Soir : M. Nattan-Larrier. Diagnostic du tréponème pâle de Schaudinn, des trypanosomes, de l'hématozoaire du paludisme.

Jeudi 1er octobre. — Matin : M. Le Play. Examen clinique des urines; exploration rénale. Urémie, indications de la saignée; déchloruration. — Soir : M. René Gaultier. Examen chimique des urines, ses applications à l'étude des maladies de la nutrition et des régimes alimentaires. Glycosurie et diabète.

Vendredi 2 octobre. — Matin : M. Déhu. Traitement de la syphilis : la médication mercurielle. — Soir : M. Déhu. Recherche des stigmates de la syphilis acquise et héréditaire.

Samedi 3 octobre. — Matin : M. Lacaille. Méthodes d'exploration des réactions électriques, leur application au diagnostic et au traitement. Réaction de dégénérescence. — Soir : M. Lacaille. Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique. Radiothérapie.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 35, 1er sept. 1908.) MORAWITZ et PRATT : Quelques remarques sur les anémies experimentales. — MÜLLER : Le pléthysmogramme absolu. — COHN : Sur la limitation du traitement par les pessaires. — CAPELLE : Nouvelle contribution au thymus basedowien. — HECKER : Examens du sang dans l'acétonémie périodique des grands enfants. — KOCH : Sur l'histoire de l'origine et le traitement des hernies viscérales. — BENDIG : Sur la cure d'inhalation mercurielle de Kromayer dans la syphilis. — KÜSTER : Un porteur de bacilles dysentériques. — NASI KOLB : Sur les fractures indirectes du milieu du pied. — WITTEK : Un cas de luxation par distension de l'articulation atloïto-axoïdienne. — SIMON : Sur la pneumonie abortive. — WOLFF-EISNER : La nouvelle explication de l'action de la tuberculine. — HOLZKNECHT et GRÜNFELD : Sur la technique de l'extraction des aiguilles. — (N° 36, 8 sept.) SCHLAEPNER : Une nouvelle méthode pour l'examen fonctionnel de l'estomac. — HARNACK : Sur les accidents dans l'emploi de l'apomorphine. — WIEBS et GÜNTHER : Recherches sur l'ophtalmo-réaction dans la tuberculose. — LIEBERMEISTER : Sur la question des altérations tuberculeuses provoquées sans le secours des bacilles tuberculeux. — BAEYER : Les devoirs de l'orthopédie moderne. — BETTMANN : Sur un dispositif de vis pour la guérison des fractures de la rotule. — DEHNER : Mastopexie pour le traitement de la ptose mammaire. — DUNGER : La thyroïdite aiguë non suppurée. — OHLEMANN : Sur la maladie de Basedow. — REINECKE : Déchirure transversale isolée du mésentère dans une contusion de l'abdomen. — KLINGELFUSS : Sur la mesure et le dosage des rayons Röntgen en unités absolues. — KOPP : Prostitution et réglementation.

CLINIQUE CHIRURGICALE

LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES FACIALES

PAR LA TRÉPANATION DE LA ZONE SENSITIVO-MOTRICE DU COTE OPPOSÉ

Par M. André CHALIER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

La guérison immédiate d'une névralgie faciale obtenue par la trépanation de la zone corticale sensitivo-motrice du côté opposé nous a engagé à publier l'observation suivante, recueillie dans le service de notre maître M. le professeur Jaboulay.

Jean-Jacques S..., employé au Crédit Lyonnais, et âgé de quarante-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er juillet 1908 pour une névralgie faciale gauche. Le seul fait intéressant à signaler, dans ses antécédents héréditaires, c'est que sa mère a été également atteinte, pendant plus de vingt ans, d'une névralgie du trijumeau si intense qu'elle serait morte à soixante-seize ans d'inanition, tant les douleurs étaient vives et le trismus serré.

Lui-même, employé du Crédit Lyonnais, est constamment en courses, exposé, par conséquent, au vent et aux courants d'air. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique.

Depuis trois ans, il souffre d'une névralgie faciale gauche très vive, pour laquelle il a dû se faire sectionner le nerf buccal par le docteur Millet, en septembre 1907.

Cette opération a été d'un heureux effet, puisqu'elle s'est accompagnée, pendant près de dix mois, d'un amendement des douleurs, ayant fait croire à une guérison définitive.

Mais, depuis trois semaines, sans cause connue, les douleurs sont devenues plus intenses que jamais. Ces douleurs sont à peu près continues, sous la forme de tiraillements ou de fourmillements dans la joue gauche. Mais elles présentent fréquemment des accès paroxystiques, caractérisés par des lancées très aiguës qui sillonnent la face, et qui s'irradient, de préférence, dans la tempe et dans la nuque. Ces accès sont provoqués par la moindre contraction des muscles de la face : la phonation, la mastication et la déglutition s'accompagnent immédiatement, dans la moitié gauche de la figure, de secousses violentes, très douloureuses, qui donnent au malade un aspect grimaçant tout à fait caractéristique, et qui lui font éviter tous les mouvements susceptibles de les provoquer. Ces secousses musculaires sont exclusivement localisées à la joue gauche et à la langue. Elles ne s'étendent pas, le moins du monde, aux muscles du cou ou du tronc. Le malade n'a jamais eu d'attaque convulsive.

A l'examen, on retrouve aisément les trois points classiques de Valleix : sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier. Par contre, à part un peu d'hyperesthésie cutanée dans tout le domaine du trijumeau gauche, on ne décèle la présence d'aucun trouble sensoriel ou trophique.

En présence de ces signes, M. Jaboulay fait le diagnostic de *tic douloureux de la face*, ou *névralgie épileptique spasmodique*, si bien décrite par Trousseau.

L'opération, pratiquée par M. Jaboulay, le 4 juillet 1908, a consisté dans une trépanation au niveau de la zone sensitivo-motrice du côté opposé à la névralgie. Après repérage exact de la scissure de Rolando, on incise sur cette ligne, et on décolle à la rugine le cuir chevelu. Trois couronnes de trépan, distantes d'environ un centimètre, sont alors appliquées au niveau des centres rolandiques du lobe pariétal. Les rondelles enlevées, on réunit entre eux les trois orifices de trépanation, en faisant sauter avec la gouge les ponts osseux qui les séparent. On obtient ainsi une fenêtre rectangulaire de 7 à 8 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur, à travers laquelle on aperçoit la dure-mère, animée des battements normaux du cerveau. Trois incisions longitudinales, superposées, de la dure-mère permettent l'exosmose du liquide céphalo-rachidien, qui filtre goutte à goutte à travers le feuillet viscéral de l'arachnoïde, et ruisselle peu à peu le long de la plaie. L'opération est terminée par la suture simple des téguments par-dessus la perte de substance crânienne.

L'amélioration qui a suivi cette opération a été immédiate, et dès le soir, le malade se trouvait beaucoup plus soulagé qu'il ne l'avait été dix mois avant par la section du buccal. La parole et la déglutition se faisaient normalement, sans la moindre grimace, sans la moindre secousse musculaire douloureuse.

Les suites opératoires furent très bonnes et complètement apyrétiques. Par la plaie, il s'écoula, pendant un ou deux jours, une quantité assez notable de liquide céphalo-rachidien. La cicatrisation fut complète au bout de huit jours, et le malade sortait guéri de l'Hôtel-Dieu, le 12 juillet.

Le malade, que nous avons revu plusieurs fois depuis son opération, n'a plus éprouvé la moindre lancée dans sa joue gauche ; il peut désormais parler, mâcher et déglutir tout à son aise, sans ressentir le moindre tiraillement, et surtout sans grimacer. Bref, il est très satisfait, et compte sur une guérison définitive.

Moins confiant que le malade, nous ne saurions affirmer actuellement que ce résultat remarquable se maintiendra pour toujours, d'autant que la névralgie faciale est une des affections les plus rebelles, et dont la récidive, éloignée, sans doute, pendant de longs mois ou des années par des interventions chirurgicales hardies, nous apparaît encore comme à peu près fatale, en dépit de toute thérapeutique. Il nous a paru néanmoins intéressant de signaler l'amendement immédiat d'un tic douloureux de la face par la trépanation de la zone corticale sensitivo-motrice *du côté opposé* à la névralgie, trépanation combinée à la production d'une cicatrice filtrante.

Pour aussi singulière qu'elle puisse paraître *a priori*, cette opération repose, en réalité, sur des bases à la fois cliniques et anatomiques.

On sait, en effet, depuis longtemps, et M. le professeur Jaboulay a bien insisté sur ce fait (1), que certaines opérations purement palliatives ont parfois une influence énorme sur l'évolution de certaines maladies, dont elles entravent la marche, en agissant cependant sur elles à distance et par un mécanisme encore plus ou moins inconnu. Nous nous contenterons de rappeler ici l'heureux effet de la laparotomie simple sur les péritonites tuberculeuses et les cancers intestinaux. M. Jaboulay a constaté, de même, l'amélioration d'une névralgie faciale par la trépanation simple du même côté, dans les circonstances suivantes : « Un homme atteint de névralgie sus-orbitaire avait dû subir, il y a quelques mois, la résection de ce nerf. Récidive rapide des douleurs qui se généralisent dans la branche ophtalmique et le maxillaire inférieur. Cette diffusion me fit songer à l'extirpation du ganglion de Gasser. Je fis le premier temps seulement de cette opération ; en ouvrant la dure-mère, un flot de liquide céphalo-rachidien s'échappa, et me parut être en excès comme dans une méningite localisée. Je ne touchai ni au ganglion, ni aux branches émergentes. Mon malade n'a cependant ressenti de douleurs qu'un mois seulement après l'intervention, douleurs qui n'étaient en rien comparables à celles qui précédaient l'opération et qui avaient amené une tentative de suicide. » (Jaboulay, *loc. cit.*, p. 82.)

Ainsi donc, la trépanation simple *du côté malade* suffit à soulager, au moins pour un temps, des névralgies faciales très douloureuses. Cette donnée clinique, qui a, dans l'espèce, la valeur d'une expérience, n'a rien pour nous surprendre si l'on songe aux *terminaisons corticales du trijumeau*.

Suivant la plupart des anatomistes (Kölliker, Hösel, Wallenberg), les fibres qui constituent la voie centrale du trijumeau s'entre-croisent au niveau du raphé avec celles du côté opposé, puis se redressent en haut pour devenir longitudinales ; elles se mêlent aux fibres de la portion fondamentale du ruban de Reil et gagnent avec elles la couche optique, puis l'écorce cérébrale, et plus particulièrement la zone tactile. Mais à côté de ces fibres qui s'entre-croisent dans le raphé, Ramon y Cajal a décrit des fibres qui passent directement, sans entre-croisement préalable, dans le ruban de Reil du côté correspondant.

C'est sur la terminaison corticale de ces fibres directes qu'a agi certainement la trépanation dans le cas rapporté par M. Jaboulay ; mais il n'est pas étonnant qu'en raison du petit nombre relatif de ces fibres, l'amélioration n'ait été que de courte durée.

Aussi était-il plus légitime de pratiquer la trépanation, non pas du côté correspondant, mais du côté opposé à la névralgie. C'est à cette seconde opération que M. Jaboulay a eu recours dans notre cas actuel. Il est permis d'espérer qu'en agissant sur le véritable centre cortical du trijumeau, son action sera non seulement plus énergique, mais aussi plus durable. Il est établi, en effet, actuellement que la guérison de la névralgie faciale par le traitement chirurgical est d'autant mieux assurée qu'on s'éloigne davantage des branches périphériques et qu'on se rapproche des centres. Une action directe sur les centres corticaux doit donc avoir une influence plus grande que la gassérectomie et la section de la racine centrale du trijumeau. En tout cas, la trépanation du côté opposé à la névralgie constitue non seulement une opération logique, mais une opération beaucoup plus bénigne que ces dernières interventions. A ces divers titres, elle mérite, croyons-nous, d'être tentée avant ces dernières. L'avenir dira si le résultat qu'elle donne est un résultat, sinon définitif, au moins durable, et si, par conséquent, elle constitue la méthode de choix du traitement chirurgical des névralgies de la cinquième paire.

(1) JABOULAY. De la valeur de quelques opérations palliatives. In *Chirurgie des centres nerveux*, etc., 1902, p. 80.

PSEUDO-APPENDICITE

AU COURS D'UN RHUMATISME POLYARTICULAIRE AIGU

Par le docteur TRICOT,
Médecin-major de première classe.

Dans un travail récent sur certains types morbides semblables à l'appendicite, sans lésions appendiculaires réelles (*Beitrage z. klin. Chir.*, LI, 1), le docteur H. Küttner attire l'attention sur les symptômes péritonéaux plus ou moins graves qui se produisent parfois au début ou au cours du rhumatisme articulaire aigu et qui peuvent en imposer pour des appendicites.

Il rapporte en particulier l'observation d'une jeune infirmière de vingt-quatre heures, chez laquelle des douleurs apparaissent brusquement dans la région cæcale ; la fièvre s'allume et la température monte à 39 degrés.

Les vomissements surviennent ; on opère d'urgence ; l'appendice est libre et sain. On referme le ventre. L'examen histologique démontre que l'appendice est normal. Les accidents cessent, mais deux jours après, la polyarthrite rhumatismale se déclare et évolue.

Nous avons observé, à l'hôpital du Dey, à Alger, le cas d'un jeune militaire dont la maladie a présenté les plus grandes analogies avec celle dont M. le docteur Küttner donne la relation.

OBSERVATION. — H..., vingt et un ans, jardinier, incorporé au 1er régiment de zouaves depuis octobre 1905.

Antécédents héréditaires. — Parents d'une bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. — Incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de six ans.

Fièvre typhoïde à huit ans.

Plusieurs accès de fièvres paludéennes pendant l'adolescence.

N'a jamais eu de rhumatismes.

N'a jamais contracté de maladies vénériennes.

A la suite d'une marche forcée accomplie le 24 janvier 1906, H... est atteint de courbature généralisée s'accompagnant de douleurs assez vives dans les membres. Cet état ne fait qu'empirer les jours suivants et s'aggrave d'un peu de

fièvre avec légère élévation de la température. Le médecin du régiment le fait entrer à l'hôpital le 28 janvier avec le diagnostic : « Embarras gastrique fébrile. »

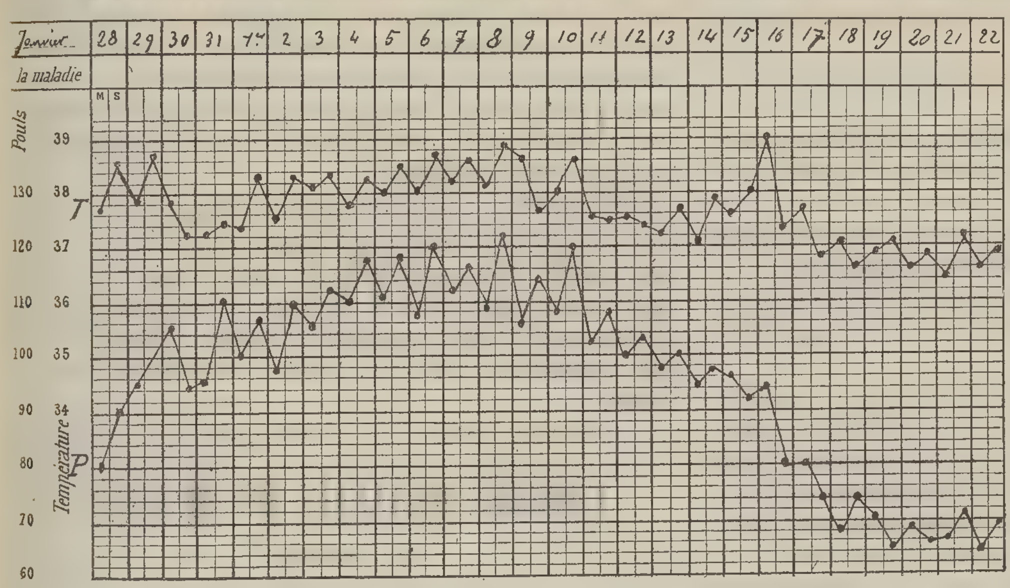
H... est placé dans un service de médecine.

Le malade se plaint d'une courbature générale, de céphalalgie et surtout de douleurs abdominales particulièrement localisées dans la moitié droite du ventre et au creux épigastrique. Ces douleurs déterminent une certaine gêne respiratoire; mais il n'existe ni toux, ni expectoration. L'inspection ne révèle rien de particulier. La palpation décèle une sensibilité diffuse de tout l'abdomen, plus marquée dans l'hypocondre droit et au creux épigastrique. Il existe un peu de météorisme abdominal. Pas de diarrhée.

La palpation de la région lombaire éveille une sensibilité profonde.

Le foie, la rate, le poumon, le cœur ne présentent aucune particularité.

Pas d'œdème des membres inférieurs; pas de gonflement articulaire.



Température : matin, 37°8; soir, 38°6. — Pouls: matin, 80; soir, 90.

29 janvier. — Température : matin, 37°9; soir, 38°8. — Pouls : matin, 95; soir, 124.

Mêmes symptômes, un peu plus marqués en ce qui concerne les douleurs abdominales. Les urines émises sont rares, troubles, rougeâtres, renfermant un excès d'urée, d'urates et contiennent 7 grammes d'albumine. Langue légèrement saburrale, humide.

Le diagnostic porté est celui de néphrite aiguë.

Traitement : Ventouses scarifiées sur la région lombaire, régime lacté absolu; lactose, 100 grammes.

30 janvier. — Température : matin, 37°8; soir, 37°2. — Pouls : matin, 106; soir, 95.

Amélioration; les urines sont plus abondantes (1600 grammes). Albumine, 6 grammes.

31 janvier. — Température : matin, 37°2; soir, 37°4. — Pouls : matin, 96; soir, 110.

Urines, 1300 grammes en vingt-quatre heures; albumine, 5g50. Le ventre est toujours douloureux, météorisé. Un purgatif salin provoque trois selles sans caractère spécial.

1er février. — Température : matin, 37°3; soir, 38°3. — Pouls : matin, 100; soir, 108.

Urines, 1200 grammes; albumine, 5 grammes; agitation, inquiétude; quelques nausées. Tout l'abdomen est douloureux, avec prédominance de la douleur à l'épigastre et au flanc droit.

2 février. — Température : matin, 37°5; soir, 38°3. — Pouls : matin, 98; soir, 110.

Urines, 2000. Albumine, 2 grammes. Une selle sans caractère spécial. L'agitation est devenue extrême; le malade est anxieux, pousse des gémissements continuels. Insomnie. Les douleurs abdominales, particulièrement dans le flanc droit sont devenues intolérables. Elles sont exaspérées par la pression, mais sans localisation précise. Il n'existe pas d'empâtement profond.

Injection intra-musculaire de 1 gramme de chlorhydrate de quinine en deux fois.

3 et 4 février. — La température oscille autour de 38 degrés. Le pouls autour de 110. Une nouvelle injection de quinine n'a amené aucune amélioration. Les douleurs abdominales sont devenues tellement vives que le malade pousse des cris perçants dès que l'on essaie de lui palper le ventre. Il ne supporte même pas le poids des couvertures. La région appendiculaire est particulièrement douloureuse, mais la palpation de la fosse iliaque, très difficile à pratiquer il est vrai, ne révèle rien. Le toucher rectal reste négatif.

Dans la matinée du 4 février, le malade rejette le lait qu'il a ingurgité une demi-heure auparavant.

Dans la soirée, vomissements bilieux.

Pendant la nuit, subdélire.

C'est alors que notre confrère le docteur Tanton, chargé du service de médecine, nous fait appeler en consultation.

L'état précaire du malade qui jette des cris et demande instamment « une opération qui le soulage », la dissociation du pouls et de la température, les douleurs abdominales vives, les symptômes manifestement péritonéaux nous décident à tenter une laparotomie exploratrice qui est pratiquée le 5 février.

5 février. Opération. — Chloroformisation. Incision de Jalaguier le long du bord externe du grand droit droit.

En sectionnant le péritoine, nous constatons que la grande cavité péritonéale contient une petite quantité de sérosité claire. Le péritoine est nettement injecté. Le cæcum et l'appendice sont libres et d'apparence normale. Malgré l'absence de toute lésion appendiculaire apparente, nous pratiquons rapidement et sans aucune difficulté l'appendicectomie. Une exploration rapide mais consciencieuse de la cavité abdominale ne révèle absolument rien. Il n'existe ni tumeur ni adhérences, tous les organes abdominaux occupent leur situation anatomique normale et paraissent sains.

Le ventre est refermé plan par plan, sans drainage.

L'intervention fut suivie d'une remarquable sédation des symptômes douloureux, mais ni la marche de la température ni celle du pouls ne furent sensiblement modifiées.

Les 6, 7 et 8 février, la température oscille entre 38 et 39 degrés, le pouls entre 110 et 120. La quantité d'urine émise est de 1 litre environ et contient de 1 à 2 grammes d'albumine. Les douleurs abdominales ont beaucoup diminué; les vomissements ont cessé.

9 février. — Température : matin, 38°7 ; soir, 39°. — Pouls : matin, 110 ; soir, 116.

Urines, 1100 grammes ; albumine, 35 centigrammes.

Le malade se plaint, pour la première fois, de douleurs articulaires dans les deux épaules. Les mouvements des bras sont très pénibles. Admettant l'hypothèse d'un rhumatisme aigu intercurrent, nous prescrivons 4 grammes de salicylate de soude en potion.

10 février. — Température : matin, 38° ; soir, 38°8. — Pouls : matin, 110 ; soir, 120.

Urines, 900 grammes ; albumine, 30 centigrammes.

Les douleurs articulaires sont à peu près les mêmes. Le coude droit est un peu douloureux, le poignet du même côté est douloureux et gonflé. Salicylate de soude à la dose de 4 grammes.

11 février. — Température : matin, 37°6 ; soir, 37°4. — Pouls : matin, 102 ; soir, 108.

Urines, 900 grammes ; albumine, 20 centigrammes. Amélioration sensible de l'état général et des phénomènes douloureux. Les points de suture de la plaie opératoire sont enlevés. Réunion par première intention ; cicatrice linéaire régulière et solide.

12 février. — Température : matin, 37°5 ; soir, 37°4. — Pouls : matin, 100 ; soir, 104.

Les douleurs et les fluxions articulaires ont beaucoup diminué. Le ventre est redevenu souple et sensible seulement à la pression.

Le malade se plaignant alors de ce que sa potion salicylée lui « fait mal à l'estomac », cette potion est supprimée.

Les résultats de cette suppression ne furent pas heureux, car, après deux jours « d'état stationnaire », il se produisit une nouvelle poussée rhumatismale.

En effet, le 15 février, la température remonte à 38 degrés. Les douleurs articulaires reparaissent dans les mêmes articulations ; en outre, l'articulation tibio-tarsienne gauche devient le siège de douleurs vives avec un léger gonflement de l'article. Le péritoine semble participer à cette crise, car l'abdomen redevient douloureusement sensible. Nous notons en même temps des transpirations abondantes et, à l'auscultation du cœur, un très léger souffle systolique à la pointe.

Le salicylate de soude est repris à la dose de 4 grammes. Les articulations malades sont enveloppées de flanelle arrosée de salicylate de méthyle.

Du *16 au 17 février*, régression progressive des symptômes. Les douleurs articulaires et abdominales diminuent.

18 février et jours suivants, la température revient à la normale ; le pouls redescend à 70. La quantité d'urine émise oscille entre 1 litre et demi et 2 litres ; l'albumine disparaît définitivement. La sensibilité abdominale s'atténue jusqu'à disparaître. Le malade, soumis à une alimentation lacto-végétarienne, reprend assez rapidement des forces. Le traitement salicylé, continué pendant quelque temps à doses progressivement décroissantes, est enfin supprimé.

Malgré un temps d'anémie accentué, la convalescence s'affirme rapidement, et le 17 mars, H... quitte l'hôpital, muni d'un congé de convalescence de trois mois.

Quatre semaines après son départ, ce malade nous écrit que, à la suite de son voyage, il a été repris de fièvre et de douleurs abdominales en tout semblables à celles que nous avions observées, puis, deux jours après, de localisations rhumatismales polyarticulaires. Instruit par l'expérience, il eut recours d'emblée au traitement salicylé intus et extra. Les accidents cédèrent avec rapidité et, depuis, notre malade se porte fort bien.

Ce retour définitif à la santé nous a été confirmé encore par une lettre reçue tout dernièrement.

H... a repris son métier de jardinier ; il travaille sans aucune difficulté et il n'a subi aucune atteinte nouvelle de la maladie qui l'avait si douloureusement éprouvé.

Telle est cette observation qui nous semble, ainsi que nous le disions plus haut, se rapprocher beaucoup du cas rapporté par M. Küttner. N'est-il pas permis, en présence d'une évolution morbide aussi particulière, de se demander s'il ne s'agirait pas là d'une localisation primitive du rhumatisme sur la séreuse péritonéale ? L'absence de toute autre explication plausible des phénomènes, l'absence de lésions de l'appendice et des principaux organes intra-abdominaux, la présence d'un notable épanchement citrin dans la grande cavité péritonéale, l'injection visible du péritoine, l'apparition intercurrente de localisations rhumatismales polyarticulaires, enfin l'action remarquable et indéniable, à trois reprises différentes, de la médication salicylée, nous semblent permettre de poser, ainsi que nous le faisions tout à l'heure, la question d'une réaction péritonéale d'origine rhumatismale.

Quoi qu'il en soit, nous avons observé sur ce malade un ensemble de symptômes qui pouvait en imposer pour une péritonite de cause appendiculaire et, ainsi que conclut M. Küttner, il existe dans cet ordre de faits toute une série d'éventualités cliniques sur lesquelles doit être attirée l'attention des praticiens.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Xe SESSION)

[*Genève, 3-5 septembre 1908* (1)].

LA NEURASTHÉNIE

(SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION)

M. DESCHAMPS croit que la division en trois catégories — que M. Lépine a adoptée dans son rapport — apporte plus de clarté dans le diagnostic, plus de probité dans le pronostic, plus de netteté dans la thérapeutique. Si, en effet, on peut ramener un épuisé à l'intégrité de sa fonction, un insuffisant ne peut revenir qu'à son insuffisance et un inhibé à sa diathèse. C'est là la raison de ces asthénies interminables que les médecins attribuent à l'imagination des malades, et les malades à l'ignorance des médecins. Il s'agit, en réalité, d'insuffisants ou d'inhibés toujours en quête d'un mieux que le médecin ne peut leur donner, puisque la nature leur refuse les éléments de la guérison. Et cela ne veut pas dire que la plupart des neurasthéniques soient incurables, cela signifie que l'on doit, avant tout, régler l'équi-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 100, p. 1191 ; 102, p. 1215, et 103, p. 1229.

libre de leur machine pour leur rendre la quantité d'énergie que peut leur donner leur moteur.

Sans doute, l'explication que voilà n'est pas définitive : M. Deschamps ne l'ignore pas. C'est un point de vue spécial, un simple schéma, commode et pratique. En ces matières comme en bien d'autres, la vérité totale nous échappe. Il ne s'agit pas de savoir quelle est la vérité, mais quelle est l'utilité, à l'exemple des pragmatiques. C'est pourquoi il a tenté d'écrire, le premier, une pathologie de l'énergie, estimant qu'il y avait là une voie féconde en résultats. On lui a dit, et on le répétera sans doute, que l'essai est un peu prématuré, puisqu'on ne connaît pas très bien les phénomènes de la dynamique nerveuse. Mais les malades peuvent-ils attendre, pour être soignés, que la science soit définitive ? Avec des connaissances scientifiques qu'il sait incomplètes, le praticien doit construire les systèmes qui dirigent sa doctrine et sa thérapeutique et l'aident à accomplir son dur labeur de guérisseur. Sa méthode est donc synthétique : synthèse un peu hâtive souvent, mais synthèse nécessaire. Celle que l'auteur présente est périssable ; elle n'est qu'un instant dans la marche incessante des théories. Mais il la croit logique, utile et pratique.

M. Maurice de Fleury. La double action du physique sur le moral et du moral sur le physique, dont a parlé si éloquemment le professeur Dubois, est admise par tous. Seulement le professeur Dubois fait une part énorme à l'action morale, tandis que la réciproque n'apparaît plus dans son rapport que comme une pauvre petite chose imperceptible.

Le type de la maladie créée par l'idée et qui guérit par l'idée, c'est l'hystérie. Le type de la maladie primitivement somatique et secondairement psychique, c'est la neurasthénie.

Etudiez avec soin, non pas seulement en psychologue mais aussi en clinicien, ces malades vraiment neurasthéniques, et vous verrez qu'ils commencent par la dyspepsie, la sensation de fatigue, les ptoses diverses, avant de devenir craintifs, indécis et tristes.

Etudiez-les aux différents moments d'une même journée, alors que leurs préoccupations morales restent les mêmes ; ils varient cependant d'une heure à l'autre, sous l'influence de causes physiques, tout à fait étrangères à leur esprit.

Mais, dites-vous, vous guérissez par le traitement moral les neurasthéniques aussi bien que les hystériques. Point. Vous guérissez les neurasthéniques de leurs symptômes souvent associés chez eux d'hystérie, mais pas de leurs symptômes proprement neurasthéniques qui sont rebelles à la suggestion.

M. de Fleury accorde cependant qu'à la longue l'état mental neurasthénique, primitivement causé par la conscience du mauvais fonctionnement de l'organisme physique, finit par acquérir une personnalité, par valoir par lui-même, parce qu'il est devenu une habitude invétérée de penser et de sentir. Dès lors, il est parfaitement passible de la psychothérapie. Mais la neurasthénie vraie, au début, guérit très bien par la seule médication tonique, un bon régime, une cure de lavage de l'organisme.

M. Rifaux dit que, dans la genèse de la neurasthénie, le rôle de l'esprit est prépondérant ; néanmoins, à la psychothérapie, il faut joindre la thérapeutique physique.

M. Zbinden (de Vevey). On a prétendu que la psychothérapie ne réussissait pas contre la neurasthénie parce qu'il s'agissait d'auto-intoxication. Tous les cas de neurasthénie ne se réclament pas de cette étiologie. Il y en a qui sont d'ordre purement psychique, tel le cas d'un entrepreneur ayant une affaire trop lourde pour ses forces, et guéri du jour où il passe la main à son fils, ou celui d'un fiancé revenu à la santé quand les difficultés qui s'opposaient à son mariage ont été levées. Il faut donc, comme traitement, être éclectique et sans parti pris.

M. Déjerine. Un sujet, non héréditaire, normalement constitué, peut-il devenir neurasthénique par fatigue ? L'auteur dit non. Pour qu'il devienne neurasthénique, il faut autre chose. Il faut la prédisposition, et il ne croit pas à l'origine physique, à l'origine par intoxication. Les grands facteurs de la neurasthénie sont les chocs moraux, quelle que soit leur nature. Et comme la lutte pour la vie devient de plus en plus dure, la neurasthénie va toujours en augmentant, et l'on ne peut y remédier que par la trempe des caractères, comme cela arrive dans l'armée, où, ainsi que l'a montré le docteur Granjux, la neurasthénie est une rareté.

Le vrai traitement de la neurasthénie est la psychothérapie. M. Déjerine n'est pas arrivé à cette conviction du premier coup. Il a débuté par isoler, mettre au lit, gaver, électriser, masser, doucher ses malades ; il les a engraissés ; ils se croyaient plus ou moins guéris, mais M. Déjerine a vu que leur état mental demeurait le même, et il a compris que pour les guérir il fallait leur rendre ce qu'ils avaient perdu. On n'y arrive que si on a la confiance des malades. Toute la question est là. On ne guérit pas les neurasthéniques par des syllogismes, par la raison, mais par le sentiment. C'est la foi qui sauve, c'est la foi qui guérit.

Aussi nous avons le devoir de dire aux jeunes générations médicales qu'elles doivent se préoccuper de la médecine morale ; c'est elle qui guérit et qui rend les hommes plus vigoureux et plus forts pour l'avenir.

M. P. Londe. La neurasthénie n'est pas seulement une asthénie générale. L'asthénie constitutionnelle n'est pas la neurasthénie. Il faut, pour déterminer la névrose, une cause morale connue ou méconnue, blessant l'amour-propre et menaçant la personnalité d'un sujet qui est souvent déjà un asthénique.

Il ne faut pas compter sur les médications pour rendre au malade son énergie. Seule une cure morale lui convient, cette cure ayant pour objet de lui apprendre à se mieux connaître et à se mieux adapter au monde extérieur, en un mot de rétablir à l'aide de l'hygiène l'harmonie des fonctions végétatives et des fonctions de relations ; pour y parvenir, il faut d'abord éloigner l'image de l'émotion causale déprimante, qui peut n'être, d'ailleurs, que le sentiment

de son infériorité physique. Seul le découragement tenace distingue le neurasthénique de l'asthénique général et de beaucoup de débiles.

Il lui faut de la chaleur morale pour retrouver la force de coordonner ses efforts dans une direction librement choisie. Moralement atteint dans sa personnalité, le neurasthénique guérira lui-même grâce à sa moralité, en acceptant ce qu'il ne peut empêcher. La neurasthénie n'est donc pas seulement une asthénie générale, mentale et physique, mais une asthénie morale : tel est le trépied symptomatique dont l'origine étiologique comprend également trois facteurs; le facteur moral s'ajoutant à un double facteur physique : constitutionnel et accidentel. La prophylaxie consiste, comme le dit Forel, dans le retour à la vie simple.

M. Paul-Emile Lévy. La méthode de l'isolement dans les névroses a été jusqu'aujourd'hui considérée comme classique; elle semble presque passée à l'état de dogme, que l'on ne songe même plus à contester.

L'isolement présente tout d'abord, cependant, certains inconvénients sérieux, maintes fois signalés par les malades eux-mêmes, tels que : mise en contact avec d'autres malades, et contagion nerveuse qui peut en résulter; rumination par le sujet, ainsi placé en face de lui-même, des pensées obsédantes qui ont été la cause même de son affection; impression, parfois des plus néfastes, exercée par cette séparation brusque sur certaines natures très impressionnables.

Mais le plus grave reproche à faire à la méthode d'isolement, jointe au repos prolongé et absolu, qui en est le complément ordinaire, c'est, précisément, qu'en écartant du malade toutes les causes d'impressionnabilité (fatigues, préoccupations diverses, difficultés avec son entourage, etc.) qui ont été l'origine première de la névrose, elle ne l'aguerrit que très incomplètement contre elles. De là, des rechutes, en fait fréquentes, quoique trop peu signalées, qui ne sont nullement accidentelles, mais ont leur cause dans les conditions même où a été traité le malade.

Ces mêmes raisons font comprendre la supériorité de la cure libre et active, dans laquelle le malade sera traité dans son milieu habituel, et maintiendra en tout ou partie son activité antérieure. Ces conditions, en effet, en faisant la plus large part à l'éducation pratique du malade nerveux, en fortifiant d'une façon aussi complète que possible, sa résistance physique et morale, sont, en réalité, les plus propres à écarter les possibilités de rechute et à rendre la guérison définitive.

C'est ce que démontre, du reste, la pratique personnelle, soigneusement contrôlée, de l'auteur, portant (mis à part certains cas où l'isolement demeure nécessaire, tels que : anorexie nerveuse, cas avec agitation trop considérable) sur la totalité des malades de toutes catégories et de toute gravité, neurasthénie, phobie, obsessions, etc., qui se sont présentés à son observation.

ANALYSES

MÉDECINE

Le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'intestin (A. Mathieu. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, juin 1908, p. 329). — Litten a relaté, le premier, un cas de fausse ascite, avec matité se déplaçant dans le décubitus latéral, qui était due à une occlusion incomplète de l'intestin et à la présence de poches formées par l'intestin dilaté au-dessus de plusieurs rétrécissements. P. Delbet publia une observation analogue. Nothnagel, dans son Traité des maladies de l'intestin et du péritoine, signale également cette matité déclive et montre que, dans ces cas, on trouve parfois un bruit de clapotage qui permet de les distinguer de l'ascite. M. Mathieu a observé plusieurs fois cette matité déclive et ce clapotage intestinal qui peut simuler aussi le clapotage de la grande dilatation gastrique avec stase considérable.

Le syndrome clapotage intestinal et matité déclive est presque pathognomonique de l'occlusion lente par sténose incomplète de l'intestin. Les conditions les plus favorables à sa production se trouvent constituées lorsqu'il existe une sténose incomplète siégeant soit vers la fin de l'iléon, soit sur le trajet du côlon descendant; lorsque les anses intestinales sont dilatées et renferment une assez grande quantité de liquide. Si les anses dilatées sont trop distendues par les gaz, le phénomène ne peut pas se produire. Dans la plupart des cas, la diarrhée permanente ou intermittente coexiste avec le syndrome clapotage de la fausse ascite.

La répartition du clapotage et de la matité pseudo-ascitique peut servir à déterminer approximativement le siège de la sténose intestinale. Lorsque le rétrécissement se trouve sur le jejunum, on trouve le clapotage au niveau et au-dessus de l'ombilic, et on ne constate pas nettement le signe de la fausse ascite. Si la sténose siège vers l'extrémité inférieure de l'iléon, le clapotage existe dans la région sus et sous-ombilicale; la matité se déplace vers les flancs dans le décubitus latéral. En cas de rétrécissement du côlon, du rectum, on trouve naturellement le clapotage et la dilatation du cæcum et du côlon.

Pour distinguer la matité déclive par fausse ascite de l'ascite vraie, M. Mathieu a remarqué que la matité déclive ne se produit pas instantanément en cas de fausse ascite par dilatation de l'intestin, tandis que dans l'ascite vraie le déplacement de la matité est très rapide. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Fractures du genou par arrachement ligamenteux. (Sidney Lange. *Ann. of Surg.*, vol. XLVIII, n° 1, juillet 1908, p. 117-121). — L'ère radiographique a fait découvrir, parmi les « entorses » ou « efforts » du genou, plusieurs types de fracture par arrachement ligamenteux, non sans ressemblance comme pathogénie avec la classique fracture de l'extrémité inférieure du radius. Dans tous les cas relatés ici, il s'agit de fractures indirectes, survenues sans traumatisme direct de la jointure.

Dans un premier cas, une tension du ligament latéral externe a fait arracher par celui-ci son insertion tibiale, toute la tubérosité externe du tibia. Fracture pénétrant dans l'articulation. Le malade a pu marcher plusieurs centaines de mètres après l'accident.

Dans un deuxième cas, tension en sens inverse, le ligament

latéral interne arrache la tubérosité interne du tibia et aussi un fragment de fémur à l'insertion supérieure du ligament.

Dans un troisième cas, une torsion du genou fait arracher l'épine tibiale par les ligaments croisés et aussi un peu de l'insertion fémorale du ligament croisé postérieur; dans un quatrième, l'effort porte d'abord sur le ligament latéral interne qui arrache son insertion fémorale; puis les ligaments croisés, venant à supporter l'effort, arrachent l'épine tibiale.

Expérimentalement, en ployant latéralement le genou du cadavre d'un jeune sujet en position ventrolatérale, Lange a pu arracher toute l'épiphyse inférieure du fémur, et il est probable que cette lésion se retrouve sur le vivant.

Puis les cartilages semi-lunaires sont en relation tellement intime avec les ligaments croisés qu'il est bien probable que les déplacements des semi-lunaires s'accompagnent parfois de lésions analogues à celles ci-dessus décrites.

La pathologie traumatique du genou contient encore maint point de diagnostic obscur; c'est la radiographie qui l'éclaircira. F. GARDNER.

Contribution à l'étude de la méthode de Bond dans le traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie. (Constant PETIT. Th. de Paris 1906: Bonvalot-Jouve, édit.) — La méthode d'incision, d'extirpation et de suture sans drainage des kystes hydatiques non suppurés du foie doit s'appeler « la méthode de Bond », car c'est Bond qui le premier la décrivit et l'employa systématiquement.

Tous les noms donnés à cette méthode (Bobroff, Posadas, Delbet, etc.) indiquent seulement les compléments ou les perfectionnements apportés par ces auteurs à la méthode de Bond, qui reste la méthode de l'incision et de la suture du kyste sans drainage.

La méthode de Bond reste la méthode rapide :

1° Dans les kystes : de petit volume; à vésicule unique; facilement abordables; n'ayant jamais été ponctionnés antérieurement;

2° Dans les récidives de kystes qui se font dans le tissu cellulaire;

3° Chez les individus : sains, jeunes, non cachectiques, à foie normal.

La méthode de Bond est à rejeter :

1° Dans les kystes : multivésiculaires, profondément situés et difficiles à aborder, antérieurement ponctionnés, à parois mauvaises, grenues, calcifiées, à tendances cholerragiques (vaisseaux biliaires visibles) ou hémorragiques;

2° Dans les récidives profondes et difficiles à atteindre;

3° Chez les individus : cachectisés, à foie malade (paludéens, ictériques, etc.).

On doit lui préférer la marsupialisation dans toute cette dernière catégorie de cas. Le procédé de Lindemann-Landau (marsupialisation) est lent. C'est certain; mais il est sûr. Les deux principaux accidents qu'il occasionne : la fistule et l'éventration, trouvent aujourd'hui leurs remèdes.

La fistule, grâce à l'asepsie moderne plus rigoureuse et aux intervention secondaires, dure de moins en moins longtemps.

L'éventration, généralement haut située, est supportable et peut le plus souvent être guérie par une intervention particulière.

La méthode de Bond, il ne faut pas l'oublier, aboutit souvent à une marsupialisation secondaire. L. GAYARD.

Luxation atlo-occipitale. — (N.J. BLACKWOOD. *Ann. of Surg.*, vol. XLVII, n° 5, mai 1908, p. 654-658). — Ce cas est remarquable, en ce que, malgré des lésions semblant comporter une mort instantanée, la respiration artificielle garda le blessé vivant pendant trente-quatre heures et quarante minutes, et conscient jusqu'au bout.

Un matelot, faisant des exercices gymnastiques et essayant le « saut de carpe », tomba tête première sur le pont du cuirassé, d'une hauteur de $1^m,20$. Ramassé immédiatement et cyanosé, il fut soumis aussitôt à la respiration artificielle. Paralysie sensitive et motrice complète à partir du niveau du larynx. Réflexes tous abolis. Priapisme. Rétention d'urine. Malade parfaitement conscient, répondant par signes, et même prononçant quelques mots quand assez d'air était envoyé dans le thorax. Le cœur, d'abord presque arrêté, se remit à battre fortement, mais avec des intermittences. La température se maintint d'abord, puis s'abaissa.

L'examen direct, très gêné par la respiration artificielle, montra une dépression anormale entre l'atlas et l'occipital. Une tentative de réduction n'aboutit pas. On se décida à tenter une laminectomie, le malade étant sur le dos et l'opérateur dans une position plutôt incommode. Les membranes de la moelle furent trouvées intactes. On ne put rien changer à la position des os. L'opération ne changea en rien la condition du blessé qui finit par mourir.

A l'autopsie, on trouva l'occipital luxé en avant sur l'atlas et la moelle pincée entre le bord postérieur du trou occipital et l'apophyse odontoïde. L'atlas était fracturé en trois endroits deux fois latéralement, et une fois en arrière. L'odontoïde était rompue à un point correspondant comme niveau aux surfaces articulaires supérieures de l'axis. Les membranes de la moelle étaient intactes, mais la moelle elle-même était réduite en bouillie depuis le trou occipital, jusqu'au niveau de l'interligne entre l'axis et la troisième vertèbre cervicale.

F. GARDNER.

FORMULAIRE

ECZÉMAS REBELLES DES MEMBRES

Après un nettoyage prolongé de la peau, appliquer une bonne couche de coaltar brut (Brocq) qui sera laissée quarante-huit heures en place.

Remplacer ce pansement par la pâte suivante :

Ichtyol		2 grammes.
Oxyde de zinc	*àà*	12 —
Amidon		
Vaseline		25 —

Ces applications successives de coaltar et de pâte de zinc ichtyolée seront renouvelées à deux ou trois reprises.

A l'intérieur, pipérazine granulée effervescente (1 à 3 mesures dans un peu d'eau).

TRAITEMENT DE L'HERPÈS DE LA PEAU

Laver les endroits malades à l'eau boriquée, sécher et appliquer ensuite un peu de la pommade :

Acide borique	1 gramme.
Oxyde de zinc	2 —
Vaseline pure	20 —

F. s. a. pommade.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ANGINES A FAUSSES MEMBRANES[1]

Reste le groupe des angines à fausses membranes non diphtériques et produites par divers germes dont le plus fréquent est le streptocoque. On a donné plusieurs caractères cliniques permettant de les distinguer de l'angine diphtérique : le début est habituellement plus brusque, plus fébrile, les symptômes fonctionnels plus intenses ; les fausses membranes sont plus friables et plus molles ; elles ont moins de tendance à envahir les piliers postérieurs et le fond du pharynx. La muqueuse qui les entoure est plus rouge et plus congestionnée. Ces nuances sont souvent délicates à apprécier; ces caractères ne sont, d'ailleurs, pas absolument constants.

Parmi les angines pseudo-membraneuses à *streptocoques*, les plus intéressantes sont celles de la scarlatine; on distingue les angines précoces de la scarlatine et les angines tardives ; d'après Trousseau, les angines précoces ne sont pas diphtériques tandis que les angines tardives le sont; cette opinion de Trousseau semble devoir être modifiée par les travaux récents en ce qui concerne les angines tardives ; plusieurs auteurs ont constaté que les angines tardives de la scarlatine étaient dues, le plus souvent, au streptocoque (Marfan, Apert). Cliniquement, les angines pseudo-membraneuses de la scarlatine ressemblent parfois beaucoup aux angines diphtériques; dans leurs formes graves, elles donnent des fausses membranes d'aspect grisâtre et sanieux ; l'exsudat se propage aux fosses nasales, ce qui détermine un jetage sanguinolent; le teint est plombé; l'adénopathie sous-maxillaire est souvent énorme. Mais le malade est atteint de scarlatine, ce qui est la meilleure présomption en faveur d'une angine à streptocoques; il sera toutefois plus prudent de faire un examen bactériologique.

Les angines pseudo-membraneuses à *coccus Brisou* (Roux et Martin) ont des fausses membranes qui ressemblent beaucoup à celles de la diphtérie ; l'engorgement ganglionnaire est modéré, l'état général peu gravement atteint; dans ce cas encore, il est nécessaire de faire un diagnostic bactériologique. Les fausses membranes à *staphylocoques* sont très rarement observées; elles sont peu épaisses, peu adhérentes, ont peu de tendance à s'étendre. L'angine pseudo-membraneuse à *pneumocoques* a un début brusque avec élévation de la température à 39°5 ou 40 degrés ; les fausses membranes n'ont pas de caractères bien nets permettant de les distinguer de la diphtérie ; l'adénopathie sous-maxillaire est très accusée.

La fausse membrane à *tétragène* est exceptionnelle ; à côté de l'enduit blanc, on voit par places des grains saillants, isolés, ayant l'aspect de grains de sable; cette angine sableuse (Dieulafoy) ne s'accompagne pas d'adénite et les phénomènes généraux sont peu marqués. Les angines à *pneumo-bacille* de Friedlander ont des fausses membranes nacrées et jaunâtres, peu étendues; les symptômes fonctionnels et généraux sont peu marqués ; leur marche est plutôt subaiguë.

En résumé, le diagnostic clinique entre l'angine herpétique, l'angine diphtérique et l'angine pseudo-membraneuse non diphtérique est dans certains cas presque impossible. Sans doute les observateurs très exercés, les spécialistes en diphtérie arrivent à deviner pour ainsi dire la nature d'une angine et ne se trompent que rarement. Mais cette expérience exceptionnelle ne pouvant guère être acquise dans la pratique médicale habituelle, il est indispensable de faire un diagnostic bactériologique.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE. — Avec une spatule de platine ou un tampon d'ouate monté sur une tige, on prélève sur l'amygdale une parcelle de fausse membrane; on en fait des frottis pour un examen immédiat et surtout on l'ensemence en surface dans deux tubes de sérum coagulé.

L'examen des frottis colorés au bleu de Roux et par la méthode de Gram ne donne que des résultats provisoires et assez incomplets. C'est surtout le bacille de Lœffler que l'on cherche ainsi immédiatement; il se présente sous forme de petits bâtonnets ayant des dimensions très variables (bacilles courts, moyens et longs) ; il est droit ou légèrement courbé avec des extrémités arrondies; ces bacilles sont souvent associés deux par deux, bout à bout ou plutôt à angle aigu, en forme de V, d'accent circonflexe; ils restent colorés par la méthode de Gram. Il est souvent difficile de reconnaître le bacille diphtérique au milieu d'un grand nombre d'autres microbes. Un résultat négatif ne permet donc pas de rejeter le diagnostic de diphtérie.

Deux tubes de sérum coagulé ayant été ensemencés et mis à l'étuve, on les examine au bout de vingt à vingt-quatre heures. Les colonies de bacille de Lœffler poussent rapidement; dès la vingtième heure on reconnaît facilement des colonies régulièrement arrondies, d'un blanc grisâtre, légèrement saillantes; en les examinant par transparence, on remarque qu'elles sont plus opaques au centre qu'à la périphérie. On examine ensuite au microscope les microbes constituant les colonies ; on s'arrête généralement là dans la pratique, mais si l'on veut être tout à fait fixé sur ces bacilles diphtériques et leur virulence, on prélève une parcelle de la colonie, on l'ensemence en bouillon et de cette culture en bouillon, on inocule un centimètre cube sous la peau d'un cobaye; l'animal meurt après un temps variable si le bacille est virulent. Le diagnostic bactériologique de la diphtérie a été discuté par suite de l'existence de bacilles qui sont morphologiquement semblables aux bacilles diphtériques, mais qui ne tuent pas le cobaye ; on les appelle les bacilles pseudo-diphtériques.

M. Martin a mis la question au point et voici ses conclusions : Sans doute, les bacilles pseudo-diphtériques sont généralement plus courts ; leurs cultures troublent le bouillon et ne le rendent pas acide ; leurs cultures sur gélose sont plus blanches et plus abondantes ; ils ne sont pas virulents ; mais les bacilles diphtériques peuvent prendre ces caractères et la virulence n'a pas de valeur absolue; par conséquent, dans la pratique, on ne peut pas séparer les bacilles diphtériques des bacilles pseudo-diphtériques; il ne faut pas l'essayer, car on peut commettre de graves erreurs.

Le diagnostic bactériologique ayant surtout pour but de faire savoir si une fausse membrane est ou non diphtérique, il suffira de rappeler rapidement les caractères des cultures sur sérum des divers microbes que l'on peut trouver dans les fausses membranes.

Le *coccus Brisou* donne des colonies qui ont un peu le même aspect que celles de la diphtérie; elles sont cependant plus jaunes, plus humides, moins saillantes. Au microscope, on voit des diplocoques ou des petits amas irréguliers qui restent colorés par la méthode de Gram. Les colonies de *streptocoque* sont très petites, comparables à des grains de semoule, arrondies, blanchâtres; au microscope, les chaînettes sont très caractéristiques. Les colonies de *staphylocoque* sont arrondies, épaisses; au microscope, on voit les coccus groupés en amas irréguliers que l'on a comparés à des grappes.

Les colonies de *pneumocoques* sont petites comme des têtes d'épingle, translucides; le pneumocoque est un coccus en forme de flamme de bougie, de grain d'orge ; ces grains sont réunis par deux et entourés d'une capsule. Enfin le *pneumo-bacille* de Friedländer a des colonies grisâtres, épaisses et confluentes; il se présente sous la forme de bâtonnets très courts, un peu larges, fréquemment réunis par deux.

Le diagnostic bactériologique des angines doit être fait avec beaucoup de soin; en ne suivant pas minutieusement la technique, on s'expose à des erreurs ; on peut par exemple avec la spatule passer à côté de l'exsudat; le fil de platine pouvait n'être pas assez refroidi; les résultats négatifs obtenus dans ces conditions n'ont plus aucune signification.

Quand faut-il faire un diagnostic bactériologique des angines à fausses membranes ? Le plus souvent possible. Faut-il attendre les résultats de l'examen bactériologique pour l'injection de sérum antidiphtérique? Plusieurs cas peuvent se présenter. Si le diagnostic clinique permet d'affirmer la diphtérie, on fera aussitôt une injection de sérum ; si le diagnostic est douteux, on fera encore une injection de sérum, lorsque le cas paraît grave et surtout s'il s'agit d'un enfant; en présence d'un cas bénin, chez un adulte, on peut attendre les résultats de l'ensemencement.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 100, p. 1197, et n° 103, p. 1233.

Le diagnostic bactériologique des cas douteux et même des cas non douteux a un autre avantage; il impose et rend indiscutables les mesures de prophylaxie (désinfection, sérothérapie préventive).

Bibliographie. — *Traités de médecine et des maladies de l'enfance*; — Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*; — Grenet. *Pratique médico-chirurgicale*; — Nobécourt. *Précis de médecine infantile*; — Boulloche. *Les angines à fausses membranes*; — Marfan. *Leçons cliniques sur la diphtérie*; — Martin. *Arch. gén. de méd.*, 1904.

Avis. — **Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros mardi et du jeudi.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'anatomie pathologique, par les docteurs Ch. Achard et M. Lœper, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 550 pages avec 312 figures entièrement nouvelles et 2 planches coloriées. (Bibliothèque Gilbert-Fournier.) — Prix : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Opération au domicile du malade, par le docteur Raymond Bonneau, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien suppléant de consultation à l'hôpital Boucicaut. Une brochure. — Paris, 1908, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



N° 107. — SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1908. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le docteur Gentes, agrégé, chargé d'un cours d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé professeur d'anatomie à ladite Faculté.

LES MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LE CHOLÉRA. — Le Conseil supérieur de l'hygiène publique s'est réuni, au ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène.

Etaient présents à cette réunion : M. Gavarry, délégué par le ministre des Affaires étrangères, MM. les docteurs Widal, Thoinot et Renaut, inspecteurs du service sanitaire.

Le Conseil a décidé de proposer au ministre de l'Intérieur les mesures suivantes :

La patente nette continuerait d'être exigée de tous les navires provenant de Russie.

Sur terre, les mesures comprendraient deux échelons.

Le premier serait établi à la frontière, à Jeumont, où tous les voyageurs venant de la Russie seraient visités.

Les malades seraient retenus et isolés ; les suspects soumis à la désinfection.

Le deuxième échelon comprendrait les mesures suivantes :

Tout voyageur provenant de la Russie et reconnu non malade serait pourvu d'une carte jaune et obligé de donner son adresse.

Dès que le voyageur serait arrivé à destination, le maire serait prévenu et le voyageur visité dans les trois jours. Enfin le voyageur serait l'objet d'une active surveillance qui cesserait à l'expiration du troisième jour de son séjour en France, c'est-à-dire après cinq jours de son départ de Russie.

Le président du Conseil soumettra à la signature du Président de la République un décret ratifiant les propositions du Conseil supérieur.

Ce n'est qu'au cas où la mesure ci-dessus ne serait pas ultérieurement considérée comme suffisante que le ministère de la guerre mettrait à la disposition de l'administration de l'hygiène des baraquements qui seraient installés à Jeumont en vue d'observer un isolement plus complet des malades et des suspects. Pour l'organisation éventuelle de ce service, le gouvernement ferait appel à la troupe.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-septième semaine, 750 décès, au lieu de 719 pendant la semaine précédente et de 776, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 25 au lieu de 31 précédemment et au lieu de la moyenne 61.

La variole n'a pas causé de décès (moyenne 1).

La rougeole n'a causé aucun décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 39, au lieu de 41 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

La scarlatine n'a causé aucun décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 64 ; il s'élevait à 58 pendant la semaine précédente (moyenne 59).

La diphtérie n'a causé aucun décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 23, au lieu de 25 pendant la semaine précédente (moyenne 38).

La diarrhée infantile a causé 49 décès de 0 à 1 an, au lieu de 70 pendant la semaine précédente (moyenne 61).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 76 décès, au lieu de 68 pendant la semaine précédente (moyenne 80).

La phtisie pulmonaire a causé 167 décès (la moyenne est 176).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Dubuisson, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne.

COURS DE TECHNIQUE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE AVEC APPLICATION DES MÉTHODES SPÉCIALES ET NOUVELLES. — Un cours de vacances aura lieu du lundi 5 au samedi 17 octobre 1908, au pavillon Moïana, dans le service et le laboratoire de M. le professeur Hayem. — Ce cours, *essentiellement*

pratique, comprendra l'examen clinique des malades et la démonstration des procédés spéciaux de diagnostic et de traitement. Il sera dirigé par MM. Georges Rosenthal, Rivet et Pater, chefs de clinique ; Bensaude et Agasse-Lafont, chefs de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Affections de l'appareil digestif* (MM. Bensaude et Rivet). — Exploration clinique de l'œsophage; rétrécissements et dilatation. Œsophagoscopie. Exploration clinique de l'estomac. Les crises gastriques; la douleur dans la séméiologie gastrique. L'ulcère de l'estomac et son traitement. Le cancer de l'estomac : son diagnostic précoce ; la réaction de Weber; traitement. Les sténoses pyloriques. Séméiologie de l'intestin et des glandes annexes ; examen des fèces. La constipation. Les entérites : entérite tuberculeuse, entérite muco-membraneuse; leur traitement. Les entérites infantiles et leur traitement. Exploration du rectum; recto-sigmoïdoscopie : les rétrécissements du rectum.

II. *Affections de l'appareil respiratoire* (M. Georges Rosenthal). — Examen clinique du poumon. Le diagnostic de la tuberculose au début. Son traitement : suralimentation, hygiène, gymnastique respiratoire, etc. Les pleurésies et leur traitement. La pneumonie de l'adulte et son traitement. Les broncho-pneumonies infantiles et leur traitement.

III. *Affections du cœur, des vaisseaux et du sang* (MM. Agasse-Lafont et Pater). — Séméiologie et traitement des anémies : anémie pernicieuse. Le diagnostic de la chlorose et son traitement. Les formes cliniques des leucémies et leur traitement. Les affections aortiques. Les affections mitrales. L'asystolie et son traitement.

Ce cours sera complet en vingt-quatre leçons. Chaque leçon sera suivie de démonstrations pratiques et d'examens de malades. Les leçons auront lieu à l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Moïana, le matin, tous les jours de neuf heures et quart à dix heures et quart, et de dix heures et demie à onze heures et demie.

Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre d'élèves est limité.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis de midi à trois heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M.* — Toutes les gares du réseau P.-L.-M. délivrent, toute l'année, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres ; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres ; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet.

Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en oignant à cet envoi une consignation de 10 fr.

Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

RENSEIGNEMENTS

BELLE OCCASION POUR DOCTEUR. — Voiture de Dion-Bouton, 12 HP., 4 cylindres, BH. Sortie mars 1908. Gros pneus 105. Carrosserie luxe-cab, conduite intérieure ; Spider arrière, 2 places. A roulé 1 000 k. Etat parfait de neuf. — M. MARCHAL, 9, rue du Commandant-Rivière, Paris.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cours de philosophie positive, par le docteur Auguste COMTE. Tome III : *Philosophie chimique et philosophie biologique.* Un vol. in-8 de 446 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'APHASIE

Par François MOUTIER (2),
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Les *troubles de l'écriture* sont en général profondément accusés. Beaucoup de Wernicke sont incapables de tracer le moindre mot, si l'on en excepte leur nom. La signature, geste habituel et non tracé intelligemment voulu persiste, alors que toute autre manifestation graphique a disparu. Le malade est bien rarement capable, il est vrai, d'épeler son propre nom. Quelques Wernicke tracent encore des bâtons, des traits sans valeur significative. Ils sont aussi maladroits avec les cubes alphabétiques qu'avec le crayon ou la plume. Un certain nombre de malades figure encore quelques lettres. Ce graphisme est maladroit, et si des mots, des phrases entières peuvent être écrits, le même mésemploi des termes, le même jargon que nous signalions dans le langage se retrouvent dans l'écriture. Un malade écrit spontanément *Je suis* COPER pour *je suis content*. Mais l'écriture spontanée est exceptionnellement obtenue; l'écriture sous dictée est possible dans des circonstances également rares. On dicte *Bicêtre*, le malade répète *hospice de Bicêtre* et finit par écrire *hopa*. L'aphasique, incapable d'écrire spontanément, incapable d'écrire sous dictée, peut quelquefois copier encore. Tantôt il lit le modèle proposé, puis écrit de mémoire sans s'occuper davantage de ce modèle, tantôt, incapable de lire, il suit lettre à lettre les mots placés devant lui. Si les mots sont tracés en caractères typographiques, il pourra les transcrire en manuscrit, en cursive courante, c'est une exception le plus souvent, et Dejerine a insisté avec raison sur ce fait que l'aphasique, l'aphasique de Wernicke, ne peut traduire l'imprimé en manuscrit, parce qu'il ne sait pas la valeur des lettres à transcrire. Il se contente alors de reproduire le modèle, de le copier servilement, en dessinant chaque lettre. Il a de l'imprimé sous les yeux, c'est de l'imprimé qu'il reproduit. Ce caractère de l'agraphie est fréquent, mais *il n'est pas constant* et ne peut en aucune façon permettre de distinguer les aphasiques de Broca des aphasiques de Wernicke. Il est en effet des Wernicke qui transcrivent parfaitement l'imprimé en manuscrit, il en est d'autres qui entremêlent reproduction et traduction, et parmi des lettres manuscrites intercalent des caractères typographiques. Si le malade peut copier, ce qu'il écrit s'écarte souvent du modèle au bout de quelques lettres, par exemple : MA PIPE ET MON VERRE est copié *Ma pipi et mot garce*. Le tracé peut être même totalement dépourvu de sens : « LA VACHE, PENDANT SA VIE. — *Mache le jeje, le jagri.* » On remarquera dans ces exemples l'influence d'une lettre (*bj*) la persistance d'une syllabe [che (de vache)]. Le sens est entrevu par moments, puis vient à faire défaut. Les malades s'étonnent d'ailleurs assez peu, et sont souvent fort satisfaits de leur production (3).

L'aphasique *lit* comme il parle, avec les mêmes fautes, la même désinvolture dans l'emploi des mots les uns pour les autres, dans l'usage de vocables dénués de signification. L'alexie peut être totale. Il est plus fréquent d'observer des malades capables de reconnaître quelques lettres, au début d'un mot, çà et là au hasard du texte, ou quelques mots, les premiers de la phrase en général, puis les plus courts et les plus familiers. L'aphasique, pour un « *alchimiste génial escroc* », lit *alsimi génail du estrop estroc excroc*. Il construit les mots en forgeant un *terme* artificiel à l'aide d'une syllabe exacte. De l'*explosion* il fait l'*orion* et de *considérable* il fait *septentirional*, qui approximativement présente la même longueur et le même rythme syllabique, voire la même assonance. Un mot qui le frappe, exact ou non, l'obsède comme dans l'exemple suivant : *Les restaurateurs et cafetiers maintiennent leur ferme propos de fermer le dimanche* qui est lu *les entrepôts*, *les officiers*, *entrepôt général*, *leur forme entrepôt forme dimanche*. On saisit très nettement ici par quel mécanisme, moitié lisant, moitié devinant et inventant, l'aphasique finit par former une phrase qui n'est pas le modèle, mais qui cependant s'inspire de lui et en dérive de façon parfois ingénieuse. Un autre mécanisme peut également intervenir, c'est celui de la *substitution*; — *alphahet amusant* est lu *alphabet petitresque* (pittoresque). Signalons enfin le déclanchement brusque que l'on peut observer.

On montrait à un malade cette phrase : *Levez votre petit doigt gauche*, il hésita longuement, ânonnant *levez votre vodré*, *vodé... pied...* puis soudain, sans hésiter, *votre petit doigt gauche*, et d'une traite, aussitôt après, *levez votre petit doigt gauche* (1).

Il existe chez le Wernicke un trouble parfois intense de la compréhension du langage oral : nous aurons à nous demander plus loin s'il s'agit ou non d'une véritable *surdité* verbale. Quoi qu'il en soit, cette surdité verbale — il n'est aucun inconvénient à conserver provisoirement un terme que tout le monde comprend — est surtout intense au début de la maladie, après l'ictus, mais s'atténue rapidement d'ordinaire et peut disparaître complètement. Le malade *perçoit* les sons, il les *reconnaît* en bloc comme signes de langage, mais *ne peut interpréter leur valeur, leur signification individuelle*. Ce défaut de compréhension du mot sera étudié en détail à propos de l'aphasie de Broca. Il peut porter sur la plupart des mots ou sur quelques-uns seulement.

L'aphasique nous présenterait encore un grand nombre de troubles à étudier, troubles du calcul, de la mimique descriptive, de l'intelligence. Nous aurons l'occasion d'y revenir. Sur l'aphasie des musiciens, des polyglottes (2), bien des détails aussi pourraient être fournis, curiosités à vrai dire sans intérêt primordial pour la différenciation des types étudiés. Insistons seulement sur ce que chez tout aphasique l'hémianopsie, l'hémiachromatopsie doivent être recherchées avec soin, la notion de l'existence fréquente ou de l'absence de l'hémianopsie étant indispensable au diagnostic de l'étendue de la lésion cérébrale.

L'anarthrie. — L'anarthrie est un trouble plus ou moins accusé de l'articulation des mots, en dehors de toute paralysie; elle dépend d'une lésion de la zone lenticulaire. Associée à l'aphasie de Wernicke, elle modifie le tableau clinique de celle-ci, et le syndrome nouveau n'est autre que l'aphasie de Broca.

Le trouble de l'articulation est pur dans l'anarthrie telle que nous l'envisageons ici (3) : il existe seul, et représente à lui seul toute la maladie. « Un individu, souvent jeune (syphilitique ou cardiaque), est frappé d'une hémiplégie droite, généralement intense. Dès qu'il revient à lui, dès que se sont dissipés somnolence ou coma, il se trouve dans l'impossibilité de communiquer par la parole avec son entourage. Sa langue, bien qu'indemne de paralysie, n'obéit plus exactement à sa volonté;

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 104, p. 1239.

(3) Avant de conclure qu'un malade ne peut transcrire l'imprimé en manuscrit, s'assurer qu'il a bien compris ce que l'on attend de lui; transcrire par exemple en cursive la première lettre du modèle proposé. Cette précaution est indispensable si l'on veut éviter de grosses erreurs d'interprétation.

(1) Rappelons que le Wernicke oriente toujours correctement la feuille qu'il doit lire; et, même s'il ne le comprend pas, replace dans son sens normal, le mot présenté sens dessus dessous.

(2) Persistance des notions musicales, des langages les plus anciennement acquis; oubli des connaissances récentes.

(3) C'est-à-dire correspondant *cliniquement* à l'ancienne aphasie motrice pure ou sous-corticale.

l'émission du cri elle-même est difficile. Le malade comprend cependant les moindres phrases qui s'échangent autour de lui ou lui sont adressées. Il sent en son esprit des pensées fort nettes et des mots précis, mais il n'en peut extérioriser aucun. Le journal qu'on lui présente, le papier par lequel on s'efforce de communiquer avec lui sont parfaitement compris, et il répond, aussi vite que le lui permet sa main gauche malhabile, aux questions écrites par des réponses écrites. En somme, un seul symptôme, la suppression du langage articulé.

Le mutisme est parfois absolu, et l'angoisse, l'impatience de ce malade dont l'intelligence est intacte, semblent extrêmes. Souvent, quelques monosyllabes sont émis. Ils peuvent avoir une signification, « oui, non, pain ». Ils sont toujours dans ce cas employés à propos. De plus, habituellement, et nous retrouverons de tels exemples en grand nombre en décrivant l'aphasie de Broca, des syllabes dénuées de sens, des onomatopées étranges servent de réponse ou d'interrogation sur toutes les choses. Chez d'autres, les mots sont compréhensibles, bien que déformés. Certaines phrases s'ébauchent, mais l'expression en est pénible, le style abrégé, la syntaxe en défaut. La mimique est, par contre, toujours excellente (1). »

En somme, toutes les fonctions du langage sont intactes chez l'anarthrique, sauf l'émission volontaire de la parole (2).

L'aphasie de Broca. — L'aphasie de Broca, tout en étant nettement individualisée, n'est pas cependant un type morbide univoque. C'est un syndrome formé par l'addition de l'anarthrie à l'aphasie proprement dite ou intrinsèque c'est-à-dire à l'aphasie de Wernicke. Nous retrouverons donc ici, diversement influencés les uns par les autres, les différents symptômes précédemment étudiés.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que de par son anarthrie parlant peu, le Broca ne présentera pas toujours nettement de paraphasie ou de jargonaphasie. D'un autre côté, la surdité verbale, l'alexie, l'agraphie peuvent être extrêmement intenses; mais il faut s'attendre à les trouver éventuellement minimes. Il y a là d'ailleurs une question de dosage des symptômes de double origine sur laquelle nous reviendrons à propos du diagnostic.

(1) Moutier. Loc. cit.

(2) On a vivement critiqué le terme d'*anarthrie* proposé par Pierre Marie pour désigner le syndrome que nous venons de décrire : ces critiques ne nous paraissent pas justifiées. On a soutenu notamment qu'anarthrie voulait dire « défaut d'articulation par paralysie ». Etymologiquement, cela est inexact. Il suffit d'ouvrir les dictionnaires de médecine pour s'en assurer. On y verra qu'anarthrie veut dire « défaut d'articulation » et rien d'autre. Quant à l'acception étroite que l'on veut lui attribuer, elle serait bien récente, puisque ces mêmes dictionnaires font *anarthrie* synonyme tout justement d'*aphasie sous-corticale*, et que des auteurs de l'autorité de Kussmaul, Bianchi, Ziehen, Ladame emploient également anarthrie dans un sens identique au nôtre.

Quelques neurologues ont récemment proposé (Soc. de neurol., juin-juillet 1908) de désigner sous le nom d'*aphémie* le trouble moteur pur que Pierre Marie distinguait sous le terme d'anarthrie. Le mot « aphémie » ne nous semble pas d'un choix irréprochable. Voici pourquoi : les aphémiques de Broca n'étaient nullement des aphasiques moteurs purs, mais bel et bien des individus présentant, outre le défaut d'articulation, l'alexie, l'agraphie, la surdité verbale; c'étaient ce que certains ont appelé des aphasiques totaux. Puis, pour beaucoup d'auteurs, notamment à l'étranger, aphémie veut tout simplement dire, et cela se comprend, » aphasie de Broca ». De sorte que « aphémie » se tr uve à la fois synonyme d'aphasie totale, d'aphasie de Broca, d'aphasie sous-corticale, de toutes les formes possibles de troubles du langage en un mot. Evidemment, une convention peut toujours être admise; mais il sera bien difficile de la vulgariser, et il peut sembler étrange de choisir, pour lui donner le terme créé par Broca, la seule forme dont justement il n'ait point soupçonné l'individualité clinique.

Les aphasiques de Broca sont des hémiplégiques du côté droit, comme les anarthriques. Les Wernicke purs ne sont au contraire en aucune façon paralysés.

L'abolition du langage articulé peut être complète, allant jusqu'au mutisme. Le plus souvent, le malade peut faire entendre des vocables dénués de sens en général, réponse monotone à toutes les questions posées, traduction intangible de toutes les pensées. Ce sont des expressions comme *did did*, *ti ti ti*, *din din din*, *taratata*, *mama*, *pou tou ta ti sa*, des interjections, des vocables émotionnels comme *ah! oh! aïe!* des jurons déformés comme *é nom é ieu*.

D'autres fois, des mots tels que *parce que parce que*, *bouchon*, *à boire*, des formules comme *boulevard de Grenelle*, *51*, des phrases même *ça va bien un petit mieux*, représenteront tout le discours. Ce langage de l'aphasique est inaltérable; il ne le perd jamais; il en augmente difficilement l'étendue, si ce n'est parfois sous l'influence de l'émotion. Les formules de langage employées sont indissociables en leurs éléments : un malade que nous avons examiné disait avec la plus grande facilité *je* SAIS *bien*, mais ne pouvait prononcer isolément le mot SAIS ou la lettre C de l'alphabet.

Tout comme les Wernicke, les Broca emploient les interjections, les périphrases, et présentent parfois de la para et de la jargonaphasie. Mais comme beaucoup de mots leur manquent, leur façon de s'exprimer est plus lente, plus hésitante, entrecoupée de beaucoup plus de jurons. Ils déforment bien plus de mots aussi, accrochant, bégayant, élidant. Ils appellent *un mirliton — un meigniéton, le cri du coq — le gri du toq*. Une *brouette* est une *bouignoviviette*, un *seau* est un *coubé*, l'*héliotrope* — un *dédiopope*. La phrase est beaucoup moins bien construite dans l'aphasie de Broca que dans l'aphasie de Wernicke. Le verbe y fait défaut ou n'est employé qu'à l'infinitif (style nègre); les phrases sont tronçonnées (style télégraphique). Cela tient sans doute à ce que les malades éprouvant une grande difficulté à parler, ils appliquent la loi du moindre effort et coupent au plus court.

Deux exemples feront saisir sur le vif cette façon de s'exprimer chez des malades à vocabulaire relativement étendu. « Q. *Qu'avez-vous fait pendant la guerre ?* — R. *Moi, en civil à Metz... travailler... les Prussiens... des amis, en camarade avant la guerre... Je le connais Napoléon III, de la galette, un propre à rien.* » On prie un autre malade, ancien jardinier, de désigner les fleurs qu'il connaît; voici sa réponse : « *Peux pas... les pâ-tés... peux pas... d'un bouton de rose... toutes sortes de roses... les centres des centres pour... cré nom de Dieu!... Chrysantènes... chrysantènes... roses... roses* — (le malade arrondit ses gestes, et des mains contourne un bouquet imaginaire) — *printemps... printemps... bouton... non... cré nom de Dieu... peux pas... dia... dia.. c'est beau!* — (il prend un visage émerveillé) — *Dadia... Oh! cré nom de Dieu! dahlia!* »

Les mêmes troubles se rencontrent dans la parole répétée; il existe une intoxication très prononcée, soit que le malade répète sans cesse le premier mot qu'il ait employé ou entendu au début de l'examen, soit qu'il fasse commencer tous les mots par la même lettre. Du reste, les examens des malades doivent être courts, la fatigue se manifestant très rapidement chez eux.

En général, les troubles de l'articulation sont un peu moindres dans le chant que dans la parole spontanée ou la parole répétée. Dans l'énoncé des mots en série (chiffres, mois, jours, etc.), il se révèle également une facilité d'élocution un peu plus grande.

Au début de l'aphasie de Broca, l'*alexie* est souvent totale. Plus tard, le malade fait en général quelques progrès, mais tout comme l'aphasique de Wernicke, l'aphasique de Broca épelle rarement. Il cherche à deviner; de lettres en partie reconnues, en partie devinées, il assemble des mots défectueux. « Du passage qu'il s'est efforcé de lire, mentale-

ment ou à haute voix, élidant les voyelles, sautant des mots, en ajoutant parfois, omettant des fragments ou des lignes entières, il emporte une impression d'ensemble, tout à fait personnelle, plus ou moins conforme au texte présenté. Il oubliera d'ailleurs rapidement ce qu'il vient de lire, l'ayant souvent trop insuffisamment compris pour que son cerveau le puisse retenir longtemps (1) ».

Les troubles de l'*écriture* sont chez les aphasiques de Broca les mêmes que chez les aphasiques de Wernicke, peut-être un peu moins accusés en général, et encore. La plupart des malades de Bicêtre étaient incapables de transcrire, du moins complètement, un modèle imprimé en cursive manuscrite. « Assez souvent, la transcription se faisait en caractères mixtes, imprimés ou manuscrits. Cette copie est plus ou moins lente, plus ou moins pénible, selon le degré d'aphasie de Wernicke juxtaposée à l'anarthrie. » L'agraphie peut d'ailleurs être totale.

Le *calcul* est fréquemment altéré et cela à un degré très variable. Certains malades réussissent une division, d'autres ne peuvent exécuter correctement la plus petite addition. « Les opérations aisées se font quelquefois plus facilement de tête que sur le papier; il n'est aucune règle absolue à cet égard. »

« La *mimique* émotionnelle est en général satisfaisante; la mimique descriptive au contraire est le plus souvent très pauvre; nous y reviendrons plus loin. Les gestes professionnels s'oublient en général, et le malade veut ébaucher une description verbale quand on lui demande une pantomime. Cette mimique est souvent exubérante, mais monotone. Elle est extrêmement décevante, et se réduit parfois à un geste unique, stéréotypé, qui sert à traduire les émotions du reste peu variées du malade (2). »

Les *troubles intellectuels* sont constants dans l'aphasie de Broca; ils représentent l'apport du type de Wernicke dans le syndrome étudié. Ils sont surtout nets en ce qui concerne la compréhension du langage oral, le malade ne comprenant le plus souvent et n'exécutant que les ordres simples (3). Mais chez tout aphasique de Broca, il suffit d'un examen même très simple pour constater la diminution de la mémoire, des facultés d'observation, de jugement, d'orientation, des aptitudes commerciales ou des connaissances scientifiques, de tout le bagage de l'instruction acquise en un mot. Les couleurs sont désignées avec peine, l'heure est lue à grand mal, les cartes sont maniées avec maladresse. L'imagination est défaillante; le don d'évocation est presque nul. Le caractère devient parfois susceptible, l'esprit incapable d'effort. L'émotivité, en tout cas, est fortement exagérée. *Il doit être entendu une fois pour toutes que tous ces troubles sont variables à l'infini, et que suivant les degrés l'intelligence de l'aphasique peut être à peu près totalement diminuée, à peu près totalement intacte; il y a là simplement une question d'étendue de la lésion dans la zone de Wernicke.*

L'alexie pure. — Dans cette forme, l'alexie dépend d'une lésion du territoire de la cérébrale postérieure. Il s'agit le plus souvent d'un ramollissement ou d'une hémorragie du cuneus, sectionnant ou détruisant profondément les voies optiques à la face externe de la corne occipitale du ventricule latéral. L'alexie est rarement tout à fait pure, et l'on note presque toujours, au moins au début de l'affection, au lendemain de l'ictus par exemple, un certain degré de paraphasie, d'agraphie, etc. Cela se conçoit, la lésion causale de l'alexie par destruction du territoire de la cérébrale postérieure atteignant presque inévitablement la zone de Wernicke par sa face profonde. Peut-être même l'alexie tout à fait pure n'existe-t-elle jamais d'emblée. En tout cas, l'hémianopsie paraît être constante dans cette forme d'aphasie extrinsèque.

(1) F. Moutier. Loc. cit., p. 198.
(2) F. Moutier. Loc. cit., p. 200.
(3) Voir plus loin la discussion du déficit intellectuel chez l'aphasique.

Évolution des aphasies. Rééducation. — Les différentes formes d'aphasie sont toutes susceptibles de régression, mais elles le sont à titres très divers, et dans chaque forme, l'amélioration ne porte pas de façon univoque sur tous les symptômes.

Des différents types, l'*anarthrique* est le plus susceptible de rééducation. Il ne faut pas oublier en effet qu'ici l'intelligence est intacte, ce qui facilite singulièrement l'évolution des phénomènes morbides.

« La rééducation de l'anarthrique est en général progressive. On peut admettre qu'au bout de six mois à une année la parole est presque entièrement récupérée... Mais il est exceptionnel que le retour à la normale soit absolu. Le malade fait longtemps encore de violents efforts pour s'exprimer... Le langage est souvent rendu peu intelligible, moins par le fait du trouble moteur de l'articulation même que par l'existence d'une hâte, d'une festination particulière dans le discours (1). »

Chez l'*aphasique de Wernicke*, la rééducation est en général très lente, très progressive, toujours plus incomplète que chez l'anarthrique. Cependant, certains progrès sont presque toujours perceptibles, et cela déjà peu de mois après l'ictus. Le symptôme le plus fugace de tous est la surdité verbale. Von Monakow est revenu récemment sur ce point, et les observations recueillies à Bicêtre dans le service de M. Pierre Marie le confirment pleinement. De fait, la surdité verbale disparaît souvent sans presque laisser de traces. L'alexie s'améliore toujours peu, mais enfin elle s'améliore. L'agraphie au contraire est un symptôme tenace; sans doute, l'écriture est susceptible de léger progrès, mais on observe des malades chez lesquels les modifications survenues avec le temps marquent une aggravation plutôt qu'une amélioration des symptômes. Quant à la paraphasie, si elle n'est pas très intense, il est possible de la voir presque complètement disparaître; et chez certains Wernicke, il ne subsiste qu'une logorrhée sans para ni jargonaphasie. Mais encore une fois, si certaines aphasies de Wernicke très légères ne persistent point, il en est d'autres qui profitent peu ou point du cours des années.

Le pronostic de l'*aphasie de Broca* est extrêmement variable. Il n'est pas en effet deux aphasiques de Broca tout à fait comparables à proprement parler, puisque la proportion de l'anarthrie et de l'aphasie de Wernicke, qui constituent le syndrome de Broca est variable de façon illimitée. L'âge joue également un rôle important; plus le malade est vieux, et moins il a de chances de s'améliorer, cela est évident. Le trouble moteur, l'anarthrie ont tendance à régresser, mais on ne trouve plus cette facilité, cette rapidité que l'on constatait chez l'anarthrique pur. L'aphasie de Wernicke concomitante joue ici le rôle d'un véritable frein et aggrave beaucoup le pronostic. Plus la paraphasie et la jargonaphasie sont intenses, et plus la rééducation doit être tenue pour improbable. Du reste, les aphasiques de Broca présentent une inaltérabilité de leurs symptômes signalée dès le début, et Leborgne, le prototype de Broca, entendait depuis vingt et un ans son vocabulaire se limiter à la syllabe « Tan ». — Lorsque la rééducation s'opère dans les conditions les plus favorables, il reste toujours dans le langage des vides intéressant principalement les substantifs. Un malade, interrogé sur son attaque, répondait : *Çà m'est arrivé il y a six... chez le... Ah! c'est ce qui me perd!* Un autre, cherchant le mot *rayon* s'écriait : *Ce sont des..., mon Dieu! comment dit-on?* Nous doutons qu'un malade atteint d'aphasie de Broca suffisamment accentuée (pas un anarthrique pur, bien entendu) puisse *guérir*; en tout cas, il n'a jamais été observé à Bicêtre qu'une anarthrie *pure* puisse être le reliquat d'une aphasie de Broca. L'anarthrie pure existe

(1) Moutier. Loc. cit., p. 180.

d'emblée; c'est une forme primitive, réelle, et non une forme secondaire, régressive.

Diagnostic de l'existence même de l'aphasie. — Cela est en général facile. Le diagnostic de l'aphasie de Broca est typique; seules les formes extrêmes, l'anarthrie intense et l'aphasie de Wernicke pourraient prêter à l'équivoque dans certains cas. Une anarthrie totale pourrait faire croire à une *paralysie pseudo-bulbaire*; la ressemblance est assez grossière cependant.

Dans l'anarthrie, le trouble est verbal, il est vocal dans le syndrome pseudo-bulbaire. Il y a paralysie de la langue dans cette dernière maladie; cette paralysie fait défaut dans l'anarthrie (1). L'anarthrique dispose de quelques mots seulement, vigoureusement exprimés en général. Le pseudo-bulbaire peut dire ce qu'il veut, mais fort mal; *il s'exprime à voix assez basse et chuchotée.* L'anarthrique évolue vers la guérison; l'évolution du pseudo-bulbaire est gravative, fatale. En réalité, le diagnostic est facile.

Il en est tout autrement du diagnostic entre l'aphasie de Wernicke et la démence sénile. Il est entendu une fois pour toutes que l'aphasie n'est pas la démence sénile, mais elle la simule à merveille quelquefois. Chez certains malades logorrhéiques, incohérents, souvent méchants, difficiles à vivre, grossiers, on ne peut envisager le diagnostic d'aphasie que comme une hypothèse. Nous ne voyons trop quel élément de diagnostic indiquer : l'hémianopsie, peut-être, mais pourrait-on la rechercher (2)?

Diagnostic de la variété morbide. Le « dosage » de l'anarthrie et de l'aphasie de Wernicke, des lésions de la zone lenticulaire et des lésions de la zone temporo-pariétale. Aphasie de Broca maxima et ancienne aphasie totale. — Constater qu'un malade est atteint d'un trouble aphasique intrinsèque (aphasie proprement dite ou de Wernicke) ou d'un trouble aphasique extrinsèque (anarthrie, alexie) est relativement simple, et, pour ce diagnostic positif, nous ne pouvons que renvoyer à l'étude des symptômes cliniques propres à chaque type morbide. Le diagnostic devient délicat dès que les groupements symptomatiques se combinent deux à deux. C'est à faciliter ce que nous nommerons le « dosage » des formes respectives chez un malade présentant un complexus morbide que nous nous essaierons ici.

Le plus fréquent des syndromes observés est le syndrome *anarthrie + aphasie de Wernicke* ou *aphasie de Broca*. Dans ce cas, nous le rappelons, il y a mélange des troubles de l'articulation verbale et des troubles de la compréhension, de la lecture et de l'écriture. Le dosage est parfois facile, témoin ces cas où le malade ne prononce que quelques mots isolés, les déformant le plus souvent, soit par balbutiement ou achoppement, soit par émission explosive ou gutturale, — cependant que les phrases longues ne sont pas comprises, que quelques lettres ou quelques mots seulement sont reconnus, et que l'écriture est limitée à la signature, aux prénoms, à l'adresse et à la profession du sujet. Il s'agit évidemment ici d'une aphasie de Broca typique, moyenne, dans laquelle l'anarthrie et l'aphasie de Wernicke s'équivalent à peu près. La lésion est constituée par deux foyers isolés, l'un dans la zone lenticulaire, l'autre dans la zone de Wernicke, ou par un seul foyer à cheval sur l'isthme temporo-pariétal. Ces foyers ne sont probablement pas fort étendus, à moins que les troubles présentés par l'aphasique ne soient de date fort ancienne, et qu'il ne faille tenir compte d'un certain degré de rééducation.

(1) Souvent, le malade peut tirer la langue quand on l'en prie, mais il la tire automatiquement pour s'essuyer les lèvres après avoir bu (voir plus loin).

(2) Klippel et Pierre Weill sont récemment revenus sur la difficulté du diagnostic entre « Aphasie et démence », *Revue neurol.*, 1908, p. 442-445.

Chez un second groupe de malades, les troubles de l'articulation verbale sont prédominants. Un examen insuffisant les fait prendre pour de simples anarthriques, sans aucun mélange d'aphasie de Wernicke. Une étude approfondie de tels cas permettra de noter une expression para ou jargonaphasique (1), un léger trouble de la lecture, une certaine difficulté de l'écriture, *quelques traces de déficit intellectuel* portant sur le calcul, la plus fragile de toutes nos acquisitions didactiques, sur la mémoire, etc. Dans de tels cas, le « dosage » des formes morbides nous permettra de diagnostiquer une aphasie de Broca, dans laquelle l'anarthrie est dominante, l'aphasie de Wernicke minima. Et nous pressentirons une de ces lésions de la zone lenticulaire franchissant l'isthme temporo-pariétal pour pénétrer, si faiblement cela soit-il, dans la zone cérébrale de Wernicke. Cependant, il ne faut pas se hâter de conclure, parce qu'un anarthrique n'écrit pas, qu'il est un aphasique de Broca et non plus un simple anarthrique : chez certains individus, en effet, l'éducation générale et le niveau intellectuel, l'éducation spéciale en vue de l'écriture sont trop faibles pour permettre l'apprentissage de la main gauche, et le malade ne sait apprendre à écrire de cette main lorsque le côté droit est paralysé. Il y a là une distinction fort importante à connaître.

Dans un certain nombre de cas diamétralement opposés, les malades ont l'aspect d'aphasiques de Wernicke purs; leur vocabulaire est étendu, ils causent beaucoup; les troubles de l'audition et de la vision verbales sont extrêmes, l'agraphie à peu près absolue. Mais, en s'attachant à l'étude de la prononciation des mots, à la forme de la phrase, on reconnaîtra que celle-ci est courte, la syntaxe simplifiée. La prolixité est parfois interrompue par un arrêt brusque, un balbutiement soudain. Puis, on remarquera que certains mots sont mal prononcés, « *o eu ei* », pour *homme de peine*, par exemple, *mâsse* pour *mars*. Ces nuances sont parfois délicates à saisir; et il ne faut pas prendre une hésitation ou une altération d'ordre paraphasique pour un signe d'anarthrie (2). Ces malades, chez lesquels se décèlent ainsi, à côté d'une grosse aphasie de Wernicke, de faibles traces d'anarthrie, sont encore des aphasiques de Broca, mais contrairement aux malades du type précédent, c'est l'aphasie qui domine ici, et les lésions de la zone lenticulaire sont minimes (3).

Dans un dernier type enfin, toutes les facultés du malade sont atteintes. Il peut être muet; ou s'il ne l'est point tout à fait, son langage se limite à quelque formule inlassablement répétée, à quelque interjection, onomatopée ou juron. De plus, il ne peut ni lire, ni écrire, ni comprendre un seul mot. Ce complexus est encore une aphasie; nous ne l'appellerons cependant pas une « aphasie totale » selon l'ancienne nomenclature, parce qu'entre ce type morbide et les précédents il n'est affaire que de quantité et non de qualité. Nous le désignerons sous le nom d'*aphasie de Broca maxima*. L'anarthrie y est extrême, et la zone lenticulaire détruite sur une vaste étendue; l'aphasie de Wernicke est également portée au plus haut point, et les lésions de la zone temporo-pariétale sont fort développées. *Il n'existe point, à l'heure actuelle, de signes critiques permettant d'attribuer les symptômes observés à une lésion corticale ou sous-corticale de cette zone.*

Nous avons, à dessein, séparé l'étude de la mimique des considérations précédentes. Les indications que peuvent four-

(1) Il convient de faire remarquer que l'emploi, si fréquent chez les aphasiques de Broca, de ces expressions monotones, dénuées de sens, servant de réponse à tout, telles que *nouzi bouzi* ou *pou tou ta ti sa* est de la jargonaphasie, tout simplement.

(2) Nous ne croyons pas, quoi qu'en pense Liepmann, à l'existence d'une *mutité d'ordre uniquement paraphasique*. En tout cas, il n'en a jamais été observé dans le service de Pierre Marie.

(3) Il faut bien se rappeler, surtout si l'on examine un individu atteint depuis fort longtemps, que l'anarthrie rétrocède infiniment plus vite et plus complètement que l'aphasie.

nir ses troubles sont en effet complexes, et demandent à être interprétées avec la plus grande prudence. On est accoutumé de voir citer un peu partout la richesse mimique de l'aphasique. En réalité, cette richesse de gestes s'observe, mais *chez l'anarthrique seulement.* En effet, « il n'y a aucun rapport entre l'intensité des troubles de l'articulation et la pauvreté de la mimique. Tel malade anarthrique presque muet s'exprimera parfaitement au moyen de gestes sobres, mais merveilleusement appropriés. Cela se conçoit : *les troubles de l'articulation sont fonction d'anarthrie, les altérations de la mimique sont fonction du déficit intellectuel général caractéristique de l'aphasie.* Aussi la mimique la plus claire et la plus modérée à la fois se rencontrera-t-elle chez les aphasiques de Broca, prononçant fort mal un vocabulaire restreint, mais dans lequel chaque mot a sa valeur propre (1). Au contraire, l'aphasique verbeux, avec anarthrie faible, mais dans le langage duquel les mots perdent de leur valeur propre et des vocables dénués de sens s'introduisent, présentera une mimique exubérante mais d'interprétation quasi impossible. Enfin, chez les aphasiques de Broca par lésions étendues (2), on pourra constater, en même temps qu'un mutisme parfois absolu, une mimique dont les effets, sobres ou démesurés, seront obscurs et monotones (3). »

Nous venons d'étudier les variations du syndrome « antérieur » des troubles du langage, c'est-à-dire du syndrome formé par l'association de l'anarthrie et de l'aphasie de Wernicke. Il nous reste à étudier un syndrome « postérieur » constitué par la combinaison de l'aphasie proprement dite ou de Wernicke et de l'alexie pure par lésion de la cérébrale postérieure.

L'alexie est probablement rarement pure au début, parce que sa lésion causale atteint sans doute toujours plus ou moins la face profonde de la zone de Wernicke. En tout cas, un alexique pur ne peut lire ni copier ; mais il peut écrire spontanément ou sous dictée, à la façon des aveugles. Il ne peut par suite ni contrôler ce qu'il trace, ni relire son graphisme. S'il ne comprend ce qu'on lui dit, s'il est agraphique et paraphasique, on est en droit de conclure à une lésion mixte des cérébrales moyenne et postérieure, c'est-à-dire à l'existence du syndrome postérieur alexie + aphasie de Wernicke. Ce diagnostic ne doit être porté d'ailleurs que sur un malade chez lequel l'alexie est considérable et les autres signes relativement effacés. S'il en était autrement, on ne pourrait admettre avec vraisemblance qu'une aphasie de Wernicke banale.

Certains signes physiques, indépendants des troubles du langage, viennent en aide efficace aux distinctions diagnostiques souvent délicates que nous venons d'indiquer. L'*hémiplégie* est inséparable de l'anarthrie et de l'aphasie de Broca ; elle peut être très faible cependant si, dans le syndrome de Broca étudié, l'anarthrie tient une place effacée, l'aphasie un rôle prééminent. Il semble extrêmement rare qu'elle vienne à accompagner l'aphasie de Wernicke pure de *toute* association anarthrique. — L'*hémianopsie* doit être recherchée avec soin. Elle se rencontre fatalement avec l'alexie pure (4) ou aphasie extrinsèque ; elle peut s'observer avec l'aphasie de Wernicke et par suite avec l'aphasie de Broca. Dans tous ces cas, elle indique une lésion fort étendue du cerveau. Ainsi, associée à une aphasie de Broca maxima, elle permet de prévoir un ramollissement du territoire sylvien et une destruction du territoire visuel ou des fibres qui en proviennent, sans que l'on puisse préciser d'ailleurs les limites des altérations des cérébrales (1).

IV

Physiologie pathologique. — La physiologie pathologique des troubles du langage étant l'étude du mécanisme intime d'une série d'actes cérébraux, réserve inévitablement une certaine place aux hypothèses. Nous voudrions montrer, parmi celles-ci, lesquelles nous paraissent expliquer le plus simplement et le plus complètement les phénomènes observés. Quels sont donc la nature et le mécanisme des troubles aphasiques et des troubles anarthriques ? Peut-on, à l'heure actuelle, se représenter leur genèse ? Tels sont les problèmes que nous nous efforcerons d'exposer, sinon de résoudre.

Physiologie pathologique de l'aphasie. — On sait qu'il est classique de tenir l'aphasie pour un *trouble sensoriel.* Un des côtés caractéristiques de la doctrine de Pierre Marie est, tout au contraire, de considérer l'aphasie comme fonction de *déficit intellectuel.* La première théorie admet que l'aphasique est réellement un sourd, un aveugle pour les phénomènes du langage ; la seconde admet que l'aphasique est incapable d'utiliser normalement les données de ses sens par suite d'une diminution de son intelligence. En un mot, ce sont tantôt les sens, tantôt l'intelligence qui doivent expliquer la totalité des troubles morbides observés. La théorie sensorielle est simple à comprendre ; elle se définit d'elle-même, elle est classique ; nous ne saurions en présenter le développement, que nul d'ailleurs n'entreprit jusqu'ici. Nous nous attacherons au contraire à exposer, à prouver le bien fondé de la théorie de Pierre Marie (2).

Trouble sensoriel et trouble intellectuel. — Mais d'abord, entendons-nous exactement sur la valeur de ces termes sensoriel et intellectuel. Nous appellerons phénomène sensoriel le phénomène dans lequel intervient la sensation brute, sans que l'intelligence ait à s'ajouter à cette sensation, à la transformer pour qu'elle soit normale et utilisable en vue de la succession naturelle des actes cérébraux à la base desquels elle se trouve. Au contraire, le phénomène intellectuel suppose une transformation, de la sensation brute, une interprétation de celle-ci, une mise en œuvre des données qu'elle apporte, une comparaison, en un mot une utilisation du phénomène sensoriel. Dans l'ordre d'idées qui nous occupe, *le phénomène intellectuel est l'établissement du rapport entre une sensation donnée et sa valeur en tant que signe de langage ; il est également la mise en œuvre de tels signes.* Un exemple fera saisir la différence des points de vue.

Soit le mot PAIN. Plaçons ce groupe de lettres devant un myope privé de son lorgnon ; ce myope, si naturellement il est à une distance convenable, ne pourra distinguer une seule lettre. Il ne saura même pas découvrir si le modèle est disposé comme il convient ou s'il est renversé. En se rapprochant suffisamment, ou en remettant ses verres, il distinguera et comprendra aussitôt les lettres isolées et l'ensemble du mot. Voir et comprendre iront de pair pour lui ; c'est que la suppression du lorgnon, c'est-à-dire le trouble visuel périphérique, entraîne chez le myope un déficit purement sensoriel.

(1) C'est-à-dire chez les aphasiques de Broca avec aphasie faible et anarthrie prédominante.

(2) Ancienne aphasie totale des classiques.

(3) F. Moutier, loc. cit., p. 200.

(4) Sans que la réciproque soit vraie, l'hémianopsie pouvant exister sans alexie.

(1) Signalons encore la coexistence éventuellement possible de l'anarthrie et du syndrome pseudo-bulbaire. Le diagnostic de l'anarthrie masquée par le syndrome pseudo-bulbaire pourrait être des plus difficiles. (Cf. Moutier, loc. cit., obs. XLIV). Quant au diagnostic différentiel *entre* l'anarthrique et le pseudo-bulbaire, il est des plus simples ; il y a paralysie glosso-labio-laryngée chez le premier, il n'existe pas de paralysie chez le second.

(2) Cette théorie a été exposée pour la première fois par Pierre Marie en 1906. Cf. Revision de la question de l'aphasie. *Sem. méd.*, nos du 23 mai, 17 octobre, 28 novembre ; p. 241-47, 493-500, 565-71.

Reprenons l'exemple choisi et présentons-le ainsi — NIVd — à un aphasique. Le malade le redresse toujours aussitôt, et témoigne souvent de son impatience vis-à-vis ce qu'il suppose peut-être une maladresse ou une taquinerie futile. Il voit donc ce qui est imprimé, il sait que c'est là un signe de langage. Il pourra peut-être même lire ce mot, mais il ne le comprendra pas. Plus souvent, il le lira en l'écorchant, MAIN par exemple pour PAIN. Ou bien, il en reconnaîtra certaines lettres, et point certaines autres. Ces lettres pourront varier d'un mot à un autre, d'un jour au jour suivant. Ici, plus de déficit sensoriel, mais un trouble intellectuel : le mot, reconnu en tant que mot, la lettre, reconnue en tant que lettre, le mot et la lettre, lus, épélés *parfois* correctement ne sont plus traduits en leur valeur *significative*. Le malade voit, mais n'interprète pas. Ce n'est pas un aveugle, c'est un homme dont le mécanisme intellectuel est en défaut.

Ces prémisses étant posées, on comprendra mieux la valeur de l'exposé suivant. *Il existe chez l'aphasique un déficit intellectuel général et un déficit intellectuel du langage. Général, le déficit porte sur la mimique descriptive et parfois la mimique émotionnelle, sur la mémoire, sur l'association des idées, le jugement, l'attention, etc. Spécialisé pour le langage, le déficit porte sur la lecture, l'écriture, la compréhension de la langue orale ou écrite.* LES TROUBLES DU LANGAGE SURVIENNENT, ÉVOLUENT, RÉGRESSENT CONFORMÉMENT AUX LOIS ORDINAIRES DES DÉSORDRES INTELLECTUELS EN GÉNÉRAL.

LE DÉFICIT INTELLECTUEL DES APHASIQUES. — Ce déficit peut être mis en lumière à la faveur de la constatation d'ordre général que voici. Ce dont est incapable l'aphasique est complexe, ce qu'il réussit est simple; ce qu'il oublie intéresse les faits récents, ce qu'il conserve est d'acquisition ancienne (1).

Cette loi se vérifie tout particulièrement à propos de la perte de l'usage des signes de langage. Si l'aphasique perd les substantifs, ce n'est nullement par suite de la destruction d'un *naming-centre* (2), hypothèse déconcertante, mais simplement parce que le substantif est d'acquisition récente dans l'évolution du langage. Voilà pourquoi le style de l'aphasique est émaillé de périphrases; voilà pourquoi le nom propre disparaît avant le nom commun, l'adjectif avant le verbe, le langage interjectionnel avant le langage mimique. Il n'est dans tout cela rien de sensoriel, mais seulement affaire d'évolution intellectuelle.

Il n'existe pas de *surdité* chez l'aphasique. Le malade comprend en effet certains mots, certaines phrases; et l'on ne peut qualifier de sourd un individu qui parfois entend et parfois n'entend point, un homme auquel avec beaucoup de patience on finit par faire comprendre ce qu'il ne reconnaissait point tout d'abord. L'aphasique, on l'a souvent répété, est dans la situation d'un homme en pays étranger, parlant difficilement la langue indigène, et moins « intelligent » par conséquent que les individus à l'entour. Dira-t-on que cet homme est atteint de surdité verbale parce qu'il ne comprend point l'interlocuteur parlant trop vite, faisant des phrases trop longues, employant des mots aux syllabes trop nombreuses? Cela ne se peut soutenir. Ajoutons que l'on a dû tenir parfois pour aphasiques de simples sourds, et qu'aucune observation de surdité verbale n'est valable sans exploration de l'appareil auditif par un spécialiste qualifié.

D'ailleurs, non seulement l'aphasique exécute mal les actes commandés, mais il les exécute souvent tout aussi mal si on les exécute devant lui, sans mot dire, en le priant simplement de les répéter ensuite. Cette expérience montre clairement que, d'un trouble intellectuel seul, peuvent relever de telles défaillances.

(1) Loi générale de régression, Ribot 1881.

(2) *Centre de formation des noms* localisé au tiers moyen de la première temporale gauche. Certains auteurs ont admis des centres distincts pour les adjectifs, les verbes, etc.

Nous glisserons rapidement sur l'analyse des autres phénomènes; ils sont tous de même ordre. « L'aphasique lit un mot, une syllabe, une lettre; il n'en peut déchiffrer plusieurs. Un mot est correctement répété, un alexandrin ne l'est point. Quelques lettres sont bien écrites; plusieurs ne sauraient l'être. Les premiers termes d'un modèle imprimé sont exactement transcrits; les suivants sont copiés, dessinés. Un dessin très simple est parfois correctement reproduit; un modèle complexe déroute le malade (1). » Une opération simple d'arithmétique est heureusement résolue; le malade réussit l'addition, échoue dans la soustraction.

Ainsi, nous le voyons, tous ces troubles sont intellectuels et se conforment dans leurs variations aux lois intellectuelles. Et d'ailleurs, non seulement l'*intelligence des signes* est troublée, mais l'intelligence générale est elle-même affaiblie. La mémoire, l'attention, la volonté marquent une déchéance manifeste; l'imagination est pauvre, la mimique descriptive monotone et souvent à court. Dans certains cas, la mimique émotionnelle elle-même peut disparaître : le sentiment ne sombre qu'après l'intelligence.

L'« ILLUSION » COURANTE SUR LE NIVEAU INTELLECTUEL DES APHASIQUES. — A vrai dire, nous le savons, on a sur les aphasiques une idée singulièrement différente de celle que nous venons d'exposer conformément aux vues de Pierre Marie. Sans doute, Broca, Trousseau attirèrent l'attention sur l'atteinte de la pensée chez l'aphasique. Pour Trousseau, « l'intelligence est profondément altérée... Ceux-là même dont l'intelligence paraît être le moins troublée ont perdu pourtant quelque chose (2)... L'aphasique reste à jamais frappé dans son entendement comme il l'est dans la motilité d'un côté de son corps. Il boitera toujours de l'intelligence (3). » Malgré tout, bien que l'atteinte de l'intelligence soit régulièrement citée dans tout article didactique sur les troubles du langage, on aime à se représenter la pensée de l'aphasique, isolée du monde extérieur, intacte cependant au fond du cerveau. Il faut revenir de ce qui n'est qu'une illusion.

Lorsqu'on s'approche d'un aphasique, on est souvent étonné de l'apparence éveillée qu'il présente. Il a vraiment l'air de quelqu'un qui *est* à la conversation, qui *est* à l'examen entrepris. Il s'agite, sourit, a de petits signes de main, de grands gestes du bras, des expressions de dépit, de désespoir, de confiance, de finesse. Parfois il semble se moquer. Parfois il veut vous aider, mais ne peut; il vous fait comprendre qu'il sait tout ce que vous lui demandez. Ah ! que ne peut-il parler? « Je sais, je sais, répète-t-il inlassablement, mais je peux pas dire ! » Puis, il se fatigue, — que n'est-il reposé? Il trouverait de suite les solutions demandées. Et l'observateur apitoyé quitte le malade, convaincu que le sujet observé est d'une intelligence normale.

C'est de cette impression qu'il faut se débarrasser. Elle est tenace, mais repose sur une interprétation inexacte des phénomènes observés, et surtout, *sur un examen incomplet du sujet*.

Tout d'abord, étudions l'habitus de l'aphasique. Si nous suivons de près la mimique, nous la reconnaissons bientôt pauvre en réalité, *monotone*, toujours identique à elle-même, et son exubérance éventuelle ne veut rien dire le plus souvent (4) Quant à la finesse de l'aphasique, elle est vite percée à jour si l'on veut bien s'en donner la peine, et l'on reconnaîtra que le jugement est singulièrement affaibli (5). Pour ce

(1) F. MOUTIER. Loc. cit., p. 221.

(2) TROUSSEAU. *Cliniques*, II, p 676-678.

(3) *Ibid.*, p. 694. Dernière phrase de la leçon sur l'aphasie.

(4) Nous faisons naturellement abstraction de la mimique émotionnelle.

(5) Nous ne saurions trop répéter que l'affaiblissement intellectuel *manque* dans l'anarthrie, et qu'il peut varier de *façon illimitée* dans l'aphasie.

qui est enfin des « réponses parfaitement sensées qu'ils (les aphasiques) voudraient faire », mais ne peuvent, il ne faut tenir aucun compte des affirmations entendues. Il faut s'attacher à découvrir ce que le malade a dans l'esprit quand il répète son éternel « je sais, mais peux pas dire ». Il faut faire tomber cette façade qui depuis tant d'années masque la vérité. Et, si l'on veut bien se donner la peine de serrer de près le sujet, on constatera que, très souvent, l'affirmation du malade est gratuite et que, lorsqu'il déclare « savoir », il ne sait en réalité rien du tout.

On présente au malade un couteau; on le prie de le nommer. Il ne peut prononcer le mot tout en déclarant le connaître. Soit ! Assurez-vous s'il peut lire les lettres nécessaires à la formation du mot *couteau*, s'il peut lire les syllabes *cou* (dans courir par exemple) et *teau* (dans bateau). Puis présentez-lui une liste de mots parmi lesquels *couteau*. Ou bien, toujours après d'analogues précautions, prononcez à haute voix ce mot mêlé à d'autres. Vous verrez alors si le malade reconnaît le mot, pose un doigt sur le graphisme, vous arrête à l'énonciation verbale; s'il le fait, c'est que réellement il savait, mais ne pouvait dire (1); sinon, et l'on observera cela fréquemment, c'est que le malade vous mentait et n'avait rien dans l'esprit en dépit de son affirmation.

On parle trop de ce que fait l'aphasique, insuffisamment de ce qu'il ne fait pas. Le plus souvent, l'aphasique qui ne trouve pas un mot n'a dans l'esprit aucune idée de ce mot. S'il l'avait, il saurait le faire entendre par une de ces périphrases où parfois il excelle. Mais il éprouve ce besoin naturel aux malades, aux vieillards, de paraître supérieurs à ce qu'ils sont réellement. Avoir l'air intelligent est l'involontaire coquetterie de l'aphasique; c'est à l'observateur suffisamment sur ses gardes de ne point s'y laisser prendre (2).

Les images et les centres d'images. — Nous avons montré comment en face de la théorie sensorielle de l'aphasie on pouvait élever une théorie purement intellectuelle des troubles observés. Notre revue serait incomplète si nous ne consacrions quelques lignes aux images verbales.

Ces images sont le soutien ou pour mieux dire la raison d'être de la théorie sensorielle. Sans images, cette dernière s'effondre, n'est même plus concevable. Il nous reste à montrer que les images sont de pures chimères, des abstractions artificielles que seules ont pu légitimer jusqu'ici des figures de langage et des jeux de dialectique.

Mais d'abord qu'est-ce qu'une image pour les classiques? Avant de combattre, ne serait-il pas nécessaire de savoir ce que l'on veut combattre ? La difficulté première surgit ici. C'est qu'en effet beaucoup de neurologistes — on l'a vu aux récentes séances de la Société de neurologie de Paris (juillet 1908)— admettent bien l'image verbale, mais se refusent à la définir, s'étonnent même que l'on demande une définition.

Cette définition, nous nous efforcerons de la fournir, conformément à l'esprit classique.

On admettait autrefois que toute sensation était immédiatement enregistrée, emmagasinée. Il y avait ainsi formation d'une *image*, dite *verbale*, si la sensation concernait un signe du langage. Il se formait des états cérébraux présentant une aptitude à renaître (Taine), des termes fixes, des clichés, parmi lesquels l'intellect (?) puisait au fur et à mesure de ses besoins.

(1) Ce qui naturellement est de règle chez l'anarthrique, dont l'intelligence est intacte.

(2) Nous n'insisterons pas sur l'expérience de Proust-Lichtheim qui consiste à faire exécuter au malade autant de gestes qu'il est de syllabes dans le mot désignant un objet, lorsque le malade ne peut prononcer ce mot. Ce test, destiné à mettre en évidence l'intégrité du langage intérieur, ne nous a jamais donné de résultat (sauf naturellement chez les anarthriques). Nos malades ignoraient ce qu'est une syllabe, ou donnaient des nombres absolument quelconques. Cette expérience ne fournit aucun renseignement utilisable.

Les images, empruntant on ne sait quelles voies mystérieuses, se réunissaient en des centres appropriés; les auditives ne se mêlaient point aux visuelles, et les motrices étaient bien distinctes des graphiques. Ainsi, selon la spirituelle critique de Dugas, on faisait de la mémoire un magasin où l'imagination venait se nipper; et Leroy pouvait demander en quels mystérieux souterrains se récelait l'amoncellement des images.

L'image était quelque chose d'immuable, toujours utilisable à vrai dire, mais dont la position était mal définie cependant. Elle était autre chose que le mot, autre chose que l'idée; et l'on voyait des neurologistes posant de subtiles distinctions, admettre que l'on pouvait penser tantôt avec des idées, tantôt avec des mots, tantôt avec des images de mots.

Nous sortirions du cadre de cette étude en entamant ici une dissertation étendue. Nous indiquerons seulement les principaux arguments opposables à la théorie classique. — Cette théorie part d'une distinction fausse; en effet, l'image d'un signe de langage et ce signe lui-même se confondent. Rien ne peut prouver qu'en dehors du mot perçu par la vue, l'audition, la prononciation ou le graphisme, il existe une image visuelle, auditive, motrice d'articulation ou graphique, c'est-à-dire quelque chose de superposé à la perception, sorte d'empreinte mise à la disposition du travail intellectuel. Rien ne montre l'existence de centres d'enregistrement; et même, la déchéance actuelle des soi-disant aphasies corticales et sous-corticales porte à la théorie des centres d'images, isolés par rupture de leurs voies périphériques, un coup dont ils ne se relèveront pas (1).

L'existence d'un centre intellectuel distinct d'un centre d'images n'est aucunement prouvée. L'idée, l'image et le mot, la pensée et le signe qui lui permet de se saisir elle-même et de s'extérioriser, tout cela est indissoluble; et nous ne pouvons permettre au schéma des libertés que l'anatomie et l'analyse psychologique ne justifient pas.

Admettre une image, nous le faisions observer dans notre thèse, c'est admettre qu'antérieurement à l'acte moteur ou à la sensation, il existe dans le cerveau l'*image préformée* de cet acte ou de cette sensation, ce qui est simplement indémontrable, pour ne pas dire davantage. L'image motrice d'un mot serait en effet la connaissance de l'ensemble des mouvements à provoquer pour prononcer ce mot. L'image visuelle d'une phrase serait la vue anticipée de cette phrase. Nous n'avons jamais eu conscience de telles images; et l'usage théorique que l'on en a fait tient justement à ce que l'on a confondu les *souvenirs* sensoriels naturellement indéniables et les images verbales. Celles-ci n'existent point, ceux-là sont de réalité qui s'impose, quelque interprétation que l'on croie utile d'en donner (2).

En réalité, le mot est un phénomène intellectuel, dont la dissociation sera toujours artificielle, parmi la fluidité des mouvements de la pensée (3). Il n'existe point d'images figées, il n'en saurait exister (4).

(1) J. Dagnan-Bouveret. L'aphasie et les localisations cérébrales, *Revue de métaphysique et de morale*, 1908, nº 4, juillet, p. 466-491; — cf. p. 488.

(2) A propos de la critique de l'image verbale préformée, cf. Dagnan-Bouveret, loc cit., p. 488 et suivantes. — Goblot. L'aphasie de Broca, *Revue philosophique*, 1908, juin, p. 636-648. — Dugas. L'aphasie, *Journ. de psychol.*, 1908, sept.-oct.

(3) Cf. Bergson. *Matière et mémoire. L'évolution créatrice*, Alcan, édit.

(4) « L'étude chronométrique des processus d'association m'a montré que la notion d'images mentales distinctes était une de ces nombreuses conceptions qui n'ont pas plus tôt été formulées qu'elles remplacent la réalité par des fictions. J'ai appris à concevoir une idée comme un processus non moins fluide et flottant qu'un sentiment ou un acte de la volonté, et j'ai compris alors que l'ancienne doctrine de l'association des idées n'était plus soutenable. » Wundt. *Philosophische Studien*, X, 121-124, in James. *Causeries pédagogiques*, p. 14-15. — (Obligeamment communiqué par M. le professeur Dugas.)

On a présenté à cette théorie un certain nombre d'objections. Goblot lui a reproché d'attaquer des images telles qu'aucun philosophe ne les concevait actuellement. Mais il faut bien retenir que l'image visée est l'image des neurologistes classiques et nulle autre. On nous reproche également de ne point préciser la nature du déficit intellectuel de l'aphasique de Wernicke. Nous en sommes incapable en effet, mais il est peu probable qu'une définition de cet ordre soit jamais présentée.

Il semble surtout que l'on ait une répugnance prononcée à rejeter un terme usité depuis si longtemps. Pour Dagnan-Bouveret, bien que « l'image isolée n'ait pas d'existence réelle..., elle n'en reste pas moins un symbole commode, utile au psychologue pour l'analyse des faits de conscience, comme l'atome, concept sans existence réelle, est utile au chimiste pour la notation schématique des phénomènes qu'il étudie. » Nous ne saurions partager cette manière de voir : dès qu'un mot ne répond plus à rien, il est inutile, il est dangereux même; il convient de le rejeter, et s'il n'est rien à mettre à sa place, sachons résister au besoin de systématisation qui est comme la rançon de notre intelligence raisonneuse; ayons le courage de ne mettre rien (1).

Mécanisme du trouble aphasique. — Le mécanisme intime des troubles aphasiques nous échappe à peu près complètement. On admettait autrefois que la lésion d'un centre d'images troublait le fonctionnement des autres centres; on se représentait ainsi la possibilité de troubles de la lecture et de l'audition par simple atteinte du centre moteur de Broca. Von Monakow a repris récemment en l'élargissant cette manière de voir. Pour lui, toute lésion cérébrale détermine toujours des phénomènes de *diaschisis*, c'est-à-dire d'inhibition, sur les centres éloignés. Il résulte de cette conception, croyons-nous, les plus grosses difficultés, la plus grande incertitude dans le diagnostic. Tout symptôme, en effet, pourrait relever non seulement de la lésion du centre dont il dépend immédiatement, mais encore médiatement de la lésion des centres les plus divers. Cette manière de voir, il est vrai, a pour principal mérite aux yeux des classiques de permettre d'expliquer les cas d'anarthrie sans lésion de la troisième frontale : la lésion de la zone lenticulaire agissant alors par diaschisis sur le centre de Broca.

Il est donc impossible de préciser quel est le mécanisme intime, la nature essentielle du trouble intellectuel qui se produit dans l'aphasie. Signalons seulement l'analogie des troubles para ou jargonaphasiques avec les fautes de langage provoquées chez les gens normaux par l'étourderie, la distraction, la fatigue, la volubilité du discours. A tout instant, il nous arrive à tous d'avoir en parlant, en écrivant, en lisant, des défaillances du type aphasique (2). Est-ce à dire que l'aphasique est un distrait? Nous ne voudrions ni l'affirmer, ni le nier. Il suffit de constater les analogies précédentes, de constater aussi à quel point, en forçant l'attention du Wernicke, l'on parvient à améliorer son langage dans certains cas.

(1) Un phénomène analogue se produit actuellement pour le terme « cause finale ». On veut le conserver, tout en le privant de toute signification. — Cf. D. Roustan. L'enseignement philosophique, *Revue de métaphysique et de morale*, 1908, p. 512.

(2) Voici quelques exemples de fautes de langage du type para et même jargonaphasique, recueillies en l'espace de deux jours dans la conversation courante d'individus normaux :

— Parole : *allumez le parapluie* pour *ouvrez le parapluie*, — *cuiller* pour *fourchette*, — *directement* pour *distinctement;*

— Audition verbale : *passe-moi la tenue* pour *le pansement a tenu;*

— Ecriture : *édudier* pour *étudier*, — *vraiable* pour *variable*, — *chaquet mot* pour *chaque mot*, — *tent* pour *dent*, — *nois* pour *ne sois*;

— Lecture : *assistance* pour *assurance*, — *digérer* pour *diriger*, — *maisons hantées* pour *maisons hautes*, — *éléphant* pour *élévateur*.

On remarquera que ces fautes surviennent par allitération, substitution, inversion, conclusion hâtive, distraction, défaut d'application. — Cf. S. Freud. *Psychopathologie de la vie quotidienne : oublis, fautes de langages, méprises, erreurs*, 132 pages, 2e édit., Berlin, 1907.

Mécanisme du trouble anarthrique : ataxie, apraxie. — L'anarthrique n'est pas un paralytique. Il présente cependant, en dehors du trouble primordial de l'articulation verbale, un certain nombre de troubles accessoires. Lorsqu'on regarde parler un anarthrique, on constate la difficulté qu'il éprouve à disposer ses joues, sa langue, ses lèvres en vue de l'acte verbal. Il existe une incoordination, une instabilité musculaires tout à fait spéciales. L'effort développé n'est nullement en rapport avec le but à atteindre. Cette incoordination se retrouve en d'autres gestes : l'anarthrique, qui se lèche les lèvres d'un mouvement automatique après avoir bu, ne sait pas tirer la langue au commandement (1), ni parfois faire la moue.

L'anarthrie est-elle donc une variété d'ataxie? Nous ne saurions nous prononcer, malgré l'autorité de beaucoup des anciens auteurs, Broca entre autres, qui tenaient l'aphémie pour une sorte d'incoordination.

On tend actuellement à faire rentrer l'anarthrie et même beaucoup des manifestations aphasiques (non exécution des actes commandés, agraphie associée, soi-disant agraphie pure) dans le cadre d'une entité morbide nouvelle, l'*apraxie*. L'apraxie serait un trouble de la motilité volontaire se manifestant par l'impossibilité d'exécuter un acte dirigé vers un but donné, sans qu'on puisse mettre ce trouble sur le compte d'une parésie, d'une ataxie, d'une agnosie ou d'un trouble mental (2). Nous ne pouvons exposer ici la théorie de l'apraxie et discuter la très abondante littérature allemande qui la concerne. Nous ferons seulement observer que pour nous il n'existe pas une apraxie distincte des agnosies, c'est-à-dire une apraxie dans laquelle l'acte moteur ne réponde pas à *la notion cependant correcte* de l'acte à accomplir. Nous ne connaissons pas de cas d'apraxie, qui ne soit, en dernière analyse, agnosie, parésie, ou démence. Les observations publiées concernent des malades extrêmement complexes, tels que des paralytiques généraux, des déments séniles, des paralytiques divers, des individus atteints de tumeurs cérébrales ou de ramollissements de siège *absolument quelconque*. L'apraxie *par inattention* de Pick est-elle autre chose que du déficit intellectuel, tel qu'on l'observe dans les états crépusculaires? L'apraxie motrice de Kleist n'est qu'une ataxie. Pour Liepmann lui-même, l'apraxie idéatoire de Pick est un simple trouble de l'association des idées, tout proche des troubles mentaux.

Le symptôme « apraxique » est connu et décrit *depuis Broca!* Le mot est nouveau si la chose est banale, et si l'apraxie a suscité tant de travaux déjà, c'est moins parce qu'elle est une maladie que parce qu'elle est une théorie. Elle prétend être l'impossibilité de l'exécution correcte d'un acte, malgré la connaissance de l'acte à accomplir. Il faudrait prouver que cette connaissance de l'acte existe. Il faudrait prouver, par exemple, que le malade, comprenant exactement ce qu'on lui ordonne, sachant où est sa main, où est la brosse, où est l'habit à brosser, ne peut exécuter l'acte de brosser qu'on lui commande, et cela malgré sa bonne volonté, malgré la plénitude de son intelligence, malgré la liberté physique la plus absolue. Cela n'a jamais été fait. Tant qu'un cas de cet ordre n'aura pas été présenté, le doute sera permis, sera obligatoire; et l'*apraxie* ne sera qu'une étiquette comme il en est déjà beaucoup.

(1) Ce phénomène n'est ni constant, ni durable; il est seulement fréquent.

(2) F. Rose. De l'apraxie des muscles céphaliques, *Sem. méd.*, 15 avril 1908.

CRITIQUE DE LA THÉORIE DE PIERRE MARIE. — Cette théorie a soulevé beaucoup de critiques, surtout à son apparition. Nous glisserons rapidement sur elles, la plupart se trouvant réfutées dans le cours même de cette revue. On a soutenu notamment que les autopsies d'aphasie de Broca sans destruction de la troisième frontale ne prouvaient rien, soit parce qu'une erreur de diagnostic avait été commise (aphasie de Wernicke prise pour une aphasie de Broca), soit parce que les fibres de projection de la troisième frontale étaient coupées. Cet argument est commode; il est toujours loisible de l'invoquer en effet, quel que soit le lieu du foyer mis en cause. On a soutenu également que si l'intégrité de la troisième frontale tendait à être démontrée par l'étude microscopique du cerveau sur coupes sériées, c'est que la lésion n'était pas assez ancienne pour que la dégénération ait pénétré la troisième frontale. Un certain nombre des cas réunis par Pierre Marie échappent facilement à ces diverses critiques.

On a objecté, d'autre part, que les destructions de F_3 gauche sans aphasie n'avaient pu survenir que chez des gauchers, ou que, le plus souvent, en interrogeant la famille du malade, on mettait en lumière une aphasie guérie au moment du décès. Nous avons montré ce qu'il faut penser de la théorie de la gaucherie cérébrale. Le second argument tombe de lui-même si le malade a fait le foyer sous les yeux du médecin, et si le cerveau présente un foyer unique.

D'un autre côté, on a reproché à Pierre Marie de faire de l'anarthrique un paralytique, un dément de l'aphasique. Ce sont là des hérésies que notre maître n'a jamais commises. Ces critiques ne peuvent donc être maintenues lorsqu'on veut bien se donner la peine de prendre une connaissance complète de la nouvelle doctrine.

MODIFICATIONS APPORTÉES ACTUELLEMENT A LA THÉORIE CLASSIQUE. — Un certain nombre de neurologistes, Souques en France, Dercum, La Salle Archambault en Amérique, ont adopté les diverses vues de Pierre Marie, après les avoir vérifiées par nombre d'autopsies et d'examens cliniques. Par ailleurs, les faits contraires publiés depuis deux ans ont été peu nombreux : aucun, du reste, ne fut probant. En revanche, toute une série d'observations confirmatives ont été présentées. Parmi les plus récentes, nous citerons celles de Froment (1), Laignel-Lavastine et Troisier (2), Vigouroux et Naudascher (3). Pour Ladame et Von Monakow (4), d'importantes lésions de la troisième frontale gauche chez des droitiers peuvent très bien n'être point suivies d'anarthrie.

Von Monakow (5) admet encore la légitimité parfaite des faits de destruction de F_3 sans aphasie. Il constate que jamais une lésion strictement localisée à la région de Broca n'a donné une forme *durable* d'aphasie motrice complète. La troisième frontale est rejetée en tant que localisation isolée par Niessl von Mayendorf (6). Pour Mingazzini, la zone lenticulaire peut parfaitement déterminer une aphasie motrice caractérisée (1). Notons enfin que depuis longtemps déjà le centre de Broca est suspect aux chirurgiens, et que sa déchéance s'accroît chaque jour sous l'influence des travaux d'Oppenheim.

(1) J. FROMENT. Aphasie avec dysarthrie. Hémorragie de la capsule externe dépassant légèrement en arrière la zone lenticulaire, Soc. méd. des hôpit., Lyon 31 mars 1908, et *Revue de méd.*, 10 juin 1908.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et J. TROISIER. Aphasie de Broca par hémorragie du noyau lenticulaire gauche, Soc. méd. des hôpit., Paris, 26 juin 1908.

(3) VIGOUROUX et NAUDASCHER. Cerveau d'aphasique (intégrité de F_3), Soc. anatomique, 1908.

(4) *Encéphale*, 1908, n° 3.

(5) VON MONAKOW. Ueber den gegenwärtigen stand der Frage nach der Lokalisation im Grosshirn, *Ergebnisse der Physiol.* VI, 1907, ss. 334-605.

(6) E. NIESSL VON MAYENDORF. Ueber der Lokalisation der Aphasie. 33 Wanderversamml. der südwestdeut. Neurol. u. Irrenä. in Baden-Baden am 30/31 mai 1908, *Berlin. klin. Woch.*, 1908, n° 32.

Au point de vue de la dissociation du syndrome de Broca, on commence à reconnaître la fréquence (on ne dit pas encore la constance) des lésions de la zone de Wernicke à l'autopsie des aphasiques moteurs (2). La surdité verbale n'est plus admise par tous (3) chez ces mêmes aphasiques; la surdité verbale pure par lésion de la première temporale. La cécité verbale avec agraphie par lésion du pli courbe sont résolument attaquées. On prend chaque jour conscience plus nette du rôle important du déficit intellectuel chez l'aphasique.

Ces progrès de la doctrine de Pierre Marie ont été sensibles aux séances consacrées par la Société de Neurologie à la revision de l'aphasie (4). On a reconnu l'imprécision des centres sensoriels, l'importance du déficit intellectuel, l'impossibilité absolue où se trouve la théorie classique de poser un diagnostic différentiel entre l'aphasie de Broca et l'aphasie totale (5). Et malgré les objurgations réitérées de M. Pierre Marie aucune voix nouvelle ne s'est élevée pour prendre la défense de la troisième frontale et de la localisation de Broca. Quant aux images figées des neurologistes, il n'est pas un philosophe pour les admettre aujourd'hui.

VI

Résumé. — En résumé, nous nous sommes efforcé de présenter un tableau complet, relativement simple pourtant, du problème des aphasies tel qu'il se pose à l'heure actuelle.

En face de la doctrine classique, complexe en théorie, difficilement applicable en pratique, nous avons dressé la doctrine de Pierre Marie facile à retenir, facile à mettre en œuvre et à vérifier au lit du malade et sur la table d'autopsie.

Il n'existe qu'une aphasie, relevant d'une lésion de la zone de Wernicke ou des fibres qui en proviennent. *L'aphasie est un trouble de la compréhension et de l'expression des signes normaux du langage, en dehors de la paralysie, de la démence et de l'idiotie.* — En avant de la zone de Wernicke se trouve la zone lenticulaire dont la lésion donne *l'anarthrie, trouble plus ou moins prononcé de l'articulation verbale, indépendant de toute paralysie.* — *La troisième frontale n'a rien à voir avec l'aphasie.* — En arrière et en dedans de la zone de Wernicke se trouve le territoire de la cérébrale postérieure dont la lésion détermine l'alexie pure associée à l'hémianopsie. — La combinaison de l'anarthrie et de l'aphasie de Wernicke constitue le syndrome de Broca. — L'intelligence est intacte dans l'anarthrie, profondément troublée dans l'aphasie. — Quant aux aphasies sous-corticales, dépendant de l'isolement de centres d'images corticaux, leur existence relève uniquement du pur schéma, et d'un schéma tout à fait erroné.

(1) MINGAZZINI. Les aphasies de conduction en rapport avec la nouvelle théorie de Pierre Marie, *L'Encéphale*, 1908, n° 1, 10 figures, 27 pages.

— *Lezioni di Anatomia clinica dei centri nervosi*, Torino 1908.

(2) et (3) A. LIEPMANN. La soi-disant surdité verbale des aphasiques, *Neurol. Centralb.*, 1908, n° 7, p. 290 et 298.

(4) Juin, juillet 1908. Voir les comptes rendus *in extenso* dans la *Rev. Neurol.*, 1908.

(5) En réservant, bien entendu, le trouble de l'articulation.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 108. — MARDI 22 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 22 SEPTEMBRE 1908. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de **10f par an.** L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LES MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LE CHOLÉRA. — Le *Journal officiel* du 19 décembre 1908 a publié le décret suivant :

« ARTICLE PREMIER. — Une surveillance spéciale est exercée au point de vue sanitaire et dans les conditions fixées ci-après sur tout voyageur, tout colis ou objet, provenant d'une région contaminée de choléra.

ART. 2. — Tout voyageur reconnu à la gare frontière comme atteint de choléra sera retenu et soigné dans un local hospitalier ou dans un local spécialement aménagé à cet effet.

ART. 3. — Tout voyageur considéré à la gare frontière comme suspect de choléra y sera retenu et isolé dans un local spécial pendant une période de temps qui ne pourra excéder cinq jours.

ART. 4. — Tout voyageur non retenu à la gare frontière et à destination d'une commune de France autre que Paris recevra à la frontière un passeport sanitaire qu'il devra présenter ou faire présenter au maire de ladite commune dans les vingt-quatre heures de son arrivée.

Tout voyageur non retenu à la gare frontière et arrivant à Paris devra, à la gare terminus, indiquer au service compétent l'adresse exacte à laquelle il se rend.

ART. 5. — Tout voyageur défini à l'article 4 sera, par les soins du maire et, à Paris, du préfet de police, l'objet d'une surveillance sanitaire dont la durée ne pourra excéder cinq jours. La visite aura lieu à domicile; néanmoins le préfet de police peut ordonner d'une façon générale d'une part que si le médecin sanitaire se présente avant midi et que le voyageur soit absent, celui-ci sera tenu de se présenter le même jour, avant sept heures du soir, sauf cas de force majeure dont il devra d'urgence donner avis, à un poste médical désigné à l'avance et que, d'autre part, si le médecin sanitaire se présente l'après-midi et que le voyageur soit absent, celui-ci sera tenu de se présenter audit poste le lendemain avant midi.

ART. 6. — Tout voyageur qui, au cours de cette surveillance, serait reconnu atteint ou considéré comme suspect de choléra sera rigoureusement isolé et toutes mesures de prophylaxie seront prises sur-le-champ à son égard et à l'égard des personnes de son entourage.

ART. 7. — Tout voyageur qui, au cours de cette période de cinq jours, se rendra dans une nouvelle commune devra faire au maire de celle-ci sa déclaration immédiatement après son arrivée.

A Paris et dans la même période de cinq jours tout changement d'adresse devra être immédiatement déclaré à la préfecture de police ou à la mairie de l'arrondissement du nouveau domicile.

ART. 8. — Toute personne logeant un ou plusieurs voyageurs venant des régions contaminées est tenue d'en faire la déclaration dans les vingt-quatre heures au maire de la commune et à Paris au préfet de police ou à la mairie de l'arrondissement.

ART. 9. — Tout objet faisant partie d'un colis à la main ou d'un bagage de grande ou petite vitesse et que l'autorité sanitaire considérera comme contaminé sera désinfecté d'office.

ART. 10. — Est prohibée l'entrée en France par la frontière de terre, en provenance des régions contaminées : 1° de linge sale, des hardes, vêtements ou literie souillés en dehors du cas où ils seraient transportés comme bagages ; 2° des chiffons et drilles à l'exception des chiffons comprimés qui sont transportés comme marchandises en gros par ballots cerclés; 3° des fruits et légumes poussant dans le sol ou au niveau du sol.

ART. 11. — Les voitures qui auraient été occupées par un malade atteint de choléra ou considéré comme suspect de choléra par l'autorité sanitaire seront évacuées et désinfectées dans le moindre délai.

ART. 12. — La déclaration à la mairie de tout cas suspect d'être un cas de choléra est obligatoire dans les vingt-quatre heures pour tout médecin qui en a constaté l'existence, et à défaut pour le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade et pour toute personne qui le logerait. A Paris, cette déclaration doit être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

ART. 13. — Les infractions au présent décret seront constatées et poursuivies conformément aux prescriptions de la loi du 3 mars 1822, notamment de l'article 13 qui punit d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de 50 à 500 francs tout individu qui aurait refusé d'obéir aux réquisitions d'urgence pour un service sanitaire ou qui, ayant connaissance d'un symptôme de choléra, aurait négligé d'en avertir les autorités sanitaires, et de l'article 14 qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs quiconque, sans avoir commis aucun des délits nommément spécifiés dans les articles précédents de la loi, aurait contrevenu en matière sanitaire soit aux règlements généraux ou locaux, soit aux ordres des autorités compétentes. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Dubral (de Magnac-Laval) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *De Paris en Orient (viâ Marseille).* — La Compagnie P.-L.-M., d'accord avec les Compagnies des messageries maritimes, Fraissinet et Paquet, délivre des billets simples valables quarante-cinq jours, pour se rendre, par Marseille, de Paris à l'un quelconque des ports ci-après : Alexandrie, Beyrouth, Constantinople, Le Pirée, Smyrne, Jaffa, Port-Saïd, Batoum, Salonique, Odessa, Samsoun, etc.

Les agences de la Compagnie des Messageries maritimes délivrent des billets d'aller et retour, valables cent vingt jours, pour se rendre, viâ Marseille, de Paris à Alexandrie, Port-Saïd, Jaffa, Beyrouth, Smyrne.

Arrêts facultatifs sur le réseau P.-L.-M. (par la Bourgogne ou par le Bourbonnais).

Ces billets donnent droit à une franchise de 30 kilogs de bagages par place sur le chemin de fer ; sur les paquebots, cette franchise est de 100 kilogs par place de première classe et de 60 kilogs par place de deuxième classe.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M. mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans les gares de la Compagnie.

NOTE SUR L'HYPERTROPHIE

DU

TISSU LYMPHOIDE DU PHARYNX

SES RAPPORTS AVEC LA TUBERCULOSE

Par MM. P. NOBÉCOURT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux,

et Léon TIXIER,

Chef adjoint du laboratoire de la Clinique des Enfants malades.

Nos recherches concernent 22 enfants âgés de trente et un mois à quatorze ans, porteurs de végétations adénoïdes et de grosses amygdales; aucun d'eux n'était atteint de tuberculose pulmonaire ouverte.

Nous avons recherché chez ces enfants les lésions tuberculeuses cliniquement appréciables et les réactions de leur organisme en présence de la tuberculine (injection sous-cutanée, cuti-réaction, oculo-diagnostic); d'autre part, nous avons fait l'examen bactériologique (inoculation au cobaye) et histologique des tissus enlevés par M. Cuvillier. Les résultats sont résumés dans le tableau ci-joint.

Parmi ces enfants, 13 n'avaient aucun signe clinique de tuberculose, et 6 présentaient des signes douteux (polyadénopathie périphérique, adénopathie médiastine, bronchite du sommet); chez 3 seulement, les symptômes de tuberculose étaient indiscutables (deux début de tuberculose du sommet, une adénopathie cervicale tuberculeuse).

NUMÉRO.	AGE.	Cliniquement ou non tuberculeux.	Sous-cuti-réaction.	Cuti-réaction.	Oculo-diagnostic.	INOCULATION AU COBAYE		EXAMEN HISTOLOGIQUE		OBSERVATIONS.
						Amygdales.	Végétations.	Amygdales.	Végétations.	
1	3 ans.	o	o	+	o	Normal. —	Hyper. —	—	—	Petits ganglions cervicaux.
2	4 ans.	o	+	—	—	Hyper. o	Hyper. o	o	—	Micropolyadénopathie.
3	3 ans ½	?	o	o	o	Hyper. —	Hyper o	o	o	Bronchite du sommet. Micropolyadénopathie.
4	6 ans.	?	o	o	o	Hyper. o	Hyper. o	o	o	Adénopathie trachéo-bronch. Ganglions cervicaux.
5	10 ans.	o	o	+	+	Hyper. —	Hyper. o	—	—	Ganglions cervicaux.
6	11 ans.	o	o	+	o	Hyper. o	Hyper. —	o	—	
7	7 ans.	+	+	+	+	Hyper. o	Hyper. o	o	o	Tub. fermée du sommet du poumon. Gangl. trachéo-bronch.
8	31 mois.	o	o	o	o	Hyper. o	Hyper. o	o	o	Polymicroadénopathie. Adénopathie trachéo-bronch.
9	14 ans.	?	+	+	o	Normal. —	Hyper. —	—	—	Ganglions cervicaux. Respiration soufflante au hile.
10	6 ans.	o	o	+	o	Hyper. —	Hyper. —	o	o	
11	10 ans.	o	o	+	o	Hyper. —	Normal. —	—	—	
12	2 ans ½.	o	—	o	o	Hyper. o	Hyper. —	o	o	Broncho-pneumonie. Dilatation des bronches.
13	2 ans ½	o	o	o	—	Hyper. —	Hyper. +	o	o	
14	13 ans.	o	+	+	—	Hyper. —	Hyper. —	o	o	
15	10 ans.	+	+	+	+	Hyper. o	Hyper. o	o	o	Adénopathie cervicale tuberculeuse. Pas de tub. pulm.
16	2 ans ½.	?	+	+	—	Hyper. —	Hyper. —	o	o	Adénopathie médiastine.
17	10 ans.	o	+	+	—	Hyper. —	Hyper. —	o	o	
18	8 ans.	o	—	—	—	Hyper. —	Hyper. —	o	o	
19	6 ans ½.	+	—	—	—	Hyper. —	Hyper. —	—	—	Respiration soufflante et submatité au sommet droit.
20	11 ans.	?	o	+	—	Hyper. —	Hyper. —	—	o	Adénopathie médiastine.
21	12 ans ½.	?	—	—	—	Hyper. —	Hyper. —	o	o	Adénopathie médiastine. Bronchite du sommet.
22	8 ans ½	o	o	o	—	Hyper. —	Hyper. —	o	o	Ganglions cervicaux et inguinaux.

Légende : +, Recherche ou épreuve positive; o, Recherche ou épreuve négative; ?, Épreuve douteuse; —, Recherche non faite ou inoculation au cobaye inutilisable. — L'état du tissu lymphoïde est indiqué par les termes : *normal* et *hyper*.

L'*injection sous-cutanée de tuberculine*, à la dose de un dixième de milligramme, a été faite chez 18 sujets : elle a été positive 7 fois; dans 2 cas seulement,

il s'agissait d'enfants considérés cliniquement comme tuberculeux (1), et dans 2 cas d'enfants suspects de bacillose (adénopathies cervicales et médiastines).

La *cuti-réaction* a été faite sur 18 enfants : elle s'est montrée positive 12 fois, notamment chez les deux tuberculeux avérés et chez les deux suspects qui avaient réagi à l'injection sous-cutanée de tuberculine.

L'*oculo-diagnostic* a été pratiqué 13 fois : la réaction fut positive 4 fois seulement, en particulier chez les deux tuberculeux.

En somme, par l'un quelconque des procédés d'exploration, 5 enfants sur 22 pouvaient seuls être considérés comme indemnes de tout foyer tuberculeux. Et cependant la majorité de ces enfants jouissaient d'une excellente santé générale.

Les amygdales ont été inoculées à des cobayes, mais beaucoup de ceux-ci sont morts trop rapidement pour qu'on puisse en tirer des renseignements au point de vue de la tuberculose : sept d'entre eux, autopsiés dans les délais convenables, ne présentaient aucune lésion de tuberculose ; parmi ceux-ci se trouvaient les deux animaux qui avaient reçu le tissu lymphoïde des deux enfants tuberculeux.

De même, nous ne retiendrons que huit *inoculations de végétations :* dans un seul cas, un cobaye fut tuberculisé ; il s'agissait cependant de végétations d'un enfant non tuberculeux cliniquement, n'ayant réagi ni à l'injection sous-cutanée de tuberculine, ni à la cuti-réaction et qui avait seulement présenté une oculo-réaction positive.

L'*étude histologique* des amygdales fut pratiquée dans seize cas et celle des végétations adénoïdes dans quinze cas : l'examen des coupes ne nous a permis de constater aucun foyer tuberculeux.

Les coupes furent multipliées pour les végétations adénoïdes qui avaient tuberculisé le cobaye ; malgré cela, nos recherches demeurèrent infructueuses. Des préparations colorées par la méthode de Ziehl ne purent mettre en évidence le moindre bacille de Koch. La tuberculisation avait sans doute été déterminée par quelques bacilles qui se trouvaient soit à la surface, soit dans l'épaisseur de la muqueuse du naso-pharynx, mais qui, en tout cas, n'avaient pas eu le temps d'y déterminer de lésions spécifiques.

Les *conclusions* de nos recherches sont conformes à celles d'un certain nombre de médecins, en contradiction avec d'autres. La tuberculose larvée des amygdales palatines et pharyngées hypertrophiées est exceptionnelle. Chez des enfants manifestement tuberculeux, mais qui n'étaient pas porteurs de tuberculoses pulmonaires ouvertes, l'inoculation au cobaye et l'examen histologique des tissus ne décelait pas la présence de bacilles de Koch et de lésions bacillaires. Dans le seul cas où les végétations adénoïdes tuberculisèrent le cobaye, le sujet n'était pas tuberculeux, ne réagissait qu'à l'ophtalmo-diagnostic, les tissus ne présentaient aucune altération tuberculeuse.

Rien ne prouve donc, dans les cas étudiés par nous, que le tissu lymphoïde du pharynx ait pu servir de porte d'entrée à l'infection bacillaire. Certaines de nos observations démontrent en outre l'existence, chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes ou d'amygdales hypertrophiées, d'adénopathies cervicales et médiastines non tuberculeuses.

(1) Chez le troisième enfant nettement tuberculeux, les épreuves à la tuberculine n'ont pu être faites.

IIe CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

(*Bruxelles, 21-26 septembre 1908.*)

La Société internationale de chirurgie tient à Bruxelles son deuxième Congrès, du 21 au 26 septembre. Cinq questions ont été mises à l'ordre du jour et font l'objet de trente-deux rapports différents. En dehors de ces rapports, il n'y aura aucune communication particulière.

En donnant aujourd'hui, où s'ouvre le Congrès, le résumé de ces rapports, nous indiquons déjà quelle sera la physionomie de cette grande assise qui réunit les chirurgiens les plus éminents d'Europe et d'Amérique.

I

La première question est intitulée : **Du cancer.** Elle fait l'objet de quinze rapports dont un certain nombre n'ont pas encore paru. Le premier traite de LA NATURE DU CANCER, il est rédigé par le professeur ROSWELL PARK, de l'Université de Buffalo. La conclusion est que le cancer est « transmissible » et qu'il est occasionné par un agent extrinsèque. Son origine et son évolution simulent une maladie infectieuse chronique ; ses cellules se généralisent à la façon d'un agent infectieux.

Dans cet ordre d'idées, le cancer doit être traité, de même qu'une maladie contagieuse (surtout lorsqu'il est arrivé à l'état ulcéreux), avec de grandes précautions hygiéniques. La crémation devrait remplacer l'inhumation et tous les pansements usagés et les déjections devraient être brûlés ; les chambres et même les maisons habitées par des cancéreux devraient être désinfectées pendant la maladie et après la mort. Il est également bon, d'après les conseils de Brand, de ne préparer ou de ne consommer aucune nourriture sans s'être lavé les mains.

En plus, il semble que, à différents égards, les chirurgiens sont bien placés pour traiter cette maladie, les premières manifestations en étant locales ; mais malheureusement, à moins que les lésions cancéreuses ne soient visibles ou palpables, rien ne les distingue d'autres lésions infectieuses, surtout à leur début. On peut considérer comme établi que le cancer est une infection essentiellement locale, tout au moins à son début, qui se généralise plus ou moins rapidement, d'une façon variant extrêmement avec les individus et les espèces de tumeurs. Si le cancer est reconnu lorsqu'il est encore purement localisé et

si l'on peut en faire l'ablation avec une grande étendue de tissu environnant, c'est une maladie curable. Ceci est prouvé par le succès grandissant de cette méthode. *Malheureusement, le cancer est une maladie qui n'a pas de symptomatologie propre et n'est reconnaissable qu'à des signes* qui sont souvent appréciés et reconnus lorsqu'il est trop tard pour recourir à des opérations chirurgicales radicales. Ce côté de la question ne semble avoir encore attiré que peu l'attention (et cependant c'est un des faits les plus importants dans le traitement de cette maladie), ce qui est cause à la fois qu'on ne le reconnaît souvent pas et qu'on échoue dans son traitement. Néanmoins, le fait reste que tant qu'une symptomatologie du cancer dans les différentes parties du corps ne sera pas établie, on devra employer l'ancien traitement chirurgical, rendu moderne par son application plus complète, et ceci jusqu'à ce que des recherches laborieuses avec expériences sur des êtres humains nous fourniront une méthode d'influencer la tumeur parasite et de détruire le germe du cancer sans nécessiter l'ablation d'une grande masse de tissu.

M. Morestin (de Paris) a étudié le cancer de la peau, avec la compétence qu'on lui connaît. Son rapport est des plus documentés et des plus instructifs. En voici, d'ailleurs, les conclusions :

1. La bénignité relative des épithéliomes cutanés autorise l'emploi de diverses méthodes non sanglantes, certaines plaques néoplasiques superficielles et de faible étendue pouvant céder définitivement ou temporairement à la moindre sommation thérapeutique.

2. Toutefois le traitement chirurgical nous paraît, d'une façon habituelle, le plus prudent, le plus sage, celui qui réunit les chances les plus sérieuses de guérison permanente. Souverain dans les cas favorables aux autres méthodes, il demeure la plus sûre ressource dans les tumeurs graves, volumineuses, adhérentes; et le domaine de la chirurgie s'arrête seulement aux néoplasmes dont l'ablation est irréalisable par leurs connexions ou dont les porteurs ne sauraient supporter une intervention importante.

3. Il est même nécessaire de comprendre très largement l'exérèse de ces lésions, de la pratiquer de la façon la plus méthodique et d'y adjoindre pour certaines localisations, au sujet desquelles l'expérience et le dépouillement de la statistique inspirent une méfiance justifiée, l'exploration ou l'évidement des régions ganglionnaires correspondantes.

4. La cure complémentaire par le radium ou les rayons X, précaution qui ne saurait nuire, vaut tout au moins d'être essayée après l'extirpation des cancers adhérents ayant exigé de notables sacrifices.

5. Le traitement radiothérapique, efficace dans les sarcomes, paraît notamment indiqué après l'ablation des tumeurs de cette variété.

La médiocrité des résultats chirurgicaux en justifie davantage encore l'emploi dans les mélanomes.

La radiothérapie paraît encore une bonne ressource dans les épithéliomes à foyers très multiples.

6. Les opérations successives et l'anaplastie secondaire ne sont nulle part mieux et plus complètement indiquées que dans la chirurgie des tumeurs de la peau.

7. Un très grand nombre de restaurations, quand les orifices ne sont pas en cause, peuvent être avantageusement exécutées, simplement à l'aide de greffes dermo-épidermiques appliquées secondairement.

8. La méthode indienne est, en dehors des greffes, la plus couramment applicable aux réparations de la face. Les grands décollements sont surtout de mise au tronc et la greffe italienne est excellente pour le membre supérieur.

9. De l'ensemble des faits découle cette conclusion dernière que le traitement précoce étant d'une bénignité absolue, d'une facilité très grande et donnant une quasi-certitude de guérison, au lieu que les interventions tardives deviennent souvent stériles, malgré de pénibles mutilations, des extirpations laborieuses et énormes, il faut porter tout son effort à décider les malades à se débarrasser de bonne heure de toute lésion néoplasique de la peau. Au rebours des anciens qui les considéraient comme *noli me tangere*, nous devons aujourd'hui les attaquer et les détruire systématiquement et le plus tôt possible. Si ces idées étaient acceptées plus communément, les épithéliomes cutanés seraient justiciables seulement de la chirurgie élémentaire, de la petite chirurgie; aucun malade, pour ainsi dire, ne succomberait à cette affection si aisément curable à ses premiers stades, aucun opéré n'aurait à payer d'une mutilation quelconque la rançon de sa maladie.

Le professeur Gluck (de Berlin) résume ainsi son rapport sur le cancer des fosses nasales, du pharynx et du larynx ; il renvoie à son travail *Sur la résection prophylactique de la trachée* (1879-1881), qui constitue la base à la fois théorique et expérimentale de ses résultats pratiques dans le domaine de la chirurgie du larynx et du pharynx. L'auteur indique la manière suivant laquelle l'implantation du moignon trachéal dans la peau du cou évite sûrement, au cours de la laryngectomie, la pneumonie par déglutition; il décrit, de même, la plastique laryngée dans l'hémilaryngectomie et la plastique qui, dans l'ablation totale de la langue, restaure, après trachéotomie basse, le fond buccal d'une façon tout à fait hermétique ; dans toutes les autres opérations qui n'altèrent point l'entrée du larynx et son activité réflexe, la position de Rose, la compression temporaire suivie de ligatures, le tamponnement suffisent à protéger les voies aériennes contre toute aspiration. La laryngectomie est toujours pratiquée en une seule séance; ce n'est que dans le cas de dyspnée grave que l'on commence par l'implantation du moignon trachéal; dans tous les autres cas, on commence par le pôle supérieur, après isolement du larynx, on enlève tout en bloc avec la musculature et les ganglions et on ne pratique la section qu'à la fin, après avoir attiré le moignon trachéal par des fils de soie; le dernier temps, avant la réunion de la plaie, est l'implantation circulaire du moignon trachéal dans la peau. Le fait que cette opération est devenue asep-

tique assure le traitement ultérieur. L'ablation de la musculature et l'extirpation minutieuse des ganglions, même avec la veine jugulaire, a notablement amélioré les résultats des opérations pour tumeurs malignes du larynx et du pharynx. Le peu de danger relatif de ces interventions a incité l'auteur à pratiquer des opérations radicales avec succès dans d'autres affections, par exemple dans la tuberculose. La plastique et la prothèse ont sensiblement amélioré le résultat fonctionnel et cosmétique. Parmi les opérations nouvelles, il convient de mentionner le « laryngochisma artificiale » (laryngo- et trachéostomie), les laryngo-, pharyngo- et œsophagoplasties totales ou partielles, la résection et la suture circulaire de la trachée, la trachéoplastie et la laryngofissure exploratrice.

La mortalité pour les grandes opérations pratiquées sur le larynx, qui comportait, il y a peu de temps, 54 p. 100, est tombée à 0 p. 100 dans les laryngofissures, les hémilaryngectomies et les extirpations totales bien réglées; le rapporteur, même pour les extirpations totales, n'a pas une mortalité dépassant 9 p. 100.

Dans les cas où la plastique ne peut suffire, le rapporteur emploie sa prothèse spéciale (Gummitrichterprothese), qui permet au malade de déglutir normalement et d'émettre un langage chuchoté très compréhensible. Dans les cas de carcinome ou d'oblitération de la portion thoracique de l'œsophage, le même genre de prothèse réunit en pont les orifices de la gastronomie et de l'œsophagostomie, de sorte que le malade peut avaler d'une façon analogue à la normale. Le rapporteur cherche, dans les cas de sténose ou d'exclusion des voies respiratoires supérieures, à réaliser, au moyen d'une fistule pulmonaire, une respiration rétrograde.

Le CANCER DES LÈVRES a été étudié par le professeur VON BONSDORFF (d'Helsingfors). On peut le résumer de la façon suivante :

Dans 5,6 p. 100 environ des cas, le cancer des lèvres se trouve localisé à la lèvre supérieure.

Tant pour le cancer de la lèvre supérieure que pour celui de la lèvre inférieure, l'opération, pour être radicale, doit comporter, outre l'ablation de la tumeur, l'extirpation des ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux et de la chaîne ganglionnaire située profondément le long des gros vaisseaux du cou, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

En cas de nécessité, l'extirpation ganglionnaire doit même s'étendre à la fosse sus-claviculaire.

Pour pratiquer l'extirpation ganglionnaire, il ne suffit pas de mener une incision sous le bord inférieur de la mâchoire parallèlement à celle-ci, mais encore une deuxième incision verticale le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et éventuellement une troisième incision parallèle à la clavicule. La technique recommandée par l'auteur donne des résultats sensiblement meilleurs que par les anciennes méthodes.

Tandis que la mortalité opératoire est très minime, l'absence de récidives durant trois ans s'observe dans 80 p. 100 des cas.

Comme 90 p. 100 des récidives surviennent avant la fin de la troisième année et que 20 p. 100 des cas de récidives réopérés donnent une nouvelle guérison d'au moins trois ans, il est permis d'affirmer que, dans 80 p. 100 des cas, les règles énoncées par l'auteur lui confèrent une guérison durable.

M. J. COLLINS WARREN (de Boston) analyse 172 cas de CANCER DE LA BOUCHE ET DE LA LANGUE traités au Massachusetts General Hospital. Il examine l'anatomie des lymphatiques de la bouche et du cou ainsi que l'étiologie, la pathologie et le diagnostic du cancer de ces régions. Il discute ensuite le traitement opératoire et les résultats obtenus par les différents procédés.

Voici, brièvement résumées, les conclusions auxquelles il est arrivé :

Le cancer de la bouche et de la langue est une affection locale, limitée aux tissus immédiatement contigus aux points d'origine et au système lymphatique voisin. Les métastases internes sont rares.

Le traitement opératoire moderne comporte les points suivants :

a. Traitement préliminaire de la cavité buccale;

b. Protection des voies respiratoires par antiseptiques et par l'intubation du pharynx ou la laryngotomie ou la position déclive;

c. Ablation de la tumeur avec une bordure de tissu sain, si possible;

d. Dissection en masse, dans tous les cas, de la chaîne ganglionnaire lymphatique du triangle cervical antérieur de l'un ou des deux côtés.

La mortalité varie suivant l'étendue de l'opération; elle est moindre dans les opérations intra-buccales que dans les opérations comportant la section ou la résection de la partie inférieure de la joue.

Dans une série consécutive de 112 cas de cancer de la langue et de la bouche opérés au Massachusetts General Hospital, 16 sont restés sans récidive pendant plus de trois ans (14,2 p. 100); tous ont été contrôlés par l'examen microscopique.

Le professeur Vinzenz CZERNY (de Heidelberg), président du Congrès, étudie une série de CANCERS VISCÉRAUX. La tâche qui lui était assignée était trop vaste pour qu'il pût en faire une étude complète. On peut résumer son travail en cinq chapitres :

1° *Traitement des cancers de l'œsophage.* — Les carcinomes de l'œsophage devraient être extirpés comme d'autres cancers, tant qu'ils sont encore limités localement. Malheureusement on n'a obtenu jusqu'à présent que des guérisons opératoires temporaires dans la partie cervicale et jamais de résultats durables. Bien qu'il ait été démontré que la résection est réalisable techniquement et que le danger du pneumothorax est réduit par l'hyperpression, on n'a pas obtenu de résultats dans la partie thoracique. Il faut, en tout cas, préférer la gastrostomie à la résection et renoncer à la reconstitution du tube œsophagien que l'on a cependant obtenu très souvent par des opérations plastiques dans la portion cervicale.

Comme traitement palliatif, il ne faut pas pour-

suivre le traitement à la sonde jusqu'à ce que le malade n'ait plus la résistance voulue pour subir une gastrostomie; il y a lieu, au contraire, de voir si l'on ne peut tenter une résection, qui constitue d'autant plus l'opération de choix que les carcinomes œsophagiens ne présentent pas grande tendance à la production de métastases.

2° *Traitement des cancers gastriques.* — Le traitement opératoire du cancer gastrique a répondu à tout ce que l'on peut attendre des difficultés de diagnostic dans un mal aussi caché. L'auteur n'a pas insisté, dans son rapport, sur les progrès techniques et les résultats opératoires de ces derniers temps, attendu que, depuis son départ de la clinique qu'il a dirigée, il n'a plus eu l'occasion de pouvoir les apprécier suffisamment. Les tentatives faites pour protéger le champ opératoire contre l'issue du contenu stomacal (Rostowzeff, Graser, etc.) promettent une diminution de la mortalité opératoire. De meilleures méthodes de sutures diminuent la durée de l'opération et ses dangers. La narcose combinée (morphine-hyonia-chloroforme) ainsi que les tentatives pour améliorer l'expectoration amoindriront les dangers de la pneumonie.

On n'améliorera pas les résultats éloignés par l'extension des indications, mais plutôt par leur restriction à des cas favorables à cancer limité dans lesquels l'état général et la richesse en hémoglobine autorisent encore une intervention sérieuse. Ces résultats s'amélioreront par la résection pratiquée à plusieurs centimètres des limites macroscopiques du mal, principalement dans la direction du cardia, où se fait apparemment la circulation lymphatique. Le problème du cancer ne peut être résolu par le bistouri. Le progrès réside dans le perfectionnement du diagnostic, dans l'étude biologique des différentes formes de cancer et dans la recherche de l'étiologie du cancer de l'estomac.

3° *Traitement des cancers du pancréas.* — Le diagnostic du cancer du pancréas est, jusqu'à présent, très peu sûr et l'on ne compte pas encore de guérisons définitives par les méthodes opératoires. Il y a donc lieu d'être réservé au sujet de ces opérations. Mais on y sera parfois contraint par la gravité même du mal et par l'espoir de découvrir une affection curable par l'opération; dans des cas déterminés, on sera autorisé à traiter un cancer pancréatique soit par la résection partielle ou totale de la glande, soit lorsqu'on n'a pas l'espoir de soulager le malade par des opérations palliatives (cholécystostomie, cholécysto-entérostomie, gastro-entérostomie).

4° *Traitement du cancer du foie et des voies biliaires.* — Presque toujours le cancer du foie et des voies biliaires n'est diagnostiqué que lorsqu'il est déjà trop tard pour pratiquer une opération radicale. Ce n'est, en général, jusqu'à présent que par suite d'un hasard heureux que l'on enlève un cancer au début au cours d'une cholécystectomie pour calculs biliaires amenant ainsi une guérison radicale. Chez les sujets âgés, le cancer de la vésicule biliaire est une conséquence fréquente de la lithiase; il s'ensuit qu'il ne faut pas trop tarder à conseiller le traitement opératoire de la lithiase biliaire, qu'il faut la recommander vivement dans les cas où la première attaque menace directement la vie, dans ceux où les attaques se répètent fréquemment avec une intensité croissante ou encore dans ceux où des troubles persistent dans l'intervalle des accès ou reparaissent après un intervalle plus ou moins long sous forme de douleur rongeante. Dans ces cas, on devra toujours soupçonner un cancer au début et recommander une laparotomie pour assurer le diagnostic.

Les cancers primitifs des voies biliaires, du canal cystique (fréquemment dus à un calcul situé dans l'ampoule), du canal hépatique, du cholédoque, de l'ampoule de Vater, produisent de bonne heure des symptômes d'ictère; ils pourront peut-être, grâce à cette précocité, être opérés à l'avenir avec quelque chance de cure radicale lorsque la suture et l'autoplastie des voies biliaires (Kehr) se seront davantage perfectionnées.

D'autre part, la technique de la résection du foie et de l'extirpation partielle des voies biliaires sont déjà suffisamment développées pour autoriser l'extirpation d'un noyau cancéreux pourvu qu'elle paraisse pouvoir se faire en tissu sain. S'il existe déjà des métastases ou si des organes essentiels au niveau du hile du foie sont atteints, on se bornera à des opérations palliatives capables de soulager le malade (cholécystostomie, drainage du cholédoque, cholécystentérostomie), ou bien on refermera le ventre après avoir constaté l'état des lésions.

5° *Traitement du cancer du péritoine.* — La péritonite cancéreuse est presque toujours consécutive au cancer d'un organe voisin, dont l'existence, même à l'autopsie, peut être difficile à démontrer.

Parmi les cancers primitifs du péritoine, on décrit des carcinomes, des endothéliomes et des angiosarcomes.

Les sarcomes des ganglions rétropéritonéaux simulent des tumeurs infectieuses. Leur énucléation est possible quand il s'agit de tumeurs bien encapsulées et peu vascularisées.

Une cure opératoire n'est guère vraisemblable dans la péritonite cancéreuse.

Une laparotomie aseptique apporte plus de soulagement au malade que la simple ponction de l'ascite.

Voici le résumé du rapport du professeur Fritz Voelcker (d'Heidelberg) sur le cancer du gros intestin, du rectum et de l'anus.

1. Les carcinomes de l'intestin grêle sont rares; leur diagnostic est difficile; leur traitement consistera, si possible, dans la résection; les résultats de la résection sont, jusqu'à présent, mauvais.

2. Les carcinomes du cæcum présentent rarement des phénomènes d'obstruction, c'est pourquoi l'entéro-anastomose soulage peu les malades. Dans l'extirpation des cancers du cæcum, il faut attacher une grande importance à la parfaite péritonisation de la plaie; il est préférable de faire la suture de l'intestin intrapéritonéale, mais il convient de placer la suture du tissu cellulaire rétrocæcal en dehors du péritoine; l'anastomose réussit le plus souvent bout à bout.

3. Au cours des affections chroniques de l'intestin,

chez les gens âgés, il ne faut poser le diagnostic de cancer qu'avec grande prudence. L'extirpation se fera ou bien par l'exclusion à la Mikulicz, ou bien par l'excision suivie de suture; un anus cæcal assure le résultat. Dans les cas d'iléus par carcinome intestinal, il y a lieu de placer l'anus artificiel, pour les cancers inopérables, immédiatement au-dessus du néoplasme: pour les tumeurs opérables, il faut faire un anus cæcal temporaire. Les résultats éloignés des résections intestinales pour cancer sont satisfaisants (28 p. 100) et pourront probablement encore être améliorés.

4. Il est certain que, pour le traitement opératoire du cancer rectal, la voie inférieure permet de pratiquer l'opération préliminaire (voie coccygienne, sacrée, etc.) de la façon la plus typique, mais que l'extirpation même du cancer laisse à désirer sous le rapport du jour que l'on se donne principalement dans les cas où des processus morbides de rétraction se déroulent dans la graisse périrectale.

5. On peut compter, en général, dans les opérations par voie basse, sur une mortalité immédiate de 15 p. 100 et sur des résultats définitifs de 15 à 20 p. 100 (sans récidive après trois ans). Quelques opérateurs ont des résultats éloignés favorables dépassant 25 p. 100.

6. L'opération combinée (amputation abdomino-périnéale, résection abdomino-coccygienne) est la méthode dont l'avenir doit perfectionner la technique. Actuellement, l'amputation abdomino-périnéale n'est pas plus dangereuse chez la femme (environ 15 p. 100 de mortalité) que l'opération par voie basse et les résultats éloignés en sont meilleurs (40-50 p. 100); mais chez l'homme cette opération est bien plus dangereuse; elle comporte une mortalité de 40-50 p. 100. La résection abdomino-coccygienne ne permet pas encore un jugement définitif; elle comporte également une mortalité élevée (environ 40 p. 100).

7. Il y a lieu de pratiquer, avant l'opération si possible, des excisions exploratrices dans un but d'examen et de faire compter le résultat de l'examen microscopique comme un des facteurs décidant du choix de la méthode opératoire.

Le docteur Legueu (de Paris) résume ainsi son rapport sur le TRAITEMENT DU CANCER DE L'APPAREIL URINAIRE ET DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME.

Les cancers les plus graves sont ceux de la prostate, de l'urètre et de la vessie. Ici, le diagnostic est difficile à établir de bonne heure : dès que la tumeur est reconnue, elle a déjà des extensions considérables, et l'opération, quelque hâtive qu'elle soit, est toujours insuffisante.

Au contraire, au niveau du rein, du testicule et de la verge, surtout au niveau de ces deux derniers organes, le cancer est moins grave et la chirurgie y compte plus de guérisons. Pour le rein, les guérisons définitives sont encore assez rares; mais pour le testicule et pour la verge, le nombre des guérisons est plus considérable. Cela tient-il seulement à ce que la situation externe de ces organes permet un diagnostic plus précoce avec un examen plus facile? C'est peu probable.

Quoi qu'il en soit, ces faits sont encourageants et autorisent toutes les tentatives : malgré que la chirurgie du cancer réserve à chaque pas des surprises, de plus en plus s'établit cette notion que les guérisons les plus prolongées appartiennent aux opérations qui sont à la fois *précoces*, *larges* et *globales*, c'est-à-dire qui enlèvent la tumeur et ses propagations ganglionnaires ou autres, autant que possible d'un seul tenant, en masses.

Le docteur Faure (de Paris) étudie le TRAITEMENT DU CANCER DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME. Le véritable objet de son rapport est en réalité le traitement du cancer du col utérin.

Malgré un nombre d'opérations relativement restreint, il a obtenu des guérisons durables en nombre proportionnellement très élevé, et il possède actuellement dix malades, dont la plupart avaient des cancers assez étendus, chez qui la guérison se maintient depuis un temps qui varie de deux ans et demi à neuf ans.

Ces faits l'ont convaincu de la supériorité de l'hystérectomie abdominale.

Il pense que l'opération de Wertheim est très supérieure à l'hystérectomie vaginale, très supérieure même à l'hystérectomie vagino-périnéale de Schuckardt et Schauta. Elle n'est pas plus grave dans les cas bien limités, et dans les cas un peu étendus, elle permet d'opérer plus largement et plus sûrement. Les opérations vaginales ne sont acceptables que chez les femmes obèses ou absolument épuisées.

La recherche des ganglions éloignés a plus d'inconvénients que d'avantages; on se bornera à enlever les ganglions situés vers la bifurcation des iliaques.

Il conseille de pratiquer la ligature préventive des hypogastriques. Elle rendra de grands services dans les cas compliqués.

Dans les cas bien limités, on donnera la préférence à l'hystérectomie abdominale proprement dite. Si le cas est un peu compliqué et si l'utérus n'est pas bien mobile, il pourra être préférable de pratiquer l'hystérectomie vagino-abdominale, en commençant par inciser circulairement le vagin au-dessous du néoplasme et en amorçant son opération par en bas.

Cette façon de faire facilite parfois beaucoup ces opérations difficiles.

Le docteur James H. Sequeira (de Londres) parle du TRAITEMENT DU CANCER PAR LA RADIOTHÉRAPIE ET LE RADIUM. Son rapport traite d'une série de cas particuliers qui ne permettent aucune déduction générale. Il en résulte toutefois que la radio- et la radiumthérapie ont surtout une action heureuse dans le traitement du cancer cutané.

Le professeur Henry Morris, président du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, avait la tâche ingrate d'étudier le TRAITEMENT DU CANCER INOPÉRABLE.

L'auteur expose tout d'abord l'interprétation à donner au titre de son rapport.

Il discute ensuite la valeur de bon nombre d'opérations préconisées contre le cancer de certains or-

ganes et de certaines régions, mais seulement au point de vue des bénéfices qu'elles procurent ou prétendent procurer.

Il examine l'opportunité pour le malade de certaines interventions couramment usitées actuellement, notamment dans le cancer du larynx, de l'œsophage, de l'estomac.

Il insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une opération précoce dans le cancer et dans les stades précancéreux.

Il signale aussi les modifications survenant de temps en temps dans la limite établie entre les cas opérables et inopérables et fait allusion au cancer utérin, qui est un exemple typique de ces changements d'opinion et de thérapeutique.

Après avoir rapidement passé en revue d'autres méthodes de traitement du cancer, il indique comment on en vint à envisager la possibilité d'une thérapeutique par les ferments; il expose rapidement l'historique de la trypsine, de l'amylopsine et de l'érepsine à ce point de vue et examine enfin la valeur actuelle de la trypsine comme médicament curatif du cancer.

II

CHIRURGIE DU FOIE

Le docteur Hans KEHR (de Halberstadt), si compétent dans la chirurgie hépatique, a publié un très volumineux rapport sur la CHIRURGIE DES CALCULS BILIAIRES. Il le résume brièvement.

Indications. — L'opération précoce pour la lithiase biliaire, telle que la conseille Riedel, doit être rejetée. L'empyème aigu et chronique de la vésicule biliaire ainsi que l'obstruction chronique du cholédoque constituent des indications opératoires formelles. Chez les lithiasiques, qui par suite de l'intensité et de la durée des douleurs voient leur carrière entravée ou leur existence empoisonnée, l'indication opératoire est relative.

Choix du procédé opératoire. — Il faut rejeter la cholécystendyse, restreindre la cholécystostomie, préférer la cholécystectomie. Au lieu de la cholédocotomie suivie de suture, faire le drainage du canal hépatique.

Résultats. — Ils varient suivant la nature de la maladie. Dans la cholélithiase pure, la mortalité atteint 2 à 3 p. 100; en cas d'opérations concomitantes pour affections bénignes de l'estomac, de l'intestin, du foie ou du pancréas, elle s'élève à 20 p. 100 environ; en cas de complications malignes, à 75 p. 100.

Des récidives sont possibles après la cystendyse et la cystostomie. Elles sont très exceptionnelles après cystectomie suivie de drainage du canal hépatique.

Le rapport sur la chirurgie dans la CIRRHOSE HÉPATIQUE a été confié au professeur KOCH (de Gromigen). Il conclut ainsi :

1. Il est expérimentalement et cliniquement démontré que l'omentopexie est capable de guérir la stase sanguine résultant de l'oblitération ou du rétrécissement de la veine porte.

2. Dans les cas de cirrhose atrophique du foie, l'ascite et les hémorragies gastro-intestinales peuvent être supprimées par l'omentopexie.

3. Dans des cas avancés, l'opération est dangereuse; il est donc indiqué de la pratiquer dès les premiers stades de la maladie.

4. Les symptômes de stase disparaissent dans environ 30 p. 100 de cas.

5. La maladie du foie elle-même n'est probablement guère influencée par l'opération.

6. Dans les cas où l'omentopexie ne donne pas de guérison, la splénopexie peut encore réussir.

7. La fistule d'Eck, pratiquée une seule fois chez l'homme jusqu'à présent, est trop dangereuse et doit être rejetée.

8. Dans la cirrhose hypertrophique, le drainage de la vésicule biliaire est à conseiller.

9. La complication de la cirrhose avec une néphrite ne contre-indique pas l'opération de Talma.

Les ABCÈS DU FOIE ont eu deux rapporteurs.

M. Hermann LEGRAND (d'Alexandrie) intitule ainsi son rapport : INTRODUCTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET CHIRURGICALE DES ABCÈS DU FOIE ET EN PARTICULIER DES ABCÈS DU FOIE DYSENTÉRIQUES AMIBIENS (*hépatite supposée des pays chauds, abcès tropicaux*, etc.).

L'étude des abcès du foie est très complexe et nécessiterait une revue de presque toute la pathologie infectieuse; presque toujours, en effet, sinon toujours, ils sont secondaires.

La classification de Budd en petits et grands abcès reste cliniquement et chirurgicalement la plus pratique. Elle permet de rapprocher, au point de vue opératoire, les grandes collections purulentes post-traumatiques, pyohémiques, appendiculaires, tuberculeuses, calculeuses, parasitaires, etc., de l'hépatite suppurée tropicale, dysentérique, amibienne, qui est l'objet principal de ce rapport.

Il existe une relation de cause à effet directe et étroite entre l'abcès du foie ou hépatite suppurée des pays chauds et la dysenterie amibienne.

Dans 85 p. 100 des cas, il y a coexistence des lésions dans le foie et l'intestin (Kelsch et Kiener); dans 96 p. 100 on retrouve le commémoratif de dysenterie. Il est admis pour le reste que l'infection intestinale peut être si légère ou si peu caractérisée qu'elle peut passer inaperçue (Morehead, Buxton, etc.).

Il est établi encore que l'on trouve les grands abcès seulement dans les pays où règne la dysenterie amibienne, aussi bien dans les pays chauds qu'en Europe.

Par contre, la dysenterie épidémique, bacillaire, n'a pas de répercussion sur le foie en tant que formation d'abcès; dans 8 p. 100 seulement des cas, aux Philippines, on a trouvé des abcès aréolaires, de petit volume, non spécifiques, car on n'y rencontre même pas le bacille caractéristique de Shiga-Krüse-Chantemesse.

Par contre, dans les grands abcès tropicaux, on trouve l'amibe spécifique (amœba dysenteriæ, de Councilmann et Lafleur, entamœba hystolitica, de Schaudinn) dans beaucoup plus de la moitié des cas

(Kartulis, Manson); elle est de tous les germes visibles ou cultivables le *plus constant*, mais il faut savoir la chercher souvent avec patience et là où elle se trouve (Rogers, Commission des Philippines).

Les grandes collections purulentes de l'hépatite des pays chauds sont donc des *abcès dysentériques amibiens.*

La dénomination même d'abcès n'est pas exacte : la *lésion élémentaire de l'amibiase* aussi bien dans le foie que dans l'intestin dysentérique est une *nécrose*, mort parenchymateuse, *local death* (Kelsch, Fayrer), une *hépatolyse.*

Le mot abcès ne sera juste qu'après l'irruption des microbes dans le foyer. Que cette invasion soit primitive, précoce ou tardive, les bactéries n'ont qu'un *rôle pathogénique secondaire*, leur diversité même le montre; mais elles ont par leur espèce, leur virulence, leur association, une *importance capitale* sur la forme clinique, l'évolution et le pronostic d'un abcès donné.

On les trouve toujours dans les abcès récents; elles peuvent y être représentées par des espèces anaérobies difficiles à colorer et que les cultures ordinaires ne révèlent pas.

Dans les vieux abcès, mais plus rarement qu'on ne le dit en général, les bactéries peuvent disparaître et le pus est stérile.

Le foyer amibien primitif peut rester aseptique et latent des mois et des années comme un *locus minoris resistentiæ*, puis s'infecter *tardivement* à l'occasion d'une maladie septique; la *grippe* est souvent coupable.

L'*alcool* est, de toutes les causes prédisposantes, de beaucoup la plus importante; il rend égaux devant l'amibe hommes et femmes, jeunes et vieux, européens et indigènes, vieux colons et nouveaux résidents. En règle générale, pour faire un abcès du foie, il faut des amibes et des microbes (dysenterie) tombant sur un terrain bien arrosé d'alcool.

Après avoir évolué et grandi dans l'intérieur du foie, les abcès dysentériques tendent, comme tout abcès, à s'épancher à l'extérieur. Leurs migrations naturelles peuvent être *pariétales*, *thoraciques* ou *abdominales*, et il importe de bien connaître ces diverses éventualités; on s'efforcera d'aller au-devant des événements, en attaquant l'abcès *aux points d'élection* que l'expérience nous a appris à connaître et qui sont étudiés dans le deuxième rapport [dû au docteur Voronoff (du Caire)].

Celui-ci conclut en ces termes :

Les abcès du foie ne sont justiciables que du traitement chirurgical.

L'intervention doit être hâtive aux premiers symptômes de la formation de pus.

Elle doit être large avec résection d'une côte, lorsqu'on opère par le thorax.

Excepté les cas où l'abcès est superficiel, les ponctions doivent précéder l'opération.

Lorsque ces ponctions n'ont pas révélé la présence du foyer purulent malgré un ensemble de symptômes donnant une quasi-certitude de son existence, on doit recourir à une exploration large, laparatomie abdominale ou transpleurale, selon les cas.

Le procédé de Lannelongue — la résection du bord inférieur du thorax sans ouverture de la cavité pleurale — donnera un accès facile sur la face convexe et le bord antérieur du foie.

Le procédé de Pétridis, la polypleurodiaphragmatomie, la résection des septième, huitième, neuvième et dixième côtes sur une étendue de 10 à 12 centimètres, permettra d'explorer toute la face convexe du foie et son bord postérieur proche de la colonne vertébrale et peu accessible par d'autres incisions.

Enfin la laparatomie latérale découvrira la face concave et le lobe gauche.

L'opération en elle-même ne présente rien de particulier, lorsque, faite par le thorax ou en dessous des côtes, on trouve le sinus costodiaphragmatique comblé par les adhérences et le péritoine accolé au foie. Dans le cas contraire, quand les adhérences pleurales ou péritonéales font défaut, l'intervention doit être conduite avec prudence, afin de préserver le péritoine et la plèvre contre l'irruption de pus.

Les sutures préventives pleuro-diaphragmatiques et du péritoine au foie constituent la meilleure garantie contre ces accidents. On ne recourra à la protection des cavités voisines par les compresses qu'en cas d'échec de ces sutures.

Après l'évacuation de la poche purulente, on procédera à son nettoyage avec des tampons montés et on la drainera à l'aide de deux gros drains. Le curettage de la cavité préconisé par Fontan est un perfectionnement propre à assurer une guérison plus rapide.

L'irruption du pus dans une cavité close, le péricarde, la plèvre, le péritoine, commande une opération d'urgence.

La migration vers une cavité ouverte — le rein, le tube digestif, les bronches — peut se terminer par la guérison. On n'interviendra dans ces cas qu'à l'apparition des symptômes accusant l'insuffisance d'évacuation spontanée.

La rupture de la poche purulente dans la plèvre et les bronches à la fois doit être traitée par l'ouverture simultanée de l'abcès hépatique et de la plèvre.

La complication opératoire assez fréquente — l'hémorragie provenant de blessure des vaisseaux importants du foie — sera combattue toujours avec succès par un tamponnement très serré; tous les autres moyens : thermocautère, forcipressure, sont illusoires.

Le rapport de MM. Quénu et Pierre Duval n'envisage que le traitement des angiocholites aiguës.

Les angiocholites sont d'origine microbienne.

L'infection peut suivre deux voies pour atteindre le foie : la voie canaliculaire ascendante, la voie sanguine (artère hépatique et veine porte).

Alors que l'infection ascendante semblait, il y a quelques années encore, le processus d'infection le plus fréquent, de nombreux travaux récents montrent, au contraire, et spécialement pour l'infection éberthienne, que la contamination du foie se fait par la voie sanguine générale au cours de bacillémies transitoires.

On peut reconnaître deux variétés étiologiques

d'angiocholites : les angiocholites primitives et les angiocholites secondaires.

Les angiocholites primitives comprennent tous les ictères bénins de formes cliniques très variables, l'angiocholite éberthienne, pneumococcique, grippale, cholérique, etc. Les angiocholites secondaires sont : l'angiocholite calculeuse, l'angiocholite par pénétration de corps étrangers dans les voies biliaires, les angiocholites de la grossesse, les angiocholites qui se développent au cours des hémorroïdes, des hernies étranglées, de l'appendicite.

Le traitement chirurgical envisage séparément la cholécystite et l'angiocholite proprement dite.

Tantôt la cholécystite doit être opérée d'urgence à la période aiguë, tantôt il peut y avoir intérêt à attendre le refroidissement des lésions inflammatoires et à opérer « à froid ».

Les rapporteurs n'adoptent pas une méthode uniforme de thérapeutique chirurgicale; la cholécystostomie et la cholécystectomie leur paraissent avoir chacune leurs indications particulières.

D'une manière générale, l'ectomie doit s'appliquer aux cas de perforations réalisées ou imminentes, de par la présence d'ulcérations, de gangrène ou de ramollissement inflammatoire des parois vésiculaires.

Les cholécystites phlegmoneuses justifient simplement l'incision et le drainage.

D'une manière générale, l'angiocholite aiguë doit être traitée par le drainage des voies biliaires.

Les indications opératoires sont les phénomènes infectieux et toxiques, l'hépato-mégalie, la persistance de l'ictère, le syndrome urologique, la formule sanguine.

Le drainage doit, suivant les cas, s'adresser à la voie accessoire (cholécystostomie) ou à la voie principale (hepaticus-drainage).

La cholécystostomie convient d'abord aux cas d'extrême urgence et pourrait être suivie, s'il est nécessaire, d'une intervention complémentaire.

L'hepaticus-drainage, qui s'accompagnera de cholécystectomie si l'état de la vésicule le nécessite, semble trouver des indications de plus en plus fréquentes.

L'état de grossesse, la fièvre typhoïde impriment aux angiocholites des caractères de particulière sévérité. (*A suivre.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

La dose suffisante de bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie a été bien définie autrefois par Gilles de la Tourette qui préconisait, comme Charcot, la méthode par *périodes d'administration de trois semaines* à doses croissantes, puis décroissantes, à raison de 1 gramme par semaine. « Toutefois, disait-il, le passage d'une période de trois semaines à une autre, de la troisième à la quatrième semaine, par exemple, doit en réalité se juger par la suppression de *deux* grammes de bromure et non d'*un*.

Je suppose, ajoutait-il, que l'on donne pendant la première semaine 3, la deuxième 4, la troisième 5 grammes de bromure, la quatrième semaine on supprimera *deux* grammes et on arrivera à 3, 4 et 5 comme la première semaine. On donnera 3, 4, 5 ; 3, 4, 5 et ainsi de suite, sans interruption d'un seul jour même pendant les règles. »

Ces prescriptions sont très faciles à réaliser avec le sirop de Henry Mure, si exactement dosé à 2 grammes par cuillerée à soupe et dans lequel le sirop d'écorces d'oranges masque parfaitement la saveur désagréable salée du bromure. On se rendra parfaitement compte que la dose est suffisante lorsque le patient, la semaine où il prend la plus forte dose, accuse une certaine lassitude, une certaine somnolence, et qu'il présente enfin le signe de la pupille, c'est-à-dire que ses pupilles ne réagissent plus ni à la lumière, ni à l'accommodation et qu'elles sont en outre à leur maximum de dilatation.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'anatomie pathologique (1), par les docteurs Ch. Achard et M. Lœper, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris. (Bibliothèque Gilbert-Fournier.)

La plupart des ouvrages élémentaires consacrés à l'anatomie pathologique ne décrivent guère que les altérations microscopiques des tissus : ils ne sont ainsi que des livres de laboratoire. Tel n'est pas le Précis de MM. Achard et Lœper. Sans négliger l'histologie pathologique, ils ont fait une large place aux lésions macroscopiques, et, afin de rester à la portée de l'élève, ils ont écarté de leur programme les théories trop abstraites, en se bornant à l'exposé des faits essentiels et en illustrant leurs descriptions de très nombreuses figures. Estimant qu'un enseignement élémentaire de l'anatomie pathologique doit avoir pour principal objet d'expliquer la malade, ils se sont proposé surtout d'éclairer et de compléter la clinique. Le livre qu'ils ont écrit peut donc servir de guide à l'étudiant dès ses débuts, lorsqu'il commence par apprendre l'anatomie pathologique à l'hôpital, en faisant des autopsies, avant d'en poursuivre l'étude au laboratoire.

D'autre part, l'anatomie pathologique n'est pas seulement, comme on le dit parfois, une science du cadavre : les lésions qu'elle étudie se développent chez l'être vivant. Aussi MM. Achard et Lœper n'ont-ils pas omis de décrire les altérations qu'on peut observer non seulement sur les pièces opératoires, mais dans les exsudats recueillis sur les muqueuses dans le sang circulant dans les épanchements ponctionnés. En un mot, ils ont compris dans leur étude l'anatomie pathologique qui peut se faire sur le vivant. Ainsi leur livre ne sert pas seulement à l'instruction de l'élève, mais renseigne encore le praticien sur les services que peut lui rendre la connaissance des lésions pour établir son diagnostic.

L. Gayard.

RENSEIGNEMENTS

(1) In-8 de 550 pages avec 312 figures entièrement nouvelles et 2 pl. coloriées. — Prix : 12 francs. — Paris, J. B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie Levé, rue Cassette, 17.

N° 109. — JEUDI 24 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 24 SEPTEMBRE 1908. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Ordre de passage :

Candidats militaires.

Anatomie. — Deuxième moitié : quatrième série, de M. Stavropoulo à M. Zuretti; deuxième série, de M. Meaux Saint-Marc à M. Poisvert; première série, de M. Lagarrigue à M. Mathieu; troisième série, de M. Poitrinal à M. Soulès.

Première moitié : quatrième série, de M. Greyfié de Bellecombe à M. Lacronique; deuxième série, de M. Bourlon à M. Descubes; première série, de M. Abou à M. Bourgeois; troisième série, de M. Desprairies à M. Gresset.

Pathologie. — Première moitié : quatrième série, de M. Greyfié de Bellecombe à M. Lacronique; deuxième série, de M. Bourlon à M. Descubes; première série, de M. Abou à M. Bourgeois; troisième série, de M. Desprairies à M. Gresset.

Deuxième moitié : quatrième série, de M. Stavropoulo à M. Zuretti; deuxième série, de M. Meaux Saint-Marc à M. Poisvert; première série, de M. Lagarrigue à M. Mathieu; troisième série, de M. Poitrinal à M. Soulès.

COMPOSITION DU JURY. — *Anatomie.* — MM. les docteurs Guillemot, Castaigne, Lecène, Veau.

Les séances d'anatomie auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures et demie, et les mercredis à huit heures et demie du soir.

Pathologie. — MM. les docteurs Michel, Mouchet, Poulard, Bouffe.

Les séances de pathologie auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures.

La première séance de pathologie aura lieu le vendredi 25 septembre, à quatre heures et demie du soir.

NOTES. — *Candidats militaires :*

Pathologie. — Séance du 21 septembre 1908. — Question donnée : « Panaris. »

MM. Leroux, 13; Jaillet, 6; Raymondaud, 16; Lantuéjoul, 19; Amat, 10; Faure, 10; Lambert, 18; Duter, 9; Noël, 10; Cyrot, 5; Carrière, 9; Hüss, 16; André, Liberge, 14.

Anatomie. — Séance du 21 septembre 1908. — Question donnée : « Clavicule. »

MM. Amat, 14; Lantuéjoul, 18; Raymondaud, 17; Leroux, 13; Noël, 3; Lambert, 16; Faure, 5; Hüss, 16; André, 13; Carrière, 4; Liberge, 12; Cyrot, 10; Duter, 15.

Candidats non militaires :

Anatomie. — Séance du 22 septembre 1908. — Question donnée : « Crosse de l'aorte. »

MM. Toutée, 14; Verdier, 4; Stavropoulo, 2; Vallery-Radot, 14; Vauzanges, 10; Zuretti, 2; Walther, 15; Vallet, 9; Stiasnie, 17; Tournadour-d'Albay, 5; Steibel, 17; Thévenard, 4; Ubago, 13; Verdure, 8; Mlle Tassenie, 11; MM. Truffert, 14; Wurtz, 10.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. Pochon est nommé directeur médecin de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

EXCURSION MÉDICALE A LONDRES SOUS LE PATRONAGE DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS (25 octobre au 1er novembre 1908). — Le président de la *British Balneological and Climatological Society* vient d'adresser la lettre suivante au secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris :

« Cher Monsieur,

Comme probablement beaucoup des membres de votre Société, principalement ceux qui exercent dans les stations hydro-minérales, viendront à Londres avant la clôture de l'Exposition, nous avons pensé que plusieurs d'entre eux voudraient bien assister à une réunion de la Société britannique de balnéologie et de climatologie.

En qualité de président de la Société, j'ai l'honneur d'in-

viter les membres de votre Société, et, en général, les médecins français, à la séance qui se tiendra le 29 octobre, à cinq heures et demie, 20, Hansver Square.

Votre dévoué,

TYSON,

President of the British Balneological and Climatological Society. »

Le bureau de la Société d'hydrologie médicale de Paris estime qu'il y a lieu de répondre en plus grand nombre possible à la courtoise invitation de nos confrères anglais.

Il est donc très heureux de patronner le projet de voyage à Londres organisé par le docteur Léonard Williams, rédacteur en chef du journal *Balneology and Climatology*, assisté de M. Heuzé pour l'époque indiquée.

Le programme détaillé qui est à l'étude sera envoyé sur demande avec tous renseignements utiles par M. Heuzé, 16, rue Cartault, à Puteaux (Seine).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Hébert (d'Envermeu) et Mongie (de Castets-en-Dorthe).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, sept.-oct. 1908.) LAGRIFFE : Guy de Maupassant, étude de psychologie pathologique (1er article). — BODIET, PANSIER et CANS : L'état du fond de l'œil chez les épileptiques. — DE CLÉRAMBAULT : Notes sur le régime des aliénés en Angleterre (*suite*).

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 245, 10 sept. 1908.) ZIMMERN et TURCHINI : Les effets thermiques des courants de haute fréquence. — VILLARD : Instruments de mesure à lecture directe par les rayons X. — NOGIER : Soupape cathodique à flamme servant de rhéostat.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 9, 1908.) PECH : Du traitement des épanchements traumatiques du genou par la ponction, la mobilisation immédiate et la progression des résistances. — DEUMIÉ et MONÉRY : Un cas de maladie de Recklinghausen (neurofibromatose généralisée). — MASSON : Œdème aigu familial. Maladie de Quincke. — MORISSON : Trois cas d'hématome du pavillon de l'oreille. Quelques considérations relatives au traitement de cette affection. — BRAUN : Méthode d'envoi et d'examen des selles au point de vue de la recherche du bacille d'Eberth (exécution de la circulaire ministérielle du 14 janvier 1908). — FERRY et SICRE : Considérations sur un cas de diarrhée due au cercomonas intestinalis. — ALBOUZE : Contribution à l'étude des maladies provoquées ; abcès dits fécaloïdes observés dans certaines troupes d'Algérie.

Archives générales de médecine. — (N° 8, août 1908.) BRAULT : Les trois grandes pandémies des pays chauds, leur distribution géographique, leurs principaux foyers. — PERRIN : Sur les variations de volume de la rate au cours des cirrhoses du foie. — BERTHAULT : Le mécanisme de l'accouchement physiologique et le fonctionnement du forceps Tarnier.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 9, sept. 1908.) G. RENON : Les ascarides en chirurgie. — A. MORELLET : La phlébite typhique.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 sept. 1908.) Marcel VIOLLET : Les états neurasthéniques et leur traitement (*suite*).

Écho médical du Nord. — (N° 37, 13 sept. 1908.) VERDUN : Dissémination probable et prochaine de l'ankylostome américain en Europe. — GÉRARD : Cathétérisme permanent, instillation et massage du sac dans les affections chroniques des voies lacrymales.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — PETGES : Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 37, 13 sept. 1908.) BARTHE : Le nouveau codex pharmaceutique de 1908.

Journal des praticiens. — (N° 37, 12 sept. 1908.) LEMOINE : Purification de l'eau de boisson à domicile ou pour les collectivités restreintes, écoles, casernes, etc. — MATHIEU : Du rôle de l'entraînement dans les douleurs gastriques et les vomissements. — CHIAÏS : Pseudo-pharyngite chronique du cavum. Symptomatologie, diagnostic; traitement. — N° 38, 19 sept.) RECLUS : Des abcès chroniques. — BAR : Dans quelles conditions il faut hâter l'avortement. — KIRMISSON : Les paraplégies dans le mal de Pott. — DUFESTEL : Les effets de la gymnastique respiratoire chez les prétuberculeux.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 36, 5 sept. 1908.) René DESPLATS : Contribution à l'étude de la fulguration dans le traitement du cancer (*suite et fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 37, 10 sept. 1908.) BOUCHÉ : Traitement de l'épilepsie essentielle.

Lyon médical. — (N° 37, 13 sept. 1908.) MOUISSET et PETITJEAN : Anémies graves (*suite*).

Marseille médical. — (N° 18, 15 sept. 1908.) AUDIBERT : Septicémie éberthienne. — PLATON : Du traitement des salpingo-ovarites.

Medizinische Blætter. — (N° 35, 29 août 1908.) SOFER : La lutte contre la malaria en Autriche. — (N° 36, 5 sept.) BEERWALD : Aphorismes sur le traitement de la chlorose.

Presse médicale. — (N° 73, 9 sept. 1908.) FONTOYNONT : La fièvre bilieuse hémoglobinurique à Tananarive. Son traitement par le Voa-Fotsy (Aphloïa theæformis). — CRUET : Hémophilie articulaire. — (N° 74, 12 sept.) BROCA : Torticolis par rétraction inflammatoire du muscle sterno-cléido-mastoïdien (adénophlegmons-mastoïdites). — REMLINGER : Accidents paralytiques au cours du traitement antirabique.

Province médicale. — (N° 37, 12 sept. 1908.) ROQUE et CHALIER : Syndrome thalamo-capsulaire postérieur. — RAPPIN : Nouvelle contribution à l'étude de la vaccination et de l'immunisation anti-tuberculeuse.

Semaine gynécologique. — (N° 36, 8 sept. 1908.) PICHEVIN : Jules Reboul.

Semaine médicale. — (N° 37, 9 sept. 1908.) YVON : Le nouveau codex français et les modifications qu'il comporte au point de vue de la posologie médicale des médicaments héroïques.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 36, 5 sept. 1908.) GLUCK : La chirurgie au service de la laryngologie. — (N° 37, 12 sept.) GLUCK : La chirurgie au service de la laryngologie (*suite et fin.*)

Tribune médicale. — (N° 36, 5 sept. 1908.) NOBÉCOURT et MERKLEN : L'élimination de l'urée dans la scarlatine chez l'enfant, ses variations suivant les régimes. — (N° 37, 12 sept.) LAIGNEL-LAVASTINE : Les troubles glandulaires dans les syndromes neuro-psychiques.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL BEAUJON

INSUFFISANCE AORTIQUE

SIMULANT LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Par le Professeur DEBOVE.

Le malade dont j'ai l'intention de vous entretenir est atteint d'une affection bien fréquente, d'insuffisance aortique.

Vous en pourrez toujours observer un ou plusieurs exemples dans nos services d'hôpitaux et vous aurez maintes fois l'occasion de la traiter lorsque vous pratiquerez la médecine.

J'ai choisi notre malade de préférence à plusieurs autres parce qu'il s'éloigne notablement du type classique et présente de réelles difficultés pour un débutant. En effet, si vous examinez la circulation périphérique, vous affirmeriez qu'il s'agit d'une insuffisance aortique, tandis qu'en auscultant son cœur vous pourriez diagnostiquer un rétrécissement mitral.

D... est un garçon boucher entré à l'hôpital à cause des douleurs dont il se plaint depuis plusieurs jours. Il est âgé de trente ans.

Son père est mort à l'âge de quarante-cinq ans d'une hémiplégie survenue dans le cours d'une maladie de cœur; celle-ci se serait traduite, avant l'attaque paralytique, seulement par quelques palpitations et des vertiges. Je rappelle ce fait qui n'implique nullement qu'il y a lieu d'invoquer l'hérédité, car nous ne croyons plus guère à son influence dans les maladies du cœur. Elles sont ordinairement le fait de maladies infectieuses survenues accidentellement et qui ne sont pas héréditaires, ou du moins leurs manifestations ne le sont pas. Je prends un exemple : la syphilis peut être héréditaire, elle peut donner lieu à l'insuffisance aortique, on ne saurait cependant dire que l'insuffisance aortique syphilitique soit héréditaire. Quoi qu'il en soit, il m'a paru utile de vous rappeler que le père de D... était mort d'une affection cardiaque.

Les antécédents pathologiques personnels de notre malade doivent être notés. A l'âge de dix ans, il a eu une fièvre typhoïde. Il eut ensuite trois attaques de rhumatisme articulaire aigu, la première à l'âge de onze ans, la seconde à l'âge de quatorze ans, la troisième à l'âge de dix-sept ans; chacune d'elles dura environ trois mois.

Lorsqu'on voit ainsi une maladie infectieuse récidiver à peu d'années d'intervalle, on ne peut s'empêcher de penser qu'il subsistait en un point de l'organisme des germes infectieux latents, ne donnant lieu à aucun trouble et se mettant à repulluler sous l'influence de causes qui nous échappent. Cette récidive des maladies infectieuses, ne conférant pas l'immunité, est fréquemment observée.

Nous pouvons à cet égard rappeler ce qui se passe dans l'érysipèle et la pneumonie. Dans cette dernière dont l'agent pathogène est connu, on voit persister le pneumocoque dans la salive, il peut devenir le point de départ d'une nouvelle infection. Bien longtemps subsistent les bacilles d'Eberth dans l'intestin d'anciens typhiques, et si ces germes restent inoffensifs pour eux, grâce à l'immunité conférée par la première atteinte, ils ne le sont pas pour leur entourage qui peut être contagionné.

Quoi qu'il en soit, c'est certainement à ses crises de rhumatisme que notre malade doit sa lésion. C'est à la troisième qu'elle se traduisit par des palpitations. Ce qui ne veut pas dire que dès la première attaque il n'y a pas eu des lésions qui aient augmenté à chacune des deux autres. La pathologie expérimentale nous apprend en effet que des microbes injectés dans le sang se fixent facilement sur les valvules du cœur si elles ont été traumatisées, et la clinique nous enseigne qu'un malade atteint de maladie infectieuse est d'autant plus exposé à l'endocardite, qu'une maladie antérieure a lésé les valvules.

Actuellement, D... a une insuffisance aortique caractérisée par des troubles périphériques et des troubles centraux. Voyons d'abord les troubles périphériques.

Le pouls est bondissant, c'est-à-dire qu'il y a dans l'artère radiale une grande différence entre la tension diastolique et la tension systolique. Le phénomène est facilement perçu par le doigt, il est mis en évidence par le tracé sphygmographique. Si vous prenez la pression avec le sphygmomanomètre, vous constaterez qu'elle est de 25, c'est-à-dire qu'il faut une pression de 25 centimètres de mercure pour éteindre les pulsations au lieu d'une pression de 18, comme à l'état normal.

Il ne faut pas cependant dire que la pression soit augmentée, si par là vous voulez parler de la pression moyenne. Car si la pression diastolique artérielle est très élevée, la pression systolique est très diminuée. L'augmentation de la pression diastolique tient à l'énergie de la contraction du ventricule gauche hypertrophié, l'abaissement de la pression systolique à ce que les artères se vident par les deux bouts, par le bout capillaire, comme à l'état normal et par le bout central, le sang non retenu par les valvules insuffisantes refluant dans le ventricule.

Ces alternatives de déplétion et de réplétion que vous constatez par le doigt sur l'artère radiale, vous pouvez la constater par la simple inspection sur les carotides qui sont secouées à chaque systole par des battements transmis à toute la région.

L'augmentation de pression produite par la systole, succédant à un abaissement, fait que le système artériel reçoit à chaque ondée sanguine une sorte de coup de bélier qui amène son élongation; celle-ci se traduit par des flexuosités que vous pourrez facilement constater sur les artères temporales et de plus elles battent d'une façon exagérée.

Vous savez qu'à l'état normal chez des sujets qui ont certaines artères, telle que la temporale, superficielles et un peu flexueuses, on peut constater des pulsations isochrones aux battements du cœur.

Ceci ne tient nullement à la dilatation qui se produit à chaque diastole artérielle, elle est trop faible pour être ainsi perçue. La cause du phénomène est

le redressement de courbure de l'artère. Ce phénomène est singulièrement plus marqué lorsqu'il s'agit d'insuffisance aortique, d'abord parce que les artères sont plus flexueuses, et en second lieu parce que par le fait de la grande variation de pression qui se produit au moment de la systole et de la diastole de l'artère, leur extension sera beaucoup plus considérable.

Le phénomène est analogue à celui qui se produirait dans le redressement et l'affaissement d'un manomètre métallique qui serait soumis à de grandes et rapides alternatives de pression et de dépression.

Voyons maintenant les renseignements donnés par l'auscultation des artères. Je dois entrer dans quelques considérations théoriques que vous devrez avoir toujours à l'esprit, sans lesquelles il vous serait difficile de comprendre la pathogénie des souffles vasculaires et cardiaques.

Si vous supposez un tuyau de caoutchouc dans lequel s'écoule du liquide et que vous l'auscultiez sans produire de pression, vous n'entendrez aucun bruit particulier, mais si vous exercez une légère pression à l'aide d'un stéthoscope vous percevrez un souffle.

Il est attribué à ce que, par le fait du rétrécissement provoqué, il y a augmentation de pression en amont et diminution en aval ; autrement dit, il se produit un souffle toutes les fois que, dans une colonne liquide, il y a une variation brusque de pression en un point déterminé. Il est bien entendu que vous le produirez dans le cas précité, si au lieu d'exercer une pression avec le stéthoscope, vous déterminez un rétrécissement par tout autre procédé.

Ceci dit, il vous sera facile de comprendre pourquoi chez un sujet sain en comprimant par le stéthoscope une grosse artère telle que la fémorale, vous percevrez un souffle. Mais chez notre malade vous en percevrez deux se succédant rapidement, et ne pouvant être dissociés que par une oreille exercée. Le premier souffle est normal, il tient à ce que la pression est plus forte en amont, mais dans l'insuffisance, une fois ce premier souffle produit, par le fait du recul de la colonne sanguine qui retombe dans le ventricule la pression devient plus forte en aval : d'où un second souffle dû à une variation se produisant en sens inverse de la première. Vous me demanderez peut-être pourquoi ce double souffle est dit crural et s'il n'est pas perçu sur d'autres artères. Il est probable qu'il peut être provoqué dans tout l'arbre artériel. Mais il ne saurait guère être constaté facilement que sur la crurale. Les artères de la périphérie des membres sont trop peu volumineuses pour que les souffles qui y seraient provoqués par la pression soient perceptibles, et si vous explorez les carotides, vous serez fort empêché de reconnaître l'existence d'un double souffle, car il est toujours léger et serait masqué par les bruits et souffles du cœur.

Par la pression des doigts sur les carotides, vous percevrez chez notre malade un véritable thrill rappelant celui des anévrismes et qui n'est autre chose qu'un souffle perçu par le doigt, c'est-à-dire un frémissement reconnaissant le même mécanisme que les souffles du cœur, et les variations de la pression du liquide sanguin.

De pareilles variations de la tension sanguine ont également un retentissement sur la circulation périphérique et donnent lieu dans l'insuffisance aortique au phénomène connu sous le nom de pouls capillaire. A l'état normal, le réseau capillaire a de légers mouvements de déplétion et de replétion caractérisés comme les artères, mais singulièrement atténués et d'une constatation difficile.

Il n'en est plus de même dans l'insuffisance aortique où la déplétion et la replétion du système capillaire donnent lieu en certaines régions à des alternatives de pâleur et de rougeur en diverses parties du corps et en particulier dans le derme sous-unguéal.

Les troubles de circulation retentissent nécessairement sur tous les organes et en gênent le fonctionnement par des alternatives de congestion et d'anémie.

C'est ainsi que notre malade a des maux de tête, des vertiges et des bourdonnements d'oreille. Ces troubles céphaliques précèdent souvent les autres, car par l'effet de la pesanteur les organes de l'extrémité céphalique sont plus que d'autres exposés aux alternatives de congestion et d'anémie, par un mécanisme analogue à celui qui fait que le pouls de Corrigan est beaucoup plus accentué, si on le perçoit le bras du malade étant levé.

Actuellement ces troubles céphaliques et quelques palpitations sont les seuls signes subjectifs constatés chez notre malade. Il a aussi de l'essoufflement dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'il essaie de courir. Il peut cependant manœuvrer de grosses pièces de boucherie, autrement dit il est capable d'un grand effort pourvu qu'il soit peu prolongé ; mais soyez convaincu que peu à peu les troubles s'accentueront et que l'asystolie surviendra ; à quelle époque, je l'ignore. Cela dépend beaucoup de l'hygiène de notre malade. S'il vit doucement, tranquillement, ne demandant pas à son cœur plus qu'il ne peut donner, il peut vivre fort longtemps, et cela d'autant plus qu'il s'agit d'une insuffisance d'origine endocardique. Nous donnerons de bons conseils, parce que c'est notre devoir, mais nous n'avons pas d'illusion sur la façon dont ils seront suivis. Cet homme est garçon boucher et nous répondra qu'il est obligé de se livrer à de violents efforts pour gagner sa vie, il nous dira de plus que la sobriété lui est impossible parce que le vin donne des forces. Je commence à croire qu'il est inutile d'essayer d'enseigner à un ouvrier français cette vérité, que le vin, s'il n'est ingéré à petite dose, agit sur l'organisme comme un véritable poison, qu'il est une toxine développée sous l'influence d'un microbe qui est la levure.

Jusqu'à présent j'ai affirmé l'existence d'une insuffisance aortique par l'analyse des signes périphériques, afin de vous bien montrer qu'à eux seuls ils permettraient d'affirmer le diagnostic. Vous allez voir que dans ce cas particulier l'examen du cœur pourrait induire en erreur, s'il était seul pratiqué.

Le cœur est manifestement hypertrophié, la pointe bat dans le sixième espace intercostal, et son choc sur la paroi se perçoit dans une grande étendue. La matité précordiale est augmentée et l'hypertrophie

du cœur est considérable. Inutile d'insister sur tous ces signes classiques.

L'auscultation du cœur fait percevoir non pas un souffle diastolique caractéristique de l'insuffisance, mais un souffle présystolique. Si bien qu'au premier abord vous pourriez dire que l'examen périphérique indique une insuffisance aortique et l'examen central un rétrécissement mitral. Nous examinerons successivement si le souffle diastolique est nécessaire dans la maladie de Corrigan, et quelle est la signification du souffle présystolique.

Vous savez qu'à l'état physiologique, après la systole ventriculaire, le sang contenu dans l'aorte, sous l'influence de la pression due à l'élasticité artérielle, s'écoule vers les capillaires et retournerait dans le ventricule, s'il n'était arrêté par le redressement des valvules sigmoïdes. Si celles-ci sont insuffisantes, une partie du sang artériel reflue dans le cœur et ce reflux s'accompagne d'un souffle à timbre doux et aspiratif.

Le mécanisme de ce souffle est facile à comprendre si vous vous reportez à ce que j'ai dit précédemment, il est dû à une brusque variation de pression de la colonne sanguine, au niveau des valvules. Dans l'aorte la pression est forte, elle est de plus de 24 centimètres chez un malade comme le nôtre qui avait une pression de 24 au niveau de l'artère radiale; dans le ventricule elle est négative puisque le ventricule se dilate activement et exerce une véritable aspiration sur le liquide aortique. S'il est facile de comprendre le mécanisme de ce souffle, il est plus difficile de savoir pourquoi il manque dans certains cas, car notre fait, pour exceptionnel qu'il soit, n'est pas unique. En analysant les observations déjà publiées, il me semble que le souffle diastolique manque dans les insuffisances aortiques énormes et dans les insuffisances légères. Dans celles où les valvules sont presque détruites, la colonne sanguine ventriculo-aortique forme une colonne non rétrécie par le redressement des valvules et qui retombe dans l'intérieur du ventricule : il n'y a donc pas de point où il y ait une brusque variation de tension, et nous ne sommes plus dans les conditions physiques voulues pour la production du souffle. C'est ce qui a lieu chez notre malade où l'insuffisance aortique doit être énorme, étant donné le caractère très bondissant du pouls et la grosse hypertrophie du cœur.

En lisant les observations de maladie de Corrigan sans souffle caractéristique, qui ont été publiées par divers auteurs, on trouve des observations où anatomiquement l'insuffisance était petite. C'est que le souffle acquiert son maximum avec l'insuffisance moyenne, il peut ne plus être perçu dans les insuffisances énormes, comme nous venons de le dire, de même encore dans les insuffisances petites, car alors en raison de sa douceur il pourra très bien ne pas être perceptible.

Vous admettrez et vous rejetterez de ces théories ce que vous jugerez convenable, mais du moins retenez ce fait que l'insuffisance aortique peut exister sans qu'on perçoive le souffle qui la caractérise habituellement.

J'arrive maintenant au souffle présystolique dont je vous ai parlé. Il a été fréquemment constaté chez des malades atteints d'insuffisance aortique classique. On en a donné diverses explications. J'en ai personnellement présenté une que je vous demande la permission de rappeler.

Dans l'insuffisance aortique le ventricule est dilaté, il exerce de plus, lors de sa diastole, une aspiration énergique par le fait de son hypertrophie sur le sang auriculaire. Nous avons donc une tension forte dans l'oreillette, une tension négative dans le ventricule, nous sommes dans les conditions où se produit un souffle, et ce souffle sera nécessairement présystolique.

Chez notre malade ce souffle existe, il a été fréquemment observé en pareille circonstance ; ce qui n'est pas habituel, c'est de le constater en l'absence du souffle diastolique, c'est-à-dire d'observer un malade dont l'insuffisance aortique soit caractérisée, à l'auscultation du cœur exclusivement, par un souffle présystolique.

Avant de quitter ce sujet de l'auscultation du cœur, je dirai que notre chef de clinique, en qui j'ai pleine confiance, avait perçu un souffle diastolique d'insuffisance le jour de l'entrée du malade ; plusieurs jours après, l'auscultant pour la première fois, je ne l'ai pas perçu; il en fut de même les jours suivants. Je rappelle ce fait parce qu'il existe dans la science un certain nombre d'observations où le souffle en question a disparu à certains moments pour reparaître ultérieurement. Ces alternatives, que pour mon compte je n'ai jamais observées, doivent être liées à des variations de la pression sanguine.

Lorsque je dis que notre malade a une insuffisance énorme, vous êtes peut-être très frappé de la voir aussi gaillardement supportée ; c'est qu'il s'agit d'une insuffisance endocardique ordinairement moins grave que l'insuffisance d'origine artérielle. La raison en est assez simple.

La première est pour ainsi dire une maladie locale qui n'a qu'une influence mécanique sur la circulation mécanique du sang, tandis que la seconde est due à une lésion plus ou moins étendue du système artériel.

L'insuffisance d'origine endocardique reconnaît comme cause habituelle le rhumatisme articulaire aigu, tandis que l'insuffisance artérielle est ordinairement le fait d'une syphilis ancienne. Aussi ai-je pris l'habitude d'employer l'expression d'insuffisance type rhumatismale et d'insuffisance type syphilitique. Dans l'immense majorité des cas, il faut invoquer l'une ou l'autre cause; qui crée des formes nettement distinctes.

Jusqu'à présent je vous ai parlé des attaques antérieures de rhumatisme de notre malade, et cependant plusieurs d'entre vous pourraient m'objecter qu'il est entré dans le service non à cause de ses troubles cardiaques qu'il supporte assez bien, mais à cause de douleurs rhumatismales. En effet, il y a deux mois, il eut des douleurs dans les chevilles, mais contrairement à ce qui s'est passé dans ses crises rhumatismales antérieures, ses douleurs étaient légères, et ce ne fut que huit jours avant son entrée qu'il fut obligé de cesser son travail. A ce moment les articulations du genou, de la hanche, de la mâchoire, devinrent légèrement douloureuses.

Frappé de l'allure subaiguë de la maladie, nous pensâmes qu'elle pouvait bien avoir une cause spéciale, nous examinâmes l'urètre et nous trouvâmes qu'il sécrétait du pus. Il s'agissait d'une blennorragie chronique, dont le début remonterait à cinq ans. Ce rhumatisme blennorragique s'accompagna d'une fièvre légère (38 degrés), qui ne dura que vingt-quatre heures.

Je n'insiste pas sur ce rhumatisme spécial qui, à lui seul, mériterait de longs développements; qu'il nous suffise de dire qu'en faisant disparaître la cause, nous ferons disparaître l'effet.

IIe CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (1)

(*Bruxelles, 21-26 septembre 1908.*)

III

ANESTHÉSIE

L'anesthésie a fait l'objet de trois rapports.

Le premier sur l'ANESTHÉSIE LOCALE, dû à M. MAC ARTHUR (de Chicago), n'est pas encore paru; le second, confié au professeur REHN (de Francfort), traite de l'ANESTHÉSIE RACHIDIENNE, ses conclusions rencontreront sûrement l'assentissement de tous.

1. Les anesthésies élevées sont dangereuses et, dans l'état actuel de nos connaissances, peu recommandables.

2. Les tentatives faites en vue de localiser l'action des anesthésiques dans l'espace sous-arachnoïdien ont peu de chances de succès.

3. La rachianesthésie n'est pas à conseiller chez les enfants et les jeunes gens.

4. Des modifications dues à l'âge rendent la rachianesthésie moins dangereuse, par suite de l'épaisseur plus grande du sac glial, peut-être combinée à des processus de sclérose dans l'espace sous-arachnoïdien. L'anesthésie médullaire est donc surtout indiquée chez des sujets âgés.

5. L'anesthésie médullaire doit être pratiquée au moyen de tropacocaïne et avec les plus grandes précautions, suivant les règles prescrites par Bier et d'autres.

6. La rachianesthésie est contre-indiquée dans un certain nombre de maladies, surtout dans les cas de suppurations, d'artério-sclérose grave, de troubles du système nerveux central, peut-être également dans les tuberculoses étendues.

7. L'anesthésie lombaire ne doit être employée que pour remplacer la narcose par inhalation. Celle-ci, en cas de choix, mérite la préférence, parce qu'elle est susceptible d'un dosage plus exact.

8. L'anesthésie médullaire ne doit jamais être employée dans les cas où l'anesthésie locale ou l'anesthésie générale momentanée à l'éther (Aetherrausch) sont suffisantes. La nouvelle méthode d'anesthésie régionnaire de Bier par injection intraveineuse restreindra encore le domaine de la rachianesthésie (Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1908).

9. Le médecin ne doit jamais recourir à l'anesthésie lombaire sans le consentement du malade.

10. Pour établir la valeur de la rachianesthésie, telle que Bier la recommande actuellement, il est indispensable que tous les pays s'entendent pour établir une statistique globale. Cette statistique devrait envisager exactement toutes les conditions de quelque importance, notamment les suites soi-disant non dangereuses. Alors seulement, en nous basant sur un grand nombre de faits, nous pourrons formuler une opinion définitive.

Lorsqu'on recourt à l'anesthésie rachidienne, il faut noter que l'action d'un anesthésique dans l'espace sous-arachnoïdien dépend des conditions suivantes :

1° Technique exacte et précautions recommandées par des gens expérimentés tels que Bier et ses élèves. La ponction entre la première et la deuxième vertèbre lombaire doit être rejetée à cause du danger de blesser la moelle ;

2° Choix de l'anesthésique; garanties qu'il présente et son dosage ;

3° État anatomique de l'espace sous-arachnoïdien, travées arachnoïdiennes, niches, loges et quantité de liquide céphalo-rachidien :

4° Facteurs qui, indépendamment des conditions anatomiques, entravent ou accélèrent l'écoulement du liquide ;

5° Âge des patients; les sujets âgés supportent relativement mieux les lésions arachnoïdiennes.

Le rapport de M. VALLAS sur l'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE est, comme il fallait s'y attendre de la part du chirurgien lyonnais, un plaidoyer en faveur de l'éther dont le chloroforme ne ramasse que les rares contre-indications.

IV

CHIRURGIE DU RACHIS

Le rapport sur les TRAUMATISMES DU RACHIS a été élaboré par le professeur P. de QUERVAIN (de La Chaux-de-Fonds). Il donne lieu aux conclusions suivantes :

1. Nous ne connaissons aucun syndrome clinique attribuable à une commotion de la moelle épinière, c'est-à-dire à des troubles d'origine traumatique purement fonctionnels, excluant toute lésion anatomique.

2. Nos moyens de diagnostic actuels nous permettent, dans la plupart des cas, de faire avec une certitude presque complète la distinction entre une lésion partielle et une lésion totale, si l'on tient compte du moins du résultat de l'examen de la colonne vertébrale. Il existe toutefois des cas de lésion partielle présentant pendant les premières heures, voire même les premiers jours, tous les symptômes d'une lésion totale.

3. La loi de Bastian-Bruns, de la disparition défi-

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 108, p. 1288.

nitive des réflexes tendineux dans les lésions totales traumatiques de la moelle chez l'homme, se trouve confirmée dans la presque totalité des cas, dans ce sens du moins que la *présence* de ces réflexes exclut la lésion totale avec une certitude presque absolue. L'*absence* de ces réflexes, par contre, ne saurait prouver l'existence d'une lésion totale que dans les cas où elle est persistante. On constate, par contre, assez fréquemment la suppression passagère des réflexes tendineux dans des lésions partielles. Cette suppression s'est déjà vue prolongée au delà de huit jours.

4. La nature des troubles nerveux ne permet pas de distinguer entre la compression et la contusion médullaires. Les conclusions tirées à ce sujet de la nature de la lésion vertébrale ne sortent pas non plus du domaine des probabilités. La distinction entre l'hémorragie extra-médullaire et l'hématomyélie est plus aisée, mais point infaillible encore.

5. D'après les expériences faites sur les chiens et lapins adultes, ni les fibres, ni les cellules nerveuses de la moelle ne sont susceptibles de se régénérer, car on a constaté tout au plus un commencement de formation de fibres nerveuses dans la cicatrice ou le long de la dure-mère non lésée, l'un et l'autre sans importance pour le rétablissement fonctionnel. Le résultat fonctionnel publié par MM. Stewart et Harte d'une suture médullaire suivie de succès est resté isolé jusqu'à présent et ne saurait justifier des conclusions valables aussi longtemps que nous ne disposons pas d'un examen anatomique.

6. Les traumatismes rachidiens ne sont nullement comparables, au point de vue des indications opératoires, aux traumatismes du crâne.

7. Ni l'hémorragie extradurale, ni l'hématome intradural ne fournissent, en règle générale, une indication opératoire, à moins qu'une compression de la partie moyenne de la moelle cervicale par un hématome, sans contusion concomitante de la moelle, diagnostic fort malaisé à poser, ne mette en danger la vie du malade par des troubles respiratoires progressifs. L'opération tardive est indiquée par la résorption incomplète de l'hématome.

8. *L'opération doit être proscrite* dans tous les cas où les symptômes parlent en faveur d'une hématomyélie.

9. *L'intervention précoce est indiquée* :

a. Quand les troubles nerveux doivent être attribués, d'après l'examen clinique, à la fracture d'un arc ;

b. Quand, dans une lésion par arme à feu, l'examen radiographique démontre la présence du projectile dans le canal rachidien.

10. *L'intervention précoce peut être utile*, sans présenter, toutefois, beaucoup de chances de succès :

a. Quand, dans une fracture avec dislocation, la réduction non sanglante de la dislocation a échoué et que le patient présente les signes d'une lésion partielle (résultat favorable en cas de compression entre corps et arc, utilité nulle en cas de contusion) ;

b. Quand, dans une lésion par arme à feu, le projectile ne se trouve plus dans le canal médullaire (résultat bon en cas de compression par une esquille osseuse, mauvais en cas de contusion ou section partielle de la moelle).

11. *L'intervention tardive est indiquée* :

a. Si, dans les cas précités (9 et 10), l'intervention précoce n'a pas été exécutée et que les troubles nerveux ne s'améliorent pas spontanément ;

b. S'il survient, dans une lésion partielle, une aggravation ultérieure des symptômes (compression par un cal, notamment dans les fractures par compression).

12. *L'opération était proscrite*, jusqu'à présent, dans tous les cas de *lésion totale nettement établie.* Cette règle serait profondément modifiée si les succès de la suture médullaire se confirmaient. Elle ne serait plus valable alors que pour les sections totales de la région cervicale. Ici, en effet, la restitution viendrait trop tard pour éviter l'issue fatale.

Dans toutes les lésions totales situées plus bas, par contre, la suture pourrait être tentée, à condition que la moelle ne soit pas détruite sur une étendue trop grande. Les essais devraient donc être faits avant tout dans les cas de lésions par armes tranchantes et par armes à feu. On n'en exclura cependant pas absolument les contusions très nettement limitées (cas Briggs).

13. L'examen ultérieur systématique des sujets ayant subi la laminectomie devra nous renseigner sur le degré d'innocuité de cette intervention au point de vue de l'apparition de troubles tardifs attribuables à l'opération. Cet examen devra tenir compte du procédé opératoire, afin de permettre l'étude de la valeur comparative des différentes méthodes.

14. L'étude d'une statistique collective (218 cas) réunissant intégralement les bons et les mauvais cas nous fournit les résultats suivants :

Guéris............	13,8 p. 100,	dont 10,5 p. 100 visiblement influencés par l'intervention chirurgicale.
Améliorés.........	22 p. 100,	dont 16 p. 100 visiblement améliorés par l'intervention chirurgicale.
Restés sans changement............	37,2 p. 100.	
Influencés défavorablement.........	1,8 p. 100.	
Morts tôt après l'opération.........	25,2 p. 100.	

C'est M. Bérard (de Lyon) qui étudie les TUMEURS DU RACHIS; il le résume dans les lignes suivantes :

Le traitement chirurgical des tumeurs du rachis a donné jusqu'ici, pour les cas envisagés dans leur ensemble, des résultats thérapeutiques extrêmement variables, avec une mortalité opératoire de 40 à 50 p. 100. Toutefois, les beaux succès obtenus à la suite des opérations précoces, notamment pour les tumeurs méningées de la région dorsale, et, d'autre part, l'échec de toute thérapeutique médicale, ainsi que l'évolution fatale de ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes, commandent les indications suivantes :

1° Tout malade présentant un syndrome qui peut

relever d'une tumeur rachidienne doit être soumis aussitôt que possible à l'examen simultané du médecin et du chirurgien;

2° Tout diagnostic de tumeur rachidienne, primitive, isolée, sans déformation angulaire de la colonne et sans paraplégie flasque, avec une localisation approximativement faite du néoplasme, commande l'opération immédiate, même et surtout si les troubles nerveux n'en sont encore qu'au stade radiculaire Mieux vaut être conduit à une laminectomie exploratrice large, intéressant quatre ou cinq arcs vertébraux, que d'attendre les signes, segmentaires et de conduction, fournis par la compression de la moelle, car ces signes correspondent déjà à des lésions médullaires qui ne rétrocéderont pas toujours.

L'opération sera faite en un temps, avec une incision de la dure-mère, si la tumeur n'est pas rencontrée sous les lames vertébrales;

3° Les tumeurs qui s'accompagnent de déformations graves de la colonne, celles qui ont des prolongements solides extravertébraux, celles qui évoluent d'emblée avec des signes médullaires rapidement progressifs, sont d'un pronostic opératoire beaucoup plus mauvais; elles ne donnent au chirurgien que des succès minimes et rares. Il ne faut opérer les tumeurs à syndrome médullaire d'emblée que si elles se traduisent par des signes précis de localisation limitée. Trop souvent, pour cette catégorie de faits, l'intervention ne sera que palliative; elle se bornera à la libération temporaire de la moelle ou à la résection des racines. Devant une paraplégie flasque avec absence de réflexes, il faut toujours s'abstenir.

4° Si le diagnostic est hésitant entre une tumeur de la moelle et un mal de Pott, le malade sera soumis aux épreuves habituelles (tuberculine, ophtalmo-séroréaction) et surtout au traitement par l'immobilisation et l'extension continue, qui neuf fois sur dix atténuera les symptômes pottiques. Si l'on hésite entre une tumeur et des lésions de méningite ou de myélite chroniques limitées, la laminectomie exploratrice sera indiquée; en effet, certains kystes de méningite localisée ont été très améliorés ou guéris par l'opération; pour une myélite ou une syringomyélie, il n'y a rien à perdre; pour une tumeur, il n'y a pas d'autre chance de guérison.

V

HERNIES

Le docteur ALESSANDRI (de Rome), au lieu et place du professeur BASSINI, a été chargé du rapport sur le TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUINALE.

Après un court exposé des indications et des contre-indications du traitement radical de la hernie inguinale, de la mortalité opératoire et de l'anesthésie, le rapporteur fixe les deux points fondamentaux sur lesquels doit se baser tout procédé opératoire rationnel, savoir : 1° l'excision du sac le plus haut possible et sans infundibulum résiduel; la reconstitution d'une paroi complète et résistante.

Il passe en revue les différents procédés opératoires et les manœuvres spéciales, tant dans les cas ordinaires que dans les cas d'exception. Il examine spécialement les procédés qui visent au but de la cure radicale d'une façon méthodique, particulièrement celui de Mac Even et semblables, ceux de Kocher et de Bassini.

Ce dernier est exposé en détails avec indications des principales modifications suivant les différentes formes de hernie, notamment l'abolition du trajet inguinal, le refoulement du cordon, la transposition dans les différents plans de la paroi, les procédés plastiques pour des cas spéciaux.

Le rapport étudie enfin le matériel et la technique des sutures, la durée du séjour au lit de l'opéré, etc.

Quelques courtes pages constituent le rapport de M. HILDEBRAND (de Berlin), sur la HERNIE CRURALE.

Toutes les méthodes opératoires qui fixent la partie médiane du ligament de Poupart à la portion horizontale du pubis sont suffisantes, dit-il, que la fixation ait lieu par des points séparés par un surjet en bourse ou au moyen de clous, etc. Ce n'est que dans des cas particuliers de hernies très larges ou bien chez des individus faibles et mal nourris que d'autres méthodes peuvent être indiquées, telles que la plastique pratiquée au moyen de la partie supérieure du pectiné ou à l'aide du périoste. Dans chaque cas, il convient de repérer exactement les plans anatomiques de façon à faire une suture tout à fait exacte. Il y a lieu, avant tout, de pratiquer une ablation élevée du sac.

Il y a lieu de favoriser les selles avant et après l'opération; il faut de même éviter, dans la mesure du possible, les vomissements et la toux. A ce titre, il faut veiller à une narcose soigneuse et pratiquer éventuellement l'anesthésie locale ou l'analgésie lombaire.

Les HERNIES OMBILICALES font l'objet du rapport du professeur FRAENKEL (de Vienne).

« En ce qui concerne les hernies congénitales de la région ombilicale et un grand nombre de hernies acquises, il s'agit en partie d'arrêts de développement et de persistance de certains états embryonnaires, en partie de prédispositions anatomiques qui provoquent, sous des influences occasionnelles, l'apparition de la hernie. Chez l'adulte, la hernie ombilicale n'est pas un état nouvellement acquis, mais bien l'apparition d'une disposition latente, dont le traumatisme constitue le facteur déterminant. Les cas, qui sont déjà nettement visibles avant la chute du cordon, doivent être, le plus souvent, opérés. Chez les nourrissons, il convient de lutter contre les causes favorisantes (catarrhe intestinal, phymosis, etc.); en même temps on cherche à exclure l'anneau herniaire par des bandages en sparadrap. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'opération devient alors nécessaire, comme dans les cas où la hernie est apparue plus tôt, où l'anneau herniaire est large avec des parois peu épaisses, dans les cas survenus plus tardivement, mais avec anneau étroit menaçant un étranglement. Chez l'adulte, si la hernie occasionne des troubles, qu'elle soit volumineuse ou pas, il faut pratiquer l'opération. Pour les hernies grosses, sans danger d'incarcération, sans adhérences du contenu au sac et n'occasionnant pas de douleurs, les bandages peuvent maintenir le *statu quo*. Mais en géné-

ral, le chirurgien doit considérer ces hernies, comme toutes les autres, comme une infirmité, curable encore spontanément dans l'enfance, mais justiciable d'une intervention chez l'adulte. A ce point de vue, l'opération sera précoce, de façon à écarter tout danger d'étranglement et à ne pas augmenter les difficultés techniques qui croissent avec le volume de la hernie. Les méthodes techniques les plus simples sont les meilleures. La suture en étage assure une guérison durable et le procédé de Championnière est recommandable.

La CURE RADICALE DE LA HERNIE CHEZ L'ENFANT donne lieu, de la part du docteur LORTHIOIR (de Bruxelles) aux considérations suivantes :

1. Toute hernie chez un enfant, quels que soient son âge et son sexe, doit être opérée. Seules les affections aiguës peuvent retarder le moment de l'opération.

2. Le bandage herniaire inguinal est contre-indiqué ; il présente, relativement à l'opération, de graves inconvénients.

3. En principe, la cure radicale doit avoir pour but d'exciser le sac herniaire aussi haut que possible. La ligature du sac est inutile et la réfection du canal inguinal l'est également, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels.

4. La réunion de la peau par les agrafes de Paul Michel constitue un progrès considérable dans la technique opératoire des enfants. Chez les sujets très dociles, on peut enlever les agrafes dès le deuxième jour ; chez les autres, le troisième ou le quatrième, exceptionnellement le cinquième jour.

5. Le pansement est inutile, même nuisible, il doit être supprimé.

M. KALLIONZIS (d'Athènes) décrit dans son rapport tous les procédés opératoires en usage pour la cure radicale de la hernie inguinale, et il conclut que la reconstitution antéfuniculaire de la paroi, d'après les différentes modifications et le procédé de Bassini, sont les deux méthodes opératoires les plus en honneur à l'heure actuelle pour la cure radicale de la hernie inguinale ; quant aux résultats thérapeutiques éloignés, comparés entre eux par l'application des différents procédés qu'il décrit, il ne peut rien dire de certain, étant donné qu'aucun chirurgien n'a plus revu tous ses opérés. Cependant tout porte à croire, d'après les documents publiés, que le Bassini donne le minimum de récidive. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCES DES 7 ET 14 SEPTEMBRE 1908)

Virulence des bacilles dans ses rapports avec la marche de la tuberculose pulmonaire. — MM. RODET et DELANOË, dans le but de déterminer, aussi exactement que possible, le rôle important qui revient à l'inégale virulence des bacilles dans la marche si variable de la tuberculose pulmonaire, ont recueilli des bacilles chez le plus grand nombre possible de tuberculeux et en ont dosé la virulence.

Deux faits saillants ressortent de cette étude : 1° La virulence des divers bacilles s'est montrée très inégale. Sur le lapin, les différences ont été très tranchées depuis les bacilles déterminant à la fois des lésions locales et de graves lésions pulmonaires jusqu'à ceux qui ne provoquent même pas de lésions locales tout en étant susceptibles de tuberculiser le cobaye. Sur le cobaye les bacilles se sont encore distingués nettement les uns des autres par la rapidité de l'infection.

Le parallélisme entre la virulence des bacilles pour le cobaye et leur virulence pour le lapin, sans être absolue, n'est cependant pas complètement en défaut.

2° Il existe une relation manifeste entre la virulence des bacilles et la marche des cas d'où ils proviennent.

La concordance est à peu près parfaite pour les degrés extrêmes de l'échelle. Elle est moins rigoureuse pour les degrés intermédiaires.

Les auteurs formulent ainsi les enseignements qui se dégagent de leurs recherches :

L'organisme humain, attaqué par un bacille tuberculeux très actif, subit presque toujours une infection à marche rapide ; contre les bacilles très virulents (du moins reçus en quantité suffisante et par une voie favorable), il ne sait pas se défendre efficacement.

Sous l'action d'un bacille peu virulent, au contraire, il ne réalise jamais que des infections chroniques.

C'est en présence des bacilles de virulence moyenne que s'accusent les différences individuelles.

En fin de compte, pour expliquer la marche si variable de la tuberculose pulmonaire, il ne suffit pas d'invoquer la résistance individuelle, l'inégalité du terrain ; il est nécessaire de faire la part la plus large à la virulence du bacille infectant. Et, si l'on songe en outre à l'influence du nombre des bacilles, de la répétition des infections, à l'influence aussi de l'état d'immunité qui peut succéder à une première atteinte, simulant une résistance initiale, il paraît permis de conclure que, en matière d'évolution de la tuberculose pulmonaire, le facteur virulence prime le facteur prédisposition.

Sur l'intra-dermo-réaction à la tuberculine chez les animaux. — MM. MOUSSU et MANTOUX adressent une note sur ce sujet.

L'intra-dermo-réaction consiste à injecter dans l'épaisseur de la peau une quantité dosée de tuberculine. On obtient ainsi chez les animaux les mêmes réactions positives sans aucun trouble, ni élévation de température, ni perte de lait chez les vaches laitières.

En résumé, la recherche de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine nous paraît plus simple, plus pratique, moins dangereuse dans ses effets ultérieurs que l'injection sous-cutanée, dont elle conserve cependant tous les avantages. Elle n'a pas les inconvénients des ophtalmo- et cuti-réactions et n'expose pas aux mêmes erreurs.

C'est une méthode qui nous semble devoir se substituer aux autres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Procès-verbaux des séances du IIe Congrès des praticiens (Lille, 1908). — Ce volume vient de paraître et sera envoyé contre remboursement de la somme de 4 francs, sur demande adressée à l'Imprimerie L. Danel, 93, rue Nationale, à Lille.

NOTES POUR L'INTERNAT

CROSSE DE L'AORTE

DÉFINITION. — On donne ce nom au premier segment de l'aorte, en raison de la vaste courbe que décrit ce vaisseau autour du tube du poumon gauche. La crosse de l'aorte commence au niveau de l'orifice du ventricule gauche, elle finit à la quatrième vertèbre dorsale, là où l'artère change de direction pour descendre verticalement; dans la première partie de son trajet, la crosse monte d'abord obliquement, puis verticalement; dans sa deuxième partie, elle se dirige horizontalement de droite à gauche et d'avant en arrière.

GÉNÉRALITÉS. — La crosse de l'aorte forme un cylindre incurvé sur lui-même; le diamètre de ce cylindre est d'environ 27 millimètres : son calibre n'est pas absolument régulier, il décroît à partir du point où le tronc émet de grosses branches. Toutefois cette diminution n'est pas en rapport avec le volume de ces branches; à la terminaison le calibre est de 18 à 20 millimètres. Il est classique de mentionner avec *Stahel* un rétrécissement siégeant immédiatement en aval de l'origine de la sous-clavière gauche : d'après cet auteur, le rétrécissement serait dû à ce que la crosse vient de changer de direction. On trouve encore des dilatations qui sont le *sinus de Valsalva*, à l'orifice même répondant aux valvules sigmoïdes, puis le *grand sinus de l'aorte* que l'on observe à l'union des portions ascendante et horizontale; elle est plus marquée chez les sujets âgés.

TRAJET. — En sortant du ventricule gauche l'aorte se dirige en haut, en avant et à droite. Obliquement ascendante, après un trajet de 3 à 5 centimètres, elle se redresse légèrement et prend une direction verticalement ascendante, puis elle se recourbe, devient horizontale, et se dirige ainsi d'avant en arrière. Cette position horizontale n'est pas rectiligne, elle décrit une courbe à concavité droite et postérieure, embrassant la trachée et l'œsophage; en résumé, la crosse de l'aorte décrit un axe de cercle très fermé dont les deux extrémités sont distantes de 4 à 7 centimètres.

DÉVELOPPEMENT. — Primitivement, il existe un tube artériel unique se détachant de la base du cœur : ultérieurement à l'intérieur du vaisseau apparaît la *lame spirale de Tonge* qui le cloisonne et ainsi l'artère pulmonaire est antérieure par *rapport* à l'aorte postérieure, mais souvent dès la fin du premier mois de la vie intra-utérine le tronc artériel, issu du cœur, émet une série d'arcs vasculaires : les arcs aortiques. Ceux-ci montent parallèlement les uns au-dessous des autres sur les parties latérales du cœur, pour aller former ensuite au niveau de la paroi postérieure les aortes descendantes. On compte six arcs se numérotant de haut en bas, mais il y a développement inégal suivant le côté considéré; d'autre part, il y a migration thoracique des arcs inférieurs. Qu'il suffise de rappeler qu'à gauche, le quatrième arc devient crosse aortique. A droite, artère sous-clavière. *Chaput, Cannieu* ont fait observer que les récurrents d'abord horizontaux croisent symétriquement la face inférieure des sixièmes arcs aortiques, mais cette disposition ne tarde pas à se modifier; à gauche, le sixième arc forme le canal artériel; à droite, le sixième et le cinquième arc s'atrophient. Ce qui explique le passage du récurrent droit autour du quatrième arc, c'est-à-dire la sous-clavière droite, tandis qu'à gauche, pour Cannieu, le quatrième arc formerait le ligament artériel, la crosse dérivant dès lors du troisième arc : quoi qu'il en soit, la sous-clavière gauche apparaît comme un vaisseau indépendant bourgeonnant de la paroi de la crosse de l'aorte.

DESCRIPTION. — L'*origine* du vaisseau est marquée par l'orifice aortique régulièrement arrondi, d'une circonférence de 70 millimètres chez l'homme, de 64 millimètres chez la femme, au niveau du ventricule gauche, en avant et à droite de l'orifice auriculo-ventriculaire du même côté. L'axe de l'orifice se dirige en haut et à droite et un peu en arrière comme celui de la portion ascendante de la crosse aortique. A cet orifice sont annexées trois valvules sigmoïdes : de ces trois valvules l'une est placée en avant et à droite, l'autre en avant et à gauche, le troisième en arrière; les valvules sont plus épaisses dans leur portion adhérente : la portion flottante est constituée par un simple repli endo-cardique; elle peut être perforée; à l'union des deux zones d'épaisseur différente on voit parfois sur la face pariétale des petits replis villeux. Sur le bord libre de chaque valvule existe un nodule dit d'*Arantius*.

RAPPORTS. — A. *Dans sa portion ascendante*, l'artère est en rapport : 1° avec le *péricarde séreux*, puis avec le *péricarde fibreux*, ce dernier remontant plus haut que la formation séreuse. Celle-ci forme une gaine complète à l'aorte et à la pulmonaire; mais sur l'aorte, la gaine est beaucoup plus développée; elle atteint l'origine du tronc brachio-céphalique, elle a, suivant les classiques, 7 centimètres de hauteur. Ainsi enveloppée, l'aorte, par sa face postérieure, détermine avec la face antérieure des oreillettes un canal prismatique à section triangulaire, bien décrit par Theile et qui depuis Henle est désigné sous le nom de *sinus transverse*. On doit rattacher à la séreuse aortique des formations spéciales. En avant de la portion ascendante, c'est le *pli de Concatto*; puis en dehors, c'est un diverticule péricardique entre la veine cave supérieure et la crosse aortique, expliquant d'après Luschka les troubles de la circulation veineuse dans certaines péricardites; en outre, les *plis semi-lunaires* de Ryndfleisch en forme de croissant, qui embrassent dans leur concavité la convexité de l'aorte; ils résultent vraisemblablement de ce que le feuillet viscéral de la séreuse moins élastique que les tuniques de l'aorte, revient plus difficilement sur lui-même que ces tuniques; 2° quand la séreuse a cessé d'exister, l'aorte est encore en *rapport avec le péricarde fibreux* dont le sommet tronqué répond aux gros troncs artériels avec lesquels une partie des fibres péricardiques se confondent. Le sommet du péricarde a la forme d'une circonférence irrégulière, dont le point le plus élevé répond à la face postérieure du tronc artériel brachio-céphalique. En somme, dans la portion descendante de la crosse, il faudra distinguer deux segments : l'un entoure le péricarde séreux, c'est l'*intra-péricardique* proprement dit; l'autre l'*extra-péricardique* (en rapport avec le péricarde fibreux).

a. *Le segment intra-péricardique*. — L'aorte occupe le segment moyen ou vasculaire de la face antérieure du cœur; au-dessus du segment ventriculaire, au-dessous et en avant de la face antérieure des oreillettes. En **avant** de l'aorte, ce sont : l'auricule droite à l'aspect strié ayant deux prolongements, l'un supérieur, volumineux, de forme conique, l'autre inférieur (appendice de His); l'auricule gauche, en forme de crête de coq, est dilatée à son extrémité libre et reliée à l'oreillette par une partie rétrécie qui lui forme une sorte de pédicule; les auricules sont reliées par des fibres ou ligaments interauriculaires qu'il faut sectionner pour apercevoir l'origine de l'aorte. A **gauche**, l'artère *pulmonaire* oblique à gauche, en haut et en arrière, décrit une courbe à concavité dirigée à droite et en arrière, qui semble entourer l'aorte en pas de vis; entre les deux troncs artériels on trouve des tractus conjonctifs ou vincula aortæ; ce sont en outre des rameaux artériels venus de l'artère graisseuse de Vieussens, quelques vésicules et des nerfs dépendant du plexus coronaire gauche antérieur; à **droite**, l'aorte est en rapport avec la face interne de l'auricule droite; en **arrière**, l'artère est séparée de la face antérieure de l'oreillette gauche par le canal séreux de Theile. Autour de l'aorte, de nombreuses veines dites périaortiques forment plexus.

b. *Le segment extra-péricardique*. — C'est par l'intermédiaire du péricarde fibreux que la crosse prend contact avec les organes voisins; on ne peut donc parler que de rapports médiats; en **avant**, il faut d'abord recliner le cul-de-sac pleural antérieur droit, puis on rencontre une masse graisseuse toujours développée, vestige du thymus; les veines sont abondantes et semblent relier la circulation thoracique à celle du péricarde.

Chez l'enfant, le thymus descendait jusqu'à la cinquième côte; à **droite**, la veine cave supérieure répond au bord droit du sternum; la veine décrit une ligne courbe à concavité droite qui se moule sur la saillie de l'aorte; elle est en même temps oblique en bas et en arrière; en **arrière** de la portion ascendante on trouve le pédicule du poumon droit; les veines pulmonaires supérieure et moyenne sont en avant et au-dessous

des artères correspondantes au niveau du hile ; elles restent toujours antérieures.

L'artère pulmonaire droite se dirige transversalement un peu d'avant en arrière ; elle chemine au-dessus du bord supérieur de l'oreillette droite ; elle est longue de 5 à 6 centimètres ; on trouve encore des ganglions lymphatiques appartenant aux groupes sus et sous-bronchiques de Baréty ; à gauche, la portion ascendante n'a aucun rapport important, elle va contribuer à former la limite droite de la loge du ganglion du cœur, elle est masquée par les expansions des ligaments sterno-péricardiques supérieurs et par des veines médiastinales toujours développées. (*A suivre.*)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires à itinéraires fixes.* — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 110. — SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1908. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 23 septembre 1908. — Question donnée : « Anatomie descriptive des voies biliaires extra-hépatiques. »

MM. Trousset, 18 ; Tartois, 18 1/2 ; Vazeux, 17 ; J.-B. Vincent, 12 ; Vincant, 11 ; Emile Wallon, 10 ; Toulière, 16 ; Albert Vacher, 3 ; Weill, 2 ; Vincentelli, 17 ; Zernatti, 4 ; Vidal, 5 ; Dentier, 10 ; Vaquette, 11 ; Thouvenin, 16 ; Toulouse, 12 ; Toupance, 10 ; Tuloup, 7 ; Stepanoff, 16.

Séance du 24 septembre. — Question donnée : « Tronc cœliaque et ses branches. »

MM. Périn, 17 1/2 ; Meaux Saint-Marc, 19 ; Mlle Noskoff, 12 ; MM. Paillard, 15 ; Narcy, Nahan, Philip et Percepied, 16 ; Mora, 14 ; Monprofit, 7 ; Petit-Dutaillis, 17 ; Louis Petit, 13 ; Péan, 1/2 ; Mlle Miannée de Saint-Firmin, 11 ; MM. Monceau, 13 ; Plaisant, 11 ; Poisvert, 9 ; Meyerson, 13 ; Plumey, 4 ; Michaniewski, 3 ; Papadato, 6 ; Meugé, de Nabias, 15.

La prochaine séance (deuxième série de la deuxième moitié) aura lieu le samedi 26 septembre, à quatre heures et demie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de la Guerre a décerné une médaille d'or à M. le médecin-major de première classe Guibal (A.-R.) pour le dévouement dont il a fait preuve au cours des épidémies de 1906-1907-1908.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Dans son assemblée générale, la Société internationale de chirurgie a nommé M. Lucas-Championnière comme président du IIIe Congrès en 1911.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° *Chirurgie du poumon* ;

2° *Traitement des colites graves* ;

3° *Diagnostic et traitement des pancréatites.*

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ALIMENTATION. — Il se tiendra cette année à Gand, du 7 au 9 novembre, un Congrès international de l'alimentation.

La cotisation pour les adhérents qui n'habitent pas la Belgique est de 5 francs. S'adresser pour tous renseignements au secrétaire général-trésorier du Congrès, M. Paul van Thorenburg-Vanréable, rue Porte-aux-Vaches, 25, à Gand. Le Congrès sera divisé en 11 sections :

Ire section. — Eaux potables. Eaux minérales. Eaux gazeuses et limonades.

IIe section : Lait et produits de la laiterie. Graisses et huiles alimentaires.

IIIe section : Farines et dérivés. Produits de la boulangerie, pâtisserie, confiserie et chocolaterie.

IVe section : Viandes. Volailles. Poissons. Œufs. Légumes. Fruits. Conserves.

Ve section : Vins. Spiritueux. Alcools.

VIe section : Bière. Malt. Houblon. Levure.

VIIe section : Sucres et denrées coloniales.

VIIIe section : Hygiène et alimentation générale.

IXe section : Falsifications, méthodes d'analyse.

Xe section : Législation. Répression des fraudes. Enseignement.

XIe section : Commerce et industrie. Transports et douanes. Production et statistique. Appareils et procédés.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-huitième semaine, 783 décès, au lieu de 750 pendant la semaine précédente et de 776, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques présentent toutes des chiffres inférieurs à la moyenne de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, la rougeole 1, la coqueluche 2, la diphtérie, 2.

La diarrhée infantile a causé 56 décès de 0 à 1 an, au lieu de 49 pendant la semaine précédente (moyenne 61).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 82 décès, au lieu de 76 pendant la semaine précédente (moyenne 80).

La phtisie pulmonaire a causé 179 décès (la moyenne est 176).

ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE DENTAIRE. — Le docteur Siffre, professeur à l'Ecole dentaire, reçoit à sa clinique,

2, rue Huyghens, à Paris, les confrères désirant exercer l'art dentaire.

Droit de stage, 100 francs par mois, comprenant : clinique et dentisterie opératoire tous les jours, de neuf heures à midi; laboratoire de prothèse tous les jours de deux à six heures.

RENSEIGNEMENTS

PENSIONS VIAGÈRES. — L'Association des médecins du département de la Seine (fondation Orfila) dispose actuellement de plusieurs pensions viagères réservées à ceux de ses membres qui ont acquitté au moins douze cotisations consécutives, et à qui l'âge ou la maladie interdisent l'exercice de leur profession.

Prière d'adresser les demandes avant le 6 octobre à M. le docteur Barth, secrétaire général de l'Association, 2, rue Saint-Thomas-d'Aquin, Paris.

DONATION MOULIN. — La bourse d'internat dans un des lycées de Paris, fondée par M. le docteur Moulin en faveur du fils d'un médecin français sans fortune, est actuellement vacante.

Prière d'adresser les demandes, avant le 6 octobre, à M. le docteur Barth, secrétaire général de l'Association du département de la Seine, 2, rue Saint-Thomas-d'Aquin, à Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie et aux Échelles du Levant, ou vice versa.* — La Compagnie délivre toute l'année des carnets, individuels ou collectifs, de 1re, 2e et 3e classes pour effectuer, à prix réduits, des voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux suivants : 1° Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, État (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, Sfax-Gafsa; 2° sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale de transports maritimes à vapeur; 3° sur les lignes maritimes ci-après, desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou comptés pour 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des quatre Compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des Messageries maritimes et par ceux de l'une quelconque des trois Compagnies de navigation.

Validité. — Les carnets sont valables pendant quatre-vingt-dix jours, à compter du jour du départ, ce jour non compris; mais ils sont valables cent vingt jours lorsqu'ils comportent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des Messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demandes de carnets. — Les demandes de carnets peuvent être adressées aux chefs de toutes les gares des réseaux participants; elles doivent leur parvenir cinq jours au moins avant la date du départ.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIX, n° 8, 20 août 1908.) John C. MUNRO : Ce que le public a le droit de réclamer des chirurgiens. — Horace D. ARNOLD : Les courants de haute fréquence et le traitement des maladies du cœur (avec 2 tableaux et 2 tracés). — C. C. BECKLEY : Etude sur les cas limite d'insuffisance mentale. — W. N. BULLARD : Etude sur les degrés les plus élevés d'insuffisance mentale. — C. O. KEPLER : Description d'un cas de kyste dermoïde du canal de Nuck avec une revue de la littérature sur ce sujet. — (N° 9, 27 août.) Philip Coombs KNAPP : Un hôpital de maladies mentales et les salles de psychiatrie et neurologie. — Vincent Y. BOWDITCH : Remarques sur l'état présent du traitement de la tuberculose par le sanatorium. — Julius FRIEDENWALD : La gastromyxorrhée continuelle ou intermittente (avec 1 tableau). — G. M. RANDALL : L'insuffisance rénale. L'importance de son diagnostic précoce (avec 1 tableau).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 38, 20 sept. 1908.) LAGRANGE : De la sclérecto-iridectomie dans le glaucome chronique. — LAFITE-DUPONT : Hypertension artérielle et hypertension labyrinthique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 38, 20 sept. 1908.) AUCHÉ : La contagion interhumaine de la fièvre typhoïde.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 37, 12 sept. 1908.) DURET : Ictère et pancréatite. — (N° 38, 19 sept.) DELFOSSE et SABLÉ : A propos d'un cas d'abcès froid thoracique communiquant avec une excavation pulmonaire observé chez une fillette de dix ans.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 38, 17 sept. 1908.) BOUCHÉ : Diagnostic et pronostic de l'épilepsie essentielle.

Lyon médical. — (N° 38, 20 sept. 1908.) MOUISSET et PETITJEAN : Anémies graves (*suite*).

Montpellier médical. — (N° 36, 6 sept. 1908.) RAUZIER : Aperçu synthétique sur la pathologie et la thérapeutique générales du vieillard. — (N° 38, 13 sept.) RAUZIER : Aperçu synthétique sur la pathologie et la thérapeutique générales du vieillard (*suite et fin*). — Mlle Debora IDELSOHN : Opération précoce dans l'appendicite.

Nord médical. — (N° 335, 15 sept. 1908.) G. LEMOINE : Traitement des bronchites chroniques; traitement des bronchites fétides. — SAVOIZE : Médications par les ferments métalliques ou solutions des métaux colloïdaux.

Revue de chirurgie. — (N° 9, 10 sept. 1908.) ESTOR et MASSABUAU : Les prétendus kystes branchiogènes multiloculaires du cou (4 fig.). — GUIBÉ : Gangrène du rectum d'apparence spontanée. — JACOB et TRÉNEL : Tuberculose herniaire à forme sacculaire (1 fig.). — VEYRASSAT : L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical (11 fig.).

Revue de médecine. — (N° 9, 10 sept. 1908.) LANDOUZY et LAEDERICH : Sur une forme subaiguë de phtisie septicémique. — BERNHEIM : Doctrine de l'aphasie. Comment je la comprends. Rôle de l'élément dynamique (2 grav.). — LÉPINE : Etude sur l'encéphalite subaiguë curable des tuberculeux. — RAVIART, BRETON et PETIT : Réaction de Wassermann et aliénation mentale.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 17, 15 sept. 1908.) TÉCHOUEYRES : Note sur la parenté du bacille d'Eberth et du coli.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA HANCHE A RESSORT
OU MALADIE DE PERRIN-FERRATON

Par René HORAND,
Chef de travaux à la Faculté de médecine de Lyon.

I

Définition. — La *hanche à ressort*, ou maladie de Perrin-Ferraton, est caractérisée par un phénomène tel, que la marche chez les malades qui en sont atteints s'accompagne d'un bruit anormal, d'une sorte de *claquement*, bruit sec et bref, *entendu à distance* et se passant au niveau de la hanche.

II

Historique. — La connaissance de cette curieuse affection est de date, en somme, toute récente, car cette maladie n'a été réellement étudiée, que dans ces dernières années. Les deux premiers cas publiés l'ont été en France ; ils sont dus à Maurice Perrin et à Ferraton. C'est donc bien à la France que revient encore la priorité dans l'étude de cette nouvelle maladie. Le cas de Perrin est le premier connu, bien qu'il ait été présenté à la Société de chirurgie de Paris, *en 1859*, comme étant une luxation du fémur et que ce soit sous cette rubrique qu'il ait été cité dans l'article « Hanche » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre.

Cette observation de Perrin avec l'interprétation que lui avait donné Morel-Lavallée était restée longtemps à l'état isolé, et il faut arriver jusqu'en 1905, pour retrouver un cas analogue, relaté par un médecin militaire français Ferraton. Ce fut Ferraton qui donna, en 1905, le nom de *Hanche à ressort* à la nouvelle maladie qu'il crut avoir découverte et qu'il baptisa ainsi. Son observation est très complète ; les symptômes, l'étiologie et la pathogénie y sont très bien exposés : c'est donc justice de l'appeler maladie de Perrin-Ferraton, ou Hanche à ressort, bien que ce soit en réalité Morel-Lavallée qui en ait trouvé le premier la véritable pathogénie.

Quoi qu'il en soit, les deux premières observations passèrent inaperçues, malgré la retentissante discussion de la Société de chirurgie, au sujet de l'observation de Perrin et il fallut cette fois encore que cette nouvelle maladie nous revînt d'Allemagne, pour que nous nous décidions à croire à son identité.

En 1906, H. Braun, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Gœttingue, à propos du diagnostic différentiel des luxations volontaires de la hanche, mentionne une affection particulière du muscle grand fessier, qui se traduit par une sorte de glissement des fibres antérieures de ce muscle au-devant du grand trochanter, s'accompagnant du même bruit caractéristique, qui se produit dans la luxation volontaire du fémur, avec cette différence essentielle que, dans l'espèce, la tête fémorale ne quitte nullement la cavité cotyloïde. Mais ce ne fut qu'après les travaux de Bayer, professeur à Prague *en 1907*, et surtout après les deux nouveaux faits relatés par Kouznetzov, professeur de Varsovie *en 1907*, que l'attention du monde scientifique fut définitivement attirée sur cette nouvelle entité morbide et qu'elle vint prendre rang dans les descriptions des auteurs.

Tout récemment Nélaton communiqua à l'Académie (séance du 5 novembre 1907) sous le nom de « Hanche à ressort » une observation de luxation de la hanche, qui se produisait chaque fois que la cuisse se mettait en flexion sur le bassin et en rotation en dehors. S'agit-il d'un nouveau cas de hanche à ressort vraie, il est permis d'en douter, puisque dans la hanche à ressort vraie, comme nous le verrons plus loin, la tête fémorale ne se déplace absolument pas.

En septembre 1907, un article documenté de la *Semaine médicale* tombé sous les yeux de Horand père lui rappela une observation de son service remontant à 1874, alors qu'il était chirurgien en chef de l'Antiquaille, et qu'il n'avait pu interpréter jusque-là d'une manière satisfaisante. Son observation, retrouvée, fut publiée dans le *Lyon médical*, en décembre 1907 (p. 1130).

En 1908, M. le professeur Jaboulay voulut bien nous communiquer deux nouvelles observations de hanche à ressort qu'il a rencontrées dans sa pratique chirurgicale. Ce qui porte à *sept* le nombre des observations authentiques de hanche à ressort connues jusqu'à ce jour.

III

Étiologie. — A en juger par le laps de temps qui s'est écoulé entre le cas de M. Perrin et celui de Ferraton, on pourrait croire que la hanche à ressort constitue une anomalie extrêmement rare, « une simple curiosité pathologique ». Mais la vérité est qu'elle a dû plus d'une fois passer inaperçue, rester méconnue ou confondue avec une luxation récidivante du fémur. En réalité, la hanche à ressort est plus fréquente qu'on n'est porté à le croire.

La preuve en est que, depuis la publication du mémoire sus-mentionné de Braun, qui a attiré l'attention sur ce point, cinq nouveaux cas de hanche à ressort ont été relatés dans l'espace de quelques mois. Quatre sont relatifs à des militaires de vingt et un à vingt-deux ans. Deux concernent des jeunes filles de vingt-deux ans, un autre une fillette de onze ans. Peut-on de ces observations déduire quelques conclusions étiologiques ?

Les *causes prédisposantes* sont : 1° l'*âge* du malade, la hanche à ressort se rencontre de préférence chez les jeunes gens, de dix à vingt-cinq ans. C'est une affection *acquise*. Nous croyons cependant avoir observé une hanche à ressort chez une fillette de six ans, qui présentait une trémulation spéciale du grand trochanter avec un bruit bizarre pendant la marche, rappelant le bruit que fait la tête fémorale réduite dans la cavité cotyloïde d'une luxation congénitale ; cette malade ne présentait pas la claudication spé-

ciale de la luxation congénitale et surtout n'avait pas de flexion de la cuisse. Quoi qu'il en soit, n'ayant pu suivre cette malade, nous n'affirmerons point la hanche à ressort congénitale.

Le *sexe* ne semble pas jouer un grand rôle dans la genèse de cette affection ; parmi les observations que nous avons pu recueillir, on ne trouve pas de prédilection pour tel ou tel sexe. Le malade de Perrin était un garçon de dix ans, celui de Ferraton en avait vingt-deux.

La *constitution* doit jouer un certain rôle : c'est pourquoi on rencontrera de préférence la hanche à ressort chez un sujet bien musclé, mais maigre ou amaigri.

De même la *profession* du malade ou son rang social a une influence. Ce sont généralement des militaires ou des nerveux, des simulateurs, qui en sont atteints.

La *race* importe peu; sur les six cas publiés jusqu'à ce jour, trois ont été observés en France (Perrin, Ferraton, Horand), un à Prague (Bayer), deux à Varsovie (Kouznetzov).

Tantôt c'est le *côté* droit, tantôt le côté gauche qui est le siège de la hanche à ressort.

Dans les antécédents des malades on ne trouve rien de bien remarquable. La malade de Horand avait eu de l'entérite, des poussées de conjonctivite phlycténulaire et un abcès au dos de la main gauche.

On peut se demander si les maladies antérieures jouent un rôle dans la genèse de cette nouvelle maladie. Nous ne pouvons encore le dire.

L'hygiène défectueuse, le surmenage physique, la fatigue corporelle, une marche forcée, une ascension fatigante (Bayer), le rhumatisme (Ferraton), mais surtout le traumatisme (Perrin, Horand, Kouznetzov), ont été notés dans les observations publiées. Dans quatre cas, le trauma incriminé avait porté au niveau de la région de l'articulation coxo-fémorale, soit qu'il s'agisse d'un traumatisme direct sur l'article lui-même, soit qu'il s'agisse d'une chute sur la hanche (Horand). Cette étiologie est d'autant plus importante à connaître qu'elle a pu induire en erreur le chirurgien. C'est précisément le fait de voir se développer l'affection, après un trauma, qui a conduit à la confondre avec une luxation spontanée du fémur et il a fallu des circonstances particulières pour connaître sa véritable nature. C'est également à la suite d'un violent traumatisme qu'un simulateur découvrit *ce truc* et essaya dès lors de s'en servir pour apitoyer ses semblables et réclamer une indemnité à une compagnie de chemin de fer (Jaboulay). Chez une hystérique réséquée du genou, c'est pendant la convalescence, à la suite d'un mouvement brusque, en se levant, qu'elle produisit le premier claquement dont elle se servit dès lors pour simuler une grave infirmité (Jaboulay).

IV

Pathogénie. — En se basant uniquement sur les faits cliniques, on peut déjà affirmer que les cas qui méritent réellement le nom de hanche à ressort ne sont pas dus à une luxation de la hanche, mais bien à une lésion musculaire pure.

Cette interprétation ne fut pas toutefois sans soulever, dès la présentation du premier malade connu de Maurice Perrin, de vives discussions qui, par les noms mêmes des chirurgiens ayant participé à ces débats (Bouvier, Chassaignac, Morel-Lavallée, Jarjavay), méritent d'être rappelées.

Lorsque Maurice Perrin présenta à la Société de chirurgie de Paris son malade militaire âgé de vingt-deux ans comme étant atteint d'une luxation de l'articulation coxo-fémorale, luxation que le malade produisait et réalisait *à volonté*, il trouva une telle opposition, parce que quelques membres de la Société s'étaient trouvés en désaccord avec lui, sur le degré de raccourcissement de l'extrémité lors de la déformation, qu'une commission fût nommée, afin de vérifier séance tenante les faits. Bouvier, Chassaignac, Morel-Lavallée et Jarjavay furent désignés pour pratiquer cet examen de concert avec Perrin.

A la fin de la même séance (1), Bouvier déclara qu'aucun des quatre membres de la commission ne croyait à l'existence d'une luxation, mais que les opinions différaient quant à l'interprétation positive des cas. Bouvier lui-même était enclin à admettre la formation d'une loge accessoire, à côté de la cavité cotyloïde, la secousse brusque avec bruit lui paraissant difficile à comprendre, sans un certain déplacement de la tête fémorale.

Chassaignac cherchait à expliquer le bruit et la secousse par un déplacement brusque du tenseur du *fascia lata*. Morel-Lavallée estimait que le bruit entendu était *produit par le glissement brusque au-devant du grand trochanter d'un tissu musculaire.* Afin de vérifier l'hypothèse de Chassaignac, Morel-Lavallée entreprit d'ailleurs, dans la suite, une série d'expériences. Il se rendit compte ainsi que ni le muscle tenseur du *fascia lata*, ni l'aponévrose n'étaient en jeu dans le phénomène en question. Mais, ajoutait-il, il n'en est pas de même *du muscle grand fessier dont les fibres antérieures passent au-devant du grand trochanter.*

C'est donc à Morel-Lavallée que revient l'honneur d'avoir trouvé la véritable explication de la prétendue luxation volontaire du fémur. Mais cette interprétation si nette, si précise de Morel-Lavallée ne devait être vérifiée qu'en 1905 seulement, c'est-à-dire quarante-six ans plus tard, par un médecin militaire français, Ferraton. C'est à ce dernier que revient le mérite d'avoir vu *in vivo* la cause même du claquement caractéristique, de l'avoir attribuée *au ressaut du grand fessier sur le grand trochanter*, bien qu'ignorant le travail antérieur de Morel-Lavallée.

Le malade de Ferraton était un militaire, âgé de vingt-deux ans, qui lui avait été adressé comme atteint de subluxation récidivante de la hanche droite; il remarqua que son malade, à l'occasion de certains mouvements de la cuisse sur le bassin, présentait au niveau du grand trochanter un brusque ressaut accompagné d'une sorte de déclanchement sensible à la main et perceptible sous forme de claquement sec entendu à distance. Ferraton, intrigué, crut à

(1) Bouvier. *Semaine médicale*, 1907.

une intervention chirurgicale légitimée par une gêne fonctionnelle accusée par le malade.

Il constata alors qu'au moment précis du ressaut, le *trochanter s'enfonçait dans le grand fessier dénudé* et que ce ressaut ne se produisait plus lorsqu'on soulevait avec le doigt la bande de fibres antérieures du muscle, empêchant de la sorte la sangle musculaire de glisser, puis de sauter par-dessus l'apophyse.

En 1907, la même vérification a été faite par le professeur Bayer, de Prague, chez une jeune fille de vingt-deux ans qui, depuis neuf mois, se plaignait d'un bruit particulier avec sensation douloureuse, se produisant au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche.

Dans ce cas, Bayer, ayant cru lui aussi devoir intervenir, se rendit compte que le bruit était dû à un relâchement du tendon du muscle grand fessier, relâchement qui permettait aux *fibres antérieures de ce muscle de glisser au-devant du grand trochanter.*

Gangolphe aurait constaté plusieurs fois le ressaut du grand fessier, sous le doigt, dans le cas de hanche à ressort. Il est regrettable qu'il n'ait pas publié ses observations.

Quoi qu'il en soit, en analysant les diverses observations connues jusqu'à ce jour, en se basant sur ce fait important que, sans connaître l'observation ancienne de Perrin, ni la discussion à laquelle elle avait donné lieu, Ferraton a fait *in vivo* une constatation directe, qui confirme pleinement l'interprétation qu'avait fournie Morel-Lavallée ; à l'heure actuelle, on peut considérer que le mécanisme du phénomène en question est nettement établi. La hanche à ressort est due à un ressaut du bord antérieur du grand fessier, passant en avant du grand trochanter.

En résumé, la *théorie articulaire* de Maurice Perrin se trouve sérieusement compromise.

La *théorie musculaire*, au contraire, est celle qui a le plus de crédit aujourd'hui ; elle semble justifiée par l'analyse des faits publiés au cours de ces dernières années. C'est donc la théorie musculaire de Morel-Lavallée qu'il faut accepter.

V

Anatomie pathologique. — Reste à savoir pourquoi ce ressaut se produit tout à coup, serait-ce une contracture du grand fessier? un spasme de ce muscle? ou un relâchement musculaire comme certains l'ont prétendu? Nous ne pouvons rien affirmer, mais il se pourrait qu'il s'agisse d'une contraction énergique simple et volontaire du grand fessier. Car Perrin avait déjà remarqué que le *malade se fatigue vite*, que *l'effort musculaire qui l'a produit s'épuise* et *le bruit disparaît.*

Ferraton s'était demandé si ce ressaut fessier trochantérien était dû à une augmentation de volume, partielle ou totale du grand trochanter, à un épaississement de la bourse séreuse sous-fessière ou à une hypertrophie du grand fessier? Une petite intervention chirurgicale, légitimée par les douleurs que le malade *prétendait* éprouver, au niveau de l'apophyse fémorale, intervention mettant à nu le grand fessier, trochanter et séreuse, ne décela *aucune lésion ni conformation particulière*, mais permit de voir le trochanter au moment du ressaut s'enfoncer sous le grand fessier dénudé et de constater que le ressaut ne se produisait plus lorsqu'on soulevait avec le doigt la bande des fibres antérieures du muscle, empêchant de la sorte la sangle musculaire de glisser, puis de sauter par-dessus l'apophyse. C'est la preuve que la *contraction volontaire* entre en jeu dans le mécanisme de ce phénomène ; rappelons à ce propos que M. le professeur Jaboulay a noté la *simulation* dans la pathogénie de ce trouble fonctionnel.

Chirurgie expérimentale. — Sur le cadavre il est possible de réaliser ce phénomène et de contrôler ainsi la découverte de Morel-Lavallée et de Ferraton. Il suffit de disséquer la région trochantérienne d'un sujet *bien musclé*, mais peu gras, et de mettre à nu le bord antérieur du grand fessier, puis de déterminer des mouvements de flexion et d'extension forcées de la cuisse, combinés à des mouvements de rotation en dedans *ou en dehors* de la cuisse, pour voir le ressaut du grand fessier (et même du tenseur du fascia lata) se produire sur le grand trochanter, si l'on arrive à tendre suffisamment le grand fessier, on obtient même le *claquement* pathognomonique.

VI

Symptômes. — *Début.* — Le malade jeune, ayant de dix à vingt-deux ans [♂ dix ans (Perrin), ♀ onze ans (Horand), ♂ vingt-deux ans (Ferraton), ♀ vingt-deux ans (Bayer), ♂ vingt et un ans (Kouznetzov)], était bien conformé, doué d'une bonne constitution, n'avait jusque-là ressenti aucune faiblesse, dans les extrémités inférieures, en particulier au niveau de l'articulation coxo-fémorale, lorsqu'il subit en général un traumatisme assez violent, au niveau de la cuisse, tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche. Pour les uns ce fut un simple choc, pour les autres une luxation coxo-fémorale (?). D'autres malades ont été exposés à un grand traumatisme, accident de chemin de fer, ou réséqué du genou (Jaboulay). D'autres ont été soumis à un surmenage, une marche forcée, une ascension fatigante dans la montagne ; quoi qu'il en soit, c'est généralement en faisant un mouvement brusque d'*adduction forcée et de rotation du pied en dehors* que les malades déterminent un bruit anormal, particulier, s'accompagnant parfois d'une sensation douloureuse.

Rarement le début de l'affection est lent. La malade de Horand racontait, à son entrée à l'Antiquaille (12 août 1874), que cinq mois auparavant, à la suite d'une chute sur le côté (gauche), elle avait ressenti des douleurs dans la hanche, douleurs assez intenses pour nécessiter le repos au lit.

En outre, elle s'aperçut bientôt qu'à chaque pas qu'elle faisait, il se produisait dans la hanche un bruit sec semblable à celui que détermine le frottement de deux corps durs l'un contre l'autre : « le bruit », disait-elle, « était perceptible à l'oreille des personnes avoisinantes. »

Mais, comme nous l'avons dit, le début est généralement plus dramatique, plus soudain.

Etat. — Le bruit produit, une première fois, on pourrait dire le *truc*, découvert le malade pourra le reproduire à volonté indéfiniment.

L'*attitude* du malade varie assez de l'un à l'autre pour qu'on ne puisse en décrire une comme caractéristique.

En présentant son malade à la Société de chirurgie, Perrin faisait remarquer que si l'on priait cet homme de produire sa luxation (car nous avons dit qu'il croyait à ce mécanisme), il pouvait s'y prendre de deux manières, mais que toutes deux concourraient au même but, à savoir : placer le membre dans une *adduction prononcée*.

α. Ou bien la cuisse droite prenait un point d'appui sur le sol, restait immobile et alors le *bassin s'inclinait* (le cotyle abandonnait la tête fémorale);

β. Ou bien le corps reposait sur la jambe gauche et la cuisse était portée directement dans l'*adduction forcée*.

Dans l'un comme dans l'autre cas, *cette première disposition étant prise, il suffisait d'un effort approprié pour que la tête fémorale* (sortît et) *fasse entendre même à distance le bruit si caractéristique* qui accompagne la réduction d'une luxation.

Tout en affirmant que l'on retrouvait dans ce cas la plupart des signes qui appartiennent à la luxation du fémur en arrière, M. Perrin soulignait cette particularité que « *l'examen du malade doit être rapide*, car à mesure que l'*effort musculaire* qui a produit la luxation s'épuise, les signes de la déformation s'effacent et bientôt la tête rentre sans bruit et sans secousse ».

Le malade de Ferraton, soldat de vingt-deux ans, à l'occasion de certains mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin, présentait au niveau du grand trochanter un brusque ressaut, accompagné d'une sorte de déclanchement, sensible à la main de l'observateur, étendue à plat sur la région trochantérienne et perceptible à l'oreille, sous forme d'un claquement sec entendu à distance.

Ce ressaut était provoqué à volonté par le sujet *couché ou debout* et se manifestait également pendant la marche. On pouvait aussi le reproduire en imprimant à l'articulation coxo-fémorale des mouvements passifs. Dans tous les cas le phénomène apparaissait dans des conditions toujours identiques : une première fois lorsque la cuisse étendue dans la rectitude *était fléchie*, une deuxième fois lorsque la cuisse étant reportée en extension arrivait tout *près de la rectitude*.

En d'autres termes, le ressaut était double; il existait un *ressaut de flexion* et un *ressaut d'extension*. Il est à remarquer que, dans cette observation très complète de Ferraton, on trouve noté qu'au moment où se produisait le ressaut de flexion on voyait et l'on sentait la saillie du grand trochanter s'enfoncer sous une bande élastique correspondant au bord antérieur du grand fessier, tandis que, au moment où survenait le ressaut d'extension, le grand trochanter sortait d'au-dessous de cette même saillie.

Bayer a remarqué qu'à l'occasion de certains mouvements et en particulier des *mouvements de rotation* de la cuisse et *de tension des muscles fessiers* le bruit en question pouvait être produit activement, *même dans la position couchée*. A l'examen, l'articulation coxo-fémorale paraissait absolument normale, tous les mouvements tant actifs que passifs y étaient parfaitement conservés. Pendant la rotation active, on entendait un bruit rappelant le frottement sous-scapulaire, si l'on appliquait en même temps la main à plat sur le grand trochanter, on avait la sensation que ce bruit siégeait non dans la jointure, mais dans les parties molles comprises entre le grand trochanter et la peau.

Kouznetzov, dans un de ses cas, a noté également que le « choc » caractéristique, qui se produisait à l'occasion de certains mouvements, était dû à un déplacement du muscle grand fessier, et que la main posée à plat sur la région trochantérienne percevait nettement, au moment de la contraction du grand fessier, le mouvement de ressaut des fibres antérieures de ce muscle au-devant du grand trochanter.

Horand père a observé que la marche s'accompagne d'un bruit anormal, d'une *sorte de craquement*, d'un bruit sec semblable à celui que font deux surfaces osseuses dénudées qui s'entrechoquent. Ce bruit s'entend à distance et l'on constate, en outre, *une trémulation du grand trochanter très apparente*.

Au repos, le membre inférieur est tenu dans l'adduction et la rotation en dedans; toutefois cette position peut être quittée spontanément. Tous les mouvements provoqués sont possibles et ne déterminent aucune douleur, sauf cependant les mouvements de circumduction, qui sont un peu pénibles et moins étendus.

Pendant les mouvements imprimés on entend assez rarement le bruit indiqué, alors que pendant la marche il est très accusé et continuel. *Il en est de même de la trémulation du grand trochanter*.

Le choc sur le genou ne détermine pas de retentissement douloureux dans la hanche. Il n'existe ni allongement ni raccourcissement. Le bassin n'est pas entraîné avec le membre dans les mouvements. Le méplat fessier est effacé. *Le bord inférieur de la fesse semble plus bas que celui du côté opposé*. Il y a abaissement du pli fessier.

M. le professeur Jaboulay a pu observer deux malades atteints de hanche à ressort. Un malade âgé de vingt-cinq à trente ans, qui avait été victime d'un accident de chemin de fer et réclamait une indemnité à la Compagnie, marchait courbé en deux à angle droit.

A chaque pas, il faisait avec une hanche un bruit que l'on entendait à distance comme si deux os ressautaient l'un sur l'autre. Ollier et Levrat, nommés experts, très intrigués au début, finirent par conclure à une *hanche à ressort* après avoir pris connaissance des travaux faits sur ce sujet par Morel-Lavallée. Ils firent des expériences sur le cadavre et attribuèrent le ressaut au passage brusque d'un tendon, bord antérieur du grand fessier, sur le grand trochanter. L'un d'eux arriva même à reproduire sur lui ce bruit dans un certain effort, à volonté. Les deux experts conclurent à la *simulation*.

Une jeune fille de vingt à vingt-cinq ans, Mlle M..., qui avait été réséquée du genou par Ollier pour une arthrite névralgique, fit ensuite une fois guérie des accidents bizarres du côté de la hanche correspondante. Lorsqu'elle était debout et qu'elle appuyait le

pied à terre, le membre se plaçait en rotation en dedans, et le trochanter remontait ou semblait remonter par rapport au bassin. Le membre se plaçait ainsi dans l'attitude d'une luxation de la hanche en arrière, d'une luxation iliaque à laquelle *il manquait cependant la flexion de la cuisse*, car le membre restait dans l'attitude verticale. Puis la malade se couchait et une fois étendue, elle faisait elle-même, en s'aidant du pied du membre sain, la *rotation en dehors du membre* réséqué qui, *en passant à l'attitude directe*, faisait un bruit intense dans la région de la hanche, bruit sec, claquant comme deux morceaux de bois qui tapent l'un contre l'autre.

Ce déplacement de la hanche pouvait être produit à volonté, réduit et corrigé de même. La malade était une nerveuse.

En résumé, il résulte de l'analyse de toutes ces observations que le tableau clinique du malade atteint de hanche à ressort peut être synthétisé ainsi.

A l'inspection de la région de la hanche :

1° Le malade, *étant couché*, est tantôt en attitude normale, tantôt il tient sa jambe en adduction forcée et en rotation en dedans ; la trémulation, le ressaut peuvent passer inaperçus surtout si l'on fait faire au malade des mouvements passifs. Cependant le ressaut peut être vu et le bruit entendu dans certains cas et pendant les mouvements volontaires de rotation de la jambe en dehors ;

2° Le malade *étant debout et immobile, au repos*, on ne notera aucune déformation de la hanche, sauf quelquefois un léger abaissement du pli fessier ;

3° *Le malade étant debout, pendant les mouvements sur place* et actifs de la hanche intéressée, on remarquera à l'occasion de certains mouvements un ressaut, une trémulation au niveau du grand trochanter. Lorsque les malades *veulent* produire le bruit pathognomonique sur place, sans marcher, étant hanchés sur la jambe, siège du phénomène, ils peuvent faire de la rotation du corps en dehors, avec une légère *flexion du tronc du côté opposé;* mais généralement cette première attitude étant prise, ils font de la rotation brusque du corps en dedans (du côté opposé) avec flexion du tronc du côté opposé.

Certains malades peuvent faire deux bruits dans un mouvement d'aller et de retour du grand trochanter en dessous et en dehors du bord antérieur du muscle grand fessier.

Le malade peut encore se tenant sur la jambe saine porter directement la jambe, siège du phénomène, dans l'adduction forcée ; puis il fait un mouvement brusque de rotation en dehors du pied de ce dernier côté et replace la jambe dans l'attitude directe.

4° *Pendant la marche*, les uns font simplement de la flexion exagérée en avant du tronc sur la jambe, siège du phénomène, avec un peu de rotation du pied en dehors ; les autres, étant hanchés sur la jambe saine, tiennent la jambe, siège du phénomène, dans la rectitude sans flexion ; dans un premier temps ils la mettent en adduction forcée et en rotation en dedans, puis brusquement ils la portent en abduction et en rotation en dehors, en se hanchant du côté du phénomène.

A la palpation de la région trochantérienne, le malade étant *debout ou couché*; au repos, on ne sentira aucune déformation articulaire, osseuse ou musculaire ; la tête fémorale et le trochanter seront trouvés à leur place.

Pendant les *mouvements passifs* d'extension de flexion forcée, de circumduction ou de rotation en dedans ou en dehors, on peut ne rien sentir, ou un ressaut léger ; mais si le malade vient à faire des *mouvements volontaires*, tels que la cuisse étant primitivement en adduction et en rotation en dedans on sentira, la main étant bien posée à plat sur le grand trochanter, la trémulation, le ressaut du bord antérieur du grand fessier sur le grand trochanter, au moment de la rotation du pied en dehors et de l'abduction.

On remarquera que l'on ne peut qu'assez difficilement produire le ressaut et le bruit de déclanchement à moins que le malade n'y mette du sien, ne contracte volontairement son grand fessier.

La *pression*, la *percussion* ne sont généralement pas douloureuses.

La *radioscopie et* la *radiographie* montreront l'intégrité de l'articulation de la hanche.

Les *symptômes fonctionnels* sont très variables.

D'aucuns n'ont remarqué aucune gêne fonctionnelle, d'autres ont insisté sur une gêne, une douleur assez vive au moment du ressaut fessier trochantérien. « La malade ne peut s'appuyer sur le membre inférieur sans éprouver de vives souffrances. La marche est très pénible, provoque de la claudication, et pour faire quelques pas la malade se tient au lit » (Horand père).

La malade de C. Bayer (de Prague), jeune fille âgée de vingt-deux ans, se plaignait depuis neuf mois d'un bruit particulier avec sensation douloureuse se produisant au niveau de l'articulation coxo-fémorale (gauche). « Ce phénomène se montra la première fois brusquement à la suite d'une ascension fatigante dans la montagne. Depuis lors la marche était devenue douloureuse et la jambe (gauche) se fatiguait rapidement. »

La *marche* de la maladie semble capricieuse.

Dans certains cas, livrée à elle-même, elle peut guérir, comme elle peut être sujette à récidive.

La malade de Horand avait vu, avant son entrée à l'hôpital de l'Antiquaille, après un repos de trois semaines, une amélioration telle qu'elle put se lever et le bruit qu'elle avait remarqué avait disparu ainsi que les douleurs provoquées par le mouvement. La guérison persistait depuis quatre mois, lorsque, étant à genoux sur un banc, la malade retomba de nouveau (sur le côté gauche). A la suite de cette chute, les douleurs réapparurent ainsi que les craquements, et comme ces accidents persistaient, elle rentra à l'Antiquaille.

La *durée* de l'affection, ou mieux de ce trouble fonctionnel, paraît indéterminée ; s'il s'agit d'un simulateur, il cessera quand il voudra.

Les *complications* ne sont pas à redouter.

La *terminaison* peut se faire par guérison spontanée, mais généralement elle n'apparaît qu'avec l'aide du médecin et plus généralement du chirurgien.

Le *diagnostic* de hanche à ressort est très simple à faire *actuellement*, si l'on en connaît l'existence.

Il suffit donc d'y penser pour rechercher les signes caractéristiques de cette curieuse maladie et éliminer une série d'autres affections qu'elle *simule*.

On conçoit l'embarras des chirurgiens, il y a trente ans, pour se prononcer au lit d'un malade. Le récit qu'en fait Horand est intéressant. « Après un examen minutieux avec mon interne, ne pouvant faire un diagnostic ferme, je prie mes collègues de l'Antiquaille, ainsi que plusieurs jeunes confrères, candidats à un prochain concours de chirurgie, d'examiner la malade. Tous restèrent indécis, de telle sorte que ne sachant à quelle affection on avait affaire, on prononça le nom de coxalgie hystérique. » D'autre part, nous avons relaté la célèbre discussion de la Société de chirurgie, d'où a jailli la lumière, la connaissance de l'exacte cause de ce nouveau trouble morbide.

Les deux faits observés par Kouznetzov, professeur extraordinaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Varsovie, et se rapportant à des soldats de vingt et un ans, qui furent envoyés à l'hôpital militaire Oniazdovsky afin d'élucider la question de leur aptitude au service militaire, en sont aussi une preuve; on les crut atteints de luxation récidivante de la hanche. Tous les deux présentaient du côté de l'articulation coxo-fémorale l'un à gauche et l'autre à droite des troubles que plusieurs chirurgiens faisant partie de la commission de recrutement considérèrent comme liés à une luxation volontaire du fémur, tandis qu'un examen plus approfondi et plus suivi démontra nettement l'absence de toute luxation et permit de se rendre compte que là encore le « choc » caractéristique qui se produisait à l'occasion de certains mouvements était dû à un déplacement du muscle grand fessier.

Aujourd'hui, cette hésitation, bien pardonnable jadis, ne doit plus exister.

Remarquons donc bien tout d'abord que, dans les différents cas publiés, les auteurs ont tous insisté sur ce fait que l'affection simulait à s'y méprendre une luxation volontaire récidivante du fémur (Perrin, Ferraton, etc.); le malade de Ferraton, lui aussi, âgé de vingt-deux ans, lui avait été adressé à l'hôpital militaire d'Oran, comme atteint d'une subluxation récidivante de la hanche droite ; c'est donc avec la luxation qu'il faut se garder de confondre ce nouveau trouble fonctionnel.

On se souviendra que cette nouvelle maladie est caractérisée par un *ressaut brusque* du grand fessier au niveau du grand trochanter, s'accompagnant d'un bruit pathognomonique, sec, fort, sorte de déclanchement, de claquement entendu à distance, s'accompagnant ou non d'une douleur au niveau de la hanche et gênant la marche.

Il faudra pour établir un diagnostic ferme examiner le malade dans diverses positions. On se basera sur la constatation directe à l'inspection et au palper d'un mouvement de glissement du muscle grand fessier sur le grand trochanter, lors de la production du bruit caractéristique.

La main étant posée à plat sur la région, on pourra aisément se rendre compte que ce claquement a pour siège non pas l'articulation coxo-fémorale, mais les parties molles du plan superficiel. Le malade place d'abord sa jambe en adduction forcée, puis en rotation en dehors et abduction.

A la radioscopie, il sera même possible d'apprécier très nettement sur le vif le va-et-vient du grand trochanter sous le bord antérieur du muscle grand fessier au moment précis du bruit. Il importera en outre de constater que les rapports entre le grand trochanter et la ligne de Roser-Nélaton restent normaux et que le trochanter ne se déplace pas en haut au moment où se produit le bruit pathognomonique.

La *radiographie* devra toujours être faite, elle permettra d'éliminer la luxation ou la subluxation coxo-fémorale, comme elle le fit pour le malade de Ferraton, où elle démontra que le grand trochanter et la tête étaient bien à leur place.

En général, une étude un peu approfondie du malade permettra de mettre hors de cause l'articulation coxo-fémorale; toutefois on se souviendra que la subluxation récidivante de la hanche ou une subluxation spontanée du fémur ou une luxation congénitale pourraient induire en erreur le praticien.

Dans le cas de hanche à ressort, le malade étant au repos, il n'y a pas de flexion de la cuisse, et l'on sait qu'il ne peut y avoir de luxation sans flexion (Jaboulay).

L'absence de tout déplacement de la tête fémorale constatée à plusieurs reprises, et dans les attitudes diverses du malade, permettra d'éviter cette erreur.

On ne confondra pas la hanche à ressort avec une arthrite aiguë, subaiguë, chronique ou sèche, l'absence de douleur coxo-fémorale spontanée ou nocturne, ou à la percussion sur le grand trochanter ou le talon, l'absence de gonalgie, de ganglions (signe de coxalgie), la conservation de tous les mouvements avec leur amplitude normale, l'absence du signe de Bonnet (abduction douloureuse), l'absence de craquements articulaires (dépoli synovial), la non-distension de la synoviale articulaire, en somme tous ces signes négatifs feront pencher pour une hanche à ressort avec ses deux signes pathognomoniques, le ressaut et le bruit de déclanchement.

Bayer avait d'abord pensé à une inflammation de la bourse séreuse sous-fessière avant son intervention chirurgicale au cours de laquelle il fut à même de se rendre compte que le bruit en question était dû à un relâchement du tendon du muscle grand fessier, relâchement qui permettait aux fibres antérieures de ce muscle de glisser au-devant du grand trochanter. Ce diagnostic d'inflammation de la bourse séreuse sous-fessière sera aujourd'hui vite éliminé par la constatation des signes que nous avons énumérés et l'absence de crépitation dans la bourse ou les bourses séreuses péritrochantériennes.

La *trochantérite* s'accompagne de douleur au niveau du grand trochanter, la région est le siège d'une inflammation, elle est chaude, tendue, douloureuse; les mouvements, surtout les mouvements volontaires, sont très douloureux, la station debout est souvent impossible, la contraction des muscles pelvitrochantériens réveille la douleur.

Il y a même des irradiations douloureuses dans le territoire du sciatique et de la température. La radiographie montrera l'intégrité du grand trochanter, s'il s'agit de hanche à ressort.

VIII

Le pronostic. — Est en général excellent *quoad vitam*. Mais la hanche à ressort, chez certains sujets nerveux, peut devenir une infirmité. S'il s'agit d'un simulateur, il la fera disparaître au moment précis où il le voudra. En général, une intervention légère les mettra dans l'impossibilité de continuer leur « truc ».

Traitement. — α. TRAITEMENT MÉDICAL. — On se souviendra que souvent il s'agit de nerveux; le traitement doit être avant *tout médical*.

Le *repos* au lit a une grande influence.

Il faut essayer d'agir sur le moral de son malade par la persuasion, la suggestion, les bains, les douches froides et certains médicaments sédatifs ou réputés tels, comme le bromure, le camphre, etc.

Le *massage* des muscles de la région trochantérienne et postéro-externe de la cuisse, combiné aux douches locales, à l'électrisation soit sous forme de courants continus, ou de courants induits (faradisation) ou d'effluves, agira dans le même sens.

La *révulsion*, associée au repos prolongé, a donné de bons résultats à plusieurs chirurgiens. C'est ainsi que Horand employa les pastilles de potasse derrière le grand trochanter. Le résultat obtenu fut très satisfaisant puisque l'on retrouve dans l'observation à la date du 18 septembre 1874; c'est-à-dire « trente-sept jours après l'entrée de la malade dans le service, qu'elle ne ressent plus aucune douleur, elle marche sans boîter, on n'entend plus de craquements et l'on ne perçoit plus de trémulations du fémur. » Pendant deux mois la malade gardée en observation circule dans la salle et dans le jardin, tout en prenant des bains sulfureux. La guérison persiste sans la moindre rechute et la malade quitte le service radicalement guérie.

Si, malgré toute la bonne volonté du malade et du chirurgien et des exercices méthodiques, aucun changement ne se produit dans l'état du malade, si le craquement persiste, on sera pleinement autorisé à tenter une légère intervention chirurgicale qui seule alors sera efficace.

β. TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Nélaton, si tant est qu'il s'agissait bien d'une vraie hanche à ressort dans son cas, aurait guéri sa jeune malade par un procédé opératoire ingénieux consistant dans l'inclusion d'une petite bande du muscle demi-tendineux incluse dans un trou préalablement pratiqué à travers la tête fémorale. C'est là un procédé d'exception, original sans doute, mais qui n'est pas logique pour guérir une hanche à ressort vraie, qui est due au ressaut du grand fessier sur le grand trochanter. Il faut empêcher ce ressaut de se produire et l'opération logique c'est la fixation du tendon du grand fessier au grand trochanter, ou à l'aponévrose du muscle vaste externe.

En imitant Bayer, entre les mains duquel ce traitement donna d'excellents résultats on pourra donc suturer le tendon (relâché par Bayer). Bayer avait disséqué la région du bord antérieur du grand fessier; puis, ayant incisé le tendon et la paroi inférieure du muscle, il souleva les bords de cette incision et les fixa par deux séries de points de suture en avant et en arrière du grand trochanter, d'une part au périoste de cette apophyse, d'autre part à l'aponévrose épaisse du muscle vaste externe. Les lèvres de l'incision du tendon et du muscle furent ensuite réunies. La plaie cutanée fut suturée; puis on institua un drainage approprié.

L'opéré de Bayer garda le lit un mois et il quitta l'hôpital parfaitement rétabli. Bayer ayant eu l'occasion de revoir son malade trois mois plus tard, il put s'assurer que le ressaut fessier et le claquement qui l'accompagnait ne se produisaient plus. Les douleurs dont le malade souffrait auparavant avaient complètement disparu.

L'intervention paraît donc bien répondre aux indications opératoires, dictées par la connaissance aujourd'hui exacte du mécanisme intime du curieux phénomène de la hanche à ressort.

BIBLIOGRAPHIE

PERRIN. Luxation traumatique suivie de luxation volontaire du fémur droit; remarques au sujet des luxations volontaires du fémur. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, séance 27 juill. 1859. — DECHAMBRE. *Dict. encl.*, article HANCHE. — MOREL-LAVALLÉE. *Bull. de la Soc. de chir.*, séance 3 août 1859, p. 29. — FERRATON. Hanche à ressort, ressaut fessier trochantérien, *Revue d'orthop.*, 1905, VI, 1. — G. BAYER. Mit geraüschen verbundeness sehnengleiten des musculus glut. acus maximus erzengt durch mechanische. Lockerung der sehnenauhebtung. *Arch. P. Klin. Chirg.*, 1907, LXXXII, 1 p. 266. — KOUZNETZOV. Sur une altération particulière du muscle grand fessier se traduisant par un ressaut spontané de ses fibres antérieures au-devant du grand trochanter accompagné d'un claquement caractéristique. *Roussk. Vratch*, 19 mai 1907. — BRAUN. *Semaine méd.*, 1906, p. 189. — BRAUN. *Semaine méd.*, 1907, p. 424. Ueber die Wilbkürlichen. Verrenkungen des Hüft gelensk. *Arch. f. Klein. Chir.*, 1906. — NÉLATON. Académie de médecine, séance du 5 nov. 1907. — HORAND. *Mém. de la Soc. de chir. de Lyon*, séance du 21 nov. 1907. *Lyon méd.*, 1907, p. 1130.

FORMULAIRE

CONTRE LES DARTRES VOLANTES DU VISAGE

Par SABOURAUD (1).

Tannin à l'éther......	} *ââ*	0gr30
Calomel à la vapeur..		
Vaseline.................		30 grammes.

Il est bon, de plus, d'ajouter à l'eau de lavage du visage, par litre, une cuillerée à soupe d'une liqueur sulfatée forte, telle que :

Sulfate de zinc	7 grammes.
— de cuivre	3 —
Eau distillée camphrée...	300 —

(1) *Médication martiale.*

LIVRES NOUVEAUX

Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. Indications opératoires. Choix du procédé. Résultats immédiats et éloignés (1), par le docteur Gaston COTTE.

Dans ce travail très documenté, l'auteur s'est efforcé de montrer l'état actuel de la chirurgie des voies biliaires en ce qui concerne la lithiase et ses complications. Après avoir montré l'influence sur le traitement chirurgical des théories étiologiques et pathogéniques en cours, il établit dans un chapitre les indications générales de l'intervention et montre qu'actuellement, si l'on opère la lithiase à la phase vésiculaire, la mortalité est insignifiante.

Dans un chapitre consacré aux calculs des voies accessoires, Cotte étudie successivement les différentes opérations susceptibles d'être opposées à cette forme de lithiase; puis il donne les indications opératoires dans les formes aiguës et dans les formes chroniques de la cholécystite calculeuse; il montre les avantages de la cholécystectomie sur la simple taille vésiculaire et reproduit les résultats obtenus par les différents chirurgiens qui se sont occupés de la question.

Le troisième chapitre est consacré à la lithiase des voies principales. L'auteur fait une étude des principaux signes observés dans ce cas et il s'efforce de montrer que la valeur séméiologique des différents troubles observés est excessivement variable. D'une manière générale, l'opération est presque toujours faite d'une façon trop tardive; il ne faut pas attendre l'insuffisance hépatique pour intervenir. Le traitement de choix, c'est la taille directe de l'hépatique ou du cholédoque avec drainage de ces conduits. On traite ainsi d'une façon très efficace l'infection des voies biliaires; c'est en outre le seul moyen de prévenir les récidives par lithiase intra-hépatique.

Les trois derniers chapitres de cette première partie sont consacrés à l'étude des résultats immédiats et éloignés des interventions sur les voies biliaires dans la lithiase; nous voyons que la mortalité relève surtout du shock quand les malades sont profondément infectés, et des hémorragies. Les complications broncho-pulmonaires sont notablement plus rares que dans les autres interventions abdominales.

La péritonite est exceptionnelle.

Quant aux résultats éloignés, les récidives vraies de calculs sont tout à fait rares. Les adhérences douloureuses, les poussées d'angiocholite avec ou sans ictère, les éructations ne se rencontrent guère qu'après les cholécystostomies. Toutes ces complications sont très rares après la cholécystectomie et le drainage des voies biliaires principales.

Dans la deuxième partie, dont nous ne pouvons qu'indiquer les lignes principales, Cotte étudie les complications intra-hépatiques (rétrécissements des voies biliaires, abcès du foie) et les complications extra-hépatiques de la lithiase, il montre le retentissement de l'infection des voies biliaires sur l'estomac, l'intestin, l'appendice, le pancréas, le péritoine, en même temps qu'il étudie les migrations anormales des calculs dans ces différents organes. Il montre les indications opératoires qui découlent de l'apparition de ces différentes complications.

La troisième partie est consacrée à la lithiase compliquée de cancer. La cholécystectomie dans le cancer de la vésicule donne actuellement une mortalité de 20 p. 100. La survie moyenne est de onze mois. Dans le cancer des voies biliaires, les résultats ont été jusqu'ici tout à fait déplorables. A signaler seulement deux survies appréciables après l'ablation d'un cancer de l'ampoule de Vater.

Enfin, dans la dernière partie de son travail, Cotte a réuni les principales statistiques qui ont servi de base à cette étude (Kehr, Körte, Rotgans, Gaëre, Kümmel, Czerny, Mayo, Poppert, Quénu, Terrier, Hartmann, etc.).

Dans le texte on trouve en outre l'ensemble des opérations pratiquées à la clinique du professeur A. Poncet (de Lyon) de 1900 à 1908. L'auteur y a joint quelques faits inédits dus à Jaboulay, Villard, Delore, Bérard, etc. L. GAYARD.

(1) In-8 de 472 pages. — Paris, A. Maloine.

Manuel pratique de droit médical, par E. SIMON-AUTEROCHE. Préface du docteur L. LEREBOULLET (1).

On ne saurait trop recommander aux médecins la fréquentation constante de ce petit livre qui, sous son mince volume, sera pour eux un guide complet et sûr au milieu des difficultés sans cesse croissantes qui encombrent la carrière médicale. « A peine avais-je lu quelques pages de ce *Manuel de droit médical*, dit M. Lereboullet dans sa préface, que j'étais séduit par la clarté avec laquelle se trouvent présentés tous les articles de loi et tous les règlements qui régissent la médecine, la précision avec laquelle ils sont discutés et l'ordre qui a présidé à cet exposé. »

Nous nous associons volontiers pour notre part à cet éloge absolument mérité. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Gymnastique respiratoire pendant les mouvements (2), par Fr. GUERMONPREZ.

Dans cet ouvrage, l'auteur passe en revue tout ce qui a été fait et dit en faveur de la gymnastique suédoise.

L. GAYARD.

Les eaux d'égout de Paris. Leur traitement par la méthode de l'épandage sur sol naturel, par la méthode biologique des lits de contact, par colonne épuratrice (3), par le docteur Ch. ROUCHY.

L'auteur de ce travail est chef de laboratoire au service d'assainissement de la Seine, c'est dire avec quelle compétence les pages que nous présentons ici ont été écrites. Il est d'ailleurs inutile d'insister sur l'importance primordiale de la question traitée.

Le docteur Rouchy montre ce que sont les eaux d'égout de Paris, comment on les épure actuellement par épandage sur sol naturel, ce qu'on peut attendre du procédé biologique, par lits de contact, enfin comment on peut obtenir une épuration totale par épandage continu sur sol artificiel.

Cet ouvrage écrit pour les hygiénistes doit par le fait intéresser tous les médecins. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 291 p. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin, 1908.
(2) In-8 de 470 p. — Paris, J. Rousset.
(3) Un vol. de 194 p. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 111. — MARDI 29 SEPTEMBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 29 SEPTEMBRE 1908. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 26 septembre 1908. — Question donnée : « Les oreillettes du cœur. »

MM. Pierquin, 13; Paulin, 5; Papillon, 17; Placet, 10; Morlot, 11 ; Pierrot, 12 ; Paulet, 17 1/2; Parcheminey, 11; Mozer, 15; Mladenoff, 12 ; Picard, 10 ; Pauvert, 14 ; Morin, 8; Mollet, 11 ; Pataud-Devallencienne, 14 ; Murga, 15; Mlle Perl, 16; M. Pérol, 11.

Pathologie. — Séance du 25 septembre 1908. — Question donnée : « Fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Juif, 6; Hiblot, 9; Guillaumont, 10; Haguet, 14; Jacob, 15; Hahn, 11; Hanras, 13; Guille, 10; Guillemet, 11; Jarry, 3; Hartemann, 15; Hischmann et Hugon, 13; Imbert, 15; Hertz, 14 ; Jais, 6; Greyfié de Bellecombe, 11 ; Gréze, 9; Hérisson-Laparre, 15; Guyot, 10.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 24 septembre 1908 :

Médecins principaux de première classe. — M. Nimier, nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon; M. Mignon, sous-directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire et médecin-chef de l'hôpit. milit. du Val-de-Grâce, à Paris.

Médecins-majors de première classe. — MM. Verdier passe aux hôpit. de la division de Constantine; Robelin, à l'hôpit. milit. de Versailles.

Médecins-majors de deuxième classe. — M. Boussenot est affecté au 3e génie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Montané passe au 104e d'inf.; Frécus, au 129e d'inf.; Lhomme, au 128e d'inf.; Morisson, au 53e d'inf.; Dumoulin, au 35e d'art.; Ségui, au 5e chass. d'Afrique ; Péré, au 36e d'inf.

— Par décret du 24 septembre 1908, sont promus dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Béchard, maintenu médecin-chef de l'hôpit. milit. de Belfort; Lambert, médecin-chef de l'hôpit. milit. de Nancy; Comte, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. mixte d'Angoulême; Troussaint, médecin-chef à l'Ecole supérieure de guerre.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Simon, maintenu aux hôpit. de la division de Constantine; Jaubert, à l'hôpit. milit. d'Amélie-les-Bains; Vack, aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Angoulême ; Melnotte, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. milit. de Saint-Etienne; Brissé Saint-Macary, à l'hôpit. milit. Bégin, à Saint-Mandé; Vincent, professeur à l'Ecole d'application du service de santé milit.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Fromont, maintenu au 127e d'inf.; Larrieu, au 21e d'art. ; Albert, au 69e d'inf.; Marotte, à l'hôpit. milit. d'Oran; Cuvillier, au 154e d'inf.; Cros, au 138e d'inf.; Brico, au 17e d'art.; Steinmetz, au 73e d'inf.; Ferrand, au 26e d'art.; Binet, à la section technique du service de santé; Duron, au 125e d'inf.; Pécheux, à l'hôpit. milit. d'Amélie-les-Bains; Vigneron, au 37e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Loüet, désigné pour le 137e d'inf.; Chanal, maintenu au 2e tirailleurs algériens; Bauby, au 128e d'inf.; Louis, à l'hôpit. milit. de Rennes (bactériologie); Izaac, au 39e d'art.; Metzger, au 121e d'inf.; Baur, à l'hôpit. milit. de Bourges (bactériologie); Baurrier, au 9e bat. de chass. à pied ; Van Merris, au 15e d'art.; Rit, affecté aux hôpit. de la division de Constantine (Casablanca); Cenet, au 3e d'art.; Pontet, à l'Ecole milit. préparat. de l'art. et du génie de Billom ; Barthélemy, au 4e bat. d'inf. légère d'Afrique ; Colineau, au 161e d'inf.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe en non-activité à Paris Teste, désigné pour l'hôpit. milit. de Sedan.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1330*.)

THÉRAPEUTIQUE

IODOTHÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE

Il nous paraît inutile de rappeler d'une façon complète et précise les origines de la médication iodée. Cependant, il est intéressant de signaler que la découverte de l'iode par le salpêtrier COURTOIS en 1812 a été une découverte d'iode extrait d'une forme organique, et les premières applications de ce métalloïde en thérapeutique ont été faites en employant des éponges calcinées, par conséquent dérivant d'une forme organique également. Ces premières applications étaient toutes empiriques, et avec les progrès de la chimie minérale, les préférences du monde médical devaient aller tout d'abord aux médicaments fournis par les seules substances d'origine minérale, le monde médical n'étant pas encore versé comme aujourd'hui dans la chimie organique et ses applications. Déjà cependant DUROY, en 1844, avait signalé des combinaisons d'iode avec des matières albuminoïdes : albumine, lait, gélatine, etc. Puis les physiologistes allemands, tels que HOPPE, SEYLER et PREYER, en 1880, devaient pressentir et mettre en valeur le mode d'assimilation des métaux combinés aux peptones, et particulièrement celui du fer à l'état de peptonate.

M. Maurice ROBIN, inspiré des théories émises par ces savants allemands, fit, en 1881, la découverte du peptonate de fer, c'est-à-dire du fer organique assimilable. Ce fut donc lui qui, le premier, conçut l'idée pratique et réalisable de rendre les métaux assimilables en les combinant à la peptone. De nombreux dérivés de ces produits théoriquement semblables furent étudiés en Allemagne par VOGEL et ZAPLOWSKI, vers 1895 et 1896, à Francfort par BLUM, à Breslau par ROHMAN et LIEBRECHT, par LÉPINOIS à Paris, etc. Tous étudièrent, vers cette même époque, les combinaisons organiques de l'iode avec les matières albuminoïdes : les albumoses, les caséines, les huiles, etc. En 1902 enfin, M. Maurice ROBIN faisait, de son côté, un peptonate d'iode de sa façon, basé sur la théorie de ses préparations pepto-métalliques. A la suite de ces divers travaux, tant en France qu'à l'étranger, un grand nombre de préparations iodées virent le jour à différentes époques, et devinrent en ces temps derniers tout à fait d'actualité, mais elles sont toutes aussi diverses que les composants qui en forment la base.

A n'examiner parmi ces composants que les peptones, les albumines et les gélatines, chacun sait qu'il en existe une infinité de variétés, puisque ces peptones, pour ne parler que de celles-ci, offrent des propriétés absolument différentes suivant la matière albuminoïde d'où on est parti pour les obtenir. Au point de vue de la chimie physiologique, on peut distinguer des peptones d'albumine, de globuline, de caséine, de fibrine et même de gélatine, et encore des peptones animales et végétales, ces dernières résultant de l'action des acides ou des bases, ou des ferments protéolytiques tirés des tissus des animaux ou des plantes. Or, toutes ces peptones sont loin de jouir des mêmes propriétés et d'offrir la même valeur au point de vue de l'assimilation ou de combinaisons possibles avec les métaux ou les métalloïdes. Il faut la grande expérience qu'a acquise M. Maurice ROBIN dans l'étude de ces questions spéciales pour en connaître et en distinguer la valeur pratique. En raison de ce qui précède, on peut dire qu'il y a lieu de distinguer, parmi les préparations organiques iodées offertes à la thérapeutique dans ces dernières années, les *préparations organiques proprement dites* de celles qui sont *simplement peptonisées*, c'est-à-dire dans lesquelles l'iode se trouve simplement accompagné de traces de peptone et de glycogène. Ces dernières préparations sont évidemment des préparations renfermant de l'iode et des matières organiques, mais elles n'ont d'organique que le nom. D'autres ont pour base une solution d'iodure de sodium peptonisée.

Il existe enfin des préparations réellement organiques, c'est-à-dire des préparations où l'iode se trouve réellement combiné à une peptone quelconque, mais pour lesquelles, en vue de son genre de peptone, il faut employer un procédé spécial, tel que la pression à l'autoclave, ancien procédé analogue à celui qui est utilisé pour l'obtention de la gélatine. Ces préparations ne peuvent évidemment pas avoir la stabilité des combinaisons naturelles sans surcharge de pression atmosphérique, ces substances, lorsqu'elles ne sont plus dans les mêmes conditions de température et de pression, ayant tendance à se dissocier à la longue. De plus, s'il a été employé de la peptone chlorhydropepsique, il se *formera du chlorure d'iode* qui se transformera dans la suite, par l'action des rayons lumineux et de l'air, en acide chlorhydrique, ce qui mettra ainsi l'iode en liberté.

Il est néanmoins absolument démontré par M. Maurice ROBIN que les corps minéraux et les métalloïdes ont une affinité extrêmement grande pour les matières organiques et en particulier les peptones. Cette affinité a été bien mise en évidence dans les dernières découvertes faites par M. Maurice ROBIN de son peptonate de brome ou *Bromone*, et qui a été présenté, *pour la première fois* en France, l'an dernier, à l'Académie de médecine, par le professeur BLACHE. Ces corps, en agissant sur la peptone, lorsque cette peptone a été spécialement préparée pour cela (car il y a des peptones qui ne se combinent pas, ou imparfaitement), produisent des dégagements de température extrêmement élevée, qui entraînent la dissociation des éléments de la peptone. De cette dissociation, les éléments toxiques peptoniques se trouvent séparés, n'entrant pas en combinaison avec l'iode, et il est très important alors de les éliminer, d'après ce qui résulte des travaux de M. Maurice ROBIN et du docteur LOMBARD, travaux qui ont été présentés à la Société de biologie à la date du 20 juillet 1907. Et c'est ce qui fait que cette préparation, toute simple qu'elle paraisse d'abord, offre de grosses difficultés dans la pratique. Il est en effet indispensable de ne pas laisser subsister les dérivés organiques acides de la peptone ou jouant le rôle d'acides, dérivés obtenus par l'action de la chaleur ou de la pression, et qui pourraient par la suite dissocier les éléments salutaires de la peptone combinés à l'iode. M. Maurice ROBIN, en combinant l'iode avec une peptone spéciale par un procédé absolument nouveau, a donné à ce produit le nom de peptonate d'iode ou *Iodone*, qui procède ainsi de la même théorie que son peptonate de fer de 1881.

Ce procédé, comme il sera facile aux praticiens de le constater, donne une préparation iodée organique d'une tolérance remarquable, qui permet de faire absorber une dose de 40 centigrammes d'iode métalloïdique par jour, correspondant à 4 grammes de teinture d'iode, sans obtenir des phénomènes d'iodisme. L'iode sous cette forme n'est plus décomposable par les acides de l'estomac et possède une innocuité absolue pour le sang. Il produit, à la dose de L à C gouttes par jour, une véritable rénovation de la cellule, il modifie les diathèses syphilitiques, goutteuses, l'arthritisme, et l'état des emphysémateux d'une façon remarquable. Dans la thèse du docteur BOULAIRE présentée en 1906 à la Faculté de médecine de Paris sur les composés iodés organiques (thèse présentée à l'Académie de médecine le 26 mars 1907 par le professeur Blache), ce savant praticien conclut, après ses longues études sur tous les composés iodés organiques connus jusqu'à ce jour, sur la supériorité de l'*Iodone Robin* sur tous ses congénères, grâce à sa tolérance parfaite et à sa complète assimilation.

PNEUMOCOCCÉMIES

AVEC LOCALISATION PULMONAIRE TARDIVE

ORIGINE SANGUINE DE LA PNEUMONIE FRANCHE AIGUE

Par MM. A. LEMIERRE, P. ABRAMI et E. JOLTRAIN.

On sait combien la pathologie a bénéficié, en ces dernières années, de l'application systématique de l'hémoculture aux maladies infectieuses.

La constatation si fréquente de l'envahissement du sang par les microbes n'a pas eu seulement pour effet d'éclairer la pathogénie de diverses complications qui surviennent, au cours des infections, loin du foyer originel, en montrant qu'elles ne sont que des localisations métastatiques de la bactériémie. Le principal résultat de l'hémoculture a été de modifier du tout au tout la conception que l'on se faisait de la nature même de certaines maladies microbiennes. Hier encore, considérées comme des infections localisées à tel ou tel organe, elles apparaissent aujourd'hui comme de véritables septicémies; les multiples accidents par lesquels elles se manifestent ne sont que les conséquences, variables suivant l'espèce pathogène en cause, du passage des microbes dans le sang. Telle a été l'histoire de la fièvre typhoïde, type le plus achevé des infections intestinales, il y a encore quelques années, et qui représente actuellement la septicémie humaine par excellence.

Dans cette maladie, comme dans les paratyphoïdes, les colibacilloses, les staphylococcies, les streptococcies généralisées, la démonstration de la nature septicémique de l'infection est grandement facilitée, et par la multiplicité des lésions métastatiques, et par la durée relativement longue de la septicémie.

Il en va tout autrement dans certaines infections, où la bactériémie n'a qu'une durée éphémère, et où ses déterminations secondaires se réduisent le plus souvent à une seule, évoluant alors avec toutes les allures d'une infection primitivement localisée à l'organe en cause. Il en est ainsi pour les méningites primitives, les cholécystites, les pleurésies, les péritonites, les arthrites hématogènes, dont l'origine septicémique n'est cependant pas douteuse.

Il peut arriver dans des cas semblables que la phase de bactériémie préalable se prolonge d'une façon anormale : elle devient alors décelable, tant par les moyens cliniques que par les procédés de laboratoire. Ce sont là des circonstances exceptionnelles, mais il est important de les saisir au passage, parce qu'elles éclairent d'une manière décisive l'histoire de ces septicémies temporaires à détermination unique et d'apparence primitive.

Aussi croyons-nous devoir relater l'observation de deux malades, l'une du service de M. Widal, l'autre du service de M. Caussade, chez lesquels nous avons pu faire la preuve bactériologique d'une septicémie pneumococcique ayant manifestement précédé de plusieurs jours une localisation secondaire au niveau du poumon. Ces faits nous semblent apporter une contribution intéressante à l'étude pathogénique de la pneumonie franche aiguë.

Observation I. — *Septicémie pneumococcique. Etat typhoïde. Pneumonie le dixième jour.* — Anna B..., trente-quatre ans, entre le 22 avril 1908 à l'hôpital Cochin. Cette femme a été prise brusquement huit jours auparavant de frisson, de douleurs abdominales très vives, de vomissements et de diarrhée.

Elle éprouve également depuis ce jour une sensation de fatigue générale intense, en même temps que des courbatures dans les membres et dans la région lombaire.

A son entrée à l'hôpital la malade donne absolument l'impression d'une typhique. Le faciès est prostré, les narines pulvérulentes, la langue fortement saburrale. On constate au niveau de la lèvre inférieure une grosse vésicule d'herpès. L'abdomen est douloureux à la palpation; la diarrhée persiste depuis le premier jour. La rate est nettement percutable sur trois travers de doigt. La température est à 39°,5. Les urines contiennent un peu d'albumine.

L'examen du poumon ne révèle aucun symptôme anormal; la malade n'a jamais présenté ni point de côté, ni toux, ni dyspnée, ni expectoration.

L'ensemencement du sang est pratiqué dès l'entrée : au bout de vingt-quatre heures on trouve, dans le ballon une culture abondante et pure de pneumocoque. Le 23 et le 24 avril, l'état général reste stationnaire. La température se maintient aux environs de 40 degrés.

Le 24 avril, à la contre-visite du soir, la malade se plaint d'avoir éprouvé pendant l'après-midi un violent point de côté à droite. On constate à ce moment une zone de submatité légère à la partie moyenne du poumon droit en arrière. A ce niveau, l'auscultation ne révèle aucun signe surajouté : le murmure vésiculaire est toutefois considérablement affaibli. Par contre, l'auscultation permet d'entendre dans l'aisselle droite quelques râles crépitants.

Le 25 avril, au matin, la température est à 40 degrés. La malade présente le même aspect typhoïde : les pommettes sont rouges. Les signes pulmonaires sont devenus très nets. On note quarante respirations par minute; la toux est fréquente, fatigante et n'aboutit qu'à l'expulsion de quelques mucosités aérées, où l'examen microscopique décèle de nombreux pneumocoques.

L'examen du poumon montre les symptômes suivants : en arrière et à droite, à la hauteur du lobe moyen du poumon existe une zone de matité qui se prolonge en tournant vers l'aisselle. A ce niveau les vibrations locales sont légèrement augmentées, l'auscultation dénote la présence d'un souffle inspiratoire à timbre tubaire que l'on perçoit surtout vers le tiers externe de la fosse sous-épineuse. Dans le reste de la région mate, on constate de nombreux râles crépitants, fins et superficiels.

L'auscultation du creux axillaire droit ne permet plus de retrouver les râles perçus la veille; par contre, on y entend un souffle tubaire inspiratoire.

Le reste du poumon est sain. Il en est de même pour le poumon gauche.

Les urines sont toujours peu abondantes et renferment de faibles quantités d'albumine; la diazo-réaction d'Ehrlich est négative.

L'ensemencement du sang, effectué de nouveau dans l'après-midi, ne donne plus de culture.

Les jours suivants, l'état de la malade demeure stationnaire; la température se maintient très élevé, oscillant entre 39°5 et 40 degrés; le pouls est rapide, battant entre 110 et 120, mais régulier et bien frappé. L'asthénie et les signes d'intoxication persistent; le faciès est toujours abattu, la langue sèche,

saburrale, la soif vive. Cependant le malade ne délire pas, et répond parfaitement à toutes les questions.

Les symptômes thoraciques ne subissent pas de modifications importantes; la dyspnée reste vive, la respiration reste aux environs de 45; la toux, toujours fréquente, n'aboutit pas à l'expectoration caractéristique. Localement, le foyer hépatisé évolue normalement : les 26, 27, 28, 29 avril, les symptômes physiques restent identiques; le 30 avril, on perçoit au centre de la zone mate quelques râles sous-crépitants.

Le 1er mai, la température est toujours à 40 degrés; les phénomènes thoraciques sont ainsi accusés; toujours pas d'expectoration. La matité s'est légèrement étendue en hauteur, et l'on perçoit, dans le lobe inférieur droit, quelques râles crépitants. Dans les jours qui suivent, la guérison de la pneumonie s'affirme de plus en plus : le 2 mai, la température s'abaisse à 37°8; la malade se sent moins abattue, moins dyspnéique; et l'examen du poumon montre les râles sous-crépitants plus nombreux et plus gros.

Le 5 mai, T. 37°4; les urines augmentent de quantité. A partir de cette date, la terminaison de la pneumonie est rapide; le 7 mai, l'apyrexie est complète. Parallèlement on note la résolution progressive des lésions pulmonaires; les râles sous-crépitants disparaissent, puis le souffle et la *restitutio ad integrum* est complète, le 12 mai.

Cependant, tandis que l'évolution locale de la pneumonie s'accomplissait ainsi de façon régulière, nous avons assisté, chez cette femme, à l'apparition d'accidents nerveux particuliers, survenus au décours de sa maladie. Le 1er mai, la veille de la défervescence, la malade présente subitement de l'incontinence des urines et des matières fécales; en même temps, on constate une abolition complète des réflexes achilléens et rotuliens, et un état parétique des deux membres inférieurs, prédominant sur les muscles de la loge antéro-externe de la jambe. Ce syndrome ne s'accompagne ni de douleurs, subjectives ou objectives, ni de troubles de la sensibilité cutanée, ni de signe de Babinski. La ponction lombaire, pratiquée immédiatement, ne montre aucune modification du liquide céphalo-rachidien.

Ces symptômes, qu'il faut vraisemblablement attribuer à des lésions de myélite légère, persistent pendant plusieurs jours; l'apparition d'un signe de Kernig intense incite à pratiquer le 9 mai une seconde ponction lombaire : celle-ci révèle l'existence d'une réaction méningée évidente, de type lymphocytique. Après une durée de quatorze jours, les phénomènes nerveux rétrocèdent très rapidement : le 14 mai, l'incontinence des urines et des matières n'apparaît plus que de façon intermittente; les réflexes commencent à reparaître, de même que la motilité.

Le 16 mai, une troisième ponction lombaire donne issue à un liquide clair et dépourvu d'éléments. Et le 26 mai, la malade peut quitter l'hôpital, encore affaiblie, mais ne présentant plus aucun vestige de ses troubles médullaires.

Obs. II. — *Septicémie pneumococcique. Etat typhoïde. Pneumonie le dixième jour.* — Dorm..., âgé de trente-quatre ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Trousseau, le 2 février, pour une affection ayant débuté insidieusement quatre jours auparavant par de la céphalée, avec rachialgie intense et courbature généralisée. C'est le 31 janvier qu'il est obligé d'interrompre son travail et de prendre le lit. Le lendemain, il tousse un peu, mais n'éprouve ni point de côté, ni frissons; il a de la diarrhée et entre à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

A l'entrée, la température est à 39°6 et monte le soir même à 40 degrés; le pouls bat à 110 avec dicrotisme marqué. Le malade est très abattu, et le facies est légèrement vultueux. Cependant il présente au niveau de la lèvre supérieure une vésicule d'herpès qui fait soupçonner la pneumonie.

A part quelques râles sibilants disséminés dans toute la poitrine, il n'y a pas trace de foyer pulmonaire, pas de submatité, les vibrations sont normales, aucun râle crépitant. Le cœur paraît normal.

L'abdomen est météorisé et douloureux à la pression; la diarrhée est abondante. Il n'y a pas de taches rosées et pas de gargouillement dans la fosse iliaque. La rate est sensible. Il n'y a aucun signe d'irritation méningée. Les urines contiennent un peu d'albumine. On pense à la possibilité d'une fièvre typhoïde ou d'une grippe, à cause de l'épidémie régnant à cette époque.

Le *3 février*, l'état ne s'est pas modifié, la température reste à 40 degrés et le pouls bat à 120. Un séro-diagnostic pratiqué le même jour reste négatif. La ponction lombaire donne issue à un liquide clair, ne contenant pas d'éléments.

Un ensemencement du sang est pratiqué et démontre au bout de vingt-quatre heures la présence du pneumocoque.

Le *4, 5 et 6 février*, l'état se maintient identique; la toux est fréquente, l'expectoration mousseuse et assez abondante, mais on ne trouve toujours à l'auscultation que des sibilances.

Le *8 février*, c'est-à-dire une dizaine de jours après le début de l'affection, le malade se plaint de son côté droit et l'on note, à la base du poumon, de la submatité et quelques râles de congestion. Dans l'expectoration mousseuse et filante, l'examen bactériologique décèle la présence du pneumocoque.

La diarrhée persiste, l'abdomen reste météorisé; la rate est percutable sur une étendue de trois travers de doigt; la température est à 38°9.

Cet état persiste pendant trois jours, mais le 12, le foyer de pneumonie est nettement accusé. La matité est absolue à la base, les vibrations sont augmentées et l'on entend des râles crépitants et un souffle tubaire très intense, presque caverneux à la base du côté droit. L'expectoration elle-même se modifie et il y a quelques crachats rouillés. L'état général cependant est meilleur, et la température tend à baisser un peu.

Les jours suivants il n'y a pas de modifications, le 16 et le 17 il y a ébauche de crise polyurique, et la température baisse à 38° le matin pour remonter le soir à 38°6.

La maladie évolue pendant cinq à six jours; les signes pulmonaires disparaissent peu à peu, puis la température tombe définitivement et le malade guérit avec une convalescence assez longue.

L'histoire de la première malade peut se résumer de la façon suivante : pendant une première période elle a présenté des symptômes de septicémie, rappelant à s'y méprendre une fièvre typhoïde, mais dont l'examen bactériologique a montré la nature exacte en révélant dans le sang la présence du pneumocoque. Ce n'est qu'au bout de dix jours de cette infection générale sans localisation que se sont montrés les symptômes pulmonaires : ceux-ci ont évolué sous l'aspect habituel et dans les délais classiques de la pneumonie franche aiguë. La veille de la défervescence une seconde localisation métastatique du pneumocoque s'est traduite sous l'aspect d'une myélite légère et dont la guérison est survenue en peu de jours.

Ce qui frappe avant tout dans cette observation, c'est l'apparition tardive de la pneumonie : l'absence complète pendant la première période de la maladie de tout signe fonctionnel ou physique du côté des organes respiratoires rend invraisemblable l'hypothèse d'une pneumonie centrale latente pendant dix jours. Il est à remarquer, d'autre part, que les phénomènes pulmonaires n'ont différé en rien dans leur mode d'apparition et dans leur évolution de la pneumonie franche aiguë : le début s'est fait brusquement par un point de côté, de la toux, de la dyspnée ; les signes stéthoscopiques assez effacés le premier jour se sont rencontrés très nets dans l'aisselle dès le lendemain ; l'expectoration était riche en pneumocoques, et après une durée de sept jours, la défervescence s'est faite brusquement.

Dans la deuxième observation, c'est encore par des phénomènes généraux, rappelant la fièvre typhoïde et s'accompagnant de diarrhée que la maladie s'est traduite tout d'abord. Cette première période a duré environ dix jours ; le cinquième jour l'ensemencement du sang a donné du pneumocoque ; au bout de ce laps de temps seulement des signes de pneumonie se sont montrés à la base droite et la défervescence n'est survenue que huit jours plus tard. L'analogie est donc frappante avec le cas précédent. On note pourtant de légères différences ; chez ce deuxième malade, l'apparition de la pneumonie a été moins brutale et la défervescence s'est faite plus lentement. De plus, dès les premiers jours, l'auscultation révélait quelques sibilances au niveau des poumons et le malade avait un peu d'expectoration. Mais une bronchite aussi légère ne peut être la cause des phénomènes généraux graves présentés dès le début par le malade et de l'infection sanguine.

La succession des phénomènes qui se sont déroulés chez nos malades nous semble difficilement explicable si l'on accepte la pathogénie classique de la pneumonie : on sait que la théorie généralement admise veut que le pneumocoque descende de la bronche et du pharynx, le long de l'arbre bronchique et pénètre jusqu'à l'alvéole pulmonaire dont il détermine l'inflammation. L'invasion brutale des symptômes thoraciques semble bien faite pour corroborer cette opinion. Pourtant ce mode de début n'est pas un fait constant ; parfois les signes pulmonaires sont précédés pendant plusieurs jours d'un état infectieux sans détermination précise ; assez souvent, comme chez nos malades, cet état s'accompagne de phénomènes gastro-intestinaux ; enfin on a pu voir des manifestations, d'ordre incontestablement septicémique et, considérés habituellement comme des complications de la pneumonie en devancer de plusieurs jours l'apparition : témoin le cas rapporté par M. Boulloche, où des arthropathies et des myosites à pneumocoques se montrèrent cinq jours avant le foyer de pneumonie. Des faits analogues ont amené certains observateurs, tels que Segré (1) en Italie et Desguins (2) en Belgique, à considérer que toute pneumonie est précédée d'une septicémie, et que la pneumonie n'est que la manifestation locale d'une infection généralisée pneumococcique. Calmette, Vanstenberghe et Grysez, se fondant sur l'expérimentation, admettent également que c'est toujours par voie sanguine que le pneumocoque arrive au poumon.

(1) Segré. Sulle artriti da pneumococcco, *Gazz. degli ospedali e delle clin.*, 1905, n° 154.

(2) Desguins. Les pneumococcoses. *Gaz. médic. belge*, 1908, n° 18.

Chez nos deux malades, l'hémoculture a montré l'existence d'une septicémie pneumococcique, bien avant l'apparition d'un foyer de pneumonie lobaire. Il nous paraît rationnel de considérer la détermination pulmonaire comme une conséquence de la septicémie préalable.

Mais il est difficile, croyons-nous, de considérer ces observations comme des faits particuliers et d'admettre pour des pneumonies à symptomatologie classique, une pathogénie différente. Aucune constatation précise n'a jamais démontré chez l'homme la pénétration du pneumocoque par voie aérienne. Au contraire, l'infection du poumon par voie circulatoire peut rendre compte de toutes les particularités anatomo-pathologiques et cliniques de cette maladie.

Les lésions de la pneumonie franche aiguë respectent même les fines bronchioles et ne frappent que l'alvéole pulmonaire dont les parois sont constituées, en réalité, par les capillaires de l'hématose recouverts d'une simple lame protoplasmique. Il serait étrange que le pneumocoque apporté par voie aérienne au point le plus distant des grosses bronches eût parcouru tout l'arbre respiratoire sans laisser aucune trace de son passage. Seul, un germe apporté par le sang peut déterminer des lésions aussi purement alvéolaires.

Personne ne songe à nier la fréquence des pneumopathies de nature hématogène. La plupart des bactéries en circulation dans le sang sont susceptibles de créer des broncho-pneumonies et même des bronchites. Les manifestations pulmonaires de la fièvre typhoïde en sont une démonstration. Le bacille d'Eberth en effet peut produire, au niveau du poumon des foyers massifs d'hépatisation, des noyaux de broncho-pneumonies et surtout, d'une façon presque constante, de simples inflammations bronchiques.

Les lésions provoquées par le pneumocoque sont le plus souvent des foyers d'hépatisation lobaire, mais peuvent être aussi des pneumonies lobulaires. Notre deuxième observation montre que le pneumocoque en circulation dans le sang peut, au moins d'une façon temporaire, n'engendrer que des symptômes bronchiques, ce qui rapproche singulièrement le tableau de la septicémie pneumococcique de celui de la septicémie éberthienne.

Toutes les bactéries en circulation dans le sang sont donc susceptibles de déterminer des phlegmasies pulmonaires. Mais, parmi elles, c'est le pneumocoque qui a la tendance la plus marquée à se localiser au niveau des organes respiratoires et de toutes les manifestations de la pneumococcie ; la pneumonie est, de beaucoup, la plus fréquente. On comprend que cela ait impressionné les observateurs et que l'idée d'une invasion du pneumocoque par les voies aériennes leur soit naturellement venue

à l'esprit. La simplicité de cette pathogénie n'est qu'apparente et se heurte aux objections que nous avons déjà formulées. La pathologie humaine et animale nous enseigne, au contraire, que presque chaque microorganisme a une prédilection pour tel organe ou tel tissu et va s'y fixer, de préférence, après avoir envahi la circulation. Ce déterminisme microbien a été invoqué, à juste titre, par MM. Follet et Sacquépée (1) lorsqu'ils ont soutenu la nature hématogène de la méningite cérébro-spinale épidémique ; nous ne pourrions mieux faire qu'en citant, comme eux, des exemples connus de tous : on connaît l'affinité du gonocoque pour les articulations, du bacille d'Eberth pour les plaques de Peyer, de l'agent infectieux des oreillons pour les glandes salivaires, de ceux de la variole, de la varicelle et de la rougeole pour la peau. Le bacille dysentérique injecté sous les téguments des animaux va d'emblée se fixer sur l'intestin. Enfin, lorsque le bacille de Koch passe dans la circulation, c'est au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire qu'il détermine des lésions, dans l'immense majorité des cas, tout comme le diplocoque de Talamon-Fränkel.

Nous n'avons apporté jusqu'ici en faveur de la nature hématogène de la pneumonie que des arguments indirects. Il en est de plus démonstratifs.

L'existence du pneumocoque dans le sang au cours de cette affection n'est pas un fait rare. Quelques auteurs italiens et allemands l'auraient même constaté d'une façon constante. M. Widal (2) ne l'a trouvé, avec l'un de nous que, dans 1 cas sur 4, d'accord en cela avec la majorité des bactériologistes. Cette proportion est encore relativement élevée et peut-être le serait-elle davantage si l'on ensemençait le sang dès les premières heures de la maladie : Memmi (3), dans des recherches plus récentes portant sur 80 cas de pneumonie, avec 25 p. 100 de résultats positifs, a vu que la septicémie est d'autant plus fréquente qu'on se rapproche davantage de la période de début. Rappelons aussi que, dans notre première observation, l'ensemencement du sang a donné du pneumocoque avant l'apparition des phénomènes pulmonaires, et est resté négatif au deuxième jour de la pneumonie.

Il semble donc que cette bactériémie ne doive pas être considérée comme ayant son point de départ dans le poumon, mais bien comme la continuation anormalement prolongée de l'état septicémique ayant engendré la pneumonie.

Si l'infection sanguine pneumococcique coïncide le plus souvent avec une pneumopathie, celle-ci n'en est pas la condition nécessaire. Il existe des septicémies à pneumocoques sans localisations secondaires ; d'autres fois ces septicémies, tantôt prolongées, tantôt très fugaces, aboutissent à une métastase, endocardite, méningite, arthrite, pleurésie, péritonite, sans que le poumon soit touché. Plus fréquemment encore, on voit la pneumonie s'accompagner de déterminations extra-pulmonaires du pneumocoque ; cela est surtout fréquent dans les formes dites typhoïdes, désignées aussi par Germain Sée sous le nom de pneumonies infectantes, que la pratique de l'hémoculture nous a montrées s'accompagner en règle générale de pneumococcémie. Enfin la maladie que le pneumocoque détermine habituellement, c'est la pneumonie lobaire aiguë simple. Dans celle-ci, l'apparition très brusque des signes thoraciques, sans prodromes apparents, n'est pas un argument contre l'existence préalable de la septicémie; la pleurésie purulente et la péritonite pneumococciques, évidemment d'origine sanguine, ont le même mode de début.

Si l'on envisage dans son ensemble l'infection pneumococcique, on voit que l'homme est vis à-vis du diplocoque de Talamon-Fränkel doué d'une immunité relative. Chez certains animaux de laboratoire, tels que la souris, l'inoculation du pneumocoque détermine toujours une septicémie rapidement mortelle. Normalement, chez l'homme, cette septicémie n'est que temporaire, et le microbe se localise d'emblée à un seul organe : le poumon. C'est déjà là un indice de grande résistance. Dans la race nègre, cette résistance est moins marquée et la pneumococcémie prend volontiers les allures d'une pyohémie. M. Marchoux (1), chez les indigènes du Sénégal, et récemment les médecins de l'isthme de Panama, chez les travailleurs noirs, ont insisté sur la fréquence des manifestations extra-pulmonaires du pneumocoque. De même les formes typhoïdes et infectantes de la pneumonie se montrent de préférence chez les sujets débilités, cachectiques, alcooliques ou brightiques, ou surviennent sous forme d'épidémies dues sans doute à des pneumocoques à virulence exaltée.

Cette façon de concevoir les pneumococcies nous semble plus conforme aux données de la pathologie générale ; mais on pourrait encore objecter que les localisations extra-pulmonaires du pneumocoque se produisent le plus souvent plusieurs jours après l'apparition de la pneumonie et semblent bien lui être consécutives. Nous avons vu que cela n'est pas un fait constant ; les manifestations peuvent exister indépendamment de la pneumonie, la précéder ou se montrer en même temps qu'elle. Dans nos cas, la septicémie pneumococcique a constitué seule la première phase de la maladie ; la pneumonie n'est apparue qu'ensuite et la myélite a été une localisation plus tardive encore. Il n'est pas rare, du reste, en pathologie de voir la métastase élective d'un microbe précéder de plusieurs jours et même de plusieurs semaines celles qui sont moins habituelles. Ainsi la plupart des complications de la fièvre typhoïde apparaissent au décours de cette affection, alors que les plaques de Peyer sont atteintes dès les premiers jours. Il n'est pas impossible du reste que certains des pneumocoques ayant pullulé au niveau du poumon passent de nouveau dans la circulation et entretiennent la septicémie. Ainsi les endocardites

(1) Follet et Sacquépée. Sur les septicémies, en général, et sur les septicémies méningococciques, en particulier, *Presse médicale*, 20 janvier 1906, n° 6, p. 41.

(2) Widal, Lemierre et Gadaud. Soc. méd. des hôpit., 9 avril 1903. Lemierre, Thèse de Paris 1904.

(3) Memmi. La diplococcémie dans la pneumonie croupale, *Riforma medica*, 1906, 17 février, n° 7, p. 169.

(1) Marchoux. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 mars 1899.

aiguës sont toujours le fait d'une infection sanguine et la prolifération des microbes au niveau des valvules cardiaques jette perpétuellement de nouveaux germes dans la circulation. Il se passe peut-être, au cours des pneumonies infectantes, le même phénomène que dans les endocardites infectantes, mais le foyer pulmonaire dans un cas, le foyer endocardique de l'autre reconnaissent une même origine : la pénétration préalable d'un agent pathogène dans le sang.

Au reste, la nature réalise chez l'homme, expérimentalement pour ainsi dire, et de manière à lever tous les doutes, les différents aspects cliniques de la pneumococcémie et notamment la pneumonie lobaire. Nous faisons allusion ici à ce qu'on observe chez le fœtus. Il n'est pas rare que des femmes enceintes, atteintes de pneumonie donnent le jour à des enfants porteurs de lésions pneumococciques telles qu'il ne peut s'agir d'une contamination après la naissance. Ici le mode d'infection est évident, et le pneumocoque n'a pu arriver au fœtus que par la voie circulatoire. Les faits cliniques et les autopsies faites dans ces cas sont catégoriques. On constate la présence de pneumonies lobaires ou lobulaires arrivées à une telle période de leur évolution anatomique que leur début pendant la vie intra-utérine ne peut pas être contesté; tantôt ces lésions pulmonaires sont la seule détermination de la septicémie pneumococcique, comme dans les cas de Bochenski et Grœbel (1) et de Ménétrier et Touraine (2); plus souvent encore on constate en même temps des localisations péricardiques, péritonéales, méningées, etc., comme dans les cas de Netter (3), Lévy (4), Hecker (5), Thorner (6), Viti (7) et Delestre (8). La septicémie pneumococcique du fœtus réalise donc, non seulement la pneumonie franche aiguë la plus classique, mais encore la pneumonie infectante. L'affinité pour le tissu pulmonaire du diplocoque de Talamon-Fränkel, agent de bactériémie, apparaît ici d'une façon manifeste.

Les expérimentateurs ont cherché à reproduire chez l'animal les lésions de la pneumonie, en injectant des cultures de pneumocoque soit dans la trachée, soit directement dans le parenchyme pulmonaire. Ces procédés nous paraissent aussi éloignés que possible des conditions de la pathologie humaine; ils n'apportent aucun appoint à la théorie qui veut que la pneumonie soit d'origine aérienne. Au contraire, les résultats fournis par l'inoculation expérimentale du pneumocoque dans la circulation de certaines espèces, comme le rat, constituent un argument sérieux en faveur de la nature hématogène possible de la maladie. Le rat offre une assez grande résistance à l'infection pneumococcique, et l'on doit, pour provoquer chez lui une septicémie, lui injecter sous la peau de fortes doses de ce microbe. Dans ces conditions, on constate fréquemment à l'autopsie des foyers de pneumonie lobaire typiques, accompagnés de pleurésie séro-fibrineuse. Chez le rat, doué comme l'homme d'une immunité relative vis-à-vis du pneumocoque, ce microbe lorsqu'il envahit la circulation tend donc à se localiser au poumon avant tout autre organe. Il en est de même pour d'autres espèces, plus sensibles, auxquelles on a communiqué, préalablement à l'inoculation pathogène, une immunité relative à l'égard du pneumocoque. C'est ainsi que Wadsworth, après avoir immunisé partiellement le lapin contre le germe, a pu réaliser chez lui, par l'inoculation sous-cutanée ou intra-veineuse de cultures virulentes, les lésions typiques de la pneumonie lobaire.

Un dernier point de l'histoire des pneumococcémies, et par conséquent de la pneumonie, reste à résoudre. Si le pneumocoque ne suit pas la voie trachéo-bronchique, par où pénètre-t-il dans l'organisme pour envahir la circulation? Etant donné l'existence à peu près constante du pneumocoque dans la bouche et le pharynx, il est légitime de penser que, de même que dans bien d'autres infections, c'est à ce niveau que se trouve la porte d'entrée. Il existe des amygdalites pneumococciques, évoluant soit sous forme d'angines rouges, soit sous forme d'angines pseudo-membraneuses; et l'on a vu, dans un certain nombre de cas, l'angine précéder de quelques jours la pneumonie. Il faut bien dire que cette angine prémonitoire semble manquer dans la plupart des cas; elle peut avoir été très fugace, et de ce fait, passer inaperçue; on peut également concevoir qu'un pneumocoque virulent puisse pénétrer dans l'organisme sans déterminer de lésions locales. C'est ainsi qu'un bacille pesteux très virulent, simplement déposé dans les narines d'un rat, qu'un micrococcus militensis virulent, déposé dans les narines d'un singe, suffisent à engendrer chez ces animaux les septicémies correspondantes.

Existe-t-il d'autres points des téguments cutanés et muqueux que le pneumocoque puisse traverser pour infecter l'organisme? Nous rappellerons, comme tout à fait exceptionnel, le cas de Desguins (2) qui, s'étant piqué le doigt au cours d'une opération de péritonite pneumococcique, fut atteint d'une septicémie à pneumocoques. Pendant ces dernières années, d'autre part, certains auteurs se sont demandé si ce n'est pas au niveau de la muqueuse gastro-intestinale qu'est le point d'origine des septicémies pneumococciques. Calmette, Vanstenberghe et Grysez (3) ont été amenés à cette conception à la suite de leurs expériences sur l'origine digestive de la tuberculose pulmonaire. Antonucci (4), frappé de la fréquence des signes gastro-intestinaux au début de la pneumonie,

(1) Bochenski et Grœbel. Ein Fall von intrauterin erworbener Lungenentzündung, *Centralbl. f. inn. Med.*, 1906, n° 22, p. 362.

(2) Ménétrier et Touraine. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1907, p. 799.

(3) Netter. Soc. de biol., 9 mars 1889.

(4) Levy. *Arch. f. exp. Path.*, 1889, XXVI.

(5) Hecker, in Roger. *Maladies infectieuses*, p. 1221.

(6) Thorner. Cité par Ménétrier et Touraine.

(7) Viti. *Arch. ital. de pédiatrie*, 1890, p. 188.

(8) Delestre. *Bull. et mém. de la Soc. de biol.*, 5 fév. 1898, p. 150.

(1) Wadsworth. Experimental studies on the etiology of acute pneumonia, *Amer. Journ. of med. Sciences*, mai 1904.

(2) Desguins. Loc. cit.

(3) Calmette, Vanstenberghe et Grysez. L'origine intestinale de la pneumonie et d'autres infections phlegmasiques du poumon, *Bull. et mém. de la Soc. de biol.*, 28 juillet 1906, p. 161.

(4) Antonucci. Di un inizio anormale della polmonite crupale, *Gazzetta degli ospedali*, 1704, n° 43.

Marchisio (1), ayant constaté dans plusieurs cas des lésions des muqueuses gastrique et duodénale attribuables au pneumocoque, voient dans ces organes le point de départ de l'infection pneumococcique. Nous pensons que l'origine naso-bucco-pharyngée de la pneumococcémie est la plus vraisemblable, et nous croyons, avec Desguins (2), que les manifestations gastro-intestinales, loin d'être l'indice d'un point de départ, ne sont que la conséquence d'une septicémie pneumococcique déjà existante.

Il ressort de ce travail que la pneumonie franche aiguë n'est autre chose que la localisation habituelle de la maladie générale provoquée chez l'homme par le diplocoque de Talamon-Fränkel : la septicémie pneumococcique. C'est par la voie circulatoire que ce germe arrive à l'alvéole pulmonaire et non par voie respiratoire, comme le veut la théorie classique.

La phase de septicémie précédant la localisation pulmonaire est en général très courte et inappréciable en clinique. Cependant dans certains cas exceptionnels cette période septicémique préalable est plus prolongée ; elle se traduit par des symptômes généraux rappelant ceux de la fièvre typhoïde et peut être diagnostiquée par l'hémoculture ; la métastase pulmonaire ne se montre que quelques jours après.

La pathologie générale nous enseigne que la plupart des grandes infections de l'homme et des animaux sont des septicémies ; la pneumonie par sa fréquence, par ses allures épidémiques, par sa tendance à s'accompagner de métastases multiples mérite de rentrer dans ce groupe. Les faits antérieurement connus, que nous avons passés en revue, justifiaient déjà une semblable conception. Les deux observations qui forment la base de ce travail lui apportent, croyons-nous, un appoint décisif.

ANALYSES

MÉDECINE

De la tuberculose humaine congénitale. Etude critique. (Péhu et Chalier. *Arch. de méd. des enf.*, 1908, n°s 1 et 2.) — Dans cet important mémoire, MM. Péhu et Chalier passent en revue les observations de tuberculose congénitale publiées depuis la thèse classique de Küss (1898) ; ils discutent même quelques observations antérieures et indiquent toutes les recherches anatomiques et histo-bactériologiques nécessaires pour qu'un cas de tuberculose congénitale soit absolument probant.

La tuberculose congénitale suppose des manifestations macroscopiquement et microscopiquement spécifiques, ou bien encore la présence de bacilles dûment constatée ou démontrée par les résultats de l'inoculation. Il existe donc deux groupes de faits : tuberculose congénitale avec lésions (22 cas probants) et tuberculose congénitale sans lésions (13 cas probants).

Il faut qu'il s'agisse d'un fœtus ou d'un enfant mort avant d'avoir dépassé un mois, sinon on peut se demander si l'envahissement par le bacille de Koch n'a pas été postérieur à la naissance.

La tuberculose sans lésions sera reconnue quand on trouvera quelques bacilles de Koch dans les vaisseaux du foie, quand l'inoculation du placenta maternel et du foie tuberculisera le cobaye.

Pour la tuberculose avec lésions, un examen macroscopique ne peut suffire, car on pourrait confondre avec la tuberculose une syphilis héréditaire, une broncho-pneumonie lobulaire, des abcès miliaires disséminés. Il faut faire une étude complète des lésions de la mère, un examen histologique du placenta, du cordon ombilical et des divers organes du fœtus ou de l'enfant. On recherchera les lésions spécifiques et les bacilles de Koch dans le placenta ; on fera une inoculation de placenta au cobaye. L'examen du cordon ombilical est aussi très important ; si on obtient des résultats positifs en injectant au cobaye 2 ou 3 centimètres cubes de sang, c'est une preuve certaine de la tuberculisation de l'organisme fœtal. Parmi les organes du fœtus, il faudra surtout examiner le foie ; mais la tuberculose héréditaire peut aussi être une granulie généralisée ; on notera que les poumons sont les moins touchés ; quand il existe une tuberculose généralisée, les lésions sont moins abondantes au poumon que dans les autres viscères et paraissent de date plus récente ; la tuberculose fœtale n'est pas une tuberculose pulmonaire ; c'est d'ailleurs l'opinion soutenue par Küss.

Un fait important est à signaler ; la tuberculose n'a été rencontrée qu'une fois sur un fœtus expulsé au cours du quatrième mois de la grossesse ; on ne l'observe que chez des fœtus de cinq mois et au delà. C'est un argument à opposer aux partisans de l'hérédité conceptionnelle ; l'invasion bacillaire se fait dans l'utérus pendant la vie fœtale et la contagion semble conditionnée par l'établissement de la circulation placentaire.

Les auteurs insistent sur l'extrême rareté de la tuberculose humaine congénitale ; les enfants des tuberculeux ont peut-être une hérédo-prédisposition à la tuberculose ; ils ne sont, en tout cas, que très rarement hérédo-contagionnés. C'est plus tard qu'ils se contaminent. Par conséquent, en protégeant les enfants de tuberculeux contre la contagion et surtout contre la contagion du milieu familial, on pourra les soustraire à la maladie.

L. BABONNEIX.

Atrophie optique dans les affections méningées de la première enfance. (L. Babonneix et L. Tixier. Soc. de pédiatrie, 16 juin 1908.) — Les auteurs ont eu l'occasion d'observer trois cas : le premier concernant une méningite cérébro-spinale ; le second, un cas de réaction méningée accompagnant une broncho-pneumonie ; le troisième, une hémorragie méningée, dans lesquels l'examen ophtalmoscopique a décelé l'existence d'une atrophie optique bilatérale.

Cette atrophie était sans doute définitive : le seul des malades qui a survécu est donc vraisemblablement voué à une cécité incurable. On connaissait déjà (Marchand, Gassot) des cas de surdité consécutive à une méningite survenue dans les premières années de la vie, et, chez l'adulte, ou même chez l'enfant déjà grand, on sait que les diverses lésions méningées, mais particulièrement la méningite cérébro-spinale (Courtellemont) se compliquent parfois de cécité. Mais des faits analogues ne sont pas communs chez le nourrisson, où ils n'ont guère été signalés que par Still et Carr.

L. GAYARD.

(1) Marchisio. Congrès de méd. interne, Rome, oct. 1905 ; — *Gazzetta degli ospedali*, 1906, n° 18.

(2) Desguins. La pneumococcose gastro-intestinale épidémique, *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juin-juillet 1907.

CHIRURGIE

Suppuration d'un uretère surnuméraire s'abouchant dans l'urètre prostatique. (Arthur L. CHUTE. *Boston med. and surg. Journ.*, 19 sept. 1907.) — Les cas d'uretère surnuméraire constatés sur le vivant se comptent encore. Récemment, Bransford Lewis (1) publiait une pyélite d'un de ces uretères reconnue et guérie. Le cas de Chute est un peu analogue. Il en diffère par l'abouchement anormal de l'uretère surnuméraire dans l'urètre prostatique, qui rendait la cystocopie et le cathétérisme urétéral impossibles.

Un homme de quarante-deux ans, avec une vieille histoire de blennorrhagie et d'épididymite, est pris de fréquences de mictions et de douleurs dans la région hypogastrique et dans l'aine. Le rein droit est normal. Le lavage du rein gauche n'améliore le trouble des urines que temporairement, et on songea à une néphrotomie ou une néphrectomie que le malade refusa.

Huit mois après il revint, avec les mêmes symptômes plus accentués et de la fièvre. Une opération fit tomber sur un uretère gauche normal; en dedans de celui-ci et très fortement uni à lui par des adhérences au point de terminaison de l'uretère dans la vessie, était un canal à parois épaisses ressemblant à un segment d'intestin grêle dépourvu de péritoine. Ce canal montait derrière la vessie, puis devenait flexueux et finalement montait parallèlement et en dedans de l'uretère normal. Il était plein de pus fétide. On le coupa juste derrière la vessie, on en réséqua un bout et l'on fixa le bout supérieur à la peau. Plus tard, une néphrectomie devint nécessaire et le malade guérit.

Toutes les anomalies d'abouchement de l'uretère prennent naissance dans l'évolution compliquée qui fait que le canal de Wolff et l'uretère naissant ne pénètrent plus dans l'allantoïde par un orifice commun, c'est-à-dire l'évolution de l'éperon de Rathke et du trigone de Lieutaud.

La duplicité uretérale est passablement fréquente; les abouchements anormaux le sont moins. Un uretère surnuméraire abouché comme celui du malade de Chute ne donne pas de symptômes à moins de troubles pathologiques. Il peut y avoir uretéro-pyélite d'un seul uretère et bassinet, l'autre étant indemne. C'est une éventualité à laquelle le chirurgien doit songer, en présence d'une suppuration atypique de l'arbre urinaire.

F. GARDNER.

Un cas de rupture du sinus utérin. (Annie Lee HAMILTON et Franklin-G. BALCH. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. XLIX, nº 18, 2 nov. 1907, p. 1528-1529.) — Une jeune femme de vingt-neuf ans, primipare, enceinte de sept mois, entre à l'hôpital avec des symptômes qui font porter le diagnostic d'appendicite. Une incision à droite montre l'abdomen plein de sang; cependant il n'y a pas de grossesse extra-utérine. Pendant l'opération, l'hémorragie semble arrêtée, et on referme, mais des symptômes graves forcent à rouvrir quelques heures plus tard. On trouve le ventre de nouveau rempli de sang. On incise l'utérus et on en extrait un fœtus de sept mois, mort. Puis, en basculant l'utérus en avant, on trouve la source de l'hémorragie, très bas sur la surface postérieure du col. C'était un sinus utérin rompu, près d'un point fortement adhérent à un paquet d'anses intestinales. Trois points de suture arrêtent l'hémorragie, mais malgré une amélioration passagère et l'emploi de tous les moyens de stimulation, la malade mourut six heures après. Cette cause d'hémorragie est rare, si l'on en juge d'après l'absence de documents dans la littérature. Cependant les auteurs la considèrent comme pouvant se rencontrer dans tous les cas où l'utérus gravide est uni à d'autres organes par de fortes adhérences.

F. GARDNER.

(1) Voir analyse, in *Gaz. des hôpit.*, 1907, nº 8, p. 93.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La suppression des quarantaines. (M. REMLINGER. *L'hygiène générale et appliquée*, juillet 1908.) — L'auteur passe en revue les arguments qui militent en faveur de la suppression radicale des quarantaines en France. Elles sont attentatoires à la liberté individuelle. Les lois récentes sur le régime des aliénés, sur la prostitution, etc., témoignent d'un louable souci de ne pas entraver cette liberté. Il n'y a aucune exagération à demander que d'infortunés voyageurs dont le seul crime est de s'être trouvés sur le même bateau qu'un pesteux ou un cholérique bénéficient d'un égal souci. Les exemples abondent d'épidémies ayant traversé les lazarets les mieux organisés. En matière de peste, quelle influence peut avoir la quarantaine imposée aux passagers, alors qu'il est démontré que la maladie se transmet presque exclusivement par l'intermédiaire des rats? Pour ce qui est du choléra, on tend de plus en plus à faire jouer dans sa genèse un rôle important au microbisme latent : d'où inutilité des quarantaines qui pour être efficaces devraient durer des mois. L'inutilité des quarantaines est encore démontrée par ce fait que sur 30 000 personnes isolées dans les lazarets grecs depuis cinquante ans, il ne s'est manifesté aucun cas de choléra ou de peste. Il est bien évident en effet que les 30 000 passagers n'auraient pas contracté davantage ces maladies si la libre pratique leur avait été accordée. Du reste, n'est-ce pas reconnaître pleinement l'inutilité des quarantaines en général que de consacrer, comme l'a fait la Conférence de Paris, la suppression des quarantaines terrestres? En quoi les personnes se trouvant à bord d'un navire sont-elles plus dangereuses que celles qui sont dans un wagon de chemin de fer ? Il faut tenir compte également de l'atténuation singulière que présentent depuis quelques années dans leur force d'expansion la peste et le choléra.

M. Remlinger donne de nombreux exemples de cette atténuation et conclut que si le choléra et la peste sont toujours cliniquement et bactériologiquement le choléra et la peste d'autrefois, ces deux maladies n'ont plus maintenant de redoutable que le nom. Il y a là un fait très important dont la police sanitaire doit tenir compte. Au reste, l'Angleterre a toujours été antiquarantenaire et jamais ce grand pays n'a eu à se repentir de ces mesures libérales dont ses nationaux et son commerce ont par contre tant profité. Depuis les progrès de la navigation à vapeur, l'éloignement de la France et de l'Angleterre des foyers épidémiques est sensiblement le même. Le degré de civilisation, de culture scientifique, d'éducation hygiénique, est identique dans les deux pays. Chez nous comme chez nos voisins, la désinfection au lieu de débarquement, le passeport sanitaire et la surveillance médicale au lieu de résidence paraissent devoir être en quelque sorte le trépied de la prophylaxie sanitaire. La Conférence internationale de Paris a décidé qu'il appartenait à l'autorité sanitaire des ports d'appliquer la quarantaine de cinq jours ou la surveillance au lieu de résidence suivant la date du dernier cas, l'état du navire et les possibilités locales. Ce sont de louables intentions. Il appartient à l'autorité sanitaire qu'elles ne restent pas lettre morte et que les cas où la quarantaine sera appliquée soient des cas tout à fait exceptionnels. Celle-ci

devrait être appliquée seulement aux émigrants voyageant en troupe, aux vagabonds sans domicile fixe, c'est-à-dire à deux catégories d'individus particulièrement dangereux contre qui il est légitime de prendre des mesures spéciales.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Prophylaxie internationale et nationale (1), par le docteur Paul FAIVRE, inspecteur général adjoint des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

La nécessité de se protéger contre les maladies contagieuses exotiques a depuis longtemps motivé de la part des pays menacés l'application de mesures sanitaires. Mais, pendant longtemps aussi, ces mesures ont conservé dans chaque pays un caractère particulariste, de telle sorte qu'un même navire se voyait soumis, suivant les ports où il abordait, aux traitements les plus divers. On comprend combien, dans ces conditions, étaient difficiles et aléatoires les opérations commerciales, et combien étaient inconstants, relativement à la propagation des maladies, les résultats de mesures aussi différentes.

Ce n'est qu'au milieu du XIXe siècle que s'est produite la première tentative en vue de grouper les Etats pour les soustraire à ces inconvénients et leur permettre d'opposer à un danger commun une action commune. Ce mouvement devait être favorisé par le rapide et prodigieux développement des moyens de communication qui permettaient aux différentes nations de se tenir facilement informées des faits épidémiques de nature à déterminer l'application des dispositions sur lesquelles elles étaient conviées à se mettre d'accord.

Il n'est pas besoin d'insister sur les avantages de ces ententes basées sur la solidarité des intérêts sanitaires et commerciaux. Car tel est le double but de la prophylaxie internationale : empêcher la propagation des maladies contagieuses et supprimer les inutiles entraves apportées au commerce par des mesures dépourvues d'efficacité.

Le livre de M. Faivre est un exposé très complet et très au courant de ces questions.

Voici un aperçu des matières qui y sont traitées :

I. *Prophylaxie internationale :* 1. Origine et but de la prophylaxie internationale. Conférences sanitaires internationales; 2. Principales questions traitées par les conférences sanitaires internationales. Notification des épidémies. Mesures sanitaires au départ des navires, pendant la traversée et à l'arrivée des navires. Mesures sanitaires aux frontières de terre; 3. Administration sanitaire internationale.

II. *Prophylaxie nationale : Protection des frontières de mer.* 1. Historique du service sanitaire maritime en France. Intendances sanitaires. Règlements sanitaires successifs; 2. Réglementation actuelle. Objet de la police sanitaire maritime. Patente de santé. Médecins sanitaires maritimes. Mesures sanitaires au port de départ. Mesures sanitaires pendant la traversée et dans les ports d'escales contaminées. Mesures sanitaires à l'arrivée. Dératisation. Marchandises. Stations sanitaires et lazarets. Désinfection. Surveillance sanitaire des navires dans les ports. Circonscriptions sanitaires maritimes. Personnel sanitaire maritime. Médecins sanitaires de France en Orient. Conseils sanitaires maritimes. Dispositions générales. Droits sanitaires. Réglementation applicable aux musulmans algériens prenant part au pèlerinage de La Mecque. Police sanitaire maritime aux colonies et dans les pays de protectorat. — *Protection des frontières de terre :* Mesures exceptionnelles prises en vue de cette protection. Plan actuel de défense de la frontière du Nord et de l'Est.

L. GAYARD.

(1) In-8 de 196 pages, avec 18 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les ferments métalliques et leur emploi en thérapeutique (1), par Albert ROBIN, professeur à la Faculté de médecine.

Cet ouvrage résume les recherches que le professeur Robin a entreprises depuis 1901 sur l'action thérapeutique des métaux infiniment réduits.

M. Robin a donné à ces agents thérapeutiques le nom de ferments métalliques à cause de la parfaite ressemblance que l'on peut constater entre leur action et celle des diastases organiques.

Une partie importante du livre est destinée à établir nettement cette similitude qu'on retrouve également entre les ferments métalliques et certains sérums médicamenteux.

Enfin, après avoir étudié leur mode d'action sur l'organisme et l'influence qu'ils exercent sur le métabolisme, M. Robin fixe les indications thérapeutiques des ferments métalliques et les règles de leur application pratique.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-18 avec nombreux graphiques. — Prix : 4 francs. — Paris, J. Rueff.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 23 septembre 1908, les médecins aides-majors de deuxième classe élèves, sortis de l'école d'application du service de santé militaire, dans l'ordre ci-dessous, qui détermine leur rang d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major de deuxième classe (art. 24 du décret du 29 octobre 1898) ont reçu les affectations suivantes comportant la mention « service » :

MM. Combe et Bourguignon, hôpital d'instruction du Val-de-Grâce à Paris (bactériologie; diagnostic chirurgical spécial); Delacroix, hôpital de Versailles; Augé, hôpital Saint-Martin, à Paris; Debombourg, hôpital Villemanzy à Lyon; Guerrier et Monloup, hôpital Saint-Martin à Paris; Garnier, hôpital de Versailles; Buffé et De Vézeaux de Lavergne, hôpital Bégin à Saint-Mandé; Gillain, hôpital de Versailles; Louis, salles militaires de l'hospice mixte de Reims; Scherrer, hôpital Bégin à Saint-Mandé; Vanlande, 127e d'inf.; Izard, 16e d'inf.; Baverey, 20e bat. de chass. à pied; Gaud, 38e d'inf.; Blanc et Trabaud, hôpital de Marseille; Lheureux, hôpital de Lille; Plasson, 23e d'inf.; Maupin, 19e d'inf.; Barbier, 17e dragons; Nénon, 95e d'inf.; Audet, hôpital de Marseille; Meslin et Lubet, hôpital de Toulouse; Potier, hôpital de Bourges; Millet, salles militaires de l'hospice mixte de Nantes; Moner, salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble; Bergeret, salles militaires de l'hospice mixte d'Angers; Bénazet,

hôpital de Toulouse; Momy, hôpital de Nancy; Chatinières, hôpital de Bourges; Basque, 20e chasseurs à cheval; Lambert des Cilleuls, hôpital de Nancy; Laurens, 24e dragons; Rigaux, 12e chasseurs à cheval; Curet, salles militaires de l'hospice mixte de Besançon; Sarda, hôpital de Bourges; Pierron, hôpital de Nancy; Colleye, hôpital de Rennes; Gillouin, hôpital de Briançon; Rault, hôpital de Rennes; Junquet, salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; Claret, 17e d'inf.; Sorlat, salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal; Morel, hôpital de Belfort; Bouchet, hôpital de Bastia; Biau, hôpital de Belfort; Badie, hôpital du camp de Châlons; Graindorge, salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; Mallet, hôpital de Belfort; Labastie, hôpital de Toul; Villemin, 146e d'inf.; Servent, hôpital de Toul; Thurel, hôpital du camp de Châlons; Riss, salles militaires de l'hospice mixte de Langres; Durban, hôpital de Toul; Dumas, salles militaires de l'hospice mixte de Verdun.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret du 24 septembre 1908, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Preux, maintenu en résidence libre.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Clouard, maintenu à Marseille; Yersin, en Indo-Chine; Daliot, au Tonkin; Grognier, en Afrique occidentale.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Talbot, maintenu en Indo-Chine; Lecomte, au Tonkin; Judet de la Combe, à Toulon.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Salabert-Strauss, maintenu dans l'Inde; Montfort, à Madagascar; Mathis, au Tonkin.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Rességuet (de Toulouse).

Les sulfo-éthers urinaires. Physiologie et valeur clinique dans l'auto-intoxication intestinale, par H. Labbé, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, et G. Vitry, chef de clinique à la Faculté. In-8, n° 53 de l'*Œuvre médico-chirurgical.* — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cours de philosophie positive, par le docteur Auguste Comte. Tome III : *Philosophie chimique et philosophie biologique.* Un vol. in-8 de 446 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

N° 112. — JEUDI 1er OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 1er OCTOBRE 1908. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 28 septembre 1908. — Question donnée : « Muscles ptérygoïdiens. »

MM. Pilatte, 13; Médot, 11; Poissonnier, 9; Pesnel, 5; Parturier, 13; Ollier, 9; Netter, 12; Morel, 10; Minvielle et Meyer, 17; Merine, 14; Mercier (Pierre), 5; Melou, 3; Meignen, 14; Plotkin, 9; Plichet et Pigney, 10; Piémont, 19; Phipps et Petit (Antoine), 12; Pinard, 8; Lucas, 15; Leroy, 8; Legrain et Mathieu, 15.

Séance du 29 septembre. — Question donnée : « Les orifices du diaphragme. »

MM. Ledoux (Henri), 9; Lévy (Paul), 5; Liénard, 11; Lemoussu, 15; Leuvrais, 1; Le Maux, 17 1/2; Lenoir, 13; Lemoine, 15; Lépine, 16; Maechler, 1; Ledoux (Philippe), 4; Lefèvre, 1; Mlle Lipkine, 14; MM. Leriche, 3; Malmezat, 10; Mage, 1; Levêque, 4; Lesage, 8; Legillon, 7; Marcassus, 11; Maire, 1; Lavalée, 10; Lehmann (Raymond), 11; Mlle Leitnikoff, 8; M. Lévi-Franckel, 11.

Pathologie. — Séance du 28 septembre 1908. — Question donnée : « Oreillons. »

MM. Grille, 3; Huguet, 13; Labbé, 10; Herdner, 7; Guerrin, 12; Huc, 16; Guillemin, 13; Khérouvimoff, 6; Haguenau, 15; Lacronique, 6; Gros, 12; Mlles Halberstadt, 8; Kalmanovitch, 10; MM. Guinet, 13; Labro, 4; Jallet, 10; Joyes, 7; Guillaumot, 10; Guérain, 8.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les docteurs Poupon (d'Aunay-sous-Auneau) et Vaudey (de Marseille) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Les médecins stagiaires de l'Ecole d'application du service de santé militaire dont les noms suivent sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe et reçoivent les affectations suivantes :

MM. Mouchard, hôpital du camp de Châlons, et Ferron, hôpital de Maubeuge.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le docteur Cougoule, médecin à Cajarc, est nommé sous-inspecteur de l'Assistance publique et affecté au département de l'Orne.

XXIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (du 5 au 10 octobre 1908, à Paris). — Ordre des séances du Congrès (à la Faculté de médecine) :

Lundi 5 octobre, à deux heures. — Séance d'inauguration, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Discours de M. le professeur Emile Forgue, correspondant national de l'Académie de médecine, président du Congrès. Compte rendu du secrétaire général.

A trois heures précises. — Questions mises à l'ordre du jour : « Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique », MM. Delagénière (du Mans) et Gosset (de Paris), rapporteurs. — Questions diverses : foie.

Mardi 6 octobre, à deux heures. — Questions diverses : utérus, annexes, estomac, péritoine, intestin, appendice, reins, testicules, hernies.

Mercredi 7 octobre, à deux heures. — Question mise à l'ordre du jour : « Traitement chirurgical des cavités osseuses d'origine pathologique », MM. Broca (de Paris) et Nové-Josserand (de Lyon), rapporteurs. — Questions diverses : thorax, rachis, fosses nasales, pharynx, oreille.

Jeudi 8 octobre, à trois heures. — Assemblée générale. Rapport du trésorier. Nomination du vice-président du Congrès de 1909 et des secrétaires, de deux membres du Comité d'administration. — Le soir : Banquet (au Palais d'Orsay).

Vendredi 9 octobre, à deux heures. — Question mise à l'or-

dre du jour : « Traitement chirurgical des névralgies faciales », MM. Jaboulay (de Lyon) et Morestin (de Paris), rapporteurs. — Questions diverses : face, cou, membres.

Samedi 10 octobre, à deux heures. — Questions diverses : Chirurgie générale.

A quatre heures (salle de correspondance). — Présentation d'instruments et appareils.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

IIIe CONGRÈS POUR L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS. — Ce Congrès se tiendra à Vienne du 7 au 11 octobre prochain. Le bureau du Congrès est installé dans la maison de la Société impériale et royale des médecins, IX, Frankgasse, 8; il sera ouvert, à partir du lundi 5 octobre, tous les jours, de neuf heures à une heure.

Programme du Congrès. — Mardi, 6 octobre, à huit heures du soir, réception des congressistes dans la Volkshalle de l'Hôtel de Ville. Un concert sera donné par un orchestre de médecins.

Mercredi 7, à dix heures, inanguration du Congrès par le président Hofrat. La cérémonie de l'inauguration sera suivie d'une séance de travail.

Jeudi, vendredi et samedi, à neuf heures, séances de travail. La séance de samedi sera suivie de la séance de clôture du Congrès.

Durant le Congrès, de nombreuses fêtes et réceptions seront offertes aux congressistes.

L'allemand, l'anglais, le français et l'italien sont considérés comme langues officielles au Congrès.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — RÉPARTITION DES STAGIAIRES DANS LES SERVICES HOSPITALIERS. — I. *Inscription et classement des stagiaires.* — Le choix des services hospitaliers, pour la période de stage comprise entre le 1er novembre 1908 et le 1er mars 1909, aura lieu les 20, 21 et 22 octobre 1908, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Seront seuls inscrits d'office pour être appelés à choisir, MM. les étudiants en cours régulier d'études, c'est-à-dire ayant pris à la Faculté de médecine de Paris, en juillet 1908, les quatrième, huitième ou douzième inscriptions. Ne seront appelés que sur leur demande écrite : MM. les étudiants soumis au stage, se trouvant dans l'une des situations suivantes : 1° Elèves en cours irrégulier d'études; 2° Elèves libérés du service militaire ; 3° Elèves sortant d'une Faculté ou école des départements. Les demandes d'inscription devront parvenir à M. le doyen avant le 15 septembre. Une convocation sera adressée aux élèves inscrits.

II. *Dispositions relatives aux internes et externes des hôpitaux.* — Le stage de spécialité, imposé aux élèves de quatrième année par l'article 1er du décret du 20 novembre 1893, n'est pas exigé des internes et externes titulaires des hôpitaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement. Le certificat à produire doit être revêtu de la signature du chef de service d'accouchement et du directeur de l'hôpital, ainsi que du visa de M. le secrétaire général de l'Assistance publique.

COLLÈGE DE FRANCE. — LABORATOIRE D'HISTOLOGIE. HISTOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE. — M. J. Jolly commencera le mardi 13 octobre 1908, au laboratoire d'histologie du Collège de France, un cours particulier sur l'histologie normale et pathologique du sang. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à deux heures. Il sera accompagné de démonstrations et comprendra quinze leçons dont le programme est le suivant :

Morphologie du sang. Technique générale. Examen du sang frais. Méthode de fixation et de coloration. Numération des globules rouges. Hémoglobine. Colorimétrie. Diamètre des globules rouges. Mesure du grossissement. Altérations des globules rouges. Globules rouges nucléés. Etude des anémies.

Leucocytes. Morphologie. Physiologie. Numération. Numération des variétés de leucocytes. Leucocytose. Leucémies. Exsudats. Leucocytes du tissu conjonctif, des exsudats et du pus. Résistance des globules rouges. Isotonie. Sérum. Coagulation. Examen médico-légal du sang.

Hématopoïèse. Formation du sang chez l'embryon. Régénération du sang. Rate. Ganglions et organes lymphoïdes. Moelle osseuse.

Le nombre des élèves étant limité, on est prié de s'inscrire d'avance (laboratoire d'histologie, annexe du Collège de France, rue des Ecoles).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Rondot, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M.* — Toutes les gares du réseau P.-L.-M. délivrent, toute l'année, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1500 kilomètres; 45 jours de 1501 à 3000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet.

Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 fr.

Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

LES ICTUS AMNÉSIQUES

DANS LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

Par R. BENON,
Interne de la Clinique des maladies mentales.

Il importe d'abord de rappeler ce qu'on entend par « ictus amnésiques ».

Autrefois Fournier (1), P. Marie (2), Pick (3), etc., ont employé ces mots pour désigner l'état de démence rapide et profonde qui survient, après un ictus, chez un malade déjà plus ou moins affaibli auparavant au point de vue psychique.

Garnier (4) et ses élèves, MM. Dromard et Levassort (5) font également usage de ces mots; ils n'en précisent pas le sens (du moins nous ne les avons pas trouvés définis dans leurs ouvrages). Il semble toutefois qu'ils leur accordent vis-à-vis des « organiques » (artério-sclérose cérébrale, par exemple) le sens restreint que nous leur avons donné nous-mêmes (6) : *Les ictus amnésiques, cliniquement, sont caractérisés par ce fait que, chez le malade, la perte de la mémoire est rapide sinon subite, plus ou moins complète, et de courte durée.*

L'amnésie apparaît à la suite d'un ictus apoplectique léger, ou plutôt d'un étourdissement; quelquefois le trouble de la mémoire est primitif et manque de prodromes. Sans doute le malade aura pu présenter auparavant quelques perturbations mnésiques, par exemple de l'amnésie antérograde ou rétrograde de conservation ou de reproduction; mais cela ne l'a pas ou l'a peu gêné; souvent même ces légers troubles passent inaperçus.

L'*amnésie*, au contraire, *dans l'ictus amnésique se développe rapidement, sinon brusquement, et elle est plus ou moins complète*. S'il n'en était pas ainsi, rien ne frapperait l'entourage. L'oubli d'une heure donnée, ou d'un lieu, ou d'une chose, ou d'un nom, etc., même subit, ne constitue pas un état clinique d'ictus amnésique. Le trouble de la mémoire doit être assez profond, assez généralisé.

Cet *état amnésique*, apparu subitement, doit être *de courte durée.* S'il se prolongeait, on aurait, par exemple, affaire à un état démentiel plus ou moins rapidement progressif, mais non à un ictus amnésique. Cet état clinique étant de courte durée, *le sujet revient au bout de quelques minutes ou de quelques heures à son état antérieur, ou en tout cas à un état voisin de l'état antérieur*; il peut s'orienter dans le temps et dans l'espace, répondre aux questions avec clarté, etc.

Il est évident que ces ictus amnésiques ne sont que des variétés d'états aigus et qu'à côté d'eux on pourrait décrire des états aigus amnésiques et confusionnels apparaissant progressivement et durant plus longtemps; mais cliniquement ils sont moins frappants que les ictus amnésiques qui nous intéressent ici.

Nous apportons ici trois observations d'*ictus amnésiques chez des paralytiques généraux.*

(1) Fournier. *Syphilis cérébrale*, Leçons recueillies par Brissaud, 1879, p. 279.

(2) P. Marie. Art. hémiplégie, *Traité de méd. et de thérap.*, 1re édit., 1899, p. 505.

(3) Pick. Cité par P. Marie, loc. cit.

(4) Garnier. Les amnésies, *Bull. méd.*, 1905, p. 9.

(5) Dromard et Levassort. *L'amnésie*, F. Alcan, 1907, chap. I.

(6) R. Benon. Les amnésies (étude clinique), *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 798.

Observation I (1907). — *Paralysie générale. Début marqué en 1905 par trois ictus amnésiques, séparés entre eux par des intervalles de quelques jours. Le malade n'a cessé son travail que deux ans après ces ictus.* — R... Charles, employé à la Compagnie des chemins de fer du Nord, âgé de cinquante-trois ans, entre à l'Asile clinique le 23 mars 1907; il est atteint de *paralysie générale*. Sa femme nous donne des renseignements intéressants sur ses antécédents.

Antécédents héréditaires. — Son *père, aliéné* (?), est mort interné à l'âge de quarante-neuf ans. Il n'y a pas d'autres affections nerveuses dans la famille.

Antécédents personnels. — Jamais malade, il faisait peu d'excès de boissons; il aurait eu la *syphilis*. Sa femme a eu quatre grossesses, dont deux fausses-couches. Les deux autres enfants sont bien portants.

L'*affection* actuelle *a débuté subitement*, dit la femme, il y a environ deux ans, le 1er février 1905.

A cette date, il présente, durant son travail à la gare, comme un *étourdissement*; il s'appuie à une colonne, pâlit, *tombe* sur le sol, mais *se relève* aussitôt en *disant, complètement désorienté* : « *Mais où suis-je ici ?... Où suis-je donc ?* » On le mène à l'infirmerie de la gare, il continue à demander : « Où suis-je ici? Où suis-je donc? Suis-je à la gare? Quel train dois-je faire? » *Au bout d'une dizaine de minutes, il se reconnaît.* On le reconduit chez lui. Il aurait pu rentrer seul, car c'est lui qui indiquait le chemin à celui de ses collègues qui l'accompagnait.

Le médecin de la Compagnie lui accorde quatre jours de repos. Or, un matin, au réveil, il *perd encore presque complètement la mémoire* : ainsi il ignore qu'il a été malade; il veut aller à son travail; il se lève au galop pour se vêtir et partir. *C'est en vain que sa femme lui raconte qu'il est tombé*, que le médecin lui a accordé quatre jours de repos, que tous les jours ce médecin vient le voir et le soigne. Non, il ne se rappelle rien de tout cela. Il ne demandait pas où il était. Mais il avait totalement oublié son étourdissement et sa chute. Il reconnaissait bien sa femme et ses enfants, il parlait correctement, mais il ne pouvait arriver à comprendre sa situation. Comme il avait quelques envies de vomir, il a pu se rendre spontanément aux cabinets. Cet état a duré environ *dix minutes*.

Il recommence à travailler après ces quatre jours de repos. Il aurait bien rempli ses fonctions. *Toutefois la Compagnie*, comme il a trente et un ans de service, parle de le *mettre à la retraite*. Cela l'ennuie. Il décide aussitôt d'aller voir le docteur T..., pour connaître son avis. *Après la consultation*, qui l'avait plutôt tranquillisé, il *va* avec sa femme *faire des achats* à « la Ménagère ». Il donne son avis sur ce qu'on choisit, paie lui-même les objets, sans difficulté. En sortant *dans la rue, il voit, paraît-il, deux personnes qui manquent d'être écrasées, cela l'émotionne. A partir de ce moment, il ne dit plus rien et a des allures bizarres.*

La conversation suivante s'engage entre lui et sa femme :

D. — Qu'est-ce que tu as, père? lui dit sa femme.

R. — Je suis en train de réfléchir où nous sommes, d'où nous venons.

D. — Voyons, tu sais bien que nous sortons de la Ménagère.

R. — Je ne sais pas du tout où je suis.

Et en effet, il ne savait plus ce qu'on avait acheté dans le magasin ; *il avait tout oublié*, sa sortie de l'après-midi, la consultation du médecin; il ne reconnaissait plus le boulevard : « J'aurais pu lui demander n'importe quoi, dit sa femme, il ne l'aurait pas su. »

Elle le conduit dans une pharmacie et une dizaine de minutes après, il revient à lui.

Ces pertes subites de la mémoire, qui se sont répétées trois fois en huit jours (février 1905), n'ont plus reparu. Elles n'ont fait que marquer un peu bruyamment le début de l'affection actuelle.

Ensuite, en effet, le caractère du malade a changé; il est devenu irritable, emporté. Sa mémoire aurait peu diminué.

Il a pu continuer son travail durant deux ans environ, jusqu'au 17 mars 1907.

A noter que, le 28 février 1907, il a eu un ictus épileptiforme; malgré cela, le lendemain, il recommençait à travailler.

Toutefois, peu à peu, il s'excite, exprime des idées de grandeur, absurdes, incohérentes, contradictoires et il est interné à l'Asile clinique.

Obs. II (1907). — *Paralysie générale. Ictus amnésique en 1905 (agnosie topographique). Progressivement amnésie rétro-antérograde diffuse, globale profonde.* — J... Casimir, tailleur d'habits, trente-neuf ans, entre à l'Asile clinique le 29 mars 1907. Sa femme nous donne des renseignements sur sa maladie.

Antécédents héréditaires. — Elle ne connaît pas ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il n'aurait jamais été atteint d'aucune affection. Il n'avait pas d'habitudes alcooliques. Sa femme a eu une fille bien portante et elle n'a pas fait de fausses-couches.

On peut considérer la maladie actuelle comme ayant débuté vers 1904. A cette époque, en effet, la femme a observé chez la malade des *modifications du caractère*. Il devint moins aimable, plus exigeant. Un soir, sous prétexte qu'on était sorti trop tard d'un dîner chez des amis, il prend une voiture et laisse sa femme et sa fille rentrer seules à pied. En promenade, plusieurs fois, il les abandonne pour des motifs futiles. Or, jamais auparavant, il ne s'était conduit de la sorte.

Au mois de juillet 1905, un fait plus frappant se déroule : c'est un *trouble passager, aigu, de la mémoire, un ictus amnésique.*

Le malade revenait de son travail : au lieu de monter chez lui au quatrième étage, il s'arrête au troisième, à la porte correspondante, et met sa clef dans la serrure. Sa femme, avertie dans la cour par une voisine, sort sur le palier et l'appelle. Il monte la moitié de l'étage, s'arrête et se met à l'injurier, en lui disant « qu'elle ferait mieux d'être chez elle qu'à bavarder avec ses voisines ». Bref, il continue à croire que l'entrée de son logement est à la porte où il s'est d'abord arrêté. Il redescend donc les marches qu'il avait montées et il remet sa clef dans la même serrure. Sa femme lui crie alors : « Mais tu es fou? Qu'est-ce que tu fais? » Cela le réveille en quelque sorte, dit sa femme, et il se décide à monter chez lui. Rentré dans son appartement, *il était égaré, désorienté. Il ne pouvait rien expliquer ni dire.*

Au bout de dix minutes environ, il revient à lui et présente une crise de larmes. Quand sa femme lui dit qu'il l'a insultée, il ne paraît pas en avoir gardé le souvenir. Sa femme avait cru tout d'abord qu'il était ivre, mais il n'en était rien. Ce n'est d'ailleurs pas un buveur.

Après cet incident, les troubles mnésiques ne tardèrent pas à s'accentuer progressivement; leur forme est d'ailleurs classique. Ce sont d'abord des erreurs dans le travail ; il oublie des boutons à un pantalon, une poche à un veston, etc. *Il se perd dans la rue*, même dans la rue qu'il habite; un jour, il demandait aux uns et aux autres la rue C..., et il était dans cette rue. Il ne se rappelle plus les faits récents et précise mal les faits éloignés. Ces temps derniers, il se conduisait comme un enfant.

Aujourd'hui très affaibli, très désorienté, inconscient de sa situation, il offre en outre les signes physiques de la paralysie générale : embarras de la parole, tremblements fibrillaires de la langue, pupille en myosis, inégales et paresseuses à la lumière, réflexes exagérés, etc.

Obs. III (1907.) — *Paralysie générale. Au début, ictus amnésique qui a duré plusieurs heures (quatre heures environ) : automatisme moteur et automatisme verbal.* — H... Jean-Baptiste-Eugène, garçon de magasin, trente-trois ans, entre à l'Asile clinique le 1er mars 1907, comme paralytique général.

Sa femme nous fournit des renseignements sur son affection et ses antécédents.

Antécédents héréditaires. — Son père s'est suicidé, à l'âge de quarante ans environ, dans un accès de désespoir. Sa mère est bien portante. Un neveu, du côté du père, a été atteint de « méningite ».

Antécédents personnels. — Sa femme ne lui connaît pas de maladies antérieures à celle qui l'amène à l'hôpital.

Mariés en 1900, ils ont un enfant bien portant. C'est en mai 1906 que H... a eu ses premiers accidents. L'affection, à son origine, a été marquée par un *ictus amnésique,* qui nous est raconté d'une part par la femme, et, d'autre part, dans une lettre, avec beaucoup de détails, par le directeur de l'usine où était occupé le malade.

Cet ictus ne paraît pas avoir eu un début absolument brusque : *l'état amnésique semble s'être installé insidieusement en dix, quinze minutes*, sans perte, même courte, de connaissance.

H... vient prendre son travail le matin à l'usine, à l'heure habituelle; il travaille d'une manière tout aussi satisfaisante que précédemment, et il ne paraît pas incommodé le moins du monde de toute la matinée.

Vers onze heures, il est distrait du travail qu'il fait ainsi que son camarade de tâche et d'autres ouvriers, pour charger une voiture.

A la fin de ce chargement, *il paraissait ne plus comprendre* très bien les diverses manœuvres à faire, mais on pouvait mettre cela sur le compte du manque d'habitude, d'autant qu'il ne s'arrête pas un instant et qu'il ne se plaint en aucune façon.

C'est seulement quand le chargement est fini que le directeur, personnellement, s'aperçoit que H... doit avoir quelque chose.

A ce moment, en effet, au lieu de descendre de dessus la voiture, *il reste « machinalement » sur les colis*, paraissant ne pas avoir bien conscience de ce qui lui reste à faire. On doit lui dire par deux fois : « Descendez donc, H..., vous allez être trempé (la pluie commençait à tomber), il faut vous sauver déjeuner. ». Il était alors midi, car on avait dû rester après

l'heure de sortie habituelle (onze heures et demie), pour achever le travail. *Il répond machinalement* « oui, oui » et descend. Mais, au lieu d'aller s'habiller pour partir, il retourne à la tâche qu'il avait quittée.

On va de nouveau vers lui et on lui dit qu'il faut aller déjeuner. Il répond, toujours de la même manière : « Oui, oui. » Mais, tournant le dos à la porte de sortie, il s'engage plus avant dans l'usine.

Sa démarche était mal assurée.

C'est alors que, personne n'ayant plus de doute sur son état, on lui fait remarquer qu'il doit être souffrant. C'est encore par le même « oui, oui » machinal qu'il répond, en accusant une barre dans l'estomac. Son regard, à ce moment, traduisait un « affaiblissement certain » de la conscience.

On entreprend de faire diversion à son état et d'amener une réaction dans son esprit; on lui parle d'abondance, on lui demande s'il a parfois des accidents analogues, ce qu'il fait pour cela, ce qu'en pense le médecin, etc... Son visage se colore, il paraît plus lucide, dit qu'il a parfois des douleurs, qu'il se purge. Il ajoute même : « Je devais être pâle. »

Ce mieux n'est que passager : il se met de nouveau à répondre machinalement « oui, oui » et son regard redevient trouble.

Il part néanmoins vers midi un quart, quoiqu'on insiste trois ou quatre fois pour le faire rester.

Non guidé et désorienté, il se trompe de chemin et n'arrive chez lui qu'à quatre heures de l'après-midi. Il était seul et avait dû *errer* dans les rues. Il ne pouvait guère parler à son arrivée, ses yeux étaient hagards.

Ce jour-là, le malade n'avait pas fait d'excès de boisson. Habituellement d'ailleurs, il ne boit qu'un peu de vin et rarement des apéritifs; il ne rentrait jamais ivre.

Revenu bientôt à lui, il ne put expliquer ce qui s'était passé, ni ce qu'il avait fait, une fois sorti de l'usine.

Depuis mai 1906, il n'a travaillé que par intervalles, deux ou trois mois au plus, par suite de l'*affaiblissement progressif des facultés mentales*.

Il a eu *deux ictus*, l'un en décembre 1906, l'autre en janvier 1907, ce dernier avec convulsions.

A son entrée à l'Asile, il présente une légère excitation avec des hallucinations et quelques idées délirantes de persécution d'origine éthylique : le malade s'est mis à boire en ces derniers mois; inoccupé, il allait avec des camarades au café.

Les *états aigus amnésiques* présentés par nos trois malades répondent bien aux *ictus amnésiques*, puisqu'ils ont été subits, assez profonds et transitoires.

Les malades des observations I et II ont été frappés véritablement brusquement : chez le troisième malade, l'état amnésique s'est développé en dix à quinze minutes, et insidieusement. Les premiers exprimaient avec une sorte de surprise leur désorientation; le troisième était plutôt obnubilé, engourdi et ne répondait qu'à de vives excitations. Chez les uns et les autres ce qui dominait, c'était l'*agnosie topographique*. Il est vrai que les renseignements fournis par l'entourage sont toujours incomplets et que sans doute l'amnésie est beaucoup plus étendue à la fois quantitativement et qualitativement. Le fait d'ailleurs est net chez le troisième malade, qui a été l'objet d'observations plus minutieuses.

La durée de ces états amnésiques a été de dix minutes environ chez les deux premiers malades, et de quatre à cinq heures chez le troisième. Quoi qu'il en soit, tous les trois, revenus à eux, n'étaient pas sensiblement plus affaiblis qu'auparavant au point de vue psychique.

Chez le premier, la paralysie générale a évolué lentement: il n'a été interné que deux ans après ses trois ictus amnésiques. Chez le second, les troubles psychiques se sont développés plus rapidement après l'ictus amnésique. Il en a été de même pour le troisième malade.

L'*ictus amnésique* apparaît donc comme un *épisode aigu du début de la paralysie générale*. Il prend place à côté d'autres épisodes aigus avec amnésie, confusion, obtusion, plus complexes, plus longs, plus graves; toutes sortes d'intermédiaires existent entre lui et ces derniers.

Après l'internement surtout, ces états aigus, sous l'influence du régime et de la régularité de l'existence hospitalière, s'amendent, s'améliorent pour aboutir à des rémissions plus ou moins complètes, plus ou moins durables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE 1908)

L'action du tabac sur la grossesse. — M. ROBINSON. Tous les auteurs acceptent cette idée erronée que l'intoxication tabagique est une cause d'avortement. L'auteur a montré par une expérience chez la chienne pleine qu'il n'en était rien : l'animal, empoisonné par une quantité considérable d'extrait fluide de tunbéki (tabac persan), présentait des symptômes graves d'une intoxication intense, tels le vomissement, la diarrhée sanguinolente, la paralysie du train postérieur, sans que la grossesse fût interrompue. Quelques auteurs ont essayé de prouver le contraire, en répétant des expériences analogues chez la lapine et la cobaye. Mais ils n'ont pas réfléchi qu'il y a une différence colossale entre les différentes espèces d'animaux, puisque la chienne avorte difficilement, tandis que la lapine et la cobaye sont très disposées à le faire, même à la suite d'un léger traumatisme. Le tabac que M. Robinson a employé est très actif, on ne peut le fumer que par un appareil spécial, le *narghilé*, dans lequel la fumée, passant dans un récipient d'eau, y laisse la plus grande partie de matières toxiques contenues dans le tabac.

A côté de la chienne, on peut placer la jument pour sa résistance particulière à l'action du tabac : chez les bêtes de cette espèce, lorsqu'elles présentent les symptômes d'une obstruction intestinale, les vétérinaires d'Orient introduisent dans le rectum une canule adaptée à un producteur de fumée de tabac. Les mouvements respiratoires de l'animal permettent à celle-ci d'entrer dans le côlon, où elle s'absorbe et produit de violentes contractions intestinales et souvent la débâcle. Or, la jument grosse n'avorte jamais dans les conditions indiquées.

Enfin, l'auteur vient de répéter la même expérience chez une chatte pleine qui, intensément intoxiquée par la fumée du tabac dans une cage, n'a pas avorté.

La femme peut être rapprochée de ces trois derniers animaux; elle n'avorte pas par le tabac. L'auteur a fait une enquête en Orient chez les femmes qui fument du narghilé, ou des cigarettes en très grande quantité (30-40 par jour) : il n'a pas trouvé un seul cas d'avortement que l'on puisse attribuer au tabac.

Les auteurs qui ont tendance à dire le contraire ne pensent pas que les quelques cas observés dans les manufactures de tabac ne constituent pas une preuve suffisante.

La femme saine, particulièrement au point de vue génital, est très difficile à avorter comme la chienne, la jument et la chatte. Au contraire, des lésions *minimes* des organes génitaux sont susceptibles d'interrompre la grossesse à la suite d'un accident insignifiant. Or, les ouvrières des manufactures de tabac sont en général suspectes à cet égard; en outre, elles sont mal nourries, mal aérées, assez souvent infectées par le gonocoque ou le spirochète.

En réalité, la question doit être jugée de la façon suivante. L'action des poisons est dissociée suivant l'espèce animale. De même que le lapin rouge mange impunément une grosse quantité de belladone sans être incommodé, quantité capable de tuer plusieurs hommes, de même une petite quantité de tabac peut produire l'avortement dans cette espèce, tandis qu'elle ne serait pas suffisante à le faire dans une espèce différente. En outre, l'innervation de l'utérus de la lapine est en corrélation intime avec le système nerveux général, tandis que chez la femme il existe des ganglions autonomes, agissant pour leur compte, dans le même organe. Ce fait est aujourd'hui incontestable et explique comment dans un cas l'action du poison sur le système nerveux central peut donner naissance à un phénomène, pendant que ce dernier n'a pas lieu dans un organe indépendant par une innervation indépendante.

Rôle du système nerveux dans les changements de coloration chez la grenouille. — M. E. Sollaud.

ANALYSES

MEDECINE INFANTILE

La pédiométrie. (Variot. *La Clinique infantile*, 1er juillet 1908, p. 385.) — M. Variot résume dans cet article les nombreux travaux qu'il a publiés depuis dix ans sur la pédiométrie, c'est-à-dire sur l'ensemble des méthodes dont nous disposons pour mesurer et enregistrer les manifestations de la croissance chez l'enfant. La pédiométrie qui s'applique à la mensuration globale est la pédiométrie somatique; la mesure des organes en particulier constitue la pédiométrie organique.

Pour la pédiométrie somatique, M. Variot a fait construire un pédiomètre dans lequel sont réunis la règle graduée horizontale pour toiser le nourrisson, le pèse-bébé, la bascule et la toise. Avec cet instrument, l'auteur et son élève Chaumet ont dressé les tables de croissance des enfants parisiens. En partant de cette base solide, la table de croissance de l'enfant normal, on peut apprécier les anormalités de la croissance que M. Variot a étudiées sous le nom d'atrophie et d'hypotrophie infantiles; le terme d'atrophie s'applique aux nourrissons; celui d'hypotrophie, aux enfants qui ont dépassé la première année. Les atrophiques et hypotrophiques n'ont ni le poids ni la taille des enfants de leur âge; c'est surtout la mesure de la taille qui a le plus d'importance et qui permet d'apprécier le degré d'hypotrophie. Les causes les plus communes de cet état morbide sont l'alimentation défectueuse, le mauvais lait pour les nourrissons, la nourriture insuffisante, le logement insalubre pour les écoliers, souvent la tuberculose, l'hérédité alcoolique ou syphilitique; il faut aussi attribuer dans certains cas un rôle important aux lésions ou perturbations fonctionnelles des glandes à sécrétion interne. Les enfants atrophiques et hypotrophiques résistent mal aux maladies infectieuses; le retard du développement est donc un facteur de gravité pour le pronostic de ces maladies.

La pédiométrie organique ne présente pas moins d'intérêt; la mensuration du thorax, par exemple, donne des indications sur la fonction respiratoire. On peut encore, par la radioscopie, faire la mensuration de l'aire du cœur (Variot et Chicotot), reconnaître les variations de forme et de volume de l'estomac des nourrissons (Barret et Leven).

On voit par cet aperçu rapide sur la pédiométrie que les travaux de M. Variot peuvent rendre les plus grands services à la puériculture. L. Babonneix.

CHIRURGIE

Le traitement du sarcome par le mélange des toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. (William B. Coley. *The Boston med. and surg. Journ.*, 6 fév. 1908, vol. CLVIII, n° 6, p. 175.) — L'auteur, qui a déjà beaucoup publié sur ce sujet, donne dans cet article le résultat de six années d'essais. Il rappelle les faits sur lesquels est basée cette méthode : guérison permanente de certains sarcomes inopérables, et même de quelques carcinomes à la suite d'une attaque d'érysipèle; guérison de douze cas de sarcome inopérable par l'injection de cultures de streptocoque de l'érysipèle.

Coley décrit avec un grand soin la préparation de sa toxine, montrant les diverses modifications qu'il lui a fait subir depuis plusieurs années, mettant en garde contre les résultats inégaux obtenus par divers observateurs avec des toxines de diverse provenance. Il montre aussi les soins de conservation à prendre : des flacons doivent être conservés dans la glace jusqu'au moment de leur usage, et la préparation ne conserve de façon sûre sa virulence que pendant plusieurs semaines. Il expose très longuement la technique très délicate des injections :

Début par l'injection sous la peau, à distance de la tumeur (dans la face ou à la paroi abdominale) de doses très faibles : 1/67 de centimètre cube, dit l'auteur, dilué dans un peu d'eau stérilisée.

Par la suite la dose sera augmentée à 1/50, 1/33 de centimètre cube, mais ne pourra jamais arriver à dépasser 1/10 de centimètre cube.

L'injection sera faite en dehors ou dans l'intérieur de la tumeur selon le degré de réaction.

On doit arriver à une réaction modérée consistant en un frisson deux heures après l'injection, et une élévation de température à 38°8, 39, 40 degrés au plus.

L'injection dans la tumeur provoque une réaction plus vive et d'autant plus vive que la tumeur est plus vasculaire. Un peu de cocaïne peut être ajouté à la toxine pour rendre l'injection moins douloureuse. L'injection est répétée tous les deux jours à moins de réactions vives et, si possible, tous les jours. Dans les cas heureux, la durée du traitement a été de deux à quatre mois. Il est utile de continuer ensuite des doses très minimes pendant un an à espaces plus éloignés. Pendant la durée du traitement, l'emploi de la strychnine sera fort utile pour soutenir le malade.

L'emploi de cette méthode est indiqué dans des cas très différents :

1° Dans des cas de sarcomes inopérables;

2° Dans des cas de sarcomes opérés mais récidivés;

3° Dans quelques cas opérables intéressant les os longs, et dans l'espoir d'éviter la perte d'un membre par amputation;

4° Après une opération pour éviter la récidive;

5° Enfin on l'a employée dans quelques cas de carcinomes, surtout après une opération, dans l'espoir d'éviter la récidive. Mais ici le succès est beaucoup plus aléatoire. Au contraire, dans les cas de sarcome, de quelque nature qu'ils soient, les résultats de Coley sont encourageants :

Dans 47 cas personnels, et dans près de 100 rapportés par d'autres médecins, le traitement par les injections de toxines a été suivi de la disparition complète du sarcome. Si on ne tient compte que des cas de guérison maintenus depuis plus de trois ans, on trouve 28 cas personnels de Coley et d'autres auteurs.

Au cours de cet article, l'auteur cite quelques nouveaux cas personnels et H. Packard et J.-B. Blacke donnent 3 nouvelles observations.

Cette méthode ne va pas sans encourir quelques risques et Coley avoue que sur 430 malades qu'il a traités ainsi, 3 cas de mort peuvent être attribués à la méthode. D'autres cas ont été rapportés par d'autres auteurs. Il s'agit presque toujours de phénomènes d'embolie au cours d'une injection dans une tumeur très vasculaire ou de cas de pyémie aiguë. Dans tous ces cas, d'ailleurs, il s'agissait de sarcomes inopérables.

Néanmoins l'auteur insiste sur ces faits pour montrer l'importance de la préparation, de la conservation de la toxine et de la technique très délicate de l'injection.

M. LANCE.

Existence d'adhérences congénitales dans les veines iliaques primitives; leurs rapports avec la thrombose des veines fémorales et iliaques. (T. P. McMurich, *Amer. Journ. med. Sc.*, vol. CXXXVII, n° 3, mars 1908). — Sur cent sept cas examinés, l'auteur trouva chez quarante (soit 34,7 p. 100) des adhérences ou brides entre les parois antérieure et postérieure de la veine iliaque primitive. Il en décrit quatre types : columnaire, marginal, médian et perforé. Ces formations rétrécissent ou divisent la lumière du vaisseau. La cause est probablement congénitale : ce sont des vestiges de la disparition incomplète de la boucle dans laquelle la veine enserre l'artère iliaque primitive chez l'embryon. Plus de neuf fois sur dix, ces formations sont à gauche ; on ne peut encore dire si elles sont plus fréquentes chez l'homme ou chez la femme. Peut-être y a-t-il là l'explication de la prépondérance des phlébites à gauche.

F. GARDNER.

EPIDEMIOLOGIE

Le choléra à Constantinople en 1908. (P. Remlinger. *L'Hygiène générale et appliquée*, avril 1908). — Au mois de janvier 1908, une petite épidémie de choléra, intéressant beaucoup moins par le nombre de ses atteintes (une vingtaine) que par son étiologie assez spéciale, se manifesta à Constantinople indemne depuis 1893. Tous les cas, sans aucune exception, se montrèrent chez des riverains immédiats du Bosphore, de la Corne d'Or et de la mer de Marmara. Il ne fut observé aucun cas au centre de la ville. Les riverains du Bosphore furent les premiers atteints ; ceux de la Corne d'Or furent atteints ensuite. Les riverains de la Marmara furent frappés en dernier lieu. L'épidémie se comporta comme si sa cause étiologique avait descendu le Bosphore, avait reflué vers la Corne d'Or et pris ensuite le chemin de la mer de Marmara. Or, ces différentes conditions se sont trouvées pleinement réalisées par le bateau *Nivernais* qui, chargé de pèlerins contaminés venant de Russie et allant à La Mecque, traversa les eaux constantinopolitaines six à sept jours avant l'apparition des premiers cas. Arrivé à l'entrée du Bosphore, le navire débarqua ses cholériques, mais des diarrhées légères, des malades à la période d'incubation, des porteurs de bacilles demeurèrent à bord. Le *Nivernais* n'avait pas de latrines étanches. Le « tout à la mer » y fonctionnait. Au large, le fait n'offre aucun inconvénient. Il n'en est pas de même dans les ports ou dans un étroit canal comme le Bosphore. Pendant les trois à quatre heures que dure la descente des eaux constantinopolitaines, ces latrines déversèrent avec les matières de 1.127 pèlerins de nombreux germes cholériques que les courants chassèrent sur les rives du Bosphore et de la Marmara et envoyèrent stagner au fond de la Corne d'Or. Comment les riverains ont-ils été contaminés ? L'ingestion d'huîtres et de moules insuffisamment frites explique la contamination des uns. La théorie des gouttelettes liquides de Flugge paraît devoir expliquer la contamination des autres. Qu'il s'agisse de fièvre typhoïde ou de choléra, il importe de se méfier de fines particules susceptibles de se détacher sous des influences variées d'un rivage souillé ou de la surface d'un fleuve contaminé, d'être lancées dans l'atmosphère et de retomber ensuite sur les mains, la figure, les aliments. L'épidémie de Constantinople comporte avant tout les enseignements suivants :

1° Un bateau ne peut pas être considéré comme n'offrant plus de danger au point de vue de la propagation du choléra lorsqu'il a débarqué ses cadavres et ses malades. Les personnes atteintes de diarrhée bénigne, les malades en incubation, les porteurs de bacilles ne doivent pas être perdus de vue;

2° Les bateaux exposés à avoir des cholériques, ceux par exemple qui sont destinés au transport des pèlerins, doivent être munis de latrines étanches permettant de ne déverser dans l'eau des ports, des canaux, que des matières stérilisées.

L. GAYARD.

THERAPEUTIQUE

Traitement de la névralgie faciale par les injections profondes d'alcool. (Hugh. T. Patrick. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. XLIX, n° 19, 9 nov. 1907, p. 1567-1573; — **Méthodes et technique des injections profondes d'alcool dans la névralgie faciale**, *Ibid.*, p. 1574-1581.) — Patrick a employé l'aiguille et la technique de Lévy et Baudoin dans 16 cas. Il injectait 2 centimètres cubes d'alcool à 75 p. 100 avec un peu de chloroforme et de cocaïne. Qu'il y ait des incertitudes dans la méthode, c'est évident. Il y a trop de variations craniennes individuelles, il y a trop de différences entre les parties molles de deux sujets, pour qu'une aiguille enfoncée à la même profondeur en un point déterminé par les mêmes repères anatomiques atteigne à coup sûr le nerf. Patrick est sûr qu'il a raté le nerf plus souvent qu'il ne l'a atteint. Il a trouvé avantageux, dans la plupart des cas, de faire la piqûre un peu en arrière du point indiqué par Lévy et Baudoin. Heureusement, il n'est pas indispensable, quoique cela soit bon, d'injecter l'alcool directement dans la gaine nerveuse. A part cela, il n'y a pas de difficultés spéciales. Les dangers ne sont certainement pas tous connus. L'infection ne doit pas exister. L'hémorragie pourrait provenir de la méningée moyenne qui passe par le trou épineux tout près du trou ovale. L'injection

intraorbitaire de la branche ophtalmique est hasardeuse à cause du voisinage des nerfs moteurs de l'œil et du nerf optique lui-même. Patrick n'a fait qu'une seule de ces injections, sans dommage d'ailleurs, sauf de l'œdème des paupières et une ecchymose analogue à un œil poché. Une fois, en injectant le nerf maxillaire supérieur, il pénétra dans l'orbite. Conséquence : œdème énorme de la paupière supérieure qui ne disparut qu'au bout de plusieurs semaines. Le passage de l'aiguille dans la voûte du pharynx ou la partie postérieure des fosses nasales serait peut-être désagréable, mais non dangereux.

Il y a peu de complications possibles. L'injection est peu douloureuse. Le maximum de douleur est donné par le frottement de l'aiguille contre la base du crâne ou par la piqûre du nerf. La céphalée qui suit l'injection n'est que transitoire.

Les résultats sont excellents. Une seule injection bien placée peut suffire. L'injection a pu être répétée au bout de vingt-quatre heures. Le soulagement dure parfois plus de deux ans. Peut-être des injections répétées finissent-elles par durcir les tissus, ce qui rend le traitement difficile ou impossible, ou peut même devenir source de douleur. Evidemment, quand la source de la névralgie est le ganglion de Gasser, les injections périphériques ne sont pas indiquées.

Hecht fait une revue générale du traitement de la névralgie faciale. Il montre l'incertitude du traitement chirurgical comparée avec ses dangers. Pour la question des injections durcissantes, il y a deux voies : une intrabuccale, celle d'Ostwalt; une extrabuccale, celle de Schlösser et Lévy et Baudoin. Les méthodes d'Ostwalt et de Schlösser sont presque identiques, le point de piqûre mis à part; la troisième est radicalement différente. Sur un crâne osseux, la technique paraît extrêmement simple et facile, mais il n'en est point de même sur le vivant. N'ayant pu trouver une description de l'aiguille en baïonnette d'Ostwalt, Hecht en a construit une telle que lorsque le coude butte contre l'apophyse ptérygoïde, l'extrémité est au trou ovale. Mais la technique la plus simple est celle de Lévy et Baudoin.

L'auteur a traité huit névralgies faciales et deux sciatiques. Il pense que l'on peut aujourd'hui placer les injections d'alcool parmi les méthodes régulières de traitement. Le maxillaire inférieur semble être le nerf le plus facile à atteindre ; l'ophtalmique est certainement le plus difficile. C'est une bonne méthode palliative qui peut faire disparaître la douleur pour six mois, un an et peut-être davantage. Une seule injection ne suffit pas. La méthode peut être employée pour d'autres nerfs avec un égal succès.

F. GARDNER.

Contribution à l'étude du thymol camphré comme agent de fonte des fongosités tuberculeuses. (P. RISACHER. Th. de Paris, 1907 ; Bonvalot-Jouve, édit.) — Le naphtol β camphré et le thymol camphré sont les deux seules substances qui semblent posséder une action réelle sur le ramollissement des fongosités tuberculeuses. Le naphtol β doit être rejeté à cause des accidents toxiques auxquels il a souvent donné lieu, d'autant plus que le thymol, inoffensif quand il est bien manié, produit sur la fonte des fongosités une action aussi énergique que le naphtol β.

Tel est le résumé de ce travail inspiré par le docteur Ménard (de Berck-sur-Mer), et dans lequel on trouvera toutes les indications nécessaires de chimie, de doses et de manuel opératoire.

V. GARDETTE.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de matière médicale (1), par H. CAUSSE.

Ce précis comprend deux parties. La première est réservée à l'étude des végétaux et des principes que l'on en retire, aux composés organiques d'origine animale employés en thérapeutique. La classification adoptée repose sur les propriétés physiologiques dominantes : hypnotiques, anesthésiques, antipyrétiques, etc.

La seconde partie comprend les métalloïdes, les métaux et leurs combinaisons. L'action des substances minérales sur l'organisme est interprétée selon la théorie des ions, qui apporte beaucoup de clarté dans l'exposé des propriétés thérapeutiques.

Une bonne partie de ce livre intéresse plutôt l'art pharmaceutique; aussi le précis est-il destiné aux pharmaciens et aux médecins; ceux-ci y trouveront de nombreux renseignements utiles sur l'origine, la préparation, les formes pharmaceutiques des substances dont ils utilisent l'action physiologique.

L. BABONNEIX.

Artério-sclérose et athéromasie (2), par J. TEISSIER, professeur de clinique médicale à l'Université de Lyon.

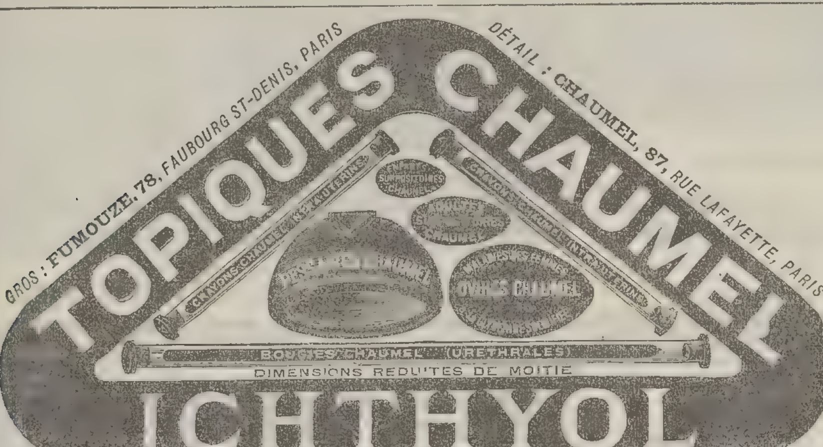
Il ne s'agit point ici d'un *Traité complet de l'artério-sclérose*. Cette monographie est seulement l'exposé très sincère d'idées souvent personnelles, longuement réfléchies, basées d'abord sur l'observation clinique, mais étayées aussi sur les données si intéressantes de l'anatomie pathologique et de la médecine expérimentale, dont les conquêtes récentes, grâce à la découverte de l'adrénaline et à la réalisation si facile de l'athérome expérimental, ont jeté dans le débat des éléments inattendus et d'une importance maîtresse.

Le but du professeur Teissier, dans ce travail, est de mettre en relief ce point de clinique capital, à savoir que l'athérome et l'artério-sclérose sont deux processus très différents aussi bien dans leur étiologie, leur pathogénie, leurs lésions, que dans leurs manifestations symptomatiques et leur évolution. L'auteur étudie donc successivement et parallèlement l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces deux maladies; les rapports de l'hypertension avec l'artério-sclérose; le syndrome de l'artério-sclérose ; la symptomatologie générale de l'athérome. Il termine par un chapitre d'un intérêt capital sur le traitement de l'artério-sclérose basé sur les conceptions pathogéniques qu'il a exposées. Cette monographie rendra grand service aux médecins qui ont peine à se retrouver actuellement dans les différents traitements opposés à l'artério-sclérose.

L. GAYARD.

(1) Gr. in-18, avec 150 figures et 4 planches (collection Testut). — Paris, O. Doin.

(2) In-8, n° 52 de l'*Œuvre médico-chirurgical*. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.





CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie.— La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un voyage circulaire au départ de Paris :

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon, Lyon, Tarascon (ou Clermont-Fer-rand), Cette, Nîmes, Tarascon (ou Cette, Le Cailar, Saint-Gilles), Marseille, Vintimille, San Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

(Ce voyage peut être effectué dans le sens inverse).

Prix : Première classe, 191 fr. 50; deuxième classe : 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

N° 113. — SAMEDI 3 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 3 OCTOBRE 1908. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 30 septembre 1908. — Question donnée : « Artère carotide interne. »

Mlle Lang, 10; MM. Lancereaux, 1; Lethuillier, 5; Marié, 3; Mme Levin, 12; MM. Lebossé, 6; Lebouc, 18; Lipschitz, 7; Levère, 6; Lebrun, 12; Marion, 3; Marchand, 16; Larosière, 12; Lefranc, 17; Magnier, 1/2; Longevialle, 13; Maréchal, 5; Marro, 13; Lory, 14; Malapert, 12.

Séance du 1er octobre. — Question donnée : « Les os du carpe. »

MM. Lapique, 13; Marx, 14; Lantier, 16; Lepage, 2; Lauvriat, 16; Masmonteil, 17; Massart, 17 1/2; Lepoittevin, 14; Liacre, 16; Le Rochais, 12; Majour, 18; Masson, 10; Reigner, 8; Paraf, 13; Mlles Ourison, 12; Noisicka, 15.

La prochaine séance aura lieu le samedi 3 octobre, à quatre heures et demie.

Pathologie. — Séance du 30 septembre 1908. — Question donnée : « De l'administration du chloroforme par le procédé de la compresse. »

MM. Cavaillés et Callot, 10; César, Colson et Chenet (Charles), 13; Chaisemartin, 14; Bouttier, 18; Colombier, 12; Charpentier, 9; Davy (Paul), 11; Deffaux, 12; Boyer, 17 1/2; Mlle Burgard, 8; M. Chenet (Henri), 16; Mlle Delannoy, 9, MM. Dèche, 10; Chéronnet, 14; Delort, 4.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Beille, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur de matière médicale à ladite Faculté.

— LYON. — M. Paviot, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé professeur d'anatomie pathologique à ladite Faculté.

GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN AIDES-MAJORS DE DEUXIÈME CLASSE DES TROUPES COLONIALES EN 1908. — Conformément à l'article 3, n° 2, portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales, un concours s'ouvrira le 1er décembre prochain, à neuf heures du matin, à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission de deux docteurs en médecine et de deux pharmaciens de première classe à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français;

2° Avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi de recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies. Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins (1);

4° Souscrire l'engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. POUR LES DOCTEURS EN MÉDECINE. — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogation sur l'hygiène.

(1) Instruction du 22 octobre 1905, sur l'aptitude physique au service militaire.

II. Pour les pharmaciens de première classe. — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie;

3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés);

4° Épreuve de chimie analytique : Recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Notes. — L'appréciation de chacune des épreuves écrites ou orales est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Médecins. — Composition écrite, 12; examen clinique, 15; médecine opératoire, 12; interrogatoire sur l'hygiène, 10.

Pharmaciens. — Composition écrite, 12; interrogatoire sur la physique et la chimie, 10; interrogatoire sur l'histoire naturelle et la pharmacie, 10; préparation, 12; épreuve de chimie analytique, 15.

Une majoration de 100 points est accordée :

1° Aux anciens élèves reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une faculté de médecine ou sièges d'une école de plein exercice de médecine ou de pharmacie;

2° Aux candidats pourvus du diplôme supérieur de pharmocien de première classe;

3° Aux licenciés ès sciences dont le diplôme mentionne l'obtention de certificats d'études supérieures de sciences physiques, chimiques ou naturelles.

Et une majoration de 50 points aux lauréats des facultés de médecine ou écoles supérieures de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours établi annuellement pour chacune des années d'études dans ces établissements.

Les majorations ne peuvent être cumulées.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 15 novembre 1908. — Ces pièces sont :

I. Avant le concours. — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi;

2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves);

3° S'il y a lieu, certificat dûment légalisé permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points;

4° Certificat du commandant de recrutement établi l'année du concours constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire l'aptitude réelle au service militaire;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou l'état signalétique et des services;

6° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

II. Après l'admission. — Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens stagiaires admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de deuxième classe pour compter du 1er février de l'année suivante et vont suivre, à Marseille, pendant neuf mois, les cours de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales. Ils portent l'uniforme des aides-majors de deuxième classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour infirmités.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles militaires du service de santé et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou de pharmacienaide-major, dans l'ordre du classement de sortie.

Marine. — Par décision ministérielle du 30 septembre 1908, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été admis, après concours, à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux :

Ligne médicale. — MM. Bévengut, Baillet, Dalger, Pasquet, Delalande, Charpentier, Landry, Doré, Peltier, Michaud, Collin, Larroque, Puncet, Quemener, Bienvenue, Le Naux, Coureaud, Brunet, Hébert, Gayot, Jardon, Muraz, Giudicelli, Trégan, Guillemet, Pradel, Toullec, Laveau, Jouin, Guierre, Verdollin, Jobard, Solier, Théron, Fontaine, Martin, Goéré et Guilloux.

Ligne pharmaceutique. — MM. Brémond et Leudet de la Vallée.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-neuvième semaine, 729 décès, au lieu de 783 pendant la semaine précédente et de 776, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 51 au lieu de 41 pendant la semaine précédente (moyenne 61).

La variole n'a pas causé de décès (moyenne 1).

La rougeole a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 35, au lieu de 25 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

La scarlatine a causé 2 décès (chiffre identique à la moyenne). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 62, comme pendant la semaine précédente (moyenne 59).

La diphtérie a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 32, au lieu de 25 pendant la semaine précédente (moyenne 38).

La diarrhée infantile a causé 47 décès de 0 à 1 an, au lieu de 56 pendant la semaine précédente (moyenne 61).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 86 décès, au lieu de 82 pendant la semaine précédente (moyenne 80).

La phtisie pulmonaire a causé 150 décès (la moyenne est 176).

XXIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(PARIS, 5-10 OCTOBRE 1908.)

RÉSUMÉ ET ANALYSE DES RAPPORTS

Trois questions sont à l'ordre du jour de ce Congrès. La première est intitulée : **Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique.** Elle a pour rapporteurs MM. Delagenière et Gosset. M. DELAGENIÈRE traite de toute la chirurgie normale du canal cholédoque et du canal hépatique, depuis le hile du foie jusqu'au duodénum. M. Gosset traite les opérations d'exception, fait toute la chirurgie de l'ampoule de Vater par le duodénum et à travers le duodénum et, enfin, traite la question si importante des indications et des résultats.

I

Les résultats de la radiographie ne sont pas de nature à apporter un appoint sérieux à la chirurgie des voies biliaires. Tout au plus pourraient-ils servir à contrôler le diagnostic de lithiase.

C'est d'après une technique connue que le chirurgien aborde les opérations hépatiques. M. Delagenière étudie les voies d'accès : la voie postérieure ou lombaire, très exceptionnelle à cause de l'incertitude du diagnostic et de l'impossibilité d'explorer complètement les voies biliaires; la voie antérieure ou abdominale. Le rapport étudie ensuite la préparation du malade, la position qu'il convient de lui donner, les incisions les meilleures; la façon dont il convient de pratiquer l'exploration, une fois le ventre ouvert, suivant les cas particuliers; la section de proche en proche; le cathétérisme des voies biliaires, enfin la technique opératoire du cholédoque et de l'hépatique, qu'il s'agisse de plaies ou ruptures de ces conduits ou de lésions inflammatoires presque toujours d'origine calculeuse.

Les deux opérations types sont la cholédocotomie et l'hépaticotomie. Elles peuvent se compléter par certaines manœuvres complémentaires indispensables ou utiles dans certains cas déterminés; la cholécystotomie, le drainage des voies biliaires, le drainage de la plaie, la péritonisation et l'épiplooplastie de la région sous-hépatique.

Voici les indications de la cholécystectomie complémentaire, telles que les formule le rapporteur :

Indications. — « Elles sont assurément nombreuses et varieront avec les chirurgiens. Il nous paraît donc difficile de donner ici une formule générale, c'est plutôt une opinion personnelle établie sur notre manière de voir et sur notre pratique. Nous allons donc énumérer les indications principales de l'ablation de la vésicule au cours des opérations pratiquées sur les voies biliaires principales :

1° Les plaies chirurgicales, les ruptures, les fistules internes peuvent être des indications absolues, si elles siègent sur le cystique ou sur le carrefour, si elles intéressent l'artère cystique ou s'accompagnent de plaie du foie. Si, au contraire, elles siègent sur le fond de la vésicule ou dans un point de l'organe facile à réséquer ou à extérioriser et si, d'autre part, la vésicule paraît en état de remplir ses fonctions physiologiques, on ne devra plus faire qu'une amputation partielle du fond de la vésicule et ne pas recourir à la cholécystectomie totale.

2° La gangrène de la vésicule sera une indication absolue si cette gangrène frappe la totalité de la vésicule, ce qui est très rare. Si la gangrène est limitée, la cholécystectomie doit être partielle et la vésicule amputée doit être abouchée à la paroi (cholécystostomie). Du reste, ces cas de gangrène partielle rentrent dans la catégorie des infections aiguës des voies biliaires qui sont, de l'avis de tous, aujourd'hui tributaires de la cholécystostomie. Nous n'avons donc pas à nous en occuper ici;

3° Il n'en est pas de même des cholécystites chroniques ou refroidies. Dans ces cas très nombreux, on devra avant tout examiner avec le plus grand soin l'état du canal cystique, puis l'état de la vésicule intérieurement et extérieurement.

Si le canal cystique est sténosé, épaissi ou coudé, la vésicule devra être supprimée sans arrière-pensée; de même, si la vésicule est adhérente aux organes voisins, de telle façon que sa contraction paraisse compromise, son ablation devra encore être faite. Enfin, si l'examen de la muqueuse laisse quelque doute dans l'esprit au sujet d'une dégénérescence possible, ou de lésions inflammatoires trop accentuées, il vaudra mieux encore pratiquer la cholécystectomie;

4° La surdistension de la vésicule, qui s'observe principalement dans deux cas : calcul du cystique et compression du cholédoque par une tumeur du pancréas, mérite une mention spéciale. S'il s'agit d'un calcul du cystique, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit des cholécystites chroniques. S'il s'agit d'une tumeur du pancréas et que l'intervention doive consister à implanter le cholédoque ou l'hépatique dans l'intestin, la vésicule devenue inutile devra être enlevée. Nous avons vu que, dans certains de ces cas, l'implantation de la vésicule elle-même pouvait remplacer avantageusement l'implantation du cholédoque ou de l'hépatique lorsque, par exemple, la cause du mal, la tumeur, n'était pas enlevée et qu'on ne faisait dans l'espèce qu'une opération palliative.

Contre-indications. — Elles se déduisent d'elles-mêmes de ce qui précède, et peuvent être résumées en quelques mots : chaque fois que la vésicule paraîtra en état de remplir ses fonctions physiologiques, elle devra être conservée. Dans ces cas, presque toujours cette vésicule devra être anastomosée à l'aponévrose antérieure du muscle droit (cholécystostomie) pour assurer le drainage biliaire. Ces conditions se trouveront réalisées quand le canal cystique sera reconnu perméable et que les parois vésiculaires seront saines et en état de se contracter.

Indépendamment de ces contre-indications, la cholécystectomie complémentaire est absolument

contre-indiquée toutes les fois qu'il y a cholécystite aiguë, accompagnée ou non d'angio-cholécystite, à moins toutefois que les accidents infectieux ne soient consécutifs à de la lithiase des voies biliaires principales. Dans ce seul cas, le drainage de l'hépatique devant être pratiqué, on pourra enlever la vésicule. Cependant l'*hepaticus drainage* n'implique pas nécessairement la cholécystectomie complémentaire. »

Le rapporteur étudie ensuite le drainage des voies biliaires accessoires, c'est-à-dire de la vésicule, dont les règles sont bien connues, puis le *drainage des voies biliaires principales*, drainage étudié et vulgarisé par Kehr.

Après en avoir exposé la technique, M. Delagenière en étudie les indications.

Dans tous les cas de chirurgie des voies biliaires, sauf les cas de traumatisme, on peut dire que le drainage biliaire est de règle. Qu'il s'agisse de calculose, de cholécystite, d'angiocholite, de cirrhose, on a toujours affaire à une maladie infectieuse des voies biliaires pour laquelle le drainage est indispensable. Sur ce point maintenant tout le monde est d'accord. Il n'en est plus de même pour établir les indications respectives de l'*hepaticus drainage* et du drainage de la vésicule.

Pour que l'*hepaticus drainage* puisse être établi dans de bonnes conditions de fonctionnement, il faut que les voies biliaires principales au-dessus de l'obstacle soient dilatées afin d'admettre un drain suffisant. Or, nous savons que ces conditions sont remplies dans la lithiase biliaire avec obstruction du cholédoque; nous savons aussi que, dans nombre de cas de lithiase du cholédoque et de l'hépatique, la vésicule doit être supprimée. C'est donc dans la majorité des cas de lithiase des voies biliaires que le drainage de Kehr devra être employé, il sera d'autant plus efficace que la lithiase aura produit consécutivement des accidents d'angiocholite.

Le drainage par une cholécystostomie aura aussi ses indications. Dans les cas d'infection aiguë du foie et des voies biliaires : cholécystites, angiocholites, angiocholécystites, cirrhoses biliaires, les voies biliaires principales ne sont pas dilatées, mais ont conservé leur volume normal. On ne peut donc pas employer de drain assez volumineux pour obtenir un bon drainage, on doit par conséquent se contenter de drainer par la vésicule. On a vu d'autre part que, précisément dans ces cas d'infection aiguë, la vésicule ne devait jamais être enlevée.

Dans certains cas de lithiase biliaire simple, quand, par exemple, on a pu enlever l'obstacle par la section de proche en proche et qu'on a pu reconnaître que la vésicule devait être conservée, on devra encore drainer par la vésicule.

M. Gosset étudie :

I. Opérations pour calculs de la portion duodénale du cholédoque.

II. Opérations sur l'hépatique et le cholédoque pour rétrécissements acquis et congénitaux.

III. Opérations sur l'hépatique et le cholédoque pour tumeurs.

IV. Résultats immédiats et éloignés des opérations sur les voies biliaires principales pour infection et pour lithiase.

Nous ne pouvons malheureusement analyser les trois premiers chapitres de ce rapport si intéressant de M. Gosset. Ils ont trait surtout à des détails de technique qui ne peuvent se résumer. La conclusion qui s'en dégage est la suivante :

« Ne faire que très exceptionnellement la suture du cholédoque; faire dans la majorité des cas le drainage de l'hépatique avec cholécystectomie complémentaire; dans les cas rares où ce drainage est impossible, mettre un drain en contact, et utiliser, si possible, la vésicule comme voie de drainage supplémentaire.

Les résultats immédiats donnent :

1° Dans les cas de calculs du cholédoque avec peu ou pas d'infection des voies biliaires, une mortalité de 2,9 p. 100;

2° Dans les cas où les voies biliaires sont nettement infectées, 16 p. 100;

3° Dans les cas d'obstruction complète du cholédoque avec complications graves, 34 p. 100.

Les causes de mort sont : 1° Les hémorragies si fréquentes chez les ictériques, hémorragies dans le foyer traumatique, ou à distance, nasales, gastriques, etc. Il faudra, au cours de l'opération, apporter un soin tout spécial à l'hémostase, et surtout à la ligature de l'artère cystique qui devra être liée sous le contrôle de la vue et dans une ligature isolée;

2° L'infection qui peut être, malgré le drainage, une continuation de l'angiocholite antérieure ou une infection péritonéale consécutive par défaut de protection opératoire ou post-opératoire.

Les complications post-opératoires sont constituées par des fistules biliaires, des fistules intestinales et des éventrations. »

Le chapitre des SUITES ÉLOIGNÉES est des plus intéressants. Les récidives peuvent être dues à la formation de nouveaux calculs, soit dans la vésicule non enlevée ou incomplètement enlevée. Le plus souvent il s'agit de calculs oubliés et qui n'ont pu, faute de drainage, être évacués secondairement.

La cholécystectomie avec drainage des voies biliaires principales est l'opération qui met le plus à l'abri des récidives.

II

Le deuxième rapport sur le **traitement chirurgical des cavités osseuses d'origine pathologique** a été confié à MM. Broca et Nové-Josserand.

Dans un premier chapitre, M. Broca étudie les processus physiologiques de la réparation; puis dans un deuxième les processus applicables aux cas pathologiques.

La difficulté de la réparation, lorsque la cavité a quelque étendue, tient avant tout à ce que les parois de cette cavité sont rigides, ne se laissent ni affaisser ni attirer. De là trois grandes méthodes :

1° La suppression d'une des parois et la cicatrisation directe de la surface osseuse conservée;

2° La mobilisation d'une des parois;

3° Le remplissage d'une cavité par corps étranger vivant ou inerte.

M. Nové-Josserand étudie surtout les cavités ostéomyélitiques, leur constitution et leur évolution naturelle, puis leur traitement, les différents procédés de désinfection, dont aucun ne donne la certitude du succès. L'oblitération de la cavité peut être obtenue par sa suppression totale ou partielle, par la mobilisation des parois; la fermeture par un couvercle osseux, par des ostéoplastie directes ou indirectes, par des remplissages ou plombages; toutes méthodes déjà fort bien étudiées dans le rapport de M. Broca.

Dans la deuxième partie de son rapport, M. Nové-Josserand étudie les cavités osseuses d'origine tuberculeuse; et il suit le même plan que dans le premier chapitre.

Un troisième chapitre étudie brièvement les cavités d'origine néoplasique.

III

Le traitement chirurgical des névralgies faciales a également deux rapporteurs, MM. Jaboulay et Morestin.

Voici les conclusions générales du rapport de M. Jaboulay :

« Nous sommes loin du jour où Trousseau, parlant des névrotomies périphériques de la face appliquées au traitement de la prosopalgie, disait : « Le professeur Nélaton ne fait plus seulement la section du nerf, il en enlève une partie, dans une étendue d'un demi-centimètre. » Cette audace a été largement dépassée, mais le succès n'a pas toujours été en rapport avec l'importance des délabrements, et nos illusions sont encore grandes sur le rôle agissant des névrectomies étendues. On pouvait redire, à propos des statistiques récentes sur les arrachements périphériques, intra-crâniens, lents ou brusques, l'ablation du gasser, la section de la grosse racine, etc., la réflexion de Trousseau au sujet des opérations de Nélaton : « Il m'a souvent affirmé que, par la névrotomie ainsi pratiquée, il avait obtenu deux guérisons. Il est vrai que deux années ne s'étaient pas encore écoulées, lorsqu'il m'entretenait du succès de ces deux opérations. » Nous avons encore aujourd'hui trop de tendance à ne pas assez attendre avant de publier nos résultats. Aussi est-il impossible d'établir par des chiffres probants la valeur des différentes interventions sur le trijumeau périphérique, sur le trijumeau central. Il n'existe pas un seul procédé, pas une seule méthode thérapeutique qui n'ait enregistré des récidives, des insuccès; par contre, toutes les interventions ont eu leurs succès relatifs, depuis les plus périphériques et les plus limitées, jusqu'aux plus centrales et aux plus étendues; depuis la simple suppression du territoire où apparaît l'aura douloureuse (la ligature d'une moitié de la langue, l'avulsion dentaire, la cautérisation cutanée ou muqueuse) jusqu'à la trépanation du crâne. Les procédés employés sont innombrables; ce nombre excessif démontre le peu d'importance et d'efficacité de chacun. Tour à tour l'anatomie, la physiologie, l'expérimentation sont venues apporter des nouveautés dans la manière d'atteindre et de poursuivre le trijumeau, de modifier sa fonction, d'atténuer les excitations qu'il transporte aux centres corticaux ou qu'il en reçoit; malgré tout, l'accord n'est pas fait sur la meilleure manière de traiter la prosopalgie vraie, essentielle. En présence de l'incertitude des résultats, il est logique de commencer par les moyens simples, de continuer, quand l'échec est arrivé, par les procédés plus importants qui ne mettent pas en péril la vie du malade, et de réserver les opérations intra-craniennes, parmi lesquelles la meilleure paraît être la section de la grosse racine protubérantielle, aux cas rendus désespérés par l'intensité des douleurs et le retour subsistant des crises.

Un jour, peut-être, les opérations directes seront-elles délaissées; la chirurgie s'efforcerait alors, imitant la médecine et continuant son action, à condition qu'elle ait été épuisée, de modifier avec les armes dont elle dispose l'excitabilité du nerf ou des territoires nerveux où il aboutit.

Mais, il ne faut pas l'oublier, la névralgie du trijumeau est un symptôme comme la sciatique : névralgie sans lésion, trouble fonctionnel lié à des troubles circulatoires, névrites ascendantes, compression ou envahissement par des tumeurs ou des tuméfactions, lésion de ses racines, perturbation de ses centres, voilà les diagnostics qu'il faudrait avoir établis avant d'intervenir, pour approprier l'opération à l'affection causale de prosopalgie, et ne pas appliquer une intervention toujours la même aux maladies différentes qui créent cette névralgie. Le traitement chirurgical de la névralgie faciale n'est pas un, il est multiple et varié autant qu'elle; aux altérations réelles du neurone périphérique conviennent les opérations directes, les différentes résections sur le nerf de la cinquième paire; à la prosopalgie névrose, à celle qui est due aux lésions des neurones centraux, les interventions indirectes, modificatrices des centres nerveux. »

M. Morestin termine ainsi son rapport :

« Passant en revue les diverses méthodes, je me suis efforcé, chemin faisant, de mettre en lumière les côtés faibles ou les avantages de chacune d'elles. Il me faut maintenant essayer d'en indiquer les limites.

Les actes opératoires les plus variés peuvent calmer momentanément la névralgie faciale, tout, jusqu'à l'humble résection du bord alvéolaire, jusqu'à l'injection au point douloureux d'un liquide ou d'un gaz quelconque.

Certes il faut à l'occasion se souvenir des moyens de petite chirurgie et aussi des ressources de la thérapeutique médicale, augmentées de l'emploi des agents physiques.

Mais nous pouvons espérer mieux qu'une sédation de courte durée, étant actuellement en mesure, dans l'immense majorité des cas, d'interrompre les crises douloureuses pendant de longues périodes et même d'en obtenir la cessation complète. Le mouvement chirurgical suscité autour de la névralgie faciale n'a pas été stérile et nous trouvons aujourd'hui dans l'arrachement des nerfs, les injections d'alcool, la résection du grand sympathique et l'isolement du ganglion de Gasser, toutes les ressources nécessaires au traitement de cette terrible affection, dont la cure radicale n'est plus une prétention chimérique.

Les simples sections des branches périphériques ou les résections discrètes, telles qu'elles ont été trop souvent pratiquées, n'offrent, chacun le reconnaît aujourd'hui, aucune garantie contre la récidive. Celle-ci survient dans plus des trois quarts des cas, ordinairement entre le quatrième et le sixième mois.

Mais on a modifié et renouvelé cette méthode d'abord en rendant l'opération de plus en plus large, en supprimant un long bout du cordon nerveux et, plus récemment, par l'arrachement brusque et violent du bout central. Ce dernier changement de technique a sérieusement amélioré les résultats et réhabilité les interventions sur les nerfs périphériques, dont les insuccès trop fréquents commençaient à éloigner les chirurgiens.

Pour obtenir davantage des résections périphériques, il faudra même dorénavant les associer à d'autres interventions dont l'efficacité s'ajoutera à la leur.

A l'époque où l'on n'avait guère d'autre ressource que de couper plus ou moins haut les cordons nerveux, on a imaginé, nous l'avons vu, une infinité de techniques pour atteindre tous les rameaux et les branches du trijumeau. La plupart de ces procédés ne me paraissent plus devoir garder que des indications exceptionnelles. La résection des bouquets terminaux du sous-orbitaire et du mentonnier, avec ou sans injection fixatrice complémentaire dans les canaux correspondants, peut être conservée comme opération d'attente, à cause de sa simplicité très grande, de même que la section du frontal au fond de l'orbite.

Pour le maxillaire supérieur, je crois néanmoins préférable d'aller le chercher toujours dans le fond de la fosse ptérygo-maxillaire, et d'arracher brusquement le bout central selon les conseils de nos collègues belges, et d'extirper aussi complètement que possible le bout périphérique par enroulement et dissection minutieuse de ses ramifications.

Pour agir sur le dentaire inférieur, le lingual et même sur le maxillaire inférieur, la voie sous-angulo-maxillaire a mes préférences. La découverte des deux grosses branches permet souvent de remonter jusqu'à leur jonction, et, en pratiquant alors l'arrachement brusque, on serait assez près de la base du crâne pour en espérer des effets chromolytiques presque aussi intenses qu'en allant saisir le nerf à sa sortie du trou ovale par les procédés zygomatiques ou trans-maxillaires, ces derniers ayant l'inconvénient de provoquer des troubles sérieux de la mastication.

Quant aux procédés intra-craniens dont nous avons montré la commodité pour la recherche du maxillaire inférieur, ils ont singulièrement perdu de leur intérêt. Si l'on va jusqu'à ouvrir la boîte cranienne, il ne faut pas s'arrêter à une demi-mesure; on est trop près du ganglion de Gasser et de sa racine sensitive pour ne pas prendre un parti radical, qu'autorisent, qu'encouragent, qu'exigent les progrès de la chirurgie intra-cranienne du trijumeau.

Les injections fixatrices dont nous avons rappelé la brusque fortune ont fait tort aux résections périphériques. Le nerf imbibé d'alcool fort est désorganisé sur une certaine étendue; il est supprimé par voie chimique, et quand l'opération est suivie de succès, le sujet se trouve à peu près dans les conditions où il aurait été après la section chirurgicale simple, ou une brève résection.

La valeur curative de la méthode est donc forcément très réduite, mais que l'on songe à sa bénignité, à la simplicité de son manuel opératoire, à la possibilité de l'exécuter sans aide et sous la seule anesthésie locale, à l'absence de toute cicatrice.

Ces injections ont en outre l'énorme avantage de pouvoir être reprises plusieurs fois avec succès dans le cas de récidive. A supposer que le malade soit périodiquement, tous les cinq ou six mois par exemple, soumis à cette petite intervention, son sort serait encore très tolérable.

Aussi les résections périphériques, bien que modifiées et perfectionnées et d'une efficacité plus grande qu'autrefois, doivent-elles céder à l'alcoolisation locale une partie de leurs anciennes indications.

Si, parmi les interventions intra-craniennes, il n'y a plus lieu désormais de maintenir la résection des branches du trijumeau, il faut de même proscrire l'alcoolisation du ganglion de Gasser comme aléatoire, dangereuse peut-être et sans doute insuffisante.

La résection du grand sympathique s'est montrée souvent infidèle, mais elle a donné aussi un grand nombre de très beaux succès et des plus durables. Nous ne pouvons encore malheureusement établir le pourquoi des succès ou des échecs, et l'on en est réduit à invoquer les anomalies de distribution du nerf et les suppléances par les filets des autres ganglions cervicaux du même côté ou du côté opposé. On ne peut savoir, en présence d'un malade donné, s'il tirera ou non bénéfice de la résection du ganglion cervical supérieur ou même d'une portion plus étendue du sympathique. Aussi est-on assez mal à l'aise pour conseiller d'emblée cette opération à l'exclusion de toute autre. Dans la très grande majorité des cas, elle a été pratiquée secondairement comme une tentative à faire avant d'entreprendre, chance suprême, l'extirpation du ganglion de Gasser. C'est ainsi que je me suis décidé pour mes deux opérés, et maintenant encore je n'oserais attendre de la seule sympathicectomie la guérison d'une grave névralgie faciale. Mais il y a là un moyen adjuvant d'une très grande importance, et d'ailleurs d'une innocuité complète. Je suis convaincu qu'en s'adressant simultanément ou successivement à la voie sensitive et à la voie sympathique, superposant des opérations externes, bénignes, relativement faciles, on assurera la durée et la solidité des guérisons.

La sympathicectomie contribuerait à rendre définitifs les résultats obtenus par les résections nerveuses accompagnées de brusque arrachement du bout central et d'évulsion du bout périphérique; ce serait une opération complémentaire ne changeant rien aux indications des opérations portant sur les branches du trijumeau.

Au même titre, la ligature de la carotide et de ses premières collatérales peut être de quelque utilité.

En dépit de ces interventions simultanées ou suc-

cessives, les opérations sur le trijumeau intra-cranien s'imposeront encore assez souvent.

L'extirpation du ganglion de Gasser, strictement totale, donne habituellement la guérison totale, mais nous avons montré que le simple isolement du ganglion par destruction de la grosse racine était une opération équivalente au point de vue thérapeutique et à d'autres très supérieure. Par conséquent, elle doit absorber les indications de la gassérectomie; bien plus, en raison de sa réalisation moins pénible, de ses dangers moindres, on pourra y recourir plus largement, d'une façon plus précoce qu'on ne l'eût fait pour l'ablation du ganglion.

En tenant compte de ces données, voici, selon nous, le plan général du traitement des grandes névralgies faciales ayant déjà traversé la phase de la thérapeutique médicale.

Dans certains cas où les douleurs sont diffuses, occupent tout le territoire du trijumeau ou sa plus grande partie, et sont d'une très grande violence, on peut d'emblée recourir à la cure radicale, c'est-à-dire à l'isolement du Gasser, à la section de la grosse racine du trijumeau.

Le plus souvent, moins pressé par les circonstances, il sera préférable de procéder par étapes et, réservant l'opération sérieuse, s'adresser tout d'abord aux injections fixatrices d'alcool qui à la rigueur peuvent suffire, ensuite aux *opérations combinées* portant simultanément sur la branche douloureuse ou tout au moins la plus douloureuse du trijumeau; le ganglion cervical supérieur et la carotide externe. On remarquera encore une fois qu'il s'agit d'actes opératoires simples, parfaitement réglés, d'une bénignité complète, et qui, dans leur ensemble, n'arrivent pas à constituer une grosse intervention. En cas de récidive, il n'y aurait finalement qu'à pratiquer la résection du trijumeau audessus du ganglion.

FORMULAIRE

CONTRE LE PRURIT (1).

I. Résorcine	10	parties.
Thymol	1	—
Borax	2	—
Phénol liquide	10	—
Glycérine	10	—
Alcool	50	—
Eau distillée	500	—

M. s. a. pour l'usage externe.

Cette solution doit être employée avec précaution à cause de sa richesse en phénol.

II. Salicylate de soude	10	parties.
Hydrate de chloral	4	—
Glycérine	10	—
Alcool	10	—
Eau distillée, q. s. p.	200	—

M. s. a. pour l'usage externe.

(1) *Bull. gén. de thérap.*

ANALYSES

MÉDECINE

Des pancréatites d'origine métastatique dans les oreillons. (Wilfrid Edgecombe. *The Practitioner*, fév. 1908, n° 476, vol. LXXX, n° 2.) — Dans cet article documenté sur la question, l'auteur en expose d'abord l'historique. Il rappelle que, dans les premières observations rapportées (Schmackpeffer, 1817, Andral, etc.), on pensait que la pancréatite était primitive et la parotidite secondaire.

Les travaux plus récents sur la question ont prouvé que, de même que l'orchite, la pancréatite ourlienne est une infection métastatique.

Bien que les classiques ne la mentionnent pas, cette complication est loin d'être rare.

Fabre l'a trouvée 12 fois dans 58 cas d'oreillons; Pick, 4 fois sur 20 cas; Simonin, 10 fois dans 652 cas. Cuche, Jacob, Priestley, Stevens, Lemarié en ont rapporté des observations. Celle de ce dernier auteur, terminée par la mort, est la seule qui donne une autopsie et un examen histologique d'une pancréatite ourlienne.

Personnellement, Edgecombe a pu observer dans une épidémie scolaire 33 cas d'oreillons. Cinq de ces malades ont présenté des signes de l'infection du pancréas.

Il rapporte l'observation de ces cinq petits malades.

Les symptômes observés sont les suivants :

Diminution rapide du gonflement parotidien coexistant avec l'apparition de vomissements, d'une douleur et sensibilité du creux épigastrique. Constipation.

Dans quelques cas, on note une tuméfaction en forme de boudin du pancréas, mais ce signe peut être masqué par le ballonnement du ventre.

L'urine a présenté dans un cas une réaction pancréatique marquée et des dépôts d'oxalate de calcium. Dans tous les cas, on y note la présence d'acétone et d'acide diacétique. Pas de glycosurie.

La température est d'ordinaire élevée, bien que la fièvre puisse manquer. Le pouls est très petit, et l'auteur se demande si cette petitesse du pouls, observée d'ordinaire dans les cas d'ictère et attribuée à l'action des sels biliaires, n'est pas due en réalité à une infection concomitante du pancréas.

Il pense que les cas légers de cette infection pancréatique doivent fréquemment passer inaperçus.

Il se demande si cette complication peut entraîner une atrophie secondaire de la glande comme l'orchite ourlienne. Il ne le pense pas, étant donné la similitude de structure du pancréas et de la parotide, et les oreillons n'amenant pas d'atrophie des glandes salivaires à moins de suppuration.

M. LANCE.

CHIRURGIE

Un cas de perforation du côlon au cours de la dysenterie bacillaire aiguë. (Pierre Duval et P. Kahn. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, mars 1908, p. 142.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un malade qui présentait un syndrome typhique avec séro-réaction négative à l'Eberth lorsque survinrent une hémorragie intestinale et quelques signes qui firent redouter une perforation intestinale; mais les jours suivants, l'état du malade s'améliora et c'est seulement treize jours après la première alerte que de nouveaux symptômes firent définitivement diagnostiquer une per-

foration intestinale. Le malade fut alors opéré ; on ne trouva pas de perforation, mais le péritoine, au niveau de l'angle hépatique du côlon, était soulevé par des bulles gazeuses qui s'étendaient à la face postérieure du côlon ascendant. L'état du malade ne permit pas des recherches plus compliquées; le malade mourut; à l'autopsie, on trouva des ulcérations dysentériques et une perforation de la paroi postérieure de l'angle droit du côlon communiquant avec un abcès rétro-péritonéal; cet abcès enkysté renfermait 200 grammes de pus verdâtre d'odeur fécaloïde. Le sang du cœur agglutina le bacille de Chantemesse-Widal.

A propos de cette observation, les auteurs rappellent les divers cas publiés de perforation intestinale dans la dysenterie et en tracent le tableau clinique. Les perforations dysentériques créent rarement des péritonites généralisées; elles sont suivies d'abcès localisés dont les parois sont formées par l'accolement d'anses intestinales, quelquefois par le péritoine pariétal. Cette tendance de la suppuration à s'enkyster explique l'évolution lente et progressive des symptômes cliniques; la perforation dysentérique diffère donc complètement, pour les symptômes et l'évolution, de la perforation typhique.

L. BABONNEIX.

Ablation d'une tumeur kystique sous-corticale en plusieurs temps, le dernier temps sans anesthésie. (H. M. Thomas et Harvey Cushing. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. I, n° 11, 14 mars 1908, p. 847-856.) — L'observation, due à la collaboration d'un des neurologistes les plus éminents d'Amérique et du chirurgien peut-être le plus spécialisé en chirurgie cérébrale qui soit, est longue mais remarquable, tant par elle-même que par les à-côté qu'elle soulève, au point de vue chirurgical et physiologique.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, très intelligent, présentant des crises convulsives, des maux de tête et d'autres symptômes oculaires pointant vers une lésion organique de la partie supérieure de la région rolandique, intéressant l'écorce elle-même ou située tout juste au-dessus. Comme les crises avaient un élément sensitif prépondérant, on pouvait prévoir que la circonvolution post-centrale en était l'origine; mais comme il y avait une paralysie nette, quoique légère, de la jambe gauche, il était évident que les fibres pyramidales venant de la jambe étaient aussi intéressées ou que la circonvolution précentrale était prise aussi. Comme depuis trois ans, il n'y avait plus de signes de compression générale, il apparaissait que le néoplasme s'était arrêté dans sa croissance. Quant à la cause, on pouvait éliminer la syphilis; mais les antécédents héréditaires et l'apparence du sujet pouvaient faire songer à un tubercule torpide et ce fut là le diagnostic d'attente.

Cushing n'était pas très enthousiaste d'opérer. Le bord supérieur de la circonvolution paracentrale est à peu près inaccessible, caché qu'il est sous les expansions latérales du sinus longitudinal. Cependant il se décida. Sous anesthésie à l'éther, il tailla un grand lambeau ovale dont la limite supérieure atteignait presque la suture sagittale, et dont la scissure de Rolando occupait la partie centrale. L'anesthésie fut exécrable, le suintement veineux très abondant et continu; il y eut une perte de sang considérable et une chute marquée de la pression sanguine. Cushing referma, quoique avec appréhension. La pression sanguine fut surveillée de très près, et bientôt l'on vit des symptômes de compression cérébrale s'établir : il y eut cette rythmicité du pouls, de la pression sanguine et de la respiration que l'on observe quand la pression intracranienne approche du troisième degré de la compression cérébrale de Kocher.

On rouvrit, le malade étant absolument inconscient. A peine eût-on enlevé quelques sutures cutanées que le lambeau osseux se luxa de lui-même et un gros caillot extra-dural de 3 centimètres d'épaisseur commença à faire hernie dans la plaie. Le malade redevint *immédiatement* conscient et les autres symptômes disparurent en quelques heures.

Quatre jours après, sous chloroforme, on tenta d'enlever la tumeur cérébrale. L'anesthésie fut aussi mauvaise qu'avec l'éther. Toutefois le bord supérieur de l'incision osseuse fut reporté à l'aide de la pince gouge jusqu'au delà de la ligne médiane. Les expansions latérales du sinus longitudinal dont certaines allaient jusqu'à deux centimètres de la ligne médiane donnèrent une forte hémorragie; trois quarts d'heure furent dépensés à arrêter cette hémorragie avant que l'on se risquât à ouvrir la dure-mère. Celle-ci fut ouverte avec un lambeau de taille moyenne avec pédicule vers la ligne médiane pour éviter de blesser les veines cérébrales supérieures. Alors on eut un champ net, traversé par les deux veines cérébrales anastomotiques supérieures. La postérieure couvrait la scissure de Rolando pour s'en détacher au niveau du genou supérieur et venir s'anastomoser avec l'autre. Cela laissait exposée une petite aire triangulaire limitée en avant par cette grosse veine, en arrière par la limite supérieure de la scissure de Rolando et vers la ligne médiane par le bord de l'hémisphère. L'apparence du cerveau était normale. La faradisation du cortex donna des renseignements extrêmement précis pour les localisations, ce qu'il est assez rare de pouvoir obtenir dans ce bord inaccessible de l'hémisphère. Dans le petit triangle ci-dessus mentionné furent trouvés, en s'éloignant progressivement de la ligne médiane, les centres du pied, du genou, de la hanche. Le triangle mesurait moins de 15 millimètres dans tous les sens. Plus bas, le long du bord de la scissure, toujours en s'éloignant de la ligne médiane, successivement les centres du thorax, de l'abdomen, de l'épaule, du coude, du poignet et des doigts. Les centres du thorax et de l'abdomen sont à la hauteur du genou de la circonvolution; ceux du membre supérieur, plus bas. Mais il n'y avait pas de tumeur corticale et l'aspect normal du cerveau et la présence de grosses veines là où on voulait inciser firent arrêter l'exploration.

Pendant trois semaines, il n'y eut pas de crises; puis elles recommencèrent. Trois mois après la dernière opération, le malade fut de nouveau chloroformé, l'anesthésie étant toujours aussi mauvaise, et le suintement aussi gênant. Il n'y avait plus de trace de l'incision de la dure-mère, mais l'os néoformé saignait tellement que l'on dut s'arrêter. On décida que, la prochaine fois, l'on se passerait d'anesthésie.

Cinq jours après la dernière tentative, on pratiqua la cinquième intervention. Il y avait encore un caillot extra-dural de 1cm5 d'épaisseur. Cette fois-ci, comme il n'y avait pas de cyanose anesthésique, il n'y eut pas de saignement. On incisa la dure-mère concentriquement avec la première incision, mais en dehors, de manière à éviter une zone d'adhérences; mais une fois le lambeau relevé, on constata qu'il n'y en avait pas la moindre. Le champ opératoire plus grand montra le gyrus centralis postérieur aplati. On incisa et, à un centimètre au-dessous de la surface, on trouva un kyste à parois minces de 5 centimètres de diamètre que l'on enleva par énucléation, puis on en trouva un autre plus gros au-dessous que l'on enleva de la même manière. Puis on ferma avec un petit drainage. L'opération dura en tout trois heures, le malade ne

perçut de sensations désagréables que lorsqu'on *tira* fort sur le bord de la dure-mère incisée, *pour voir*. L'*incision de la dure-mère* et toutes les manipulations intra-cérébrales furent absolument indolores. Il y a longtemps que l'on sait que la substance nerveuse ne sent pas, mais l'on croyait la dure-mère vivement sensible. Guérison sensitive parfaite, guérison motrice plus lente, mais progressant sûrement.

Les points intéressants chirurgicalement sont :

1° La situation dans une région bien difficilement accessible, cachée sous les expansions latérales du sinus longitudinal; il serait imprudent d'essayer de tailler un lambeau osseux par une des méthodes dites rapides : perforateurs, drilles, scies électriques. Mieux vaut la lente gouge. Il y a de gros vaisseaux non seulement entre l'os et la dure-mère, mais entre la dure-mère et le cerveau;

2° Les nombreux hématomes extra-duraux, d'où la nécessité de surveiller la pression sanguine de très près dans tous les cas analogues;

3° L'absence d'adhérences cortico-durales après incision de la dure-mère. Cela résulte du soin avec lequel les bords de la dure-mère sont suturés. Il en est de la dure-mère comme du péritoine;

4° L'association de l'épilepsie jacksonienne avec une tumeur sous-corticale;

5° La probabilité de la dégénérescence kystique d'une tumeur du cerveau. La masse enlevée se composait de deux gros kystes et de trois ou quatre petits; on les crut d'abord parasitaires; mais il s'agissait probablement d'un gliome complètement dégénéré;

6° L'extirpation sans anesthésie. La dure-mère n'est pas sensible à l'incision. Il est probable que la douleur expérimentale est due aux tractions exercées sur la membrane. Il en est encore ici apparemment comme du péritoine. Quelle est la vraie cause de la douleur cranienne? Cela semble aussi problématique que la cause de la douleur péritonéale.

Quoique Cushing redoute les opérations craniennes en deux temps, il se demande si une opération en deux temps, le dernier sans anesthésie, ne diminuerait pas les chances de shock post-opératoire en diminuant l'hémorragie veineuse. Il regrette de n'avoir pas faradisé le cortex à la dernière opération, pendant que le malade était conscient. Le malade était particulièrement favorable, à cause de son intelligence et de l'intérêt qu'il prenait aux recherches; cela aurait pu apprendre du nouveau.

F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Indirizzo alla diagnosi dei tumori abdominali, sotto forma di commento clinico alla palpazione dell' addome (1), par le docteur G.-E. SACCONAGHI.

Frappé de ce fait qu'il n'existe pas de monographie récente et complète pouvant servir de guide sûr dans le diagnostic des tumeurs abdominales, le docteur Sacconaghi a voulu combler cette lacune.

Son travail, extrêmement complet et qui ne laisse dans l'ombre aucun détail utile, repose sur une expérience datant de plusieurs années pendant lesquelles l'auteur a soigneusement noté et classé les nombreux cas qu'il a rencontrés. Il a déduit de ces observations multiples un schéma synthétique qui, dit-il, lui a été fréquemment utile et même précieux et qu'il pense pouvoir être également utile aux autres.

Il est dommage que cet ouvrage considérable ne soit pas traduit en français, car il nous a paru devoir remplir les vœux de notre confrère italien, et il n'est pas douteux que les cliniciens y puissent trouver une foule de renseignements de premier ordre.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In 8 de 413 pages. — Prix : 6 francs. — Pavie, chez les successeurs de Marelli.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1907-1908

M. RICHARD. Des luxations des cartilages semi-lunaires. — M. TEULIÈRES. La sérothérapie dans les infections oculaires graves. — M. LACOSTE. Des fistules gastro-coliques. — M. GOGUIER. ... — M. CANADINEAU. Des néphrites chroniques douloureuses. — M. GUIER. La chirurgie des varices des membres inférieurs. — M. PIÉTRI. Valeur clinique de l'épreuve de Rinne d'après les résultats fournis par le diapason LA I. — M. DEMELLIER. Des anévrismes spontanés de la carotide interne dans son trajet cervical. — M. BONNEFOUS. De la radiothérapie dans les adénopathies tuberculeuses superficielles. — M. LATREILLE. Des lésions du cervelet dans la paralysie générale. — M. CALMETTE. Le cervelet sénile. — M. BOTREAU-ROUSSEL. Essai de critique des théories pathogéniques du bruit de galop par l'étude cardiographique. — M. LAFFITTE. De l'intoxication saturnine. — M. DORNOY. Le sternum en entonnoir. — M. DESCLAUX. Etude anatomo-clinique des kystes synoviaux du mollet et de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. — M. BELLEY. Etude expérimentale de l'action des rayons X sur l'œil en voie de développement. — M. HUSNOT. Recherches sur l'évolution histologique de la glande surrénale de l'homme. — M. BERNARDEAU. L'os acromial. — M. DAUVERGNE. Etude sur les théories pathogéniques de l'ictère post-opératoire. — M. GUYOMARCH. Stérilisation de l'eau de boisson d'une troupe en marche aux colonies. — M. ALLARY. Du droit des médecins et des hospices dans l'hospitalisation des accidentés du travail. — M. BONDIL. Des polypes de la pulpe dentaire. — M. SOMPREY. Contribution à l'étude des épulis. — M. NOGUO. Recherches sur le tabes sans douleurs fulgurantes. — M. ARLO. Recherches sur l'hygiène de la ville de Grasse. — M. DARTIGOLLES. De la suette miliaire. Epidémie de 1906. — M. EUVRARD. Le cacodylate de gaïacol en thérapeutique. — M. RICHER. Asymétrie des seins et tuberculose pulmonaire. — M. HULLOT. De la rétention des membranes dans l'accouchement à terme. — M. CASENAVE. Appareil spiral pour les fractures de bras et de cuisse. — M. BONNEL. De la suture osseuse. Fractures diaphysaires du tibia. — M. JOUVEAU-DUBROUIL. Les complications auriculaires des sinusites. — M. POUPELAIN. Manifestations de la syphilis héréditaire sur l'oreille interne. — M. BOURDEAU. Des différents procédés de traitement dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. — M. DUPUIS. Traitement de la coqueluche par les bains d'air comprimé. — M. LAPEYRÈRE. Contribution à l'étude de l'hémospermie. — M. LAJUS. D'une modification nouvelle du Bassini. — M. PLOYÉ. De la coexistence des grossesses intra et extra-utérines. — M. EYMERY. L'intempérance et l'alcoolisme en Loir-et-Cher. — M. DECORSE. Etude statistique de la tuberculose à l'asile public d'aliénés de Cadillac-sur-Garonne. — M. MAURAN. Fausses perforations utérines. — M. ANTOINE. Du cancer chez

le chat. — M. CHAVÉ. Histoire de l'ophtalmologie à Bordeaux. — M. CRISTOL. Le diagnostic des vers intestinaux par la méthode de M. I. Iefimov. — M. PELISSIER. Thrombo-phlébites du golfe de la jugulaire. — M. GOURGAND. Considérations sur la fonction glandulaire du rein. — M. LE BORGNE. La trypanosomiase humaine. — M. CASASSUS. De la paralysie faciale au cours du zona cervical. — M. FERRON. Le faux rein polykystique. — M. ARNÉ. De l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite. — M. BRUN. De la suffocation par compression du thorax dans ses rapports avec l'infanticide. — M. CLUZAN. De l'iodosol en thérapeutique. — M. ALTHABÉGOITY. De la gangrène dite spontanée foudroyante des organes génitaux externes de l'homme. — M. MAZURIÉ. Etude démographique de la mortalité infantile de zéro à un an à Bordeaux, de 1895 à 1906. — M. DELALANDE. De la gastroscopie. — M. GILBERT-DESVALLONS. Du service des blessés pendant un combat naval. — M. LE BOUCHER. Complications septiques des lésions dentaires. — M. LE BRETON-OLIVEAU. De l'hypertension artérielle dans l'albuminurie gravidique. — M. CLAPIER. Diagnostic de la neurasthénie et de la neurasthénie préparalytique. — M. ESCUDIÉ. De la neurasthénie et de la mélancolie. — M. RIVIÈRE. Statistique de 74 cas de manie et de mélancolie. — M. VIALARD. Essai médical sur Molière. — M. PÉNAUD. Du Kawa-Kawa d'Océanie. — M. BOYER. De la mortalité dans la première enfance à l'île de la Réunion. — M. TRIQUET. De la consolidation des blessures aux points de vue médical, légal et médico-légal. — M. ROCHIGNEUX. De la sclérose en plaques infantile. — M. WIBRATTE. Le délire alcoolique chez la femme à Bordeaux et dans la Gironde. — M. BAUJEAN. Etude pathogénique de l'éléphantiasis nostras et de l'éléphantiasis exotique. — M. PINAUD. Des bubons d'emblée des pays chauds. — M. BOURGAREL. Des compressions des bronches. Nouveau signe de diagnostic. — Contribution aux procédés de recherche du bacille de Koch (procédé choriosimétrique per ascensum). — M. SÉGARD. Nouveau sphygmomanomètre clinique sur l'humérale. — M. HEYMANN. Contribution pratique et clinique aux applications de la thermothérapie localisée. — M. BLANDIN. Sur quelques modes de traitement de l'éléphantiasis. — M. JOUET. Traitement des cavités osseuses par la méthode de Von Mosetig-Moorhof. — M. MAZIÈRE. Le sac vasculaire ou glande infundibulaire chez les mammifères. Ses rapports avec l'hypophyse. — M. LE COUSSE. Le coryza hypertrophique. Son traitement. — M. JAULIN DU SEUTRE. Des ostéomyélites traumatiques. — M. SAUVÉ. Abcès puerpéraux de l'utérus. — M. SICARD. Traitement de la tuberculose oculaire. — M. PETIT. Considérations sur la chirurgie actuelle du septum nasal. — M. FRONTGOUS. Du kyste hydatique de la trompe. — M. CARLE. Des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. — M. GUINEZANES. Des angines pseudo-membraneuses. — M. NOIRTIN. Des formes graves sans anurie. — M. BERNARD. Essai sur l'historique des principaux médicaments aphrodisiaques ou prétendus tels. — M. CARTE. Du moment de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire avec ictère chronique. — M. FONTENEAU. Des tumeurs solides du cordon spermatique. — M. LISLE. Le glaucome traumatique aigu. — M. BELLION. Les auto-mutilations oculaires. — M. THUAU. Influence de la polypnée thermique sur la glycosurie consécutive aux injections d'adrénaline. — M. CAZAUX. De l'ampliation thoracique. — M. BOISSEAU. Etude clinique des formes asthmatique, cardiaque et congestive de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'adulte. — M. FAUGÈRE. Du traitement chirurgical des sections tendineuses des fléchisseurs des doigts. — M. LATRONCHE. De l'incision transversale basse sus-pubienne et de la technique opératoire de Pfannenstiel dans les laparotomies. — M. CAZAILLET. Une complication post-opératoire de l'appendicite. Les adhérences péritonéales consécutives à l'appendicectomie. — M. LABEAU. La radiothérapie de la syringomyélie. — M. ESTIVALS. Recherches sur les formes cliniques de la sciatique. — M. MOTHES. Des fistules pseudo-pyloriques congénitales de l'ombilic. — M. PÉRÉ. Des lipomes intra-musculaires dans les muscles de la vie de relation. — M. IMBAUD. De la pathogénie du pouls capillaire visible sous-unguéal. — M. VAQUIER. De la gastro-entérostomie de Von Hacker dans les affections non cancéreuses de l'estomac, du pylore et du duodénum et du procédé postérieur à suspension verticale. — M. SCHNEYDER. De la ponction lombaire comme thérapeutique palliative dans les tumeurs de l'encéphale. — M. GUILLEMIN. Du sperme et des taches de sperme en médecine légale. — M. MAHÉ-DESPORTES. Etude expérimentale sur un nouveau procédé de cuti-réaction à la tuberculine. — M. PUYHAUBERT. Analyse de faits anatomo-cliniques relatifs aux contusions abdominales. — M. PARANTEAU. De la coxa vara traumatique. — M. MARSONI. De l'assistance aux aveugles à Bordeaux. — M. COSTE. Considérations sur le cancer. — M. AUDIBERT. De la laryngectomie partielle ou totale. — M. SAVOURNIN. Cancer primitif de la glande de Bartholin. — M. DUTHU. Des branchiomes cervicaux. — M. VALIDIRE. Statistique de 1251 cas de manie et de mélancolie. — M. LESTAGE. Les eaux sulfureuses de Gamarde (Landes). — M. LAUTIER. De l'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose en clinique. — M. PÉRIÉ. De la mydriase hystérique. — M. COYOLA. Du mal de Pott postérieur. — M. CASTERA. Du carbonate de l'éther éthylsalicylique en thérapeutique. — M. JULIEN. Etude des troubles de la sensibilité après les sections du nerf médian et de la restauration sensitive après la suture nerveuse. — M. COUSTOU. Le pemphigus végétant. — M. TESTÉ. Contribution à l'étude de la marétine. — M. REIF. Du traitement de l'accès de délire alcoolique. — M. FERRAND. L'évolution clinique du foie chez l'enfant normal. — M. MONJOU. Le traitement des complications orbito-oculaires des sinusites fronto-ethmoïdales. — M. BARTHOMEUF. Le traitement des kystes hydatiques du foie par la suture et la résection sans marsupialisation. — M. TACHERON. De la luxation des tendons péroniers latéraux. — M. DUBOURDIEU. Sur un procédé d'exploration gastrique. La desmoïd-réaction. — M. RIVIÈRE. De la cystite tuberculeuse. — M. ROY. Contribution à l'étude de la myodésopsie. — M. BONNARD. Contribution à l'étude du corps de Negri. — M. MORISSON. Contribution à l'étude des cirrhoses mixtes. — M. MAILLET. Des lipomes ostéopériostiques. — M. DE PEYRECAVE. Du traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de Braquehaye (de Tunis). — M. TOULET. Du traitement des fractures de l'olécrâne par la suture et des avantages de la suture extra-osseuse au catgut. — M. CASANOVA. Quelques considérations sur les dentinites de la couronne. — M. GUÉGUEN. Contribution à l'étude de la sérothérapie préventive. Sérum anti-diphtérique. Sérum anti-tétanique. — M. IMBERT. La lutte contre le paludisme en Algérie. — M. BORROS. Contribution à l'étude du vertige stomacal. — M. PELLETIER. Etude critique de la législation française sur les établissements industriels dangereux, insalubres ou incommodes. — M. VULLIEN. Contribution au traitement du paludisme. Les injections intra-musculaires de quinine. — M. DURROUX. Contribution à l'étude du sang des équidés. — M. ROUYER. Contribution à l'étude de la splénectomie chez l'enfant. — M. CONSTANTIN. Le traitement post-opératoire de la luxation congénitale de la hanche (méthode bordelaise). — M. NOBLE. Contribution à l'étude des fractures du col du fémur chez l'enfant et l'adolescent. — M. GUILBEAU. Etude clinique des cellules diverticulaires et aberrantes de l'apophyse mastoïde. — M. PERRENS. Les arriérés scolaires. — M. GABRIAULT. Les déchirures complètes du périnée. — M. MICHEL. Contribution à l'étude du calcanéum.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de l'œil, par Albert Terson, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 400 p., avec 142 fig. — Prix : broché 8 francs, cartonné 9 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Mécanothérapie, rééducation, sport, méthode de Bier, hydrothérapie (bibliothèque de thérapeutique, physiothérapie), par les docteurs Frackin, Grenier de Cardenal, Coustensoux, Tessier, Delagenière, Pariset. In-8, 114 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, Baillière.

L'homme selon la science. Son passé, son présent, son avenir. Traduit de l'allemand par le docteur Charles Letourneau. Un vol. in-8, avec 37 gravures sur bois. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.





N° 114. — MARDI 6 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 6 OCTOBRE 1908. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 3 octobre 1908. — Question donnée : « Les deux muscles obturateurs. »

MM. Plauzoles, 1; Perrier, 10; Poitrinal, 14; Mlle Pouzin, 16 1/2; MM. Léonetti, 4; Quantin, 5; Quénu, 17 1/2; Pujade, 3; Roussel, 12; Rougeulle, 13; Richard (André), 15; Romain, 8; Richon, 16; Richard (Georges), 15; Réglade, 11; Mlle Schapiro, 15; MM. Régnier, 4; Rabut et Rouffiac, 13; Sfez, 15; Réau, 16; Quiquandon, 14; Mlle Reichnecker et M. Queyroi, 14.

Pathologie. — Séance du 2 octobre 1908. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la grossesse simple dans sa seconde moitié. »

MM. Chalet, 12; Coursolle, 9; Dalayrac, 11; Carpanetti, 12; Houttelette, 16; Chamfeuil, 7; Descubes, 6; Deguignand, 15; Cousin, 13; Chambian, 14; Champavère, 5; Capdevilla, 4; Denoyelle, 14; Constant, 9; Claude, 17; Brizard, 13; Brousseau, 11; Broussolle, 12; Cavaillon, 14; Debray et Daudet, 12.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire sera ouvert le mardi 15 décembre 1908, à deux heures et demie.

Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins quatre inscriptions.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Marcellin (de Sausses), Monnet (de Sermaize-les-Bains) et Vinay (de Lyon).

PHYSIOTHÉRAPIE. — Le cours de physiothérapie organisé du 15 octobre au 8 novembre, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, est divisé en trois séries de 20 leçons.

Les cours de la série A auront lieu à six heures. Ils comprennent l'électrothérapie (11 leçons, du 15 au 27 octobre inclus : M. Albert-Weil); la radiumthérapie (3 leçons, les 28, 29 et 30 octobre : M. Dominici); la photothérapie (1 leçon, le 31 octobre : M. de Beurmann); la radiothérapie (3 leçons, les 3, 4 et 5 novembre : M. Albert-Weil); la méthode de Bier (2 leçons, les 6 et 7 novembre : M. Durey).

Les cours de la série B auront lieu à cinq heures. Ils comprennent le massage général (7 leçons, du 15 au 22 octobre inclus : M. Durey); le massage viscéral (5 leçons, du 23 au 28 octobre inclus : M. Cautru); le massage gynécologique (1 leçon, le 29 octobre : M. Wetterwald); la gymnastique (2 leçons, les 30 et 31 octobre : M. Desfosses); la mécanothérapie (5 leçons, du 3 au 7 novembre inclus : MM. Lagrange et Kruger).

Les cours de la série C auront lieu à quatre heures. Ils comprennent la diététique (6 leçons du 15 au 21 octobre inclus : M. Gaston Lyon); la climatothérapie (2 leçons, les 22 et 23 octobre : M. Lalesque); les cures naturistes (1 leçon, le 24 octobre : M. Sandoz); l'hydrologie générale (3 leçons, les 26, 27 et 28 octobre : M. Bardet); l'hydro-thermothérapie (4 leçons, les 29, 30, 31 octobre et 3 novembre : M. Pariset); l'hydrologie clinique (4 leçons, les 4, 5, 6 et 7 novembre : MM. Bouloumié et Mougeot).

Certaines leçons, en raison des démonstrations pratiques nécessaires, seront reportées le matin dans divers instituts ou hôpitaux; l'indication en sera toujours donnée par les conférenciers plusieurs jours à l'avance.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 40 francs.

On peut s'inscrire pour une série ou pour les trois chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, ou chez M. le docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

RHUMATISME TUBERCULEUX

ET TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE (1)

Par le professeur ANTONIN PONCET.

La pathologie se trouve quelque peu bouleversée par l'entrée en scène, il y a tantôt dix ans, du *rhumatisme tuberculeux*.

Il a révélé une pathogénie, jusqu'alors inconnue, d'un grand nombre de manifestations ostéo-articulaires, englobées sous l'expression vague et banale de : *rhumatisme*. Nous lui devons aussi la découverte d'une forme de tuberculose, insoupçonnée avant nos recherches, et à laquelle nous avons dû donner un nom également nouveau, celui de : *Tuberculose inflammatoire*.

Ces néologismes méritent d'être bien définis, car ils visent des états pathologiques nombreux, ils donnent la clef de processus, en apparence, très dissemblables, et cependant, de même nature. Nous voulons donc ici préciser, encore une fois, notre doctrine, pas toujours très bien comprise, d'après ce qu'il nous a paru dans des discussions récentes ; indiquer nettement ce qu'il faut entendre par les dénominations de : *Rhumatisme tuberculeux*, de *Tuberculose inflammatoire;* enfin, montrer, en quelques mots, les résultats acquis, le champ parcouru.

Cette tâche nous est rendue facile par des travaux de tout genre, sur ce double sujet, sortis de notre clinique (2). Les plus importants, communiqués à l'Académie de médecine de Paris, ont été écrits en collaboration avec mon très distingué chef de clinique, le docteur René Leriche.

Le rhumatisme tuberculeux, nous l'avons dit souvent, est un rhumatisme infectieux, qui a pris naturellement place parmi les autres rhumatismes infectieux. Le virus tuberculeux le conditionne, au même titre que d'autres virus, que d'autres poisons actionnent d'autres rhumatismes dont on prononce chaque jour le nom sans arrière-pensée pathogénique, tels, par exemple : le rhumatisme blennorragique, le rhumatisme puerpéral, le rhumatisme scarlatineux, etc., etc.

L'usage, la tradition nosologique, le désir d'être vite et bien compris, etc., exigeaient donc l'adjonction, à la désignation de lésions articulaires, dont l'étiologie venait d'être éclairée, du qualificatif qui en fixait l'origine, d'où le terme de : *rhumatisme tuberculeux*.

C'est la clinique qui nous l'a tout d'abord révélé, en nous montrant, chez des tuberculeux avérés, l'existence et la fréquence de localisations articulaires qui, par leurs caractères cliniques, par leur évolution, avaient le masque du rhumatisme ordinaire, du *rhumatisme*, disait-on ; du *rhumatisme, tout court*, pourrions-nous ajouter, chez des tuberculeux, et qu'une analyse, moins sommaire, nous permettait bientôt de rattacher à la tuberculose et d'appeler : *rhumatisme tuberculeux*.

Dès 1903, nous écrivions en épigraphe du *Rhumatisme tuberculeux* — n° 34 — de l'*Œuvre médico-chirurgical* du docteur Critzman (Paris, Masson et Cie, éditeurs) :

« Le rhumatisme que l'on observe chez les tuberculeux n'est généralement pas, comme on l'avait cru jusqu'à présent, une simple coïncidence, une maladie intercurrente, et pas davantage, une cause de tuberculose. Manifestations rhumatismales et tuberculeuses réunies ont une même pathogénie : l'*empoisonnement tuberculeux*, d'où : le *rhumatisme tuberculeux*. »

Cinq ans se sont écoulés depuis la publication de ces quelques lignes (A. Poncet et M. Mailland, *loc. cit.*). Nous n'avons rien à y changer. Déjà, à cette époque, elles ne traduisaient pas une simple conception, mais bien le résultat de nombreuses observations cliniques, contrôlées par les moyens usuels d'investigation : examens histologiques, recherches expérimentales, bactériologiques, et Dieu sait si, pendant ces cinq dernières années, nous avons multiplié nos travaux, nos publications, sur ce sujet.

N'avons-nous pas justifié cette remarque de Schopenhauer, que celui-là seul est l'inventeur qui sait faire valoir son invention ?

Nous avons montré que le rhumatisme tuberculeux prenait le visage de toutes les formes connues du rhumatisme articulaire : formes subaiguës, aiguës (type Bouillaud), formes chroniques, noueuses, déformantes, formes sèches, plastiques, ankylosantes d'emblée, donnant lieu à des synostoses, à des ankyloses osseuses, sans le moindre processus, antérieur ou présent, de suppuration, de fongosités, etc.

Enfin, nous avons étudié le *rhumatisme tuberculeux abarticulaire*, avec ses localisations diverses, en particulier, sur le cœur, le rein, la peau, les méninges, le système nerveux, etc. En un mot, nous avons établi que le rhumatisme tuberculeux se comportait, comme il fallait s'y attendre, à la manière des autres rhumatismes infectieux ; que dernier venu, parmi eux, il en occupait, néanmoins, le premier rang, par son ubiquité, par son polymorphisme, par ses métastases, etc.

Accueilli, au début, avec scepticisme, parfois même avec quelques sourires, le rhumatisme tuberculeux a fait son chemin. Il est accepté aujourd'hui par tout le monde, on ne discute plus que sa fréquence. Il en est à la dernière station de tout fait scientifique nouveau. Le moment n'est pas éloigné, où ses assises seront telles, qu'il aura été connu de tout temps... Ce sont là des étapes, trop habituelles, sur la route de tout progrès, pour que nous ayons à nous étonner.

Quant à la fréquence du rhumatisme tuberculeux, elle est, malheureusement, aussi réelle que son existence. La raison en est simple. Elle réside uni-

(1) Communication au *Congrès international de la tuberculose*, Washginton (21 septembre-12 octobre).

(2) Voir à ce propos la Revue générale parue dans la *Revue de médecine* du 10 mai 1907. « Le rhumatisme tuberculeux articulaire et abarticulaire, » par H. ALAMARTINE, interne des hôpitaux de Lyon.

quement dans ce fait brutal : la grande fréquence de la tuberculose.

Quoi d'étonnant, dès lors, que des manifestations articulaires d'origine tuberculeuse se rencontrent volontiers ? N'en serait-il pas de même des arthrites blennorragiques, par exemple, si, tout d'un coup, les blennorragiens augmentaient considérablement de nombre, s'ils atteignaient le pourcentage des tuberculeux, qui est, au bas mot, de 60 p. 100 (certaines statistiques donnent 80 et au delà) ?

J'arrive maintenant à une notion, que j'ai toujours jugée d'une importance capitale ; je veux parler de la *tuberculose inflammatoire*.

C'est le rhumatisme articulaire tuberculeux qui m'a mis sur la voie de cette deuxième grande variété de tuberculose.

Je m'explique.

Dès mes premières observations d'arthrites aiguës, subaiguës, d'aspect, d'allure rhumastimale, que je voyais, chez des tuberculeux, et que je supposais devoir être d'origine tuberculeuse, je comprenais mal, en raison même de leur apparition et de leur disparition, parfois rapide, qu'elles fussent vraiment tuberculeuses, c'est-à-dire qu'elles fussent le siège des lésions anatomiques tuberculeuses, au sens classique, je dirais volontiers, dogmatique, de ce mot.

Je restais perplexe au sujet de cette édification presque instantanée de tubercules, de granulations miliaires, de fongosités, etc., et plus encore de la production de lésions destructives : de noyaux caséeux, de suppuration, de mortification, d'ulcération, etc.

Je mis en doute, pour les motifs que je viens d'indiquer, toute formation pathologique tuberculeuse, tout follicule, tout produit tuberculeux spécifique ?

L'ouverture opératoire de quelques-unes de ces articulations malades, quelques nécropsies me confirmèrent bientôt dans cette opinion : qu'il n'y avait dans de telles jointures, ni altérations, ni exsudats, ayant, à l'œil nu, les signes de néo-formations tuberculeuses.

En était-il de même, au point de vue microscopique ?

Je fis part de mes doutes à mon chef de laboratoire, le docteur Louis Dor, et nous voilà multipliant, dans des cas de ce genre, les examens histologiques.

Grande fut notre surprise, en constatant que, dans un grand nombre de cas, les examens histologiques confirmaient l'examen macroscopique qui avait été négatif.

Cette constatation était de toute importance : *il existait des lésions tuberculeuses sans tubercules, des lésions exclusivement inflammatoires, qui, précisément par ce dernier caractère, imposaient, pour les distinguer, la création d'un terme nouveau, celui de : tuberculose inflammatoire.*

Le rhumatisme articulaire tuberculeux, qui n'est que la modalité sur les articulations de cette dernière forme de tuberculose, lui ouvrit bientôt, en effet, la porte dans les autres séreuses, dans le tissu osseux, les viscères, etc., etc. Je veux dire par là que ce qui était vrai pour les synoviales articulaires, le devenait, à l'observation, pour les gaines tendineuses, pour les bourses muqueuses, pour le squelette, etc., pour tous les tissus, pour tous les organes. N'eût-il pas été, du reste, on ne peut plus illogique, biologiquement et pathologiquement parlant, que l'infection bacillaire affectât des formes différentes, suivant les différentes séreuses y comprises, les plèvres, les méninges, le péritoine, etc., comme si la diversité de siège, même de fonction, constituait un privilège dans certains cas, une infériorité dans d'autres !

La pathologie générale est plus simpliste ; la clinique, l'anatomie pathologique, le montrent bien. Les processus sont identiques malgré leurs localisations variées.

Dans cet ordre d'idées, nous devions bientôt franchir un nouveau stade.

Ici encore, le raisonnement ne venait qu'après des observations indicatrices. Nous ne nous refusions pas, cependant, le droit de penser initialement, que si la tuberculose spécifique se montrait partout, ne respectait aucun tissu, aucun organe, il pouvait bien en être de même de sa jeune sœur, la tuberculose inflammatoire ?

Et puis, sans abuser des analogies et des comparaisons, quelle grande différence existe-t-il donc entre une maille du tissu conjonctif, sous-cutané, intraviscéral, etc., et une bourse séreuse ? Question de morphologie, de classification, au fond pas autre chose. Elle s'étend, cette question, aux éléments nobles, au tissu épithélial, aux parenchymes. Endothélium, épithélium, profonds, superficiels, cellulo-glandulaires, etc., se valent au point de vue des infections et des réactions pathologiques. Tout au moins, nous en jugeons ainsi, et orientés dans cette voie, les faits nous ont donné raison.

La tuberculose inflammatoire se rencontre partout.

C'est elle qui commandite souvent les fluxions, les congestions transitoires, passagères, les inflammations chroniques, les cirrhoses, etc., nombre d'états pathologiques très mal définis, surtout au point de vue pathogénique. Quand nous aurons répété qu'elle prend volontiers l'aspect de l'*arthritisme*, du *neuro-arthritisme*, qu'elle est, par excellence, la *diathèse fibreuse, ossifiante*, etc., nous aurons, à peine, esquissé son vaste champ d'action.

Ici, pour être encore plus clair, j'ouvre une parenthèse.

La tuberculose, telle qu'on l'enseigne et telle qu'elle est actuellement comprise par tous, est une maladie infectieuse, contagieuse, dont l'agent pathogène est le bacille de Koch.

Par lui-même, par ses toxines, ce bacille provoque des lésions tissulaires, admirablement étudiées, et décrites depuis longtemps, surtout histologiquement. Ces lésions, nous ne les suivrons pas dans leur développement, dans leur structure.

Il nous suffit de savoir qu'elles ont un aspect très particulier, qu'elles sont le résultat de réactions anatomiques constantes, sous des formes variées : tubercules, caséification, etc., en un mot qu'elles ont, suivant une expression courante, une *signature anatomique*, autrement dit encore, qu'elles sont *spécifiques*.

La spécificité réactionnelle des éléments frappés, voilà le *Credo anatomo-pathologique*, sur lequel repose tout l'édifice anatomique de la tuberculose.

Nous avions été élevé dans de telles idées, nous les considérions *comme des articles de foi* — pour nous servir d'une locution confessionnelle, qui même dans le domaine des idées doctrinales scientifiques, n'a rien d'exagéré. Et voici que l'observation de chaque jour, au lit du malade, que les constatations, soit à l'amphithéâtre, soit sur la table d'opérations, étaient en opposition avec la doctrine régnante!

Longtemps nous restâmes hésitant sur l'interprétation pathogénique de ces lésions articulaires qui, sans *réaction tuberculeuse*, nous paraissaient être, cependant, de plus en plus, d'origine tuberculeuse. Les faits, en effet, s'accumulaient, des preuves nouvelles surgissaient, et insensiblement nous arrivions à cette notion :

Qu'à côté des *produits spécifiques tuberculeux* prenaient place des *produits simplement inflammatoires*, et qui n'en étaient pas moins de nature tuberculeuse.

La tuberculose inflammatoire était née, c'est-à-dire cette variété de tuberculose, nous l'avons répété à satiété, uniquement constituée par des lesions inflammatoires courantes, allant, depuis la congestion la plus fugace, jusqu'à la sclérose définitive.

Son existence, ses diverses modalités témoignent, à coup sûr, d'une atténuation, plus ou moins grande, du virus tuberculeux.

Ce n'est point aller au delà d'une compréhension rigoureuse des faits, que de dire :

Suivant le terrain, suivant la virulence des bacilles, suivant leur nombre, etc., les réactions des tissus atteints sont différentes.

Nous ne connaissions, jusqu'à ces dernières années, que la *forme virulente* ou *spécifique*, de l'infection tuberculeuse.

A ses côtés doit, dorénavant, prendre place une tuberculose *aspécifique*, certainement de moindre virulence, et qui comprend toute la gamme d'une nouvelle classe de tuberculoses : *les tuberculoses atténuées* ou *atypiques*.

Le terme de *tuberculose inflammatoire* convient, on ne peut mieux, à ces manifestations bacillaires de moindre sévérité. Il est défini, précisément, par les caractères des lésions, qui sont ceux, nous le répétons, d'une inflammation quelconque, dont la nature ne peut être anatomiquement déterminée.

Des preuves de l'existence de la tuberculose inflammatoire, nous en avons fourni de tout genre.

Déjà, en 1903, dans les *Archives internationales de chirurgie* (vol. I, fasc. I, *loc. cit.*), nous avons divisé la tuberculose en trois grandes catégories :

1° La *tuberculose spécifique, avec tubercules, avec follicules*, etc., autrement dit avec *réaction anatomique spécifique;*

2° La *tuberculose inflammatoire, avec réaction anatomique banale, comme dans toute espèce d'infections, d'intoxications* (rhumatisme tuberculeux articulaire et abarticulaire);

3° La *tuberculose septicémique*, ou *infectieuse, sans modifications anatomiques apparentes, sans lésions appréciables*, en un mot, *sine materia.*

Cette division, nous la maintenons, elle est justifiée chaque jour, par la clinique. Les recherches expérimentales et bactériologiques l'ont définitivement sanctionnée.

S'il en était besoin, nous dirions encore qu'elle répond à tout ce que nous savons du mode d'action des nombreuses infections et intoxications.

La pathologie générale exige qu'il en soit ainsi.

On a pu dire avec quelque ironie « que ce n'était pas la tuberculose que nous placions dans la pathologie, mais la pathologie dans la tuberculose ». Nous n'en disconvenons pas. Une telle boutade n'est point faite pour nous déplaire.

Qu'on le veuille ou non, la tuberculose qui est très commune dans sa forme *spécifique* : granulique, caséeuse, nécrosique, fougeuse, suppurante, etc., ne l'est pas moins dans sa forme *aspécifique*, qu'on pourrait appeler encore *tuberculose sans tubercules*, mais à laquelle convient, encore mieux, le nom de *tuberculose inflammatoire*, pour des raisons déjà exposées, et sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Elle comprend, nous aimons à le redire, toute la série des infections bacillaires atténuées, infections purement congestives, scléreuses, etc. Elle empiète, d'autre part, sur le terrain néoplasique, ainsi que nous l'avons déjà établi avec Leriche, par la description de la *tuberculose inflammatoire à forme néoplasique*, c'est-à-dire de *néoplasmes inflammatoires d'origine tuberculeuse :* adénomes, lipomes, exostoses, etc., etc., et l'on s'étonne que le domaine de la tuberculose se soit démesurément agrandi !

C'est la clinique qui nous a guidé dès le début. C'est elle qui nous a fait découvrir le rhumatisme articulaire tuberculeux. Ce dernier, qui n'est qu'un rameau articulaire, si l'on nous permet cette expression, de l'arbre représenté par la *tuberculose inflammatoire*, nous a mis sur la voie de cette deuxième forme de tuberculose. Chaque jour, notre doctrine se confirme de plus en plus.

Il arrivera certainement pour les autres localisations et modalités de la tuberculose inflammatoire ce qui est arrivé pour l'une d'entre elles, pour le rhumatisme articulaire tuberculeux. Anneaux d'une même chaîne, on peut leur prédire le même avenir, c'est-à-dire leur entrée prochaine dans la pathologie classique...

Dans nos recherches, nous n'avons jamais fait œuvre d'imagination. Nous n'avons marché que lentement, sous la pression des informations.

Nous avons ouvert un chemin nouveau. Il est maintenant permis de s'y engager avec confiance et avec fruit.

FORMULAIRE

CONTRE L'ÉPISTAXIS REBELLE

Antipyrine	0 gr. 50.
Acide tannique	1 gramme.
Sucre en poudre	10 —

Pour priser. (*Nouveaux remèdes.*)

Ier CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'UROLOGIE

(*Pairs, 30 septembre-3 octobre 1908.*)

Quatre questions ont été mises à l'ordre du jour de ce Congrès et seront seules discutées. Après la séance solennelle d'inauguration, lecture a été donnée des rapports sur la première question : **Pathogénie et traitement des anuries.**

Voici le résumé du très remarquable rapport de M. Achard (de Paris) :

I. L'anurie peut résulter d'un obstacle à l'excrétion ou à la sécrétion de l'urine.

Les anuries excrétoires sont produites par l'obstruction calculeuse ou la compression de l'uretère. Si l'obstacle est unilatéral, il se complique d'un trouble sécrétoire qui affecte l'autre rein et qui consiste soit en un réflexe réno-rénal, soit en des lésions anciennes ou récentes, parfois dues à des substances néphrotoxiques émanant du rein obstrué.

Il y a lieu de comprendre aussi parmi les anuries excrétoires celles qui sont dues au barrage des petites voies d'excrétion intra-rénales. Leur importance est sans doute très grande, mais il est difficile de les séparer nettement des anuries sécrétoires.

Les anuries sécrétoires dépendent de causes multiples qui tiennent à l'état des parois perméables, aux qualités de l'urine, à l'état du sang et de la circulation.

Parmi les altérations des *parois perméables*, celles des *tubes* sont les plus importantes. En général elles entraînent l'obstruction des conduits. On peut se demander si cette obstruction est bien la cause ou seulement la conséquence de l'anurie. La réalité de l'obstruction primitive paraît établie par un certain nombre de faits anatomiques.

Les *qualités de l'urine* n'interviennent guère dans le mécanisme de l'anurie que s'il y a quelque obstacle à l'écoulement. C'est alors la pression de l'urine accumulée qui arrête la sécrétion.

La *composition du sang* modifie plutôt les qualités de l'urine que sa quantité.

C'est le *débit de la circulation rénale* qui règle surtout la quantité de la sécrétion. La baisse de ce débit qui entraîne l'anurie dépend de conditions diverses. Nous sommes imparfaitement renseignés sur la viscosité du sang. La diminution de la masse sanguine sous l'influence de grandes pertes d'eau ou de la formation rapide d'une hydropisie, la chute de pression dans les états asystoliques concourent à produire l'anurie. Les oblitérations des vaisseaux du rein, artériels et veineux, tarissent la sécrétion et altèrent promptement l'organe en le rendant impropre à remplir désormais ses fonctions. L'œdème rénal provoque l'anurie par compression vasculaire. Enfin le *système nerveux* agit surtout par une vasoconstriction dont les voies conductrices cheminent dans les splanchniques.

Chez l'homme, le système nerveux intervient pour produire l'anurie, principalement à la faveur de lésions préalables du rein, dans les cas de réflexe réno-rénal et dans ceux de grands traumatismes lombo-pelviens. Son rôle est encore important dans les anuries par lésions de l'encéphale, d'ailleurs exceptionnelles, et dans l'anurie dite hystérique. Toutefois il y a lieu de faire des réserves sur cette dernière variété, qui appelle de nouvelles recherches, notamment en ce qui concerne le bilan des entrées et des sorties de l'eau, l'équilibre humoral et l'exploration fonctionnelle du rein.

Le plus souvent, le *mécanisme de l'anurie est complexe*. Dans une même maladie, plusieurs conditions peuvent agir isolément ou conjointement : altérations épithéliales et obstructions tubulaires, abaissement de la pression vasculaire, rétention d'eau dans les tissus, déshydratation par une diarrhée profuse, influences nerveuses. Chez un même malade anurique, on voit souvent coexister des lésions multiples du rein : anciennes et récentes, épithéliales, conjonctives et vasculaires.

Dans les néphrites chroniques, l'obstruction des tubes par des cellules et des exsudats, l'œdème congestif et inflammatoire, la vaso-constriction réflexe paraissent être les causes habituelles qui tarissent complètement la sécrétion déjà fort compromise par des lésions anciennes et profondes.

II. Le traitement des anuries excrétoires appartient essentiellement à la chirurgie.

Celui des anuries de cause médicale est aussi complexe que leur mécanisme.

La stimulation des éléments sécréteurs se fait au moyen des *diurétiques rénaux* et de l'*opothérapie*.

Pour combattre l'insuffisance du débit circulatoire dans le rein, il y a lieu d'augmenter la masse et la pression du sang, ainsi que sa vitesse.

L'introduction d'eau dans l'organisme, par le tube digestif ou sous la peau, accroît la masse du sang. Mais elle n'augmente pas toujours la diurèse, s'il y a dans l'appareil vasculaire une fuite extra-rénale, par suite d'un flux diarrhéique ou autre, d'un épanchement hydropique ou d'une rétention aqueuse et chlorurée. Les *injections salées* peuvent être alors non seulement inutiles mais dangereuses. Les injections *sucrées*, intra-veineuses, seraient préférables. Les *boissons* trop abondantes ont aussi leurs inconvénients ; il peut être avantageux de les restreindre. Le *régime déchloruré* concourt à réduire la masse liquide extravasée. Il en est de même de l'évacuation des hydropisies.

Le traitement de l'*asystolie* et la *saignée locale* à la région lombaire aident à rétablir la vitesse du sang dans les vaisseaux du rein.

La menace de l'*urémie* étant le principal danger de l'anurie, on ne saurait négliger non plus les moyens propres à l'éloigner.

Le *traitement opératoire* des néphrites, par la décapsulation et la néphrotomie ramène quelquefois la diurèse mais n'empêche pas toujours la mort. Il agit d'autant mieux que les altérations du rein sont plus jeunes et plus réparables. Ses effets sont complexes : non seulement il peut supprimer l'excès de la tension intra-rénale et l'étranglement de l'organe dans sa

capsule, mais il fait une saignée du rein; il l'énerve et le rend moins sensible aux vaso-constrictions; il ouvre à l'urine tubulaire, que des exsudats empêchent de s'écouler par les voies naturelles, une issue contre nature.

Le docteur Watson (de Boston), co-rapporteur, étudie surtout *certains aspects de l'anurie calculeuse*, il résume ainsi son travail :

« Il est toujours difficile et souvent impossible de connaître, avant l'opération, la valeur fonctionnelle des reins, dans certains cas d'anurie par obstruction calculeuse, et plus particulièrement quand les calculs sont bilatéraux.

L'anurie est ordinairement le résultat d'une suppression réflexe de l'urine du rein non obstrué, en cas de calcul unilatéral. Il est très important de rechercher l'état du rein non obstrué, d'établir s'il existe et s'il présente encore une quantité suffisante de tissu rénal ayant une valeur fonctionnelle, enfin si on peut lui rendre son activité.

Difficile est la conduite à tenir en cas d'anurie calculeuse unilatérale relativement au rein opposé, non obstrué, si au moment d'intervenir d'abord sur son congénère, le chirurgien trouve qu'il possède une quantité de tissu rénal insuffisante et de valeur fonctionnelle trop faible pour lui permettre de subvenir au maintien de la vie.

Le premier rein à opérer, au cas où l'on estimerait que les deux organes ont une valeur fonctionnelle suffisante, doit toujours être celui que l'on penserait être le moins touché des deux.

En cas de calcul unilatéral avec anurie, et à plus forte raison en cas de calculs bilatéraux, les deux reins devraient être ouverts en même temps, chaque fois que l'opérateur douterait que le rein ouvert le premier puisse seul suffire à la vie.

Telles sont les données cliniques au sujet des opérations à faire en cas d'anurie calculeuse uni ou bilatérale.

Des fistules urinaires rénales persistent souvent ; l'auteur expose ses procédés destinés à les rendre supportables en assurant le drainage du rein à travers la région lombaire.»

Le troisième rapporteur, M. le professeur Hermann Kummel (de Hambourg), s'exprime ainsi :

« Nous comprenons sous le nom d'anurie un état morbide dans lequel il n'arrive pas d'urine dans la vessie. Les causes en sont variables, et il faut établir une distinction entre l'anurie, dans *son sens le plus large, la fausse anurie* (Casper), dans laquelle l'urine ne peut arriver dans la vessie, par suite d'une oblitération des uretères par causes diverses, et l'anurie dans le *sens plus étroit, l'anurie rénale*, anurie vraie, dans laquelle le rein ne produit plus d'urine, et où la sécrétion de l'urine est complètement tarie.

I. L'anurie dans le sens large (la fausse anurie) est provoquée par l'oblitération des deux uretères. Ce n'est pas parce qu'un obstacle ferme l'uretère, qu'il provoque nécessairement l'arrêt du travail sécrétoire du rein ; quand ce phénomène se produit, il s'agit d'anurie rénale vraie, dont nous nous occuperons plus tard.

Les calculs, en se fixant dans l'uretère et en oblitérant sa lumière, sont la cause la plus fréquente de la fermeture mécanique des uretères. Mais le rein continue à sécréter quand même de l'urine qui, ne pouvant s'écouler dans la vessie, stagne dans le bassinet et les uretères, produisant de l'hydronéphrose, puis l'atrophie progressive du parenchyme rénal par compression.

Lorsque les deux bassinets ou les deux uretères sont oblitérés par des calculs, ou bien si un seul côté est oblitéré, le rein adelphe étant déjà, sous l'influence de causes autres, incapable de fonctionner, cette forme d'anurie, dans son sens le plus large, en résulte.

Les *tumeurs du bassin*, *des ovaires*, et surtout les carcinomes propagés de l'utérus réalisent d'autres causes d'occlusion des uretères.

II. L'anurie dans son sens plus étroit, l'anurie rénale, anurie vraie dans laquelle la fonction rénale est totalement supprimée, est provoquée par :

a) La *néphrite diffuse*, elle-même, causée :

1° Par des processus inflammatoires chroniques (néphrite interstitielle et parenchymateuse, entre autres : gravidité, gangrène) ;

2° Par des actions toxiques (sublimé, acide phénique, chlorate de potasse, etc.) ;

3° Par des maladies infectieuses (rougeole, choléra, diphtérie, etc.) ;

b) *Des tumeurs des deux reins* (surtout rein polykystique ; néoplasmes malins, hydronéphrose double, ascendante, etc.);

c) *Une affection d'un seul rein* (tumeurs, hydronéphrose, néphrite, traumatisme, etc.) coexistant avec une absence congénitale ou acquise de l'autre rein ;

d) L'*anurie réflexe* est véritablement, au point de vue scientifique, la plus intéressante et la plus importante.

On doit conclure à l'existence de cette dernière, lorsque, un rein et son uretère étant parfaitement sains, une anurie complète survient, parce que, l'autre rein, malade, ayant cessé de fonctionner (en raison d'une oblitération calculeuse, d'une hyponéphrose, de tuberculose, d'une tumeur, d'un traumatisme, ou après néphrectomie), *le rein jusqu'alors sain cesse soudainement sa fonction ; ou bien lorsqu'elle se produit à la suite d'irritations périphériques, alors que les deux reins sont complètement sains* (phimosis, etc.) ; ou enfin après des laparatomies ou autres opérations.

L'anurie réflexe vraie, avec intégrité absolue de l'autre rein, est relativement rare. Elle peut résulter de causes toxiques ou nerveuses, d'une exagération de la pression intra-rénale dans l'un des reins, ou d'autres causes.

e) *Anurie hystérique.*

Diagnostic thérapeutique de l'anurie et diagnostic différentiel. — L'anurie calculeuse, la forme la plus fréquente, sera supprimée aussi rapidement que possible, par un traitement non opératoire ou opératoire.

Pour l'*anurie au sens large*, l'ablation de la cause d'obstruction de l'uretère (calculs de l'uretère et du bassinet, tumeurs) sera pratiquée.

Dans l'*anurie rénale*, provoquée par une néphrite (chronique ou inflammatoire, gravidique, scarlatineuse ou autre), incision de la capsule rénale ou néphrotomie.

Dans l'anurie réflexe, à la suite de la maladie de l'un des reins, il faut supprimer la cause productrice de l'état morbide de ce rein. En cas de causes périphériques, il faut les faire disparaître.

Dans l'anurie hystérique, on appliquera un traitement approprié. »

La discussion a amené à la tribune un certain nombre d'orateurs. M. Alessandri (de Rome) pense que le mécanisme des anuries sécrétoires est obscur et que le résultat de l'intervention chirurgicale est loin d'être encourageant. Il voudrait voir la lumière se faire sur ce point de la pathogénie et du traitement de ces variétés d'anurie.

Le professeur Teissier (de Lyon) dit que les causes des anuries dites médicales sont toujours très complexes et souvent associées, de sorte qu'il est parfois impossible de dégager l'essence du mécanisme pathogénique, dont la connaissance peut seule diriger la thérapeutique d'une façon efficace.

Malgré l'étude très consciencieuse du lumineux rapport de M. Achard, bien des points restent discutables.

M. Teissier insiste sur une cause, insuffisamment connue, d'anurie : il veut parler des lésions du foie et de ses déviations fonctionnelles.

Ce rôle, à tout bien considérer, apparaît comme primordial, car à lui seul il semble capable de créer les deux conditions prépondérantes de la suppression sécrétoire de l'urine, la contrepression intra-rénale et la suspension fonctionnelle du système glomérulo-tubulaire, qui est d'ordre toxique.

L'observation clinique est là pour le prouver : l'oligurie d'abord, l'anurie ensuite, d'ordre purement hépatique, ne sauraient être niées ; il l'a constaté bien des fois. De plus, dans l'évolution des néphrites chroniques, l'approche de la crise anurique est souvent précédée de l'entrée en scène de désordres hépatiques. Par le mécanisme de l'hypertension portale et de l'opsiurie, conséquence de la congestion des anastomoses porto-rénales venant s'ajouter à la stase du système cave, presque de règle en pareil cas, la compression des tubes droits apparaît comme nécessaire.

De plus, la suppression du rôle antitoxique du foie, superposée à l'action des néphrotoxines préexistantes, vient brusquement créer ou aggraver cet état toxémique, dont la conséquence sera bientôt l'inhibition de l'appareil nerveux glomérulo-tubulaire, si bien mis en évidence par Pensa, et dont le résultat est, d'une part, l'arrêt sécrétoire des épithéliums, et, de l'autre, l'extinction de la constriction propulsive du glomérule, sur laquelle MM. Lamy et Meyer viennent justement d'attirer l'attention.

M. Teissier trouve une autre preuve de cette intervention du foie dans les résultats des injections sérothérapiques (sérum de la veine rénale), dont les effets souvent heureux se traduisent uniquement par l'émission d'urines extrêmement hypotoxiques, non modifiées dans la teneur des substances dissoutes dont le taux reste immuable, mais exclusivement chargées d'urée, signe du réveil de la suractivité fonctionnelle du foie.

De là, nécessairement, des indications thérapeutiques formelles. Décongestion de l'organe (sangsues à la région hépatique, calomel, dont l'action diurétique devient ainsi très vraisemblablement un effet indirect). Stimulation de la fonction glomérulo-tubulaire, par la théobromine, la diurétine, et principalement les petites doses de digitale plus apte à raviver la contraction des capillaires du glomérule. Enfin sérothérapie, dont il se réserve d'exposer bientôt les effets salutaires, et dont l'action paraît particulièrement efficace par ce triple mécanisme du réveil de la fonction du foie, de la neutralisation des néphrotoxines, et aussi en chassant de leurs combinaisons chlorées, qui les fixaient jusqu'alors, les toxalbumines qui, mises en liberté, seront éliminées par le foie rendu à son rôle de défense protectrice. La sérothérapie ne saurait être négligée, même dans les cas où la néphrostomie sera devenue nécessaire, puisqu'il est démontré que bien des malades opérés, et chez lesquels la sécrétion urinaire s'était rétablie, ont, néanmoins succombé ; ceux-ci lui paraissait être enlevés par les progrès de l'insuffisance hépatique.

M. Jeanbrau (de Montpellier), après avoir expérimenté chez les animaux les bons effets des *injections intra-veineuses sucrées*, les a essayées sur l'homme.

Chez deux calculeux dont l'anurie persistait chez l'un depuis cinquante-six heures, chez l'autre depuis trois jours, une injection de 500 centimètres cubes d'une solution sucrée à 25 p. 100 fut suivie de l'émission de l'urine.

L'auteur rappelle qu'il a étudié en 1889, avec MM. Hédon et Arrous, l'action diurétique des sucres chez l'homme et leur innocuité. Les avantages des solutions sucrées sont les suivants : 1° les sérums sucrés nécessitent comme Fleig l'a montré récemment, pour un même lavage du sang, un travail rénal beaucoup moindre que celui exigé par le sérum chloruré ; 2° ils n'introduisent pas de chlorures dans l'organisme ; 3° ils sont beaucoup moins toxiques que les sérums salés ; 4° le sucre est partiellement brûlé dans l'organisme et s'élimine par les poumons sous forme d'eau et d'acide carbonique, ce qui facilite le travail des reins.

Quant aux doses, en cas d'urgence, on injectera dans une veine 500 centimètres cubes de sérum glucosé à 25 p. 100. C'est une solution hypertonique qui a l'avantage d'augmenter fortement la pression sanguine et peut ainsi déterminer plus facilement une débâcle rénale. S'il n'y a pas urgence, on peut faire une injection sous-cutanée ou intra-musculaire. Mais il faut alors employer une solution isotonique afin qu'elle ne soit pas plus douloureuse qu'une injection salée.

Les sucres donnent des solutions isotoniques aux doses suivantes ; la glucose, à 47 grammes p. 1000, le saccharose et le lactose, à 90 p. 1000.

L'injection de glucose à 47 p. 1000 paraît la meilleure.

M. Pavone (de Palerne) insiste sur l'*utilité du cathétérisme des uretères* dans l'anurie calculeuse. On peut ainsi reconnaître lequel des deux uretères est obstrué; le siège du calcul, etc.

M. Albarran reconnaît avec M. Achard que la pathogénie de l'anurie sécrétoire est très complexe. Ainsi, tandis que chez l'animal auquel on lie un uretère on voit l'urine s'accumuler au-dessus de la ligature, on ne constate rien de pareil chez l'homme quand un calcul obstrue l'uretère. Le rein cesse de secréter, ce qui tient à son état antérieur. Aussi l'intervention dans l'anurie n'est pas — et ne peut pas être — curative quand elle porte sur des reins atteints d'une néphrite infectieuse; à la suite de l'opération la sécrétion reparaît, mais les sels n'y sont qu'en faible quantité, car la néphrite sur laquelle l'opération ne peut pas agir suit son cours et le malade meurt. En revanche, lorsqu'il n'y a qu'une atteinte dans la vitalité de la cellule, dans le fonctionnement du glomérule, l'intervention peut être couronnée de succès, surtout si l'on opère de bonne heure. En tout cas, l'intervention doit porter non sur le rein le meilleur, mais sur celui qui est le point de départ du réflexe arrêtant la sécrétion. En résumé, il faut être bien pénétré de cette idée que l'anurie n'est pas un symptôme.

M. Chauffard insiste surtout sur l'*anurie hydrargyrique* dont il esquisse le tableau clinique. Dans cette forme d'anurie il n'y a rien à demander au chirurgien. Les injections salées, ou peut-être les injections sucrées à doses successives doivent constituer le traitement tant qu'il n'y a pas hyperthermie, ni rétention chlorurée.

M. Nicolich (de Trieste) regrette que les urologistes éminents qui sont dans l'assemblée n'aient pas apporté leur statistique touchant les interventions dirigées contre l'urémie.

M. Janet pense qu'il est des anuries réflexes où la chloroformisation a peut-être plus de valeur que l'opération qui a suivi.

M. Pousson (de Bordeaux) insiste sur la valeur de la *néphrotomie dans l'anurie et l'oligurie des affections médicales et chirurgicales des reins*. Dans l'anurie excrétoire calculeuse, l'incision du rein fait d'abord cesser le réflexe inhibitoire, suspendant la sécrétion du côté bloqué et parfois même celle du côté opposé; mais son grand avantage est d'ouvrir une voie d'échappement au liquide gorgeant les canalicules rénaux et de prévenir ainsi les altérations des épithéliums et même de permettre leur restauration si elles sont déjà produites. Cette action restauratrice rend efficace dans certains cas la néphrotomie, même tardive (douzième jour chez une malade opérée par l'auteur), mais il est sage de ne point attendre la période d'intoxication traduisant l'altération des épithéliums.

Chez la plupart des anuriques opérés par M. Pousson, la sécrétion s'est rétablie, rapide et abondante.

Un des plus précieux avantages de la néphrotomie dans l'anurie calculeuse est qu'il n'est nul besoin, avant de la pratiquer, de se préoccuper du siège de l'obstacle, ni même du côté obstrué. L'incision rénale étend son action thérapeutique du côté opposé, même en cas d'obstruction bilatérale. Cette action est encore plus certaine et efficace lorsqu'on se trouve en présence d'une anurie réflexe, dont l'auteur a depuis longtemps signalé l'existence.

Une des indications nouvelles et des plus intéressantes de la néphrotomie se trouve dans le traitement de l'anurie sécrétoire des néphrites aiguës et chroniques.

Pour les néphrites aiguës l'auteur n'a pas d'expérience concernant la valeur de la néphrotomie, mais l'ayant pratiquée 10 fois chez des brightiques en crise d'urémie avec oligurie, il peut en attester l'action efficace sur la reprise des fonctions rénales. La néphrotomie, en effet, diminue l'excès de tension intrarénale qui, au moment des poussées congestives, si fréquentes chez les brightiques, détermine une augmentation du volume de l'organe et son étranglement dans sa capsule inextensible, sorte de glaucome rénal.

Elle entraîne accessoirement la résorption des œdèmes, a un retentissement heureux sur l'hypertrophie du cœur par suite de l'abondante saignée locale et l'abaissement de la tension intra-vasculaire.

La néphrotomie paraît donc plus efficace que la décapsulation, qui a cependant la préférence des chirurgiens. En effet, M. Pousson a relevé 134 décapsulations contre 11 néphrotomies, qui lui appartiennent d'ailleurs à l'exception d'une seule pratiquée par M. Cauterman (d'Anvers). Sur ces 10 néphrotomies, le chirurgien de Bordeaux a perdu un seul malade par persistance de l'anurie; chez les 9 autres, il a obtenu le rétablissement de la sécrétion urinaire. Cinq de ces malades succombèrent entre deux à dix jours; chez 4 seulement la néphrotomie fut suivie de la cessation de la crise urémique et du rétablissement de la sécrétion urinaire.

Aucun de ces malades ne guérit assurément de sa néphrite chronique. La néphrotomie pas plus que la décapsulation ne peut prétendre à un rôle curateur. Mais l'incision du rein offre une ressource précieuse dans les périodes aiguës des néphrites chroniques avec oligurie.

M. Legueu attire l'attention sur ce fait que, dans l'anurie calculeuse, toujours le rein, qui n'est pas le siège du calcul, est atteint d'altérations importantes; il ne connaît pas d'exemple d'intégrité histologique du rein, en pareil cas. Aussi le réflexe, qu'il ne nie pas, ne constitue pas à lui seul la cause importante de l'anurie. Elle est autre. C'est l'exagération des lésions anciennes du rein. C'est pour cela que l'anurie dure. En tout cas, il est désirable que l'opération soit faite le plus tôt possible, certainement avant le cinquième jour.

Dans l'anurie par compression cancéreuse, l'intervention donne une survie de quelques jours. Elle ne peut davantage, puisque c'est à un rein plus ou moins détruit par la compression que l'on demande de fonctionner comme s'il était normal. Pour atteindre ce résultat, il faut opérer avant que l'anurie ne soit établie, dès l'apparition des signes de compression.

(*A suivre.*)

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION DES BRONCHITES CHRONIQUES HUMIDES

Par M. Clairville.

Le traitement des bronchites chroniques est resté jusqu'à ce jour purement symptomatique, les balsamiques et l'opium représentant à peu près toutes les ressources du médecin. Aussi, voit-on la maladie continuer son évolution, donner naissance à des poussées inflammatoires aiguës et souvent même à des complications broncho-pulmonaires et cardiaques.

Cette impuissance médicatrice n'est cependant qu'apparente, car si l'on s'adresse franchement à la thérapeutique moderne, on y trouve des substances chimiques bien définies dont les propriétés physiologiques permettent d'obtenir des résultats beaucoup plus nets.

On y trouve, par exemple, le moyen de modifier directement les lésions pulmonaires elles-mêmes, de lutter contre les infections qui les entretiennent, de réaliser en un mot, la médication causale, pathogénique, la seule qui doive intéresser le médecin.

Ce n'est pas, en effet, à la manière de l'opium et des balsamiques que les comprimés de Thiocol calment la toux et l'expectoration. C'est directement, en portant sur la muqueuse bronchique, une quantité de principe actif (gaïacol sulfoné) suffisante pour modifier les lésions. Aussi la disparition des signes fonctionnels est-elle permanente, parce qu'elle est la conséquence de la disparition réelle des lésions.

Bien souvent, nous avons pu nous rendre compte de cette action curative du thiocol, car si chez les emphysémateux bronchitiques, quatre ou six comprimés par jour, restent, comme tout remède, à peu près sans effets sur les altérations alvéolaires, ils font nettement disparaître les troubles bronchiques surajoutés. Le malade conserve une inspiration humée, une sonorité thoracique exagérée, mais les zones inflammatoires péribronchiques disparaissent. Il n'a plus de râles humides, la toux est moins fréquente, l'assèchement des lésions est complet.

Chez les malades simplement catarrheux, sans emphysème, les résultats sont immédiatement plus visibles, les râles muqueux disparaissent, et un peu plus tard, les sibilances et les ronflements.

En tenant compte de ce fait que la bronchite chronique est toujours susceptible d'être compliquée par des troubles pulmonaires graves, en tenant compte aussi de ce fait que les phénomènes congestifs aigus sont fréquents sur ces épithéliums altérés, on arrive à reconnaître que l'usage de la médication thiocolée met le malade à l'abri de ces éventualités et possède tout à la fois des effets curatifs et préventifs.

De plus, les résultats obtenus sont de longue durée, et d'habitude, quand les malades continuent plus tard l'usage des comprimés, à raison de quatre par jour (une série mensuelle de huit à dix jours) ils conservent leur bon état broncho-pulmonaire et traversent l'hiver sans encombre.

C'est là encore la démonstration de ce fait que la médication thiocolée exerce une action défensive et modificatrice directe.

Il n'est donc plus permis, à l'heure actuelle, de fatiguer l'estomac des bronchitiques par une médication de symptômes parfois compliquée et bien souvent insuffisante, puisqu'il est possible de lutter contre les lésions par un seul remède, facile à supporter, et qui se comporte comme un curatif direct et un agent prophylactique.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros mardi et du jeudi.

LIVRES NOUVEAUX

Mémoire sur l'emploi du rétracteur métallique du baron Percy dans l'amputation de la cuisse et de la jambe (1), par M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz.

M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz a récemment publié un mémoire sur l'emploi du rétracteur métallique de Percy, instrument qu'il a heureusement modifié et qui peut ainsi servir à l'amputation de la cuisse et de la jambe, même au-dessus du lieu d'élection.

En 1739, Gooch a eu l'idée de remplacer la compresse de toile par une bande de cuir, portant à son centre un trou circulaire, avec fente médiane du cuir pour le passage de l'os. En 1773, Bromfield l'imita et Benjamin Bell fit construire divers rétracteurs en cuir, en bois, en métal. Ces derniers avaient la forme de deux palettes semi-circulaires, montées sur un manche plié à angle droit et échancrées à leur partie moyenne, de manière à laisser un trou rond, au milieu du cercle qu'ils représentent.

Percy, frappé des avantages de ces rétracteurs jumeaux, songea, à l'armée du Rhin, à les utiliser en faisant disparaître « leur principale imperfection, résultant de leur dualité même, de leur séparation, qui entraînait inévitablement la difficulté de les maintenir également et synergiquement avec la fixité nécessaire ». Il les réunit par une charnière latérale et munit cet instrument de deux ailettes servant de poignée. Enfin, « il le courba légèrement afin que l'os, se dégageant du point culminant de la courbe, le mouvement de la scie ne pût éprouver aucune résistance et fût guidé par la surface du métal lui donnant appui et direction. »

Ce rétracteur non seulement garantit les muscles contre les dents de la scie, mais il les refoule aussi haut que le chirurgien le désire pour la section osseuse et met ainsi la plaie en situation de guérir par première intention. La compresse fendue ne peut procurer ces avantages, que quand on a réussi à tailler un cône assez creux, assez profond, pour que l'os, occupant son sommet, ne fasse jamais de saillie.

Malgré l'utilité réelle de ce rétracteur aux armées, malgré la haute personnalité du brillant chirurgien du premier Empire, Percy n'obtint pas de l'Inspection générale du service de santé la satisfaction de le voir figurer dans les caissons de chirurgie.

Cet instrument resta donc dans l'oubli jusqu'en 1904, époque à laquelle parut dans les *Archives provinciales de chirurgie* un mémoire de M. le professeur Monprofit (d'Angers), dans lequel il dit : « J'emploie depuis plusieurs années, pour rétracter les parties molles dans l'amputation de cuisse et surtout celle de la jambe, un *rétracteur métallique qui me rend les plus grands services.* Il n'est ni très connu, ni très répandu ; il paraît cependant déjà assez ancien. C'est une vieillerie trop oubliée à mon sens, qui est appelée à nous rendre de grands services. »

Quoique assez semblable au rétracteur de Percy, celui du chirurgien d'Angers en diffère parce qu'il est plan, complètement stérilisable et qu'il porte une échancrure péronière, permettant de l'adapter à l'amputation de la jambe, au lieu d'élection.

A son tour, M. Dujardin-Beaumetz, hautement pénétré de la valeur du rétracteur de Percy aux armées, s'est efforcé

---

(1) Brochure de 60 pages. — Montpellier, Imprimerie générale du Midi.

« de l'habiller à la moderne », en lui conservant la courbure et les dimensions de l'instrument primitif, en le complétant par une échancrure péronière et en y adaptant une valve mobile, permettant l'amputation de la jambe, *au-dessus du lieu d'élection.*

« Cette amputation, ajoute notre vénéré maître, est d'importance capitale en chirurgie de guerre, puisque dans les délabrements avec fracture consécutive de la jambe en son milieu ou à son tiers supérieur, elle permet d'éviter l'amputation de la cuisse, en bornant la mutilation au-dessous du genou. »

Enfin, un petit opercule, tournant sur pivot, permet de fermer l'échancrure péronière qui, dans l'amputation de la cuisse, laisserait saillir les muscles. Quatre amputations, ainsi pratiquées ont montré que cet opercule remplit parfaitement son office. Deux amputations de cuisse au tiers supérieur, également faites par notre maître dans les services de Lejars et Forgue, ont aussi guéri, en moins de douze jours.

Au camp de Châlons, en 1907, nous avons vu M. le médecin principal Dubujadoux pratiquer cette même opération avec ce rétracteur métallique pour une tumeur blanche du genou et nous avons compris là toute l'utilité de cet instrument aux armées; aussi nous ne pouvons qu'applaudir à son adoption dans la nomenclature générale du service de santé militaire.

En résumé, l'étude et les modifications apportées au rétracteur métallique de Percy par M. Dujardin-Beaumetz ont le double avantage de doter l'armée d'un instrument utile et surtout d'en faire remonter la paternité à notre illustre ancêtre, « si digne de la reconnaissance publique et de notre vénération. »

Dr BONNETTE,
médecin-major.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal des praticiens. — (N° 40, 3 oct. 1908.) CALOT : Traitement de la luxation congénitale. — FIESSINGER : Des pyarthroses blennorragiques bénignes. — JEANNEL : Cures thermales à domicile.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 39, 26 sept. 1908.) AUGIER : Note sur la leucoplasie intra-utérine et les épithéliomas pavimenteux primitifs du corps de l'utérus.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 40, 1er oct. 1908.) JONNESCO : Méthode opératoire et résultats éloignés dans le traitement chirurgical du cancer du sein. — Méthode opératoire et résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

Pédiâtrie pratique. — (15 sept. 1908.) MENCIÈRE : Technique et résultats de la phénolisation et de la phéno-puncture dans les tuberculoses osseuses et articulaires. — MORICHAU-BEAUCHANT : Fièvres prolongées avec adénites cervicales et infection pharyngée chez l'enfant. — (1er oct.) BENOIT : Evolution du traitement de la coxalgie. — PORCHER, PÉHU et PORTE : De l'approvisionnement des grandes villes en lait. — BERTI : Sur l'adaptation des nourrissons à l'hypogalactie.

Presse médicale. — (N° 76, 19 sept. 1908.) JEANNIN : Pubotomie ou symphyséotomie? Etude de la valeur comparative de ces deux opérations. — DAELS et DEVLOO : Au sujet de l'action de bactéries coloriées. — (N° 77, 23 sept.) PERRIN : La mort des ascitiques après la paracentèse. — LAFFORGUE : Fièvre typhoïde à bacille « intermédiaire ». — VENNIN : L'anesthésie par le chlorure d'éthyle. Sa réalisation pratique par un appareil simple. — (N° 78, 26 sept.) SCHMERGIELD : L'épilepsie partielle continue. — SÉZARY : Ictère grave syphilitique de la période secondaire. Anatomie pathologique et microbiologie. — JOURDRAN et LIOT : Le rotra. Etude physique, chimique et thérapeutique. — (N° 79, 30 sept.) BUSQUET : La pathogénie du pouls lent permanent. — TISSOT : A propos des tumeurs inflammatoires. — MARTINET. Les modifications du nouveau codex. — (N° 80, 3 oct.) LORTAT-JACOB et SABARÉANU : Endocardite tuberculeuse chronique fibro-calcaire avec bacilles de Koch.

Revue de la tuberculose. — (N° 5, oct. 1908.) HUTINEL : Adénopathies tuberculeuses du médiastin, leur rôle dans l'évolution de la tuberculose chez l'enfant. — LÉVY-FRANCKEL : L'ophtalmo-réaction à la tuberculine dans l'érythème noueux. — GOUGEROT : Tuberculoses cutanées atypiques non folliculaires (*suite*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 38, 19 sept. 1908.) GAREL : Maladie de Duhring avec localisation bucco-laryngée et conjonctivale. — PIERRE, SAGOLS et BASSERÈS : Un cas d'angine de Vincent. — LABOURÉ : Méningite consécutive à une intervention endonasale. — (N° 39, 26 sept.) RÉTHI : La contraction pendulaire.

Revue médicale de l'Est. — (N° 19, 1er oct. 1908.) SCHUL : Vomissements incoercibles de la grossesse. — DRIOUT et ROUYER : Etude sur la hernie prépéritonéale (*suite et fin*).

Revue neurologique. — (N° 17, 15 sept. 1908.) BOUCHARD : Névralgie de la face du côté droit et hémispasme facial du même côté. — LAMBRIOU : Un cas de sclérose en plaques avec hypotonie

Semaine gynécologique. — (N° 37, 55 sept. 1908.) PICHEVIN : A propos de la rétrodéviation utérine. — (N° 39, 22 sept.) PICHEVIN : Anesthésie. — (N° 39, 29 sept.) PICHEVIN : Pessaire et rétrodéviation de l'utérus gravide.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 18, 20 sept. 1908.) BLUM : Exposé d'un nouveau mode de traitement de la sciatique et des névralgies en général.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 37, 10 sept. 1908.) SCHÜTZ et VIDEKY : Sur le rapport entre les affections oculaires exsudatives phlycténulaires et la tuberculose. — OPPENHEIM : La réaction cutanée à la tuberculine. — WOLF-EISNER et ASCHER : Sur les données de la déviation du complément avec les dérivés de bacilles tuberculeux comme antigène dans la tuberculose et les infections. — WOLF-EISNER : Sur la fixation du complément et son importance pour la théorie de l'action de la tuberculine. — KIPROFF : Mesure quantitative du nystagmus dans un cas de fistule labyrinthique avant et après la fistule. — (N° 38, 17 sept.) GRÜNER : Sur le traitement des tuberculoses internes et chirurgicales par le sérum antituberculeux de Marmorek. — SAIZ : Contribution à la nature et au traitement de la tétanie. — WIRTH : Tétanie dans l intoxication phosphorée. — GLAESNER : Sur la question de la maladie osseuse de Paget. — SCHWARTZ : Sur le traitement de la maladie de Basedow par les rayons Röntgen.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 5 octobre 1908. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë. »

Mlle Bredreï, 15; M. Conte et Mlle Brailowsky, 10; MM. Chavasse-Prettaz, 14; Delestre, 13; Brossier, 9; Cabart-Danneville, 10; Bricaire, 17; Mlle Coudert, 11; MM. de Champs de Saint-Léger, 15; Chanut et David, 11; Coudray (Jean), 14; Dauphin, 15; Chatelier, 14; Depol, 12; Mlle Chabert, 12; M. Couvreux, 11.

Anatomie. — Séance du 5 octobre 1908. — Question donnée : « Tronc du nerf grand sciatique. »

MM. Pozier, 1; Riol, 12; Sartre, 17; Puifferat, 6; Robert (Lucien), 16; Salomon, 10; Saïd-Khan, 15; Ruelle, 16 1/2; de Rymon, 5; Quercy, 17 1/2; Reignard, 13; Riberolles, 10; Séménoff, 13; Mlle Schmiergeld et M. Sebenq, 14; Mlle Sempé, 8; MM. Robillot, 2; Robinson, 7; Schulmann, 8; Mlle Skrastin dite Kasting, 16; MM. Socquet, 14; Radenac, 12; Solol, 1.

— Séance du 6 octobre. — Question donnée : « Le cordon spermatique. »

MM. Renard, 15; Sorel, 13; Mlle Solovieff, MM. Savidan et Rocher, 12; Renaud (Jean), 13; Renaud (Louis), 12; Raphaëel, 10; Pouget, 15; Ramadier, 13; Resmond, 8; Riffaud, 14; Rigoulet (Henri-Pierre), 12; Prévost, 11; Porcheron, 8; Siguret, 15; Huguet, 12; Haguenau, 14; Mlles Halberstadt, 5; Kalmanovitch, 8; MM. Kahn, 17; Guillemet, 12; Hischmann, 14.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 8 octobre, à quatre heures et demie.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux aura lieu le lundi 29 mars 1909, à huit heures et demie du matin. Il y aura cinq épreuves qui pourront occuper plusieurs séances ou être groupées dans une seule séance.

Se faire inscrire à l'Administration centrale des hospices civils de Lyon, passage de l'Hôtel-Dieu, 56, jusqu'au samedi 20 mars.

ASSOCIATION INTERNATIONALE D'UROLOGIE. — Le prochain Congrès aura lieu dans trois ans à Londres, sous la présidence de M. Hurry Fenwick. Ont été nommés vice-présidents, MM. Pousson (de Bordeaux) et Karanyi (de Buda-Pesth).

ÉCOLES MUNICIPALES D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES. — Le jeudi, 8 octobre prochain, s'ouvriront les cours professionnels des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de la Salpêtrière (élèves femmes seulement), de l'hôpital de la Pitié, de l'hôpital Lariboisière et de l'hospice de Bicêtre.

Ces cours, destinés à des élèves externes, sont publics et gratuits, et les candidats, âgés d'au moins dix-huit ans, doivent justifier de connaissances primaires élémentaires. En raison du nombre des cours et de l'importance des matières, le dernier délai pour les inscriptions a été ramené au 15 octobre, date à laquelle aucun élève ne sera plus admis.

Les cours auront lieu le soir, à huit heures, et l'enseignement pratique est donné dans les services hospitaliers.

L'ARGUS DE LA PRESSE, qu'un violent incendie avait détruit il y a plus de six mois, est complètement réorganisé et réinstallé, 12, faubourg Montmartre. L'*Argus des Revues*, publication spéciale, n'a jamais interrompu sa parution; quant à l'*Argus de l'Officiel* et aux *Archives de la Presse*, l'un et l'autre fonctionnent comme par le passé.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros mardi et du jeudi.

UN CAS D'ASTASIE-ABASIE

CHEZ UNE ENFANT DE DIX ANS

Par M. L. BABONNEIX,

Ancien chef de clinique des maladies infantiles à la Faculté.

L'histoire de l'hystérie infantile commence à être aujourd'hui bien connue, et la plupart des médecins, même non spécialistes, savent rattacher à leur véritable cause les accidents multiples : crises convulsives, anorexie, vomissements, contractures, que présentent, à l'occasion d'une vive émotion, tant d'enfants névropathes. Peut-être, toutefois, l'astasie-abasie est-elle moins aisément diagnostiquée. En raison même de l'apparence qu'offrent les sujets qui en sont atteints, elle est souvent prise pour une paraplégie organique. De cette erreur diagnostique découlent, tout naturellement, des indications pronostiques et thérapeutiques inexactes. On annonce à la famille désolée qu'il s'agit d'un mal incurable, et l'on recourt aux grands moyens : pointes de feu le long de la colonne vertébrale, électrisation, alors qu'un traitement psychique bien conduit eût fait disparaître en quelques jours, sinon la névrose elle-même, du moins les accidents par lesquels elle se manifeste. Aussi nous a-t-il paru intéressant de rapporter un cas, observé chez M. le professeur Grancher, alors suppléé par M. H. Méry, d'astasie-abasie durant depuis quatre mois, rattachée par ceux de nos confrères qui furent appelés avant nous à un mal de Pott, et qui guérit, en deux jours, par la suggestion impérative.

OBSERVATION. — Marcelle D..., dix ans et demi, entrée le 21 janvier 1907, salle Parrot, lit n° 21.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants. Ils n'offrent aucun symptôme d'affection nerveuse, organique ou fonctionnelle. Ils ont eu deux enfants : un enfant déjà grand et la malade actuelle.

Antécédents personnels. — Marcelle D... est née à huit mois; elle a été élevée, mi au sein, mi au biberon. A un an, comme elle paraissait un peu délicate, on l'a envoyée au bord de la mer, d'où elle est revenue très améliorée.

Elle a eu sa première dent à cinq mois, a marché à onze.

En 1898, elle a été atteinte de rougeole, puis de croup.

En 1900, elle aurait eu une congestion cérébrale.

En 1906, elle a été soignée pour varicelle.

Depuis quatre mois, l'enfant ne peut se tenir debout. Déjà, au mois d'août 1906, à la suite de douleurs dans les jambes, elle avait été immobilisée au lit pendant un mois. A ce moment, ses parents la gardent avec eux jusqu'à complète guérison. Mais, dès qu'ils la remettent en pension, les mêmes phénomènes se reproduisent : aussitôt que la petite malade essaie de marcher ou même de se tenir debout, ses jambes fléchissent et elle tombe. Plusieurs médecins consultés portent des diagnostics alarmants : l'un songe au mal de Pott et propose d'appliquer un appareil plâtré, l'autre prononce le mot de paraplégie spasmodique et conseille d'appliquer des pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Un autre recourt, sans succès, à l'électricité.

Etat actuel. — Lorsque la fillette arrive à l'hôpital, on est immédiatement frappé de l'aspect anormal qu'elle présente. Les parents la portent avec d'infinies précautions, comme s'il s'agissait d'un colis fragile; elle se laisse faire, semblant heureuse de l'intérêt et de la pitié qu'elle excite sur son passage. Ses membres inférieurs n'ont en aucune façon l'attitude qu'ils devraient avoir, s'il s'agissait de paraplégie spasmodique; les cuisses sont à demi repliées sur le bassin, les jambes sur les cuisses; les pieds ne sont pas en varus équin; lorsqu'on commande à l'enfant d'effectuer quelques petits mouvements segmentaires, elle le fait sans peine. Essaie-t-on d'imprimer aux membres inférieurs des mouvements passifs, on éprouve une certaine résistance occasionnée par la contracture musculaire; cependant, *les réflexes tendineux sont absolument normaux, il n'y a pas de trépidation spinale, pas de signe de Babinski.* Les troubles sphinctériens manquent. De même, l'ataxie.

Lorsqu'on demande à la fillette de se tenir debout, elle *s'effondre* aussitôt. Il semble que ses jambes ne puissent plus la porter. Les jambes fléchissent encore sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, et l'enfant tomberait, si on ne la retenait. Ajoutons que ces essais sont suivis anxieusement par les parents, qui ne cessent de demander à la fillette si elle n'est pas fatiguée, si elle n'a pas mal, si elle veut bien que l'on continue à l'examiner.

La sensibilité cutanée est normale partout. On note un peu d'anesthésie conjonctivale et pharyngienne. Il est difficile, en raison du jeune âge de la malade, de rechercher s'il y a ou non du rétrécissement du champ visuel.

La colonne vertébrale n'est ni déformée, ni douloureuse.

Il n'existe aucun trouble trophique : ni amyotrophies, ni escares, ni modifications du système pileux ou des ongles.

L'intelligence est intacte; on est même surpris de l'attention avec laquelle l'enfant suit l'examen, des renseignements qu'elle donne sur son mal et de son extrême impressionnabilité.

Il n'y a rien d'anormal aux membres supérieurs ni à la face. Les grandes fonctions s'effectuent convenablement ; il n'y a pas de fièvre.

*
* *

Dans ce cas, le diagnostic était facile. L'absence de tout phénomène spasmodique nous permettait d'éliminer, d'une part, les *encéphalopathies infantiles*, lesquelles, d'ailleurs, s'accompagnent habituellement de troubles intellectuels et de crises comitiales qui manquaient complètement ici; d'autre part, les *affections méningo-médullaires*, telles que les myélites consécutives au mal de Pott. Nous avons vu, du reste, qu'il n'existait aucun signe de tuberculose vertébrale.

Il ne s'agissait pas de *paralysie infantile :* outre que celle-ci apparaît d'ordinaire à un âge moins avancé et évolue d'une tout autre façon, elle s'accompagne d'amyotrophies évidentes; les réflexes tendineux sont abolis, et l'hypotonie musculaire est telle que l'on peut faire effectuer aux membres les mouvements les plus invraisemblables.

Contre la *polynévrite* militaient également l'absence de tout antécédent toxi-infectieux, de troubles sensitifs, la conservation des réflexes.

Etant donné les conditions un peu mystérieuses dans lesquelles étaient survenus les accidents et la façon dont ils se présentaient, il était aisé de porter le diagnostic d'*astasie-abasie*, c'est-à-dire de con-

clure à l'hystérie. Nous avons vu, en effet, que la fillette n'offrait aucun signe de paralysie à proprement parler, qu'elle était capable de remuer ses orteils, de fléchir et d'étendre les pieds sur les jambes, et que les troubles moteurs n'apparaissaient que lorsqu'on lui demandait de se tenir debout ou de marcher. Sans doute, abstraction faite de l'anesthésie conjonctivale et pharyngée, à laquelle il ne faut, d'après les recherches les plus récentes, attribuer qu'une médiocre valeur, elle n'offrait aucun stigmate d'hystérie, n'avait jamais eu de crises convulsives, etc., etc. Mais ne sait-on pas que, chez l'enfant, l'hystérie est presque toujours monosymptomatique ?

* * *

Le diagnostic d'astasie-abasie hystérique une fois fait, il était intéressant de chercher à s'expliquer la filiation des accidents. Que l'on nous permette, à ce sujet, d'ouvrir une parenthèse.

Pendant des siècles, l'hystérie a été définie : une névrose d'origine génitale. On admettait *a priori* qu'elle ne pouvait apparaître que chez la femme, à la faveur de certaines excitations utérines dont il est facile de deviner la nature. Par définition même, l'homme n'y était point sujet. Quant à l'hystérie infantile, elle ne devait se voir que chez ces jeunes filles pour lesquelles, selon l'expression antique, a sonné l'heure de l'homme (1). Il y a encore quelques années, tout article bien fait sur l'hystérie commençait par une citation du *Timée*, dans laquelle Platon développe les idées auxquelles nous venons de faire allusion.

A la suite des travaux mémorables de Charcot, on en vint à concevoir d'une tout autre façon la genèse de l'hystérie. L'*idée fixe* permit de fournir, pour la plupart des cas, une explication rationnelle. Le rôle des idées et des sensations érotiques, du vice de la matrice (Sydenham), se trouva, par là-même, fort réduit. Et M. Janet, interprétant le sentiment unanime, put écrire : « L'hystérie frappe des personnes très différentes, des riches et des pauvres, des intelligentes et des sottes, *des vertueuses et des vicieuses*. Il ne faut pas mettre sur le compte de la maladie des traits de caractère qui auraient été exactement les mêmes si la maladie n'était pas survenue. »

La question paraissait donc jugée. Mais, par un de ces revirements dont l'histoire médicale offre tant d'exemples, les théories de Platon ont été reprises, ces temps derniers, par un médecin de grande valeur, M. Freud. Pour cet auteur, dans l'immense majorité des cas, l'hystérie peut être rattachée à des préoccupations d'ordre sexuel : cette théorie, à l'appui de laquelle Freud a cité quelques faits intéressants, ne vaudrait pas seulement pour l'hystérie de l'adulte : elle expliquerait encore la plupart des hystéries infantiles (2).

Ceci dit, revenons à notre petite malade. Nous avons, par un interrogatoire discret, cherché à savoir si les idées de Freud pouvaient être invoquées à l'origine des accidents. Nous n'avons rien trouvé dans ce sens, et, pendant tout le séjour de la fillette à l'hôpital, aucun acte, aucune parole ne nous a permis de penser à une hystérie d'origine génitale.

Restait donc à trouver l'idée fixe. Il est bien certain que, parfois, la chose est malaisée, et que, plus que personne, l'hystérique a ses raisons que la raison ne connaît point. Mais ici, tel n'était pas le cas. Et, d'après ce que nous avons remarqué, tant dans l'attitude des parents que dans celle de la petite malade, voici comment nous croyons qu'on peut interpréter les phénomènes observés.

La première fois que la fillette a ressenti, dans les membres inférieurs, quelques vagues douleurs, la sollicitude inquiète, mais inopportune, de ses parents a fixé son attention sur cette partie du corps. Toute la journée, ils lui parlaient de son mal. Ils lui recommandaient de composer ses mouvements, de faire le moins d'efforts possible, de façon à ne pas aggraver son état. L'astasie-abasie une fois installée, la petite malade est conduite d'un médecin à l'autre ; nos confrères l'examinent, la tournent et la retournent, hochent la tête et finissent par dire que c'est grave, peut-être même incurable. Pendant des semaines, la fillette entend dire autour d'elle que son cas est des plus curieux, qu'il met en défaut la sagacité des médecins, etc., etc. Parents, voisins et amis se rendent en pèlerinage chez elle, apportant à son père et à sa mère leurs condoléances les plus officielles. Comme la petite malade est loin d'être sotte, et qu'on l'a abominablement gâtée, elle n'est pas fâchée, au fond, d'entendre répéter sans fin que c'est bien malheureux de voir une belle fillette comme elle frappée soudain par un mal mystérieux. Elle se trouve intéressante ; elle est devenue un *sujet*.

* * *

Si cette interprétation était exacte, le traitement était simple. Changer la malade de milieu, lui parler le langage de la raison, et, à la tendresse mal inspirée des siens, substituer une volonté consciente du but à atteindre et des moyens à employer pour cela, telles étaient les principales indications thérapeutiques. Aussi l'enfant était-elle à peine couchée que nous lui tînmes ce petit discours de circonstance : « Tu n'es pas malade, tu n'as rien du tout, et depuis quatre mois, tu joues la comédie. Tes parents ont pu s'y laisser prendre ; nous ne serons pas si naïfs. Comme il ne tient qu'à toi de guérir quand tu le voudras, et que le traitement institué jusqu'à présent n'a donné aucun résultat, nous allons le changer radicalement. Tes parents t'adorent : jusqu'à ce que tu sois guérie, tu ne les verras plus et tu n'auras aucune nouvelle d'eux. Nous te supprimons tes jouets. On va te mettre dans une chambre à part, dont tu ne sortiras que le jour où tu marcheras toute

(1) Εἰς ἀνδρὸς ὥραν ἤκουσα κόρη.

(2) V. Bloch. La théorie sexuelle des névroses de Freud, *Wien. kl. Woch.*, 26 déc. 1907, p. 1647. — Freud. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Wien 1905, et *Monatschrift für Psych. und Neurol.*, 1906. — Jung. L'hystérie selon Freud, *Münch. med. Wochens.*, an LII, nº 47, p. 2301, 1906. — Sadger. Die Bedeutung der psycho-analytischen Methode nach Freud, *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 15 janvier 1907. — Schmiergeld et Provotelle. La psycho-analyse et la théorie des Abwehr-Neuroses de Freud, *Journ. de neurol.*, 1908.

seule. La surveillante a des ordres pour que tu sois replacée dans la salle commune dès que tu pourras te tenir debout. Jusque-là, l'isolement le plus sévère! »

Comme bien on pense, ces phrases provoquèrent, chez la fillette, une crise violente de larmes, et, parmi les personnes qui suivaient le service, plus d'une nous blâma sans doute *in petto* de recourir ainsi, pour un enfant, à la « manière forte ». Mais la fin justifie les moyens. Le lendemain, la réaction salutaire s'était produite. La petite malade nous annonçait qu'elle avait, toute la journée, essayé de se tenir debout en s'appuyant contre son lit. De fait, un peu aidée par la surveillante, elle put, ce matin-là, garder quelques secondes la position verticale, ce qu'elle ne pouvait plus faire depuis de longs mois. Nous l'encourageons alors de notre mieux, et, en manière de suggestion, nous lui disons : « Dans la journée, tu te rendras toi-même au bureau de la surveillante, et tu lui diras : « Mademoiselle Blanche, « je suis guérie! » On te rendra alors tous tes jouets, on te remettra dans la salle commune, et l'on écrira immédiatement à tes parents qu'ils peuvent venir te chercher. » Le lendemain, la surveillante nous annonçait que tout s'était passé comme nous l'avions dit. A la visite, nous constatons que l'astasie-abasie avait disparu. Quelques jours après, l'enfant quittait l'hôpital. Ses parents sont encore persuadés que, pour guérir ainsi, en quarante-huit heures, une affection qui durait depuis plusieurs mois, et que plusieurs médecins avaient déclarée incurable, nous avions dû employer quelque talisman, quelque médication étrange dont l'hôpital des Enfants-Malades garde jalousement le secret...

*
* *

Les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels, et tous les classiques (Bouchut (1), Briquet, Charcot, Comby, d'Espine et Picot, Souques) en ont rapporté quelques-uns. Parmi les plus récents, on peut signaler ceux de Destarac, Lapin, Nèble, Meyer, Baldwin et Acquadermi. Nous ne ferons que mentionner le cas de Destarac (2) (1897), sur lequel nous ne pouvons fournir aucun renseignement.

Lapin (3) a publié, la même année, l'observation d'un enfant de six ans qui, à la suite d'une chute, se fractura le fémur gauche. Le traitement classique fut institué. Mais, lorsque l'on enleva l'appareil plâtré, on constata que l'enfant ne savait plus marcher, ni même se tenir debout, et que la jambe malade était le siège d'une anesthésie complète. Au bout de quelque temps, à cette sorte de paralysie flasque se substitua une contracture du membre, laquelle céda à la suggestion.

Le cas de Nèble (4) concerne une fillette très névropathe qui, le 2 mars 1905, fut prise brusquement, et sans cause apparente, de tremblements de la tête et des bras. Cette première crise dure une demi-minute environ; elle se reproduit le soir; le lendemain, les crises se rapprochent, se prolongent, s'accompagnent d'hallucinations visuelles, et s'aggravent jusqu'au moment où les parents, aux consolations et aux encouragements habituels en pareil cas, substituent la menace. Mais voici que, le 6 mars au matin, l'enfant déclare qu'elle ne peut plus se tenir debout ni marcher. Si on essaie de la faire se tenir sur ses jambes, elle fléchit immédiatement, comme si elle avait une paraplégie flasque. M. Guinon, appelé en consultation, fait le diagnostic d'astasie-abasie hystérique et conseille la suggestion. La menace des pointes de feu détermine, en quelques heures, une grosse amélioration et, après une rechute de six jours, la guérison complète survient.

Dans le cas de Meyer (1) (1905), il s'agit d'un garçon de onze ans, d'hérédité névropathique très chargée, et qui, au cours d'une rixe, fut jeté à terre et frappé à coups de poing dans le dos. Les jours suivants, il se plaignit de la colonne vertébrale. Puis il se remit, et il avait commencé à retourner à l'école lorsque, subitement, devant la maison de ses parents, il s'affaissa et déclara être dans l'impossibilité absolue de se relever, de se tenir debout et, à plus forte raison, de marcher. Un examen médico-légal eut alors lieu et conclut à une inflammation chronique des méninges cérébrales avec participation des méninges médullaires. Ultérieurement, une commission médicale qui vint visiter l'enfant, le trouva dans le coma, interrompu, sous l'influence de la moindre cause, par des convulsions. Cet état léthargique dura plusieurs mois. On finit par transporter le petit malade à la clinique où l'on constata, entre autres symptômes d'ordre hystérique, une astasie-abasie complète. Lorsqu'on essayait de faire marcher l'enfant, ses jambes se comportaient comme des masses privées de vie, tandis que, dans le lit, il pouvait les remuer en tous sens. Les douches et le pinceau faradique finirent par amener la guérison complète.

Au sujet de ce cas, d'ailleurs très complexe, Meyer fait remarquer que l'astasie-abasie se voit surtout chez des enfants anxieux, instables, nerveux, à hérédité lourdement chargée, et que, souvent, les premiers symptômes n'apparaissent pas tout de suite après le traumatisme causal, mais seulement après une période d'incubation plus ou moins longue (Binswanger, Charcot, Ferran, Troisier).

Baldwin (1906) (2) a vu une fillette de sept ans qui, à la suite d'une chute dans un escalier, devint absolument incapable de marcher. Elle ne s'était cependant fait aucun mal dans sa chute. Son abasie présentait ce caractère curieux de se modifier d'un moment à l'autre. Quelques années plus tard, survint une contracture localisée aux muscles du dos et d'un seul des deux membres inférieurs : l'électrisation et la gymnastique finirent par guérir tous ces accidents.

Acquadermi (3) (1907) a observé un garçon de cinq ans, d'hérédité névropathique, qui, à la suite d'une chute insignifiante, devint incapable de marcher, voire même de se tenir debout. Lorsqu'on voulait le mettre sur ses pieds, sa physionomie exprimait l'angoisse, ses yeux se fixaient à terre comme s'il craignait que ses pieds ne disparussent, l'enfant s'accrochait aux personnes voisines, se lamentant et semblant prêt à tomber en syncope si les points d'appui venaient à lui man-

(1) Epidémie d'Adjuda, rapportée par Gomez (1868).

(2) D'après la *Revue neurologique*, 1897, p. 453.

(3) Lapin. Hystérie traumatique, d'après la *Rev. neurol.*, 1897, p. 673.

(4) Nèble. Astasie-abasie chez une enfant d'hystérique, *Rev. des malad. de l'enfance*, 1905, p. 268.

(1) Meyer. Beiträge zur Kenntniss der Hysterie im Kindesalter, *Jahrbuch für Kind.*, 1905, p. 217.

(2) Baldwin. Un cas d'hystérie, *Boston Society of psychiatry and neurol.*, 18 octobre 1906.

(3) Acquadermi. A proposito di un caso di stasobasofobia in un bambino di cinque anni, *La Pediatria*, octobre 1907. — Ce cas relève en réalité de la neurasthénie.

quer. Mais si on le rassurait, il lui suffisait d'une aide même insignifiante pour faire quelques pas. L'intégrité des grandes fonctions nerveuses fit porter le diagnostic de stasobasophobie. L'enfant mourut ultérieurement de méningite tuberculeuse.

*
* *

De ces cas, on peut conclure que l'astasie-abasie est loin d'être exceptionnelle dans les premières années de la vie, et qu'il faut toujours y penser lorsqu'on a à examiner un enfant qui présente, au niveau des membres inférieurs, des troubles spasmodiques ou paralytiques offrant un aspect anormal ou étrange. Dans la plupart des faits, un interrogatoire minutieux montrera, comme le remarquait déjà West, que c'est l'entourage qui est en grande partie responsable des accidents observés. Dans le traitement de l'astasie-abasie infantile, l'isolement s'impose donc avec autant de rigueur que pour toute autre manifestation d'ordre hystérique.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES « VERRUES VULGAIRES » PAR L'INJECTION LOCALE DE TEINTURE DE THUYA

Par MM. J.-A. SICARD, agrégé, médecin des hôpitaux, et P. LARUE, externe des hôpitaux.

Parmi les traitements multiples dirigés contre les « verrues vulgaires », les uns, *médicaments internes* : magnésie, eau de chaux, arsenic, ne donnent que des insuccès et sont délaissés à juste titre ; les autres, *médicaments externes*, sont, au contraire, d'un emploi courant : râclage à la curette, cautérisations par le feu, l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, l'acide chromique, etc.

Ces méthodes externes comptent à leur actif de nombreuses guérisons, et si nous préconisons aujourd'hui un traitement nouveau, c'est que celui-ci nous a semblé présenter sur ses devanciers certains avantages, tels qu'application facile, réaction peu douloureuse, efficacité certaine.

Il s'agit de l'*injection « in situ », au-dessous même de l'hyperplasie papillaire, de quelques gouttes de teinture de thuya.*

La teinture de thuya avait déjà été vantée par d'anciens auteurs, comme pouvant, en applications locales, entraver et même faire régresser les papillomes. Le Codex ancien cite cette propriété thérapeutique.

Mais les résultats sont, par cette méthode d'attouchements, des plus problématiques, et seule la technique par l'injection sous-jacente *donne des résultats constants.*

Le thuya est un conifère dont on obtient la teinture de la façon suivante : On prend une partie de feuilles sèches de thuya que l'on traite, par déplacements successifs, à l'aide de cinq parties d'alcool à 80 degrés. C'est là le mode de préparation indiqué par le Codex ancien et qui maintient à la teinture une conservation indéfinie.

Voici comment nous instituons le traitement. On donne au malade un bain local chaud, suffisamment prolongé pour ramollir les régions verruqueuses, puis après asepsie des petites tumeurs, on pratique à l'aide de la seringue de Pravaz et d'une fine aiguille *à court biseau*, l'injection de quelques gouttes de teinture, au-dessous même de la saillie papillaire. L'injection doit être répétée en sens opposés de façon à circonscrire la lésion et par sa distension à assurer globalement la pénétration du liquide.

Dès les jours suivants, la masse verruqueuse prend une coloration brun noirâtre, se flétrit, et ne tarde pas à tomber.

La chute des papillomes, pour ceux de grosseur moyenne, se fait en une semaine environ. Les papillomes de très grande taille nécessitent des injections répétées, deux à six fois environ, à cinq à six jours d'intervalle.

Après l'opération peu douloureuse, ou même rendue indolore par l'injection préalable d'un peu de coca-stovaïne, il y aura lieu ou non d'appliquer un pansement sec, suivant le nombre des points traités, et la quantité de thuya injecté.

Les services pratiques que nous a rendus cette technique d'un maniement facile, sans danger et d'une efficacité incontestable, nous ont paru intéressants à signaler.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1908)

Nous avons entendu, dans cette séance de rentrée, plusieurs communications intéressantes.

Les injections d'azote dans les épanchements pleuraux. — M. NETTER a fait un rapport sur un travail de M. Vaquez relatif à cette question. M. Vaquez rappelle, dans ce travail, que, dès 1888, Potain avait eu recours aux injections intrapleurales d'eau stérilisée pour éviter, dans la ponction de la plèvre, les dangers d'une évacuation trop rapide du liquide. Potain n'eut pas beaucoup d'imitateurs. D'autres auteurs ont proposé des injections gazeuses. M. Vaquez a pensé que cette méthode pouvait être appliquée au traitement des épanchements considérables. Il fit une première communication sur ce sujet en 1902. Il a pu citer des cas de guérisons de pleurésies qui persistaient encore deux ans et demi après une ponction suivie d'injection d'azote dans la plèvre. Cette méthode s'applique tout aussi bien aux épanchements purulents, aux pleurésies tuberculeuses qu'aux épanchements séro-fibrineux.

M. LANCEREAUX rappelle avoir, il y a quarante ans, eu recours aux injections d'air dans la plèvre.

Les fausses maladies du cœur dans leurs rapports avec le service militaire. — Très intéressante la communication de M. HUCHARD sur ce sujet. On a dit : « Il n'y a pas de fausses maladies, il n'y a que de faux diagnostics. » M. Huchard pense que cette formule est surtout applicable à ces troubles cardiaques si fréquents et qui n'ont rien à voir avec les vraies maladies du cœur. Il s'agit, en effet, dans ces cas, de troubles fonctionnels sans importance : palpitations, faux pas, intermittences, etc. Ces troubles sont d'origine réflexe, ou d'origine toxi-alimentaire, mais nullement d'origine cardiaque. De là ces cas si nombreux de cardio-phobie, d'artério-sclérophobie que nous constatons chaque jour. On a beaucoup insisté sur l'hypertrophie cardiaque de la croissance exagérée ou de l'adolescence. Ce sont là de fausses hypertrophies qu'il faut savoir dépister de bonne heure de manière à prévenir la vraie hypertrophie. Ces troubles de l'adolescence peuvent être évités. Les moyens de les éviter peuvent se résumer en deux mots : « Plus vous développerez le thorax, moins le cœur se développera. »

M. Huchard nous fait une description magistrale de ces troubles fonctionnels : intermittences, palpitations, syncopes, etc., qui sont bien, en effet, de siège cardiaque, mais non d'origine cardiaque.

Ces faits étant bien établis, on voit d'ici toutes les erreurs de diagnostic qui peuvent être commises dans les conseils de revision. M. Huchard arrive ici à la seconde partie de son travail. Il se hâte de déclarer qu'il n'entend nullement critiquer la conduite des médecins militaires. Il constate seulement qu'ils se trouvent, par suite d'un concours de circonstances, dans de mauvaises conditions pour établir un diagnostic précis. Nos confrères militaires ont trop le souci de leur responsabilité pour ne pas tenir compte du moindre trouble qu'ils constatent du côté du cœur. Ils préfèrent dispenser du service militaire un faux cardiaque que l'imposer à un vrai cardiaque. M. Huchard cite plusieurs exemples : Un saint-cyrien est réformé parce qu'il présente un souffle cardiaque qui a été attribué à une insuffisance mitrale. M. Huchard examine ce jeune homme, reconnaît un souffle extra-cardiaque et obtient sa réintégration à Saint-Cyr. Un officier supérieur des plus distingués est réformé pour lésion cardiaque. M. Huchard l'examine et reconnaît en lui un faux cardiaque. Cet officier rentre en activité et s'est trouvé à même de rendre d'éminents services.

Comme on le voit, d'après ces faits, cette question des fausses cardiopathies n'est pas seulement intéressante au point de vue de la science ; elle a aussi son grand intérêt au point de vue de la défense nationale.

M. Huchard termine son intéressante communication par ces deux propositions :

Autant il est grave d'imposer le service militaire à un vrai cardiaque, autant une réforme sans motifs suffisants est injuste et antipatriotique.

Anesthésie générale intrarachidienne. — M. Jonnesco (de Bucarest) emploie un mélange de stovaïne et de strychnine pour ce mode d'anesthésie. Il prétend, avec la strychnine, éuiter tout accident du côté du cœur et de la respiration. Il pratique l'injection, non pas seulement dans la partie lombaire, mais sur toute la longueur de la moelle, jusqu'à la région cervicale. Il obtient ainsi l'anesthésie générale pour toutes les opérations.

Sur la sérothérapie des néphrites. — M. Teissier (de Lyon) fait sur ce sujet une très importante communication. La sérothérapie appliquée au traitement de l'insuffisance rénale fut employée pour la première fois en 1896, par Turbure (de Bucarest) qui traita avec succès une néphrite chronique compliquée d'accidents urémiques graves.

M. Teissier, en 1897, dissipa rapidement des manifestations redoutables dans un cas d'urémie scarlatineuse avec vomissements incoercibles, en injectant sous la peau de l'abdomen 20 centimètres cubes de sérum de la veine rénale d'une chèvre (Turbure avec Vitznov avaient eu recours au sérum du chien). De nouveaux essais heureux furent tentés par deux de ses élèves.

Depuis novembre dernier, avec le docteur Thévenot, et grâce à l'activité des principaux collaborateurs du laboratoire à la clinique de l'Hôtel-Dieu, il a pu reprendre l'étude expérimentale et biologique du sérum extrait par aspiration de la veine rénale de la chèvre.

Les résultats obtenus ont été tout particulièrement encourageants : depuis ces quelques mois, M. Teissier a eu recours 7 fois à la sérothérapie dans le cours des lésions rénales graves, néphrites aiguës ou chroniques, chez des sujets d'âges différents, mais tous menacés d'une façon imminente, et chez tous il a constaté parfois la disparition totale de l'albuminurie, toujours une diminution remarquable, la cessation de la dyspnée et de la céphalée urémique, le relèvement enfin de l'état général : dans trois cas plus particulièrement la disparition rapide de tous les accidents et le retour au moins momentané à la santé.

Voici, très résumés, ces trois faits particulièrement suggestifs :

1° Enfant de onze ans atteint de néphrite aiguë avec urémie à forme gastrique ; 8 grammes d'albumine. Dès le soir de l'injection, traces indorables ; en cinq jours, disparition des accidents généraux. Guérison définitive en six semaines, après deux retours offensifs et deux nouvelles injections ;

2° Femme de quarante-sept ans ; néphrite chronique depuis deux ans, troubles cérébraux graves, urémie. Dès le lendemain de l'injection, amélioration considérable ; après cinq semaines, la malade peut reprendre sa vie antérieure.

3° Mêmes résultats surprenants chez un grand artério-scléreux avec néphrite grave, céphalée, délire, dyspnée, etc., amélioration considérable après vingt-cinq jours.

Ainsi dans ces différents faits il a suffi de trois à cinq injections de 15 à 20 centimètres cubes de sérum rénal pour obtenir un résultat dont l'importance est infiniment appréciable. Chose intéressante à signaler, car elle peut servir à l'interprétation des faits : les effets physiologiques réalisés par le sérum ont été presque constants et se sont traduits par la diminution énorme de l'albuminurie, par une élimination considérable d'urée, alors que toutes les substances dissoutes de l'urine conservaient fixe leur taux d'élimination d'avant l'injection, et enfin par une diminution très remarquable de la toxicité urinaire.

Le sérum utilisé doit être stérile, et âgé de quelques semaines pour éviter les accidents sériques. Il doit surtout avoir été recueilli avec grand soin par aspiration, et après la ligature préalable de la veine rénale à son embouchure dans la veine cave postérieure, afin d'éviter le mélange des deux sangs, l'aspiration du sang cave étant susceptible de modifier singulièrement les propriétés du sérum rénal.

Il est assez difficile de fixer rigoureusement le mécanisme même de cette action du sérum rénal. De l'état de ses propriétés, déterminées avec le plus grand soin, il ne se dégage guère de conditions spéciales capables de nous éclairer : il y a lieu pourtant de mentionner la légère augmentation de sa teneur en albumine par rapport au sang artériel recueilli chez le même sujet (Morel), et le notable abaissement de son pouvoir hémolytique (Cade), par rapport à celui de l'artère homonyme. Pour de nombreuses raisons expérimentales, il semble aussi qu'il faille renoncer à l'interprétation acceptée par Wintzow et par Turbure, qui attribuaient les heureux effets réalisés à l'introduction dans l'organisme malade des produits de la sécrétion interne du rein qui lui manquaient.

Le mécanisme de cette action paraît beaucoup plus complexe, et il semble qu'il faille faire uns part à l'action stimulante du sérum injecté vis-à-vis l'appareil glomérulo-tubulaire, et aussi à son action anti-déglobulisante, peut-être encore à ses effets neutralisants ou inhibitoires, actions cyto toxiques ou néphrotoxiques provenant des épithéliums dégénérés.

Mais il paraît très vraisemblable aussi que le sérum a une action utile en introduisant dans le sang des malades des albumines saines et par cela même (les expériences avec

MM. Morel, Pigache et Duclaux autorisent cette supposition) capables de chasser de leurs combinaisons chlorées les toxalbumines retenues dans les tissus, lesquelles ainsi libérées sont en état d'être plus facilement éliminées ou détruites par les organes de défense intra-organiques, le foie surtout. Car ces deux faits si nettement et constamment notés de l'hypotoxicité urinaire et de l'azoturie sérique qui lui est parallèle cadrent bien avec cette conception de l'hyperfonctionnement défensif du foie.

— M. LE PRÉSIDENT déclare deux places vacantes en remplacement de MM. Terrier et Cornil.

VARIÉTÉS

LES ÉPIDÉMIES CATARRHALES ET GRIPPALES DU XV[e] SIÈCLE

Par le docteur BELUZE.

A partir du XII[e] siècle, on trouve dans les chroniques mention du catarrhe épidémique (1). Ozanam, dans son *Histoire médicale des maladies épidémiques* (2), signale son invasion; en France dans les années 1239 et 1311 (3), d'après la chronique des frères mineurs; en Toscane et en Italie au mois d'août 1323 (4), d'après l'*Histoire de Florence* de Buoni Segni; à Montpellier en 1387 (5), d'après Valesco de Tarente.

Mais c'est seulement à dater du XV[e] siècle que les documents deviennent à la fois plus nombreux et plus précis. A cette époque il faut encore cependant les emprunter aux mémorialistes, car la part contributrice que nous fournissent les médecins est assez insignifiante et se borne au passage suivant concernant l'année 1410. Il est extrait de Valesco de Tarente (6) par Ozanam (7) :

« Est quasi ægritudo generalis et quasi pestilentialis suo modo et aliqui inde moriuntur, maxime decrepiti; et per loca facit cursum suum et bene tempore meo vidi quatuor vicibus. »

Nos vieux chroniqueurs nous donneront heureusement des descriptions plus pittoresques.

Le *tac* en 1404. — « Au printemps, dit Jean Juvénal des Ursins (8), fut le temps très pluvieux et s'en ensuivirent plusieurs maladies de rhumes de têtes et de fièvres dont en moururent aucuns. »

Le journal de Nicolas de Baye (9) en dit davantage : « Samedi, vingt-sixième jour d'avril. Ce dit jour étaient presque tous messeigneurs de Parlement malades de rhume et fièvre tout ensemble, pour une pestilence d'air qui a couru et court puis l'entrée de ce présent mois, telle que à peine peut-l'on trouver pauvre ni riche, et por espécial à Paris, qui ne se sente de cette maladie, les uns plus, les autres moins; et par espécial en la chambre du Parlement aux jours de plaidoieries, à telle tousserie de tous côtés que à peine le graphier, qui a été surpris de ladite maladie à huit heures, put enregistrer ou non. Diex par sa grâce y veuille pourvoir (1). »

26 avril. « Parisius et in regno accidit quædam infirmitas pestilens, qua homines subito in tantam tussim et capitis et pectoris infirmitatem incidebant quod stare nequibant, nec bibere, neque comedere; de quâ ægritudine multi dicesserunt; et vocabatur vulgariter le *tac* eo quod subite homines capiebantur illâ ægritudine, quâ ego ipse jacui quasi per quatuor dies (2). »

La chronique du religieux de Saint-Denis (3) nous donne enfin sur cette épidémie des détails plus complets et plus didactiques, mais moins vécus à coup sûr.

De quâdam infirmitate communi quæ ubique viguit.

Cette année des neiges et des pluies abondantes firent du printemps une saison désastreuse et occasionnèrent un débordement extraordinaire des principaux fleuves du royaume qui sortirent de leur lit et causèrent beaucoup de dégâts et de malheurs. Les médecins attribuèrent à ce mauvais temps les maladies qui survinrent. Des rhumes et des fièvres régnèrent partout et à peine une seule personne sur soixante-dix échappa aux atteintes de l'épidémie. En France comme dans les autres contrées, le nombre de ceux qui succombèrent à ce fléau fut peu considérable, mais tous ceux qui en étaient attaqués furent en danger de mort. On éprouvait d'abord un violent mal de tête qui ôtait entièrement l'appétit et l'on finissait par être réduit à un état complet de maigreur. Durant cette épidémie, les médecins les plus expérimentés conseillèrent la diète comme le seul et souverain remède. Ils se fondaient sur ce que les personnes sobres et frugales étaient beaucoup moins malades et se guérissaient plus facilement.

Horion ou *coqueluche* en 1414. — Dix ans plus tard, autre épidémie baptisée par le peuple : tac, horion ou coqueluche.

« Et adonc régnait par toutes les parties du royaume de France et en divers pays, une maladie qui se tenait en la tête. De laquelle moururent plusieurs personnes tant vieilles que jeunes. Et nommait-on ladite maladie la coqueluche » dit Enguerrand de Monstrelet dans sa chronique (4). Jean le Fèvre signale le fait (5) à peu près dans les mêmes termes, ce qui dispense de le citer et prouve que les chroniqueurs ou se copiaient les uns les autres ou se documentaient à la même source.

Juvénal des Ursins (6) nous fournit un témoignage qui semble déjà plus personnel :

« Es mois de février et de mars se leva un vent merveilleux, puant et tout plein de froidures. Par occasion duquel plusieurs gens, tant d'église, nobles que du peuple furent tellement enrhumés et entoussés que merveilles. Et en furent aucuns malades au lit, tellement que par aucun temps les juridictions de Parlement et du Châtelet cessèrent et n'y allait personne. Peu en moururent. »

Mais voici enfin deux témoins qui nous relatent les événements de visu : Nicolas de Baye et le bourgeois de Paris.

(1) *Orderici Vitalis historicæ ecclesiasticæ*, publ. par Aug. Leprévost, Paris 1852, t. IV, p. 215.
(2) Cinq vol. in-8°, Paris 1817.
(3 et 4) OZANAM. Loc. cit., t. I, p. 260.
(5) OZANAM. Loc. cit., t. I, p. 261.
(6) *De signis catarrhi*, in fol., Venise 1523.
(7) OZANAM. *Hist. méd. des maladies épidémiques*, t. I, p. 262.
(8) J. JUVÉNAL DES URSINS. *Histoire de Charles VI*, p. 427, in *Nouv. coll. de mém.* par Michaud et Poujoulat, in-4°, Paris, Didier.
(9) Nicolas DE BAYE. Publ. par Alex. Tuetey, Soc. de l'hist. de France, Paris 1885.

(1) Nicolas DE BAYE. Loc. cit., t. I, p. 89, 90.
(2) Nicolas DE BAYE. Loc. cit., t. II, p. 287.
(3) Publ. et traduite par Bellaguet, *Documents inédits sur l'histoire de France*, Paris 1841, t. III, p. 143.
(4) Enguerrand DE MONSTRELET. *Soc. hist. de France*, Paris 1858, t. II, p. 463.
(5) Jean LE FÈVRE. *Chronique* publ. par Morand, *Soc. hist. de France*, Paris 1876, t. I, p. 156.
(6) JUVÉNAL DES URSINS. Loc. cit., p. 496.

« Lundi, cinquième jour de mars. Ce dit jour n'a point été plaidé, ne n'avait aucun avocat ni procureur, ne partie ou moult peu par le Palais pour une moult griève maladie qui généralement courait par Paris, par laquelle la tête et tous les membres dolaient et souffrait-l'on moult fort rhume. Et entre les autres, moi-même ne dormis de toute cette nuit et ne me puis soutenir de la douleur de la tête, des reins, des côtés, du ventre, des bras, épaules et jambes, et me griève sans mesure la sécheresse qui est, qui par espécial est ennemie à ma complexion, en quelque saison que ce soit. Si m'en vais à mon hôtel.

N'a pas été plaidoié pour ce que une merveilleuse maladie a entrepris généraument toutes personnes, hors enfants au-dessous de huit ou de dix ans, par laquelle la tête, les épaules, les côtes, le ventre, les bras et les jambes dolaient, et y avait fièvres et rhume moult fort, et tellement que aujourd'hui moult peu de seigneurs de céans et des avocats et procureurs sont venus, entrepris de la dite maladie. Et moi-même fus hier au vespre en venant de Notre-Dame surpris de ladite maladie tellement que je ne puis soutenir et semble que ce soit lues aut pestis aërea (1).

Mardi sixième, mercredi septième, jeudi huitième, vendredi neuvième, samedi dixième jour de mars. N'a point été besoigné en Parlement pour la dessus dite pestilence de maladie, quæ adeo invalet ut quasi nullus se obscondere possit a calore ejus, mais en tant que ès églises à peine l'on peut dire le service à très peu de gens (2).

Lundi, dix-neuvième jour de mars. Depuis le jeudi, premier jour de ce mois de mars, jusques à ce dix-neuvième, n'a été plaidoié céans pour la générale maladie qui a couru, dont est mention faite le cinquième de ce dit mois et laquelle m'a tenu comme plusieurs autres par seize jours sans partir de mon hôtel ou peu (3).

In martio, vigebat in Franciâ et Parisius, gravissima infirmitas, quâ caput et membra singula dolebant, nec sapor erat scilicet cibi cuiquam et eadem in Arabiâ et transmaris partibus viguerat retro in mense octobris et novembris (4). »

Le mal ne sévissait pas moins dans la rue qu'au Palais.

« Item en icelluy temps, chantaient les petits enfants au soir, en allant au vin ou à la moustarde, tous communément :

> Votre c.. a la toux, commère,
> Votre c.. a la toux, la toux.

Si advint par le plaisir Dieu que un mauvais air corrompu chut sur le monde, qui plus de 100000 personnes à Paris mit en tel état qu'ils perdirent le boire et le manger, le reposer, et avaient très forte fièvre deux ou trois fois le jour et espéciallement toutes fois qu'ils mangeaient et leur semblaient toutes choses quelconques amères et très mauvaises et puantes; toujours tremblaient où qu'ils fussent. Et avec ce, qui pis était, on perdait tout le pouvoir de son corps, qu'on n'osait toucher à soi de nulle part que ce fust, tant étaient grevés ceux qui de ce mal étaient atteints; et dura bien sans cesser trois semaines au plus et commença à bon escient à l'entrée du mois de mars au dit an, et le nommait-on le tac ou le horion. Et ceux qui point n'en avaient ou qui en étaient guéris disaient par ébattement : En as-tu? par ma foi, tu as chanté : Votre c.. a la toux, commère. Car, avec tout le mal devant dit, on avait la toux si fort, et le rhume, et l'enroueure, qu'on ne chantait qui rien fut de hautes messes à Paris. Mais sur tous les maux, la toux était si cruelle à tous, jour et nuit, qu'aucuns hommes par force de toussir furent rompus par les génitoires toute leur vie; et aucunes femmes qui étaient grosses, qui n'étaient pas à terme, eurent leurs enfants sans compagnie de personne, par force de tousser, qu'il convenait mourir à grand martyre et mère et enfant. Et quand ce venait sur la guérison, ils jetaient grand foison sang par la bouche et par le nez et par dessous, qui moult les esbahissait et néanmoins personne n'en mourait ; mais à peine on pouvait presque être guéri, car depuis que l'appétit de manger fût aux personnes revenu, si fut-il plus de six semaines après, avant qu'on fut nettement guéry; ne physician, nul ne savait dire quel mal c'était (1). »

(1) Nicolas de Baye. Loc. cit. t. II, p. 172 et 173.
(2) Nicolas de Baye. Loc. cit., t. II, p. 173 et 174
(3) Nicolas de Baye. Loc. cit., t. II, p. 175.
(4) Nicolas de Baye. Loc. cit., t. II, p. 307.

Telle fut l'épidémie de coqueluche de 1414 et l'on voit par les détails précédents que ce mal désignait alors la grippe et n'avait nullement le sens qu'on lui attribue aujourd'hui. Raige Delorme, Rilliet et Barthez, Littré avaient déjà remarqué le fait.

La *dando*. — En 1427, reparaît une maladie analogue sous une forme un peu spéciale qui lui valut cette fois le sobriquet populaire de dando. C'est encore le bourgeois de Paris qui nous en conte les méfaits (2).

« Item, en ce temps, environ quinze jours devant la Saint-Rémy, cheut un mauvais air corrompu dont une très mauvaise maladie avait, qu'on appelait la dando et n'était nul ne nulle qui aucunement ne s'en sentit durant le temps qu'elle dura. Et la manière comment elle prenait ; elle commençait ès reins et ès épaules, et n'était nul quand elle prenait qui ne cuidât avoir la gravelle, tant faisait cruelle douleur, et après ce à tous venaient les accès ou fortes frissons, et était-on bien huit, ou dix, ou quinze jours, qu'on ne pouvait ne boire, ne manger, ne dormir, les uns plus, les autres moins; après ce, venait une toux si très mauvaise à chacun que quand on était au sermon, on ne pouvait entendre ce que le sermonneur disait, pour le grand noise des tousseurs.

Item, elle eut très forte durée jusques après la Toussaint, bien quinze jours au plus. Et n'eussiez guère trouvé homme ne femme qui n'eût la bouche ou le nez tout élevé de grosse rogne pour l'accès; et quand on encontrait l'un l'autre, on demandait : As-tu point eu la dando? S'il disait non, on lui répondait tantôt : Or te garde bien, que vraiment tu en goûteras un morcelet. Et vraiment on ne mentait pas, que pour vrai; il fut peu, fut petit ou grand, femme ou enfant qui n'eût en ce temps ou accès, ou frisson, ou la toux qui trop durait longuement. »

Enfin, pour être complet, nous rappellerons que Carli, dans son histoire de Vérone, signale un catarrhe épidémique qui, né à Vérone en 1438, parcourut ensuite toute l'Italie et se montra funeste aux enfants et aux vieillards (3).

Il nous a paru intéressant de rassembler et de verser au dossier historique de la grippe ces quelques documents pour la plupart inconnus de Raige-Delorme lorsqu'il écrivit son très remarquable article sur ce sujet (4).

(1) *Journ. d'un bourgeois de Paris*, publ. par Alex. Tuetey, *Soc. hist. de Paris*, 1881, p. 49 et 50.
(2) Loc. cit., p. 222 et 223.
(3) Ozanam. Loc. cit., t. I, p. 265.
(4) *Dictionnaire de méd.*, Paris 1836, t. XIV, p. 281 à 325.

PRATIQUE MÉDICALE

LES ALCALINS ET L'HYPERCHLORHYDRIE

Par M. Roussel.

La médication alcaline, généralement employée contre l'ensemble des dyspepsies, paraît fort simple dans ses applications cliniques. Mais en réalité, elle est complexe, difficile à manier et parfois insidieuse dans ses effets. Sans parler de la cachexie alcaline que l'on accuse Trousseau d'avoir exagérée, il est certain que l'absorption prolongée de bicarbonate de soude amène des troubles généraux d'une réelle gravité. Chez certains malades même, une absorption de courte durée peut avoir la même influence, car il faut bien savoir que les alcalins deviennent dangereux si les organes éliminateurs sont insuffisants ou bien quand ils sont ordonnés un peu à l'aveuglette, sans une connaissance exacte du chimisme stomacal.

Or, dans la pratique courante, on peut aisément éviter des surprises en utilisant, non pas le bicarbonate seul, mais des associations médicamenteuses dont les effets cliniques sont fort élevés, malgré de faibles doses de ce remède.

C'est ainsi que Germain Sée formulait dans sa pratique, contre les affections gastro-intestinales, une poudre alcalino-magnésienne et phosphatée, possédant des propriétés absorbantes, anti-putrides, laxatives, reconstituantes, et qui, à faible dose, excitait le chimisme gastrique, à haute dose, le réduisait. Nous avons trouvé cette formule dans la thérapeutique actuelle, sous le nom de poudre Génia (1), et, bien qne nous l'ayons souvent utilisée avec succès dans l'hypopepsie et les entérites, nous voudrions plutôt attirer l'attention sur les résultats qu'elle donne dans l'hyperchlorhydrie.

Contre cette affection en effet, la poudre Génia nous semble posséder, sans inconvénients, une activité peut-être supérieure à celle des alcalins seuls utilisés à haute dose. Elle est immédiatement *plus analgésique*, et, tout en réduisant, comme les alcalins, l'hyperacidité, elle est en même temps anti-putride, absorbante et plus laxative. Tandis que les alcalins, à hautes doses, finissent par affaiblir l'organisme, cette association médicamenteuse le tonifie au contraire, le reconstitue par ses phosphates, et de ce fait encore exerce une influence indirecte sur l'hypersthénie.

Contre les accès douloureux, irréguliers ou périodiques, deux cuillerées à café (à hauteur des bords) prises au début et à la fin des repas, donnent des résultats manifestes. La sensation de brûlure disparaît, les douleurs céphaliques et épigastriques s'éloignent, il n'y a plus de vomissements. Dans la maladie de Reichmann, nous donnons de demi-heure en demi-heure, à partir du moment habituel de la crise, d'abord une cuillerée à café bien pleine, puis des demi-cuillerées à café jusqu'à effet. Les résultats favorables ne tardent pas à se manifester et, au bout d'un temps variable, en rapport avec l'état général, les troubles gastriques, la constipation, l'affaiblissement général ont disparu.

A notre avis, il y a dans cette association médicamenteuse qu'est la poudre Génia, un moyen supérieur aux alcalins *seuls*, pour lutter contre les troubles hypersthéniques et hyperchlorhydriques, car ce remède agit directement par ses divers éléments contre les troubles douloureux, sécrétoires, moteurs, putrides de la maladie, et, loin d'affaiblir les malades, il reconstitue leur organisme, ce qui assure vraiment le maintien de la guérison obtenue.

(1) Carbonate de chaux précipité — Citrate de soude.
Phosphate de chaux bicalcique — Bicarbonate de soude.
Lactate de chaux — Magnésie hydratée.
Chlorhydrate de cocaïne (5 milligr. par cuillerée à café).

LIVRES NOUVEAUX

Psychologie des neurasthéniques (1), par P. Hartemberg.

L'état physique commande l'état mental. « Etudier la psychologie des neurasthéniques, c'est étudier l'influence de la dépression nerveuse sur l'activité émotionnelle et mentale. » la neurasthénie est une maladie nerveuse, non une maladie psychique : la psychasthénie n'est que la neurasthénie des dégénérés. Telles sont les idées directrices de l'auteur, qui, estimant la psychothérapie inefficace, se borne à traiter la dépression nerveuse par des moyens physiques et médicamenteux. L. Alquier.

NOTES POUR L'INTERNAT

GOITRE EXOPHTALMIQUE

On ne peut donner actuellement qu'une définition clinique du goitre exophtalmique. C'est une affection caractérisée par quatre grands symptômes : goitre, exophtalmie, tachycardie et tremblement, auxquels s'ajoutent la diminution de la résistance électrique et de nombreux symptômes moins constants, la plupart d'origine vaso-motrice.

La pathogénie en est encore très discutée ; on commence même à croire que le goitre exophtalmique n'est peut-être pas une entité morbide, mais plutôt un syndrome qui reconnaît des causes diverses (Sainton).

On l'appelle souvent maladie de Basedow; et cependant le goitre exophtalmique avait été décrit par Parry, Flajani et Graves, avant Basedow.

Étiologie. — Le goitre exophtalmique est rare chez l'enfant, surtout chez l'enfant au-dessous de dix ans; c'est une maladie de l'adolescence et de l'âge adulte, beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ; il est exceptionnel de l'observer après soixante ans ; Traube, cependant, mourut après cet âge d'un goitre exophtalmique (Collet). L'hérédité a une grande importance, non pas l'hérédité similaire qui est rare, mais l'hérédité névropathique (tares nerveuses, épilepsie, hystérie, aliénation mentale).

On retrouve parfois, au début de l'affection, une cause occasionnelle. C'est souvent une émotion, une frayeur, un violent chagrin.

Dans d'autres cas, l'affection coïncide avec une étape de la vie génitale : puberté, grossesse, ménopause.

Enfin, le goitre exophtalmique peut apparaître après une maladie infectieuse : fièvre typhoïde, grippe, scarlatine; on l'a vu survenir chez l'enfant à la suite de la coqueluche ; Vincent, Sergent, ont insisté récemment sur les maladies de Basedow consécutives au rhumatisme articulaire aigu. Dans quelques cas, on a incriminé la syphilis, la tuberculose, le saturnisme.

Il faut encore noter que des sujets porteurs d'un goitre simple peuvent à un moment donné présenter les signes de goitre exophtalmique ; on dit alors que le goitre s'est basedowifié (P. Marie).

Symptomes. — Le début est habituellement lent; pendant plusieurs mois, le malade a une irritabilité nerveuse extraordinaire, des changements dans le caractère, des poussées congestives du visage, des palpitations. Il est exceptionnel que le début soit très brusque; cependant Trousseau a relaté le cas d'une malade qui éprouva, la même nuit, à la suite d'une vive

(1) Un vol. de 248 p., 8 fig. — Paris, 1908, Alcan.

émotion, des battements cardiaques énergiques, le gonflement du corps thyroïde et l'exophtalmie.

A la période d'état, le *goitre* ne forme jamais une tumeur d'un volume considérable. L'accroissement du corps thyroïde s'est fait lentement et a obligé peu à peu les malades à faire élargir le col de leurs vêtements ; plus souvent peut-être, le développement du goitre se fait par poussées successives, avec des alternatives d'augmentation et de diminution sous l'influence de la menstruation, des émotions; pendant la grossesse, le volume du goitre augmente presque toujours. Le goitre déforme le cou, souvent d'une façon asymétrique, le lobe droit étant plus hypertrophié. Au palper, on sent une hypertrophie diffuse du corps thyroïde, de consistance demi-molle, élastique; la glande se réduit comme du tissu érectile quand on la comprime légèrement avec la main; elle est en effet très vasculaire ; aussi on sent, au palper, une sorte de frémissement et un mouvement d'expansion à chaque systole cardiaque. Au stéthoscope, on entend des bruits de souffle, doux ou rudes, systoliques ou diastoliques, continus avec ou sans renforcement. Le goitre ne donne souvent lieu à aucun trouble fonctionnel; quelquefois cependant la voix s'altère, devient rauque et assourdie, par compression du nerf récurrent; quand la tumeur s'accroît rapidement, des troubles respiratoires peuvent survenir: accès de suffocation, cyanose, menace d'asphyxie.

L'*exophtalmie* est habituellement bilatérale, mais elle n'est pas toujours symétrique, du moins au début de la maladie; les yeux sont saillants, largement ouverts, le regard est étrange, avec un éclat bizarre, une expression d'égarement ou de dureté.

L'exophtalmie, comme le goitre, varie d'un jour à l'autre, se prononçant sous l'influence des émotions morales ou aux époques menstruelles. Le degré d'exophtalmie est d'ailleurs assez variable; Trousseau cite un cas dans lequel la propulsion des globes oculaires était telle qu'il y eut luxation de l'un d'eux et qu'il fallut avec les doigts le replacer dans la cavité orbitaire. Quand la saillie des yeux est considérable, on voit l'insertion antérieure des muscles droits de l'œil et on remarque, au niveau de cette insertion, une très riche vascularisation (Trousseau). L'exophtalmie peut avoir plusieurs conséquences graves : la cornée n'étant plus protégée contre l'air, il se produit pendant quelque temps du larmoiement, puis le larmoiement se tarit et alors la conjonctive n'est plus lubréfiée, est irritée par les poussières d'où possibilité de conjonctivites, de kératites, d'ulcérations de la cornée et même de panophtalmie ; ces accidents graves sont cependant exceptionnels. Au début de l'exophtalmie, l'occlusion des paupières reste parfaite; mais bientôt les paupières ne peuvent plus recouvrir le globe oculaire et l'œil reste ouvert même pendant le sommeil. En étudiant les mouvements des paupières et des globes oculaires, on constate plusieurs signes particuliers : les mouvements de la paupière et du globe oculaire ne sont pas synergiques; si le malade élève ou abaisse le regard, la paupière est en retard sur la cornée (signe de de Graefe); les yeux convergent difficilement par suite de la parésie des muscles droits internes (signe de Möbius); si on commande au malade de fermer les yeux l'occlusion est incomplète et le malade cache sa pupille derrière la paupière supérieure au lieu d'abaisser la paupière au-devant de l'œil (signe de Stellwag).

En palpant les globes oculaires, on n'a pas la sensation de dureté et de tension exagérée du glaucome; la masse de l'œil est simplement soulevée et propulsée en avant. On a signalé quelques cas d'ophtalmoplégie externe; et les paralysies des muscles moteurs du globe oculaire peuvent entraîner le strabisme ou la diplopie. En dehors de ces cas, les malades n'ont point ordinairement de troubles de la vue; quelques-uns cependant ont une certaine peine à fixer les objets, ils se fatiguent vite à lire les caractères fins. La presbytie ou la myopie peuvent être exagérées par l'exophtalmie. Les pupilles sont égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. A l'examen du fond de l'œil, on trouve dans quelques cas que les vaisseaux de la rétine sont très injectés et dilatés; cette hyperémie rétinienne fait que les malades aperçoivent souvent des flammèches, des mouches volantes; presque tous ont de la photophobie.

La *tachycardie* est un des symptômes les plus précoces, les plus constants et elle s'accompagne de plusieurs autres *symptômes cardio-vasculaires* très importants. Quelquefois tous ces signes sont objectifs; mais le plus souvent les malades se plaignent de palpitations; celles-ci augmentent à l'occasion des émotions, des efforts, et les malades ne peuvent faire aucun exercice soutenu; de véritables accès paroxystiques surviennent parfois; on a noté aussi des sensations d'angoisse simulant l'angine de poitrine.

A l'examen du cœur, on constate au début de la maladie que les battements sont très rapides, mais qu'il n'existe aucun bruit anormal.

Puis, dans le cours de la maladie, on trouve presque toujours des signes physiques anormaux. On a dit que le cœur était hypertrophié (Stokes, Aran); d'après Trousseau, cette hypertrophie n'est pas un phénomène constant, et souvent elle est plus apparente que réelle ; la voussure précordiale, constatée parfois, est une apparence trompeuse; tout le thorax est ébranlé à chaque systole, le soulèvement de la paroi se fait sentir sur une certaine étendue, par suite de l'éréthisme cardiaque; peut-être aussi faut-il tenir compte d'un certain degré de parésie des muscles intercostaux. Mêmes réserves à faire quand on constate une augmentation de la matité précordiale; il faut alors distinguer la matité absolue et la matité relative, se rappeler aussi que le cœur semble présenter des rapports plus ou moins étendus avec la paroi thoracique suivant qu'il bat plus ou moins énergiquement (Trousseau, Rendu).

A l'auscultation, on entend, dans près de la moitié des cas, des souffles presque toujours systoliques, tantôt doux, tantôt rudes, et se propageant souvent assez loin de leur foyer d'origine.

Pour les souffles de la base, ce sont des souffles anémiques du deuxième espace intercostal gauche; pour les souffles systoliques de la pointe, il y a certainement des malades qui ont une insuffisance mitrale, mais ces faits constituent l'exception (Rendu); le plus souvent il s'agit de souffles extra-cardiaques. Ce que l'on constate souvent, ce qui manque rarement de se produire, soit brusquement, soit à la longue, c'est une dilatation des cavités du cœur; cette dilatation est tantôt temporaire, tantôt plus ou moins permanente (Rendu).

Des altérations organiques surviennent alors, ce qui conduit les malades à l'arythmie et à l'asystolie ; ces faits seront étudiés à propos des terminaisons de la maladie de Basedow.

Le pouls est rapide (90 à 120 pulsations); par instants, sous l'influence d'une émotion, d'une fatigue, la tachycardie s'accentue, on peut alors compter parfois jusqu'à 200 pulsations. Le pouls radial est en général faible et petit ou tout au moins n'a pas d'ampleur anormale, tandis qu'au niveau des artères du cou on constate des signes d'éréthisme circulatoire; les artères carotides sont animées de battements excessifs, qui se montrent aussi dans les vaisseaux des tempes et du fond de l'œil, quelquefois dans le tronc cœliaque; le fait ne s'observe pas à l'aorte abdominale dans sa portion inférieure, ni dans les vaisseaux cruraux et iliaques.

A la hauteur des carotides, on perçoit des souffles tantôt doux, tantôt rudes ; si on fait tourner la tête du malade et si on ausculte le cou du côté opposé, on entend, outre le souffle systolique artériel, un souffle veineux qui serait caractéristique de la maladie de Basedow (Guttmann).

Le *tremblement*, décrit par Charcot et Marie, est tantôt partiel, plus souvent généralisé, mais surtout accentué au tronc, à la tête et aux mains; il est constitué par une série d'oscillations, de trépidations menues, brèves, se succédant l'une l'autre avec une grande rapidité (Charcot); le nombre moyen des oscillations est de huit à dix par seconde. Son intensité est variable; dans les cas discrets, on le met en évidence en plaçant sur la tête du sujet une plume longue et souple; souvent, en appuyant les mains sur le malade, on le sent dans un état de vibration, de trépidation continue. Si le malade étend la main, on voit qu'elle est agitée tout entière, tandis que dans l'alcoolisme les doigts sont agités individuellement; cette trémulation des mains est gênante pour l'écriture. Aux membres inférieurs, la trémulation existe au repos et pendant la marche; au repos, les jambes sont animées d'une sorte de mouvement de pédale. Les mouvements volontaires ne modifient pas le tremblement. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 116. — SAMEDI 10 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 10 OCTOBRE 1908. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 7 octobre 1908. — Question donnée : « Indications et manuel opératoire de la saignée au pli du coude. »

MM. Collette, 10; Cheyron, 14; Chenain et Bozonet, 8; Dalbanne, 9; Delavierre, 14 1/2; Coudray (Gaston), 6; Ceillier, 15; Delattre et Chabrun, 13; Babin, 5; Audain, 17; Bergès (Gaston), 14; Ballerin, 12; Beliard, 3; Baudin, 15; Berthelot (Albert), 13 1/2; Bertaux, 11; Mlle Athanassiu, 15 1/2; M. Berthelot (Désiré), 13.

Anatomie. — Séance du 8 octobre 1908. — Question donnée : « Le canal thoracique. »

MM. Guyot, 12; Hérisson-Laparre et Greyfié de Bellecombe, 16; Hertz, 17; Imbert, 12; Hugon, 13; Hartmann, 3; Guille, 14; Hanras, 13; Jacob, 12; Haguet, 14; Guillaumont, 17; Hiblot, 14; Guérain et Guillaumot, 15; Guinet, 14; Guerrin, 13; Huc, 14; Guillemin, 15; Gros, 10.

Séance du 9 octobre. — Question donnée : « Les muscles interosseux et lombricaux de la main et leur action. »

MM. Collette, 5; de Champs de Saint-Léger, 15; Chanut, 5; Cavaillès et Claude, 13; Chenet (Charles), 10; Deguignand, 15; Cousin, 13; Mlle Chabert, 14; MM. Broussolle, 19; César, 14; Cabart-Danneville, 8; Chenain, 3; Mlle Bredrel, 9; MM. Brizard, 11; Chenet (Henri), 18; Bouttier, 19; Mlle Burgard, 12; MM. Cavaillon, 16; Daudet et Delavierre, 14; Ceillier, 10; Boyer, 12.

La prochaine séance aura lieu le samedi 10 octobre, à quatre heures et demie, deuxième série, première moitié.

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE dans son assemblée générale a désigné M. Richelot comme président du prochain Congrès qui se tiendra à Paris le 6 octobre 1909.

M. Delagenière (du Mans) a été élu vice-président.

MM. Nélaton et Ricard ont été nommés membres du comité permanent.

Les questions mises à l'ordre du jour du prochain Congrès sont :

1° Chirurgie des artères;

2° De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du rachis;

3° Des soins pré et post-opératoires après les interventions abdominales.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 28 octobre, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre 1908, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue la conserveront.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

— La Compagnie mettra en marche, à partir du 4 novembre, les trains extra-rapides de nuit nos 17 et 18, desservant la Côte d'Azur.

Ces trains auront lieu :

A aller : du 5 novembre au 6 décembre, les mercredis et samedis, du 7 décembre au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi, du 1er mai au 15 mai, les lundis, mercredis et samedis, du 16 mai au 26 mai, les mercredis et samedis.

Au retour : du 6 novembre au 4 décembre, les lundis et vendredis, du 5 décembre au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi, du 1er mai au 15 mai, les lundis, vendredis et dimanches, du 16 mai au 29 mai, les lundis et vendredis.

Trajet de Paris à Nice en quinze heures.

Ces trains sont composés de grandes voitures de 1re classe à boggies, de lits-salon, d'un salon à deux lits complets, d'un sleeping-car et d'un vagon-restaurant.

Nombre de places limité.

On peut retenir ses places d'avance moyennant un supplément de 2 francs par place.

REVUE GÉNÉRALE (1)

CANCER PRIMITIF DES CANAUX BILIAIRES

(HÉPATIQUE. CYSTIQUE. CHOLÉDOQUE)

Par MM. Jean RHENTER et Jean REBATTU,
Internes des hôpitaux de Lyon.

L'on sait les difficultés qui se présentent en clinique en face d'un ictère chronique, tant par suite du nombre des organes dont il peut traduire la lésion, que par suite de la diversité de ces lésions elles-mêmes; si l'on élimine les ictères dus à des affections de la glande hépatique, tel l'ictère de la cirrhose de Hanot; pour n'avoir en vue que les seuls ictères par rétention, on doit d'abord se demander si l'obstruction est *lithiasique* ou *cancéreuse*. Le diagnostic entre ces deux grandes causes pathogéniques est déjà fort délicat, mais même quand l'absence d'antécédents avec accidents douloureux, l'évolution rapide, l'affaissement progressif de l'état général, l'accentuation constante de l'ictère ont fait dire cancer, on doit encore se demander quel est l'organe qui en est le siège. Ce peut être, en effet, un ganglion néoplasique comprimant le cholédoque, un cancer de la tête du pancréas, un cancer localisé à l'ampoule de Vater ou enfin une obstruction cancéreuse des canaux biliaires, hépatique, cystique ou cholédoque. C'est à cette dernière localisation que nous voulons consacrer ce travail.

Pour ce faire, nous limiterons notre sujet à l'étude du cancer primitif des conduits vecteurs de la bile situés entre le hile du foie et l'ampoule de Vater. De par la fixation de ce cadre, nous sommes conduits à éliminer :

1° Toutes les tumeurs *non cancéreuses* des conduits biliaires. Celles-ci sont, d'ailleurs, fort rares, bien qu'on ait signalé des cas de fibromes (Ehrmann), de polypes muqueux, de tumeurs cellulo-adipeuses, de kystes hydatiques (Cadet de Gassicourt, Ignatieff). Dans le même ordre d'idées, nous n'aurons pas à nous occuper des obstructions des voies biliaires par un rétrécissement congénital (Mathieu, *Revue de chirurgie*, 1908), ou, en tous cas, non cancéreux.

2° Les tumeurs *cancéreuses non primitives* et, parmi elles, il faut distinguer :

a) Les cancers par généralisation, qui sont exceptionnels, quel que soit l'organe primitivement atteint (cas de Deaubeuf);

b) Les cancers par propagation, beaucoup plus fréquents, les points de départ dans le voisinage étant la vésicule, le pancréas, le foie et l'estomac.

3° Les tumeurs *cancéreuses primitives des voies biliaires autres que les canaux biliaires proprement dits*, hépatique, cystique et cholédoque. Nous aurons donc à retrancher :

a) Les cancers de la vésicule qui ont, d'ailleurs, fait déjà l'objet de nombreuses études, et dont le tableau clinique diffère, d'autre part, sensiblement de celui qui nous intéresse.

b) Les cancers de l'ampoule de Vater, étudiés par Busson, Vincent-Georges, et auxquels M. Aynaud a récemment consacré une importante Revue générale. A ce propos, rappelons que l'origine peut être duodénale, pancréatique ou cholédocienne.

c) Les cancers des voies intrahépatiques dont l'existence fort discutée se traduirait par des symptômes que l'on doit, en tous cas, rattacher à l'étude des cancers primitifs du foie.

(1) Reproduction interdite.

I

Historique. — Le cancer primitif des canaux biliaires, hépatique, cystique et cholédoque, était fort mal connu jusqu'à ces dernières années, quand le remarquable article de MM. Devic et Gallavardin (de Lyon), est venu mettre la question complètement au point. A cet article de la *Revue de médecine* de 1901, nous avons fait de larges emprunts et c'est lui qui, en particulier, nous fournit l'histoire de cette affection depuis qu'on a commencé à parler d'elle.

Avant Durand-Fardel, les auteurs, Rokitansky, Förster, Wunderlich, Hénocq, Niemeyer ne signalent que les cancers secondaires. C'est Durand-Fardel qui, le premier, en 1860, publie, avec deux cas de cancers de la vésicule, un cas de cancer du cholédoque. Schippel signale ensuite un cas de cancer de l'hépatique. Depuis lors, les publications de cas isolés, accompagnés ou non de quelques commentaires, se font plus fréquentes : Rosenstein, Meore, Krause, Deetgen, Martin Brenner, Jourdan, Etienne, Chappet, Claisse, Lecène et Pagnez, Niemeyer, Max Hewald, Jenner, Gerhard Schmitt, qui en réunit 11 cas. Apparaissent bientôt les premières statistiques, avec Carl Hesper (1893), Musser (1896), qui en relate 18. En 1897, Claisse, à la Société de médecine, étudie l'état de la vésicule suivant le siège exact du néoplasme, puis Lancereaux, dans le *Traité des maladies du foie et du pancréas* (1899) y consacre quelques pages, insistant sur le siège plus fréquent au niveau du cholédoque, sur l'intensité et la progressivité de l'ictère, sur les difficultés du diagnostic. Terrier et Auvray, dans la *Revue de chirurgie*, abordent la question de la thérapeutique chirurgicale de ces cancers. Quant aux traités de médecine ou de chirurgie, ils n'y consacrent que quelques lignes et nous sommes ainsi amenés au travail magistral de MM. Devic et Gallavardin. Là, tous les côtés de la question sont successivement envisagés et fixés d'une façon que l'on peut considérer comme définitive et cela, d'après l'étude minutieuse et comparée de 55 observations dont 37 complètes anatomiquement et cliniquement.

Cet article date, avons-nous dit, de 1901 et les auteurs sont assez nombreux qui, depuis, ont présenté ou publié, en France ou à l'étranger, des cas de cancers des canaux biliaires : Hayem, Miodowski, avec 4 cas; Tesson, Ingelrans, Plonteau et Cochez, Kehr, Cornil et Chevassu, Huguenin, Patel, Friedheim, avec 2 cas; Porot, Donati, Tuffier, avec 3 cas; Debrovici et Foix, Houssin, Vautrin, Gallavardin,

Pappenheimer. La plupart de ces auteurs se bornent à accompagner leurs observations de quelques réflexions, mais nous devons mentionner tout spécialement le travail d'Ingelrans sur le cancer de l'hépatique et celui de Vautrin sur le cancer du cystique. Rappelons aussi qu'en 1902 le cas de Kehr avait trait à un malade opéré par lui avec succès et qu'il accompagna sa publication de considérations thérapeutiques des plus intéressantes.

Toujours est-il que nous avons pu réunir ainsi 24 cas nouveaux, ce qui porte à 79 le nombre des cas actuellement bien connus et sur lesquels nous allons faire porter notre étude (1).

II

Etiologie. — L'étiologie de toute affection cancéreuse est, on le sait, entourée d'obscurité et les cancers des canaux biliaires n'échappent pas à la loi commune. Nous serons donc forcément très brefs sur cette question et envisagerons rapidement les points sur lesquels l'attention s'est le plus spécialement portée, savoir l'influence de l'hérédité, de l'âge et du sexe. Nous nous occuperons, d'autre part, des rapports possibles entre la lithiase biliaire et le cancer.

1° Hérédité. — Nous ne retrouvons qu'une seule fois un cas de cancer dans les antécédents héréditaires du malade. Il s'agit très souvent de sujets non tarés, qui, jouissant d'une bonne santé habituelle, viennent consulter, pour la première fois, à propos de leur affection.

2° Age. — Le cancer des canaux biliaires, comme beaucoup d'autres, se rencontre surtout chez des sujets déjà âgés : nous en avons, d'ailleurs, la preuve dans le tableau ci-dessous, indiquant le nombre de cas suivant les âges :

Au-dessous de 30 ans..	1 cas.
Entre 30 et 40 ans.....	5 —
Entre 40 et 50 ans.....	11 —
Entre 50 et 60 ans.....	19 —
Entre 60 et 70 ans	19 —
Entre 70 et 80 ans.....	6 —
Au-dessus de 80 ans...	1 —

Le maximum de fréquence se trouve donc, on le voit, entre cinquante et soixante-dix ans, ce qui modifie un peu la conclusion de MM. Devic et Gallavardin dont la statistique conduisait, au maximum, entre soixante et soixante-dix ans.

3° Sexe. — Le nombre, encore relativement restreint d'observations, ne permet pas de donner des chiffres très affirmatifs pour la plus ou moins grande fréquence du cancer des canaux biliaires dans l'un ou l'autre sexe. Il semble cependant que, contrairement à ce que l'on voit dans le cancer de la vésicule, qui est plus fréquent chez la femme, le cancer des canaux biliaires soit plus fréquent chez l'homme. La statistique de Devic et Gallavardin donne une proportion de 65 p. 100 chez l'homme, chiffre que nos propres recherches réduisent à l'heure actuelle à 58 p. 100.

4° Rapports avec la lithiase. — En ce qui concerne la lithiase, nos renseignements portent sur 55 observations où l'on a signalé sa présence ou son absence, les autres étant muettes à cet égard ; sur ces 55 observations, la lithiase est signalée 15 fois, soit dans une proportion un peu supérieure au quart. A ce propos, il faut insister sur la différence que le cancer des canaux biliaires présente avec celui de la vésicule, puisque, dans ce dernier, la lithiase est presque la règle, qu'elle soit, d'ailleurs, considérée comme cause (Rendu, Chauffard) ou effet (Durand-Fardel).

III

Anatomie pathologique. — L'étude anatomo-pathologique du cancer des canaux biliaires est particulièrement importante, car ce sont les particularités anatomiques qui imprimeront au tableau clinique des modalités diverses remarquablement superposables dans le cas particulier. Nous aurons à nous occuper successivement de la *tumeur cancéreuse* elle-même, de *ses généralisations* possibles, de l'*état des voies biliaires* sus ou sous-jacentes et de celui des *différents autres organes*.

1° Tumeur. — En ce qui concerne la tumeur, il y a lieu d'envisager séparément son *siège* exact, son *aspect*, sa *structure*.

a. *Siège*. — Naturellement, chacun des trois canaux, hépatique, cystique ou cholédoque, peut être le siège exclusif du néoplasme. Mais, à côté de ces trois localisations, il en faut envisager une quatrième, assez fréquente, au niveau du confluent, avec point de départ, d'ailleurs possible, dans l'une ou l'autre des trois branches d'origine.

Dans 77 cas dans lesquels le siège est indiqué d'une façon précise, le *cholédoque* est atteint 30 fois. On peut distinguer ces 30 cas suivant le segment envahi d'après le tableau suivant :

Extrémité inférieure.......	18
Partie moyenne	8
Extrémité supérieure......	2
Toute l'étendue............	1
Portion non indiquée	1

Le cancer semble donc siéger, de préférence, à la partie inférieure, avec cette réserve toutefois que nombreux sont les cas de cancers qui, ayant débuté à l'extrémité supérieure du cholédoque, ont dû gagner le confluent et être rangés dans cette seconde catégorie.

Les cancers du *confluent* sont, en effet, au nombre de 26. Quel est celui des trois canaux qui en a été le point de départ? La question est souvent impossible à trancher, mais cependant la prédominance a paru quelquefois assez évidente pour que, sur ces 26 cas, on en puisse signaler :

9 à siège surtout dans le cholédoque et le cystique,

(1) Nous ne parlons que des cas dont il nous a été permis de lire les observations détaillées. Nous joindrons à notre bibliographie les références d'autres observations qu'il ne nous a été donné de connaître qu'une fois notre article en cours d'impression

2 à siège surtout dans le cholédoque et l'hépatique,

2 à siège surtout dans l'hépatique et le cystique.

Le cancer du *cystique* semble être une localisation rare puisque, au cas publié par Etienne, nous ne pouvons ajouter que celui de Vautrin, et encore, dans ce dernier, y avait-il envahissement secondaire du cholédoque.

L'*hépatique*, en revanche, nous fournit 19 cas, se décomposant comme suit :

Tronc de l'hépatique..................	9
Hépatique au niveau de sa bifurcation ..	8
L'une ou l'autre des branches d'origine.	2

En résumé, le siège le plus fréquent semble bien être le cholédoque ; viennent ensuite le confluent, puis l'hépatique et enfin le cystique. Il nous faut, d'autre part, conserver la division de Devic et Gallavardin, qui considèrent, suivant leurs sièges, deux groupes de cancers : les premiers, cancers du *segment sus-duodénal* comprenant les 30 cas de cancers du cholédoque. Dans les seconds, cancers du *segment sous-hépatique*, rentrent les 47 autres, à sièges hépatique, cystique ou au niveau du confluent. Nous verrons toute l'importance qu'a cette distinction au point de vue clinique.

b. *Aspect*. — Ce qui frappe d'abord, c'est l'exiguïté des dimensions de la tumeur du canal biliaire. Si Bohnstett, Ingelrans signalent des cancers du volume d'un œuf de pigeon et si Brenner en cite même un qui atteint les dimensions d'un œuf de poule, ce sont là des cas qu'il faut considérer comme exceptionnels.

La lésion peut, d'ailleurs, revêtir différents aspects et l'on peut avoir affaire à une *virole*, ordinairement très limitée, mais souvent très serrée, qui englobe telle ou telle portion du canal comme un anneau. Les tissus voisins sont, d'ailleurs, absolument sains et, du côté de la lumière, elle ne se manifeste, en général, que par le rétrécissement, sans altérations, de la muqueuse.

Il n'en est pas de même dans une seconde forme, qui, exagération de la précédente à un certain point de vue, puisque le canal se présente sur toute sa longueur comme un *tube rigide*, offre une muqueuse irrégulière, comme criblée de petites nodosités réduisant plus ou moins la lumière.

Ailleurs, c'est une *véritable tumeur*, du volume d'un pois ou d'une noisette, qui, ordinairement sessile, fait cette fois à l'intérieur du canal une saillie appréciable. La muqueuse à son niveau peut, d'ailleurs, être saine ou, au contraire, se soulever en arborisations plus ou moins développées qui donnent, d'ailleurs, à notre cancer un type nettement *villeux*. Dans cette variété se range le cas de Huguenin (1903) où la tumeur intracanaliculaire revêtait l'allure d'un cancer *hématode*, qui tua le malade par hémorragie quasi foudroyante.

Signalons aussi, dans le même ordre d'idées, les cas mixtes où un cancer du type squirrheux, (virole-tube rigide) présente par places, au niveau de la muqueuse, des villosités arborescentes voisinant avec des points simplement indurés (Gallavardin, 1907). D'autres fois enfin, ces villosités se prolongent plus ou moins dans les canaux sans, d'ailleurs, adhérer à leurs parois.

Une question, qui a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses discussions, se pose à propos de l'aspect de ces cancers des canaux biliaires. Quel est l'état exact de la lumière canaliculaire au niveau de la lésion, *la perméabilité à la bile est-elle ou non abolie?* Cliniquement, il y a toujours ictère et cependant, contrairement à cette donnée formelle, l'autopsie montre assez souvent la persistance d'une perméabilité constatable au stylet ou par la pression sur le foie et la vésicule provoquant l'issue de la bile à travers le rétrécissement (Meore, Jenner, Bradbury, Streiberg, Schmitt, Chappet, Gallavardin). Comment peut-on expliquer cette contradiction apparente? Nous ne pouvons mieux faire que reproduire in-extenso les réflexions de MM. Devic et Gallavardin :

« On a voulu attribuer un certain rôle à une disposition particulière de bouchons cancéreux dite « en soupape ». Cette disposition avait été nettement signalée dans le cas de Chouppe : il existait au niveau de l'embouchure du canal cystique une tumeur du volume d'une noisette et rétrécissant fortement le cholédoque ; l'on pouvait pénétrer du duodénum dans les canaux hépatiques au moyen d'une sonde cannelée, mais il était impossible d'arriver à l'intestin en partant du foie. Deetjen, plus récemment, a constaté une disposition analogue, mais de pareils faits sont rares et ne peuvent expliquer tous les cas.

Nous pensons, pour notre part, que cette discordance entre les faits anatomiques et les faits cliniques peut s'expliquer d'une façon plus simple. En effet, les conditions dans lesquelles se fait l'exploration de la perméabilité ou de l'imperméabilité de la lumière des canaux biliaires sur la table d'amphithéâtre, sont loin de reproduire exactement les conditions physiologiques de l'excrétion biliaire. Le stylet explorateur, même guidé par une main attentive et sans se créer une voie artificielle à travers la masse cancéreuse, pourra écarter l'une de l'autre des parois néoplasiques indurées, redresser des courbures, en un mot restaurer un chemin naturel que la pression biliaire normale eût été incapable de rétablir ; d'autre part, cette pression biliaire physiologique est infiniment inférieure à la pression puissante communiquée par la main du médecin à la vésicule biliaire, et l'on comprend qu'elle puisse ne pas aboutir au même résultat.

Il est probable, enfin, que la présence d'une production néoplasique sur le trajet d'un conduit excréteur musclé, a le pouvoir d'entraîner l'imperméabilité fonctionnelle par un autre mécanisme que la simple obstruction mécanique. Il se fait sans doute au niveau de la paroi du canal des modifications qui entravent le fonctionnement des couches musculaires. On ne saurait donner en faveur de cette interprétation une meilleure preuve que ce qui se passa dans le fait rapporté par Griffon et Dartigues. Il existait dans ce cas très instructif un ictère absolument chronique, avec décoloration totale et persistante des matières fécales, que l'autopsie démontra plus tard être sous la dépendance d'un cancer en

virole de l'extrémité inférieure du cholédoque. On fit une cholécystostomie et, le surlendemain de l'opération, les selles redevinrent normalement colorées. Il semble donc qu'un spasme musculaire ait cessé pour que l'extrémité inférieure du cholédoque soit redevenue perméable, même sous une pression biliaire moins intense que la pression normale, puisqu'il existait un orifice cutané artificiel. A ce propos, à la Société anatomique, Hartmann comparait ce fait aux gastrostomies rendant perméables certains cancers de l'œsophage. »

c. *Structure.* — L'examen histologique a été pratiqué dans 46 cas : dans 31, il s'agit d'un *épithélioma cylindrique* ordinaire. La tumeur est constituée par des néoformations alvéolaires plus ou moins régulières, dont les parois sont tapissées par un épithélium cylindrique et qui renferment à leur intérieur un liquide clair où se trouvaient parfois des débris cellulaires. L'épithélium peut revêtir à la périphérie le type cubique et dans deux cas même la tumeur est décrite sous le nom d'*épithélioma cubique.* Les alvéoles sont plongées dans un stroma dense, abondant. Quelquefois, on parle de *squirre*, d'*encéphaloïde*, sans préciser davantage. Schüppel a signalé la transformation muqueuse et Donati a constaté la présence de petits kystes. Tandis que la transformation colloïde est fréquente dans les cancers de la vésicule, elle n'est décrite qu'une fois par Donati pour un cancer du confluent.

Dans quelques cas, la tumeur s'est développée aux dépens des éléments glandulaires (Deetgen, Schüppel, Brenner, Porot, Hayem). Dans tous les autres, c'est dans l'épithélium de surface qu'elle prend naissance. Toujours, elle est bien limitée, la muqueuse étant ordinairement seule atteinte : la musculeuse est rarement envahie et seulement au voisinage de la sous-muqueuse; elle n'est, en tous cas, jamais dépassée.

2° Généralisation. — Cette limitation de la lésion cancéreuse au point de vue local s'accompagne d'une tendance très peu marquée à sa généralisation. Certains ont même complètement nié l'existence de ces généralisations, mais les faits sont là pour montrer que l'on peut cependant en rencontrer. Nous en avons relevé dans 18 cas.

Les *ganglions* sont peu souvent envahis. Lorsqu'ils le sont, il s'agit évidemment des ganglions péricholédociens, siégeant dans l'épiploon gastro-hépatique. Donati en a pratiqué l'examen histologique et a trouvé des noyaux cancéreux d'une structure identique à celle de la tumeur primitive. Quelques cas de ganglions comprimant la veine-porte ont pu expliquer la coexistence d'une ascite constatée en clinique (Debrovici et Foix).

La *vésicule* peut être secondairement envahie. Sans parler des cas où des bourgeons cancéreux pénètrent plus ou moins dans sa cavité, mais en respectant ses parois, on a pu constater au niveau de celle-ci des lésions indéniables de généralisation.

Parmi les viscères, le *foie* est le plus souvent envahi, ce qui s'explique par ses relations de contiguïté et de vascularisation avec les canaux biliaires. On trouve en général des noyaux peu nombreux et disséminés que, dans certains cas, a seul pu déceler l'examen microscopique. Signalons un cas de généralisation au niveau de l'*estomac*, un autre au niveau du *duodénum*, un troisième enfin au *pancréas* (Hayem).

3° Etat des voies biliaires. — Nous aurons à envisager successivement l'état anatomique des *canaux biliaires* sus et sous-jacents à la tumeur, celui de la *vésicule* et à dire un mot des *phénomènes infectieux* possibles à leur niveau et à l'occasion du cancer.

a. *Canaux biliaires.* — Au-dessous de la tumeur, on a toujours constaté la conservation du calibre normal du conduit.

Il n'en est pas de même au-dessus : les voies biliaires n'échappent pas à la loi commune aux divers cas d'obstruction canaliculaire et l'on constate une rétrodilatation souvent très accusée. Celle-ci, surtout marquée immédiatement en amont de la tumeur — on a cité des cas où elle atteignait alors le volume d'un œuf de poule (Benner), celui de l'aorte (Miodiowski) — peut remonter bien au-dessus, jusque dans les voies biliaires intrahépatiques (Tesson).

b. *Vésicule.* — « L'étude de la vésicule biliaire au cours des cancers des canaux biliaires offre un intérêt exceptionnel. En effet, les modifications du volume de ce réservoir, sa distension, constituent des signes facilement perceptibles cliniquement et susceptibles de fournir des indications d'une grande précision sur la nature de l'obstruction canaliculaire et, nous le verrons aussi, sur le siège de l'obstacle » (Devic et Gallavardin).

C'est qu'en effet, avec le cancer des canaux biliaires, nous prévoyons à priori que la loi de Courvoisier-Terrier pourra, suivant la localisation exacte du néoplasme, être mise en défaut. On connaît cette loi, dont l'application est si fréquente en clinique : en présence d'un ictère chronique dû à une obstruction du cholédoque, la rétraction ou au moins la non-dilatation de la vésicule biliaire doit faire diagnostiquer une obstruction calculeuse, tandis que sa dilatation doit faire dire cancer. Mais ces auteurs avaient avant tout en vue les obstructions cancéreuses du cholédoque, le plus souvent par cancer de la tête du pancréas (syndrome de Bard et Pic) et l'on comprend qu'ici la question soit tout autre. Sans doute, quand le cancer siégera au niveau du cholédoque ou, si l'on veut, dans le segment sus-duodénal, la loi de Courvoisier restera entièrement applicable. Mais il est logique d'admettre qu'au contraire, dans le cancer du segment sous-hépatique, on se trouvera en présence d'une vésicule rétractée, puisque l'obstruction siégera entre cette vésicule et le hile du foie.

Avec Devic et Gallavardin, nous ferons remarquer que c'est seulement depuis quelques années que l'attention semble avoir été attirée sur ce point et que c'est Claisse « qui, le premier, en 1897, insista sur les modifications de la vésicule en sens contraire de la loi de Courvoisier-Terrier, dans le cancer de l'hépatique, et montra tout le parti qu'on pouvait tirer de ce fait pour le diagnostic non plus de la nature, mais du siège de l'obstruction. Tout récemment

Lecène et Pagniez ont apporté deux faits pleinement confirmables de l'atrophie vésiculaire dans les cancers de cette portion du conduit excréteur que nous avons nommée segment sous-hépatique ».

Voici d'ailleurs les résultats auxquels arrivent Devic et Gallavardin en faisant la statistique des 35 cas dans lesquels ils ont trouvé mentionné l'état de la vésicule :

α. *Cancer du cholédoque*, 18 :

Vésicule dilatée	17
Vésicule normale	1

β. *Cancer du confluent*, 14 :

Vésicule dilatée	7
Vésicule normale	3
Vésicule rétractée	4

γ. *Cancer de l'hépatique*, 7 :

Vésicule dilatée	2
Vésicule normale	1
Vésicule rétractée	4

Nos recherches postérieures à 1901 nous fournissent, en joignant nos chiffres aux précédents, un total de 61 cas où est noté l'état de la vésicule et nous obtenons ainsi les résultats suivants :

α. *Cancer du cholédoque*, 25 :

Vésicule dilatée	24
Vésicule normale	1

β. *Cancer du confluent*, 24 :

Vésicule dilatée	17
Vésicule normale	3
Vésicule rétractée	4

γ. *Cancer de l'hépatique*, 11 :

Vésicule dilatée	2
Vésicule normale	4
Vésicule rétractée	5

En ce qui concerne le cancer du *cholédoque* ou cancer du *segment sus-duodénal*, notre statistique renforçant la précédente vérifie bien la loi de Courvoisier-Terrier à laquelle nous ne trouvons que la seule exception déjà signalée par les auteurs dont nous nous sommes inspirés.

En revanche, les cancers du *confluent* offrent une variabilité qui mérite de nous arrêter et en effet « les cas de ce groupe ne sont pas absolument comparables et ne se présentent pas au point de vue de leur disposition anatomique dans des conditions strictement identiques... Ordinairement le néoplasme, comme nous l'avons dit plus haut, prédomine sur deux de ces canaux, cholédoque et hépatique, hépatique et cystique, cholédoque et cystique... Suivant la prédominance des lésions dans telle ou telle partie de cette étoile à trois branches, qui figure le point d'abouchement du cystique sur la tige cholédoco-hépatique, il peut arriver que, grâce à une disposition spéciale, la bile puisse encore filtrer jusqu'à la vésicule et non dans l'intestin. Une autre raison, plus vraisemblable peut-être, est qu'à l'obstacle au bon écoulement de la bile dans l'intestin vient encore se joindre un élément nouveau qui est l'oblitération du canal cystique par la masse cancéreuse ou par un processus réactionnel s'exerçant à distance ; or, on connaît les modifications de la vésicule consécutives à l'oblitération de son canal excréteur et l'on sait que les processus de résorption et de sécrétion dont la muqueuse est le siège se terminent le plus ordinairement par la distension de ce réservoir. » Nous devons précisément ajouter, à propos de ce dernier point, que nous n'avons pas envisagé dans cette statistique de l'état de la vésicule les deux cas de cancer du canal cystique, où la vésicule était dilatée, le siège même du néoplasme déterminant a priori les conditions particulières sur lesquelles on vient d'insister.

Toujours est-il que les réflexions précédentes inspirées à Devic et Gallavardin par ce fait que, dans plus de la moitié de leurs cas de cancers du confluent, la vésicule était dilatée, se trouvent singulièrement justifiées par nos nouvelles recherches qui, nous l'avons vu, donnent en tout 17 cas de dilatation vésiculaire pour 24 cancers.

Quant au cancer de l'hépatique, il semble de plus en plus que, pour lui, la non-dilatation soit la règle, car, si nous ne trouvons qu'un cas de rétraction à ajouter aux quatre précédents, nous n'en avons aucun où la vésicule soit dilatée, contre trois où elle est normale. On peut assez facilement s'expliquer que la vésicule conserve des dimensions normales, en admettant la filtration possible d'une petite quantité de bile jusque dans le réservoir, et en tenant compte de ce fait que si, à une autopsie, une dilatation attire d'emblée l'attention, un certain degré de rétraction peut facilement passer inaperçu ; mais il reste à dire pourquoi, dans deux cas, la vésicule était nettement augmentée de volume ; Devic et Gallavardin qui les reproduisent expliquent l'un d'eux (cas de Schmidt) par le siège du cancer qui oblitérait surtout la branche droite du canal hépatique et l'autre (Jenner) par l'oblitération non cancéreuse du cystique, la vésicule renfermant d'ailleurs un liquide muqueux et non biliaire.

Cela étant, nous conclurons que :

1. *Dans le cancer du segment sus-duodénal (cholédoque), la dilatation vésiculaire est la règle.*

2. *Dans le cancer du segment sous-hépatique, il faut séparer le cancer du confluent où la dilatation est beaucoup plus fréquente, de celui de l'hépatique où la non-dilatation est à peu près constante.*

Les résultats de nos recherches ne nous permettent pas en effet de continuer à réunir à ce point de vue cancer du confluent et cancer de l'hépatique, et nous rappellerons que les conditions spéciales où il se trouve mettent complètement à part le cancer du cystique.

Reste à dire un mot de l'état même de la vésicule ; surtout intéressante à ce propos quand elle est dilatée, nous citerons le cas de Friedheim où elle avait 15 centimètres de longueur, d'autres où elle en avait 12, où elle atteignait le volume d'un poing, d'une poire, allant jusqu'à présenter cliniquement l'allure d'un kyste hydatique. Son aspect est d'ordinaire piriforme. Signalons enfin le cas de Huguenin où un cancer hématode avait donné lieu à une hémorragie intra-canaliculaire qui, distendant la vésicule, finit par la rompre.

c. *Infection biliaire.* — L'infection des canaux biliaires est bien plus rare dans les cancers que dans la lithiase. On a décrit cependant trois cas de cholécystite suppurée et l'on relève assez fréquemment des abcès hépatiques angiocholitiques, voire même un vaste abcès du lobe droit (Bradbury).

Parfois cette infection a pu se généraliser et provoquer diverses métastases.

4° Etat des différents viscères. — Quelques mots suffiront pour décrire l'état du *foie*, de la *rate*, du *pancréas* et du *péritoine*.

a. *Foie.* — Sans tenir compte de l'hypertrophie causée par les noyaux cancéreux de généralisation ou par des lésions infectieuses, qui, somme toute, sont assez rares, le foie est ordinairement augmenté de volume. Le plus souvent cette hypertrophie est le fait de la rétention biliaire dont le foie est le siège; elle a pu parfois être attribuée à un processus de cirrhose hypertrophique (Benner, Bezançon, Chappet). Quoi qu'il en soit, Devic et Gallavardin l'ont relevée 25 fois sur 37; nous la trouvons nous-mêmes 43 fois sur 57, soit dans une proportion de 75 p. 100. Dans les autres cas, le foie est le plus souvent normal, exceptionnellement atrophié. Cette hypertrophie est décelable cliniquement et les pesées, faites d'ailleurs assez rarement, accusent des poids variables allant jusqu'à 2 100 grammes (Porot).

Le parenchyme hépatique présente une coloration sombre, parfois vert olive (Houssin), plus souvent rouge brun (Donati).

L'hypertrophie hépatique se rencontre aussi bien dans le cancer de l'hépatique ou du confluent que dans le cancer du cholédoque : ce ne peut donc être un élément de diagnostic différentiel du siège précis du néoplasme des canaux biliaires. Cette hypertrophie mérite cependant d'être signalée, car elle fait habituellement défaut dans le cancer de la tête du pancréas dont un des traits caractéristiques est la coexistence d'une atrophie hépatique avec une dilatation vésiculaire.

b. *Rate.* — Il est rare de constater l'hypertrophie de la rate; elle est signalée 4 fois et son poids atteignait 370 grammes dans le cas de Bezançon, 380 dans celui de Devic et Gallavardin. Cette hypertrophie semble devoir être attribuée à la cirrhose, dont le foie peut être le siège.

c. *Pancréas.* — Le pancréas peut présenter, par places, des noyaux indurés dont on ne peut dire, en l'état actuel des choses, s'il s'agit de noyaux de généralisation ou de simples lésions de sclérose.

d. *Péritoine.* — On rencontre assez souvent de l'ascite ; elle est signalée dans 24 cas. Le plus souvent, c'est une ascite peu abondante, qu'il faut rechercher, car elle n'attire guère l'attention. Schmitt aurait cependant constaté un épanchement de 5 litres. Cette ascite, le plus souvent terminale, est causée non par une généralisation cancéreuse au péritoine, mais par la compression vraisemblablement de la veine porte par des ganglions péricholédociens; Debrovici et Foix ont nettement constaté cette compression. Bourgeret signale comme cause d'ascite une pyléphlébite.

Il n'est pas rare de rencontrer d'autres lésions viscérales au cours des autopsies de malades morts à la suite d'un cancer biliaire, mais elles sont le fait d'affections intercurrentes, pulmonaires ou autres, et il nous suffira de les avoir signalées.

(*A suivre.*)

Ier CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'UROLOGIE

[*Pairs, 30 septembre-3 octobre 1908* (1).]

DEUXIÈME QUESTION

De la rétention sans obstacle local, spécialement de la rétention dans les maladies nerveuses. — M. le professeur Frankl-Hochwart (de Vienne), rapporteur, montre qu'il existe une rétention physiologique déjà chez le nouveau-né qui, on le sait, n'a pas d'ischurie, mais expulse de temps à autre l'urine à plein jet : à un âge plus avancé, l'enfant apprend une sorte de rétention plus élevée en ce qu'à l'évacuation automatique menaçante il oppose une résistance plus prolongée. La rétention survient par suite du tonus vital du sphincter interne avec lequel l'externe agit synergiquement; dans certaines conditions les autres muscles striés du plancher pelvien leur viennent en aide. L'évacuation a lieu parce que nous relâchons le sphincter lisse. Le centre spinal vésical siège au niveau du troisième et quatrième sacré; nous connaissons également une influence sous-spinale par le ganglion mésentérique inférieur et peut-être aussi l'appareil nerveux intra-vésical. Dans le cerveau nous connaissons un centre cortical dans la région motrice, ainsi qu'un centre sous-cortical (corps strié, peut-être aussi couche optique).

Les troubles nerveux vésicaux ne présentent rien de directement caractéristique : on ne peut habituellement les diagnostiquer que par exclusion d'un obstacle local. L'abolition rapide du besoin d'uriner, est un signe qui peut, avec certaines réserves, faire soupçonner une origine neurogène, des degrés prononcés de rétention ne sont pas très fréquents dans les troubles nerveux.

La cause de la rétention réside dans la faiblesse musculaire, dans la crampe du sphincter, ou dans des parésies du sphincter, dans l'impossibilité de relâcher le muscle. Jusqu'alors on n'a pas relaté de cas de rétention due exclusivement à des anomalies sensitives.

La paralysie vésicale n'est pas rare dans l'hébétude (commotion cérébrale, apoplexie, imbécillité), la plupart du temps survient une paralysie vésicale automatique, çà et là une rétention durable (excitation des centres inhibiteurs). De beaucoup plus importante est la rétention avec intégrité sensorielle, qui souvent est unie à l'évacuation automatique de la vessie (vessie tonique); il n'est pas rare cependant qu'elle soit accompagnée d'ischurie paralytique, éventuellement aussi d'expressibilité (vessie atonique). Tout à fait exceptionnellement on voit dans certaines maladies de la moelle épinière de l'incontinence sans rétention.

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 114, p. 1362.

Parmi les *maladies nerveuses*, les spinales sont celles qui conduisent le plus fréquemment à la rétention. Une localisation intra-médullaire, en se basant sur les troubles vésicaux, est à peine explicable, la plupart débutant avec les mêmes manifestations (rétention avec évacuation automatique de la vessie) pour passer ensuite au type atonique (ischurie) : quand ce dernier symptôme survient d'une façon manifestement précoce, il y a lieu de penser à une affection de la moelle sacrée : il s'agit la plupart du temps alors de traumatismes, plus rarement de néoplasmes, de syphilis ou de myélites. Les maladies de la queue de cheval donnent lieu à des manifestations analogues à celles qu'occasionnent les lésions de la moelle sacrée. On suppose que la voie de propagation pour la miction est représentée par la voie du faisceau pyramidal latéral.

Parmi les maladies spinales, c'est le tabes, la taboparalysie qui mène le plus souvent à la rétention; celle-ci peut même précéder de beaucoup les autres symptômes manifestes. Des crises vésicales et des anomalies de la strangurie sont des symptômes concomitants et fréquents. Des anomalies de la miction se présentent très souvent aussi dans la myélite primitive, dans les compressions médullaires par méningite, tumeurs, par des maladies des vertèbres, par des tumeurs intra-spinales, par des traumatismes, des abcès. Dans des scléroses multiples l'apparition précoce assez fréquente de retard de la miction et de la rétention minime est importante au point de vue du diagnostic. Dans nombre d'autres affections de la moelle (polyomyélite antérieure aiguë et chronique, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Friedreich, etc.), les anomalies de la miction font la plupart du temps défaut; elles n'ont été observées que rarement dans la polynévrite. On les trouve assez fréquemment dans les maladies du cerveau, même quand celles-ci évoluent avec intégrité sensorielle, même quand elles ne sont pas associées à des affections spinales : il s'agit la plupart du temps d'hémorragies, ramollissement, tumeurs, rarement d'abcès. Le siège est au niveau du cortex, dans le corps strié : le rôle de la couche optique ou du cervelet est discutable. On peut attribuer la rétention surtout aux foyers corticaux (région du centre lombaire).

Parmi les névroses, l'hystérie cause assez fréquemment la rétention complète : la disparition de la strangurie est un signe concomitant fréquent, quelquefois des crampes du sphincter ont été notées.

On ne connaît que très peu de cas de rétention neurasthénique vraie : on ne doit évidemment pas confondre avec cette rétention vraie la pseudo-rétention, le bégaiement urinaire, l'impossibilité des nerveux d'uriner dans certaines conditions (lorsque, par exemple, quelqu'un les regarde, quand ils craignent d'être surpris, quand ils sont très pressés).

L'incontinence nocturne ordinaire existe naturellement sans rétention. Pourtant on peut voir parfois des enfants chez lesquels on trouve constamment la vessie distendue ; le rapporteur pense qu'il est vraisemblable qu'en ce cas il existe des foyers médullaires circonscrits.

Les rétentions d'urine sans obstacle mécanique et en dehors des maladies du système nerveux. — MM. Albarran et Noguès (de Paris), rapporteurs, ont systématiquement laissé de côté les rétentions de cause nerveuse, ce chapitre de la question ayant été réservé à M. von Frankl-Hochwart.

Leur travail débute par une étude rapide du phénomène de la miction; il était particulièrement utile en effet de bien mettre en lumière le rôle physiologique de l'appareil sphinctérien pour saisir le mécanisme des rétentions dites spasmodiques : d'autre part, il fallait montrer la connexion de l'appareil urinaire avec l'appareil génital pour interpréter certains résultats paradoxaux fournis par les interventions chirurgicales dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

Le rapport comprend trois parties différentes : rétentions avec obstacle mécanique insuffisant; rétentions sans aucun obstacle et sans lésions de la vessie; rétentions sans aucun obstacle mais avec lésions de la vessie.

Dans la première partie sont étudiées les rétentions qui surviennent au cours des petites hypertrophies; un rapide historique de la question montre la part qui a été successivement attribuée à l'obstacle et à l'insuffisance vésicale depuis Civiale et Mercier jusqu'à la conception, due à l'un des auteurs, de l'inhibition vésicale. Ces phénomènes d'inhibition vésicale ne s'observent pas seulement au cours de l'hypertrophie prostatique, ils interviennent encore dans les prostatites et dans les rétrécissements.

Au nombre des rétentions sans aucun obstacle et sans lésions de la vessie, il y a d'abord les rétentions dites médicales : celles-ci sont dues à une intoxication aiguë ou chronique.

Mais ce sont surtout les affections aiguës qui fournissent le plus grand nombre des rétentions de ce genre : on les a mentionnées dans les fièvres éruptives, la dysenterie, le rhumatisme articulaire aigu, le paludisme, la diphtérie et surtout la fièvre typhoïde. Le mode d'action de ces infections sur la vessie est assez difficile à préciser; il semble cependant que les unes agissent par l'intermédiaire de la moelle, les autres au contraire par les extrémités nerveuses en provoquant une véritable névrite périphérique. Quelques-uns enfin paraissent agir par suggestion.

C'est dans ce chapitre que rentrent les rétentions dites spasmodiques à l'étude desquelles les auteurs se sont particulièrement attachés; ils montrent d'abord que la conception classique du spasme du sphincter, c'est-à-dire de la contracture de ce muscle, n'est pas exacte, puisque le cathétérisme pratiqué pour remédier à ces rétentions spasmodiques ne rencontre jamais de résistance au niveau de la portion membraneuse; ce que l'on décrit sous le nom de spasme est simplement un trouble de l'inhibition normale du sphincter dont la clinique et l'expérimentation établissent l'existence indiscutable. C'est cette inhibition qui permet d'expliquer certaines dysuries ou rétentions que l'on observe chez la femme.

Les rétentions sans aucun obstacle mais avec lésions de la vessie sont dues tantôt à de véritables dégénérescences, tantôt à des lésions d'ordre inflammatoire. Au nombre des premières il faut placer les modifications de structure qui paraissent être, comme l'a montré le professeur Guyon, la conséquence de l'âge et qui, d'après les recherches histologiques, se traduisent par un changement de rapport entre le tissu musculaire et le tissu conjonctif dans la constitution des tuniques vésicales. Parfois aussi ces dégénérescences sont consécutives à une intoxication ou à une cachexie, mais la forme anatomique est

alors différente et c'est dans les cas de ce genre que l'on assiste à cette hyperplasie du tissu fibro-adipeux dont certains auteurs ont voulu faire une maladie spéciale.

Les lésions vésicales consécutives à l'inflammation ont un caractère anatomique tout à fait différent; la lésion dominante est une énorme hypertrophie de la paroi à laquelle succèdent les stades de sclérose hypertrophique et de sclérose atrophique. Ce dernier est surtout marqué dans la cystite tuberculeuse; ici la destruction de la paroi peut être totale, il ne reste ni muqueuse ni musculeuse mais simplement une couche fibreuse inerte dont la présence explique les petites rétentions que l'on observe fréquemment et les grandes détentions que l'on voit quelquefois.

Malgré l'étendue du cadre donné à ce rapport, il est des faits cliniques d'une étiologie obscure qui ne peuvent rentrer dans aucun de ces trois chapitres. Aussi les auteurs ont-ils formé un groupe spécial dans lequel ils englobent les cas pour lesquels ils n'ont jusqu'à présent trouvé aucune pathogénie satisfaisante; ils en donnent quelques exemples fort intéressants.

Dans la discussion qui suit, M. Edr. Keyes junior (de New-York) montre que certains cas de rétention vésicale sont dits « sans obstacle mécanique » bien que cet obstacle existe, mais il nous échappe. Pour le trouver il faut savoir le chercher. Dans certains de ces cas, si on introduit le doigt dans le col on reconnaît une sclérose minime, très minime du muscle, mais suffisante cependant pour déterminer la rétention.

L'auteur attire aussi l'attention sur une opération qui peut être tentée, dans les cas de troubles vésicaux dans l'ataxie-paralysie de la vessie, rétention chronique complète ou incomplète — quand le traitement palliatif échoue. C'est l'électro-cautérisation du col par voie périnéale. Il ne l'a pratiquée que quatre fois. C'est dire de quelles réserves il l'entoure.

M. Marion (de Paris) cite un cas où il semble qu'il ait eu affaire à une rétention réflexe, rénale.

M. Bartrina (de Barcelone). Il arrive qu'ayant fait le toucher rectal et ne trouvant pas d'hypertrophie de la prostate, on croit que cet organe n'est pas la cause de la rétention. En raisonnant ainsi on peut se tromper, car il y a des prostates atrophiées, non sensibles par le toucher, où le lobe moyen demeure et est suffisant pour déterminer la rétention. L'extraction de ce qui reste de la prostate amène la guérison de la rétention.

M. Sellarach (de Barcelone) indique les bons résultats qu'il a obtenus dans la rétention d'origine nerveuse avec la testiculine. Il pense que cette substance excite le système nerveux et augmente son fonctionnement.

M. Bazy appelle l'attention sur la rétention d'urine d'origine post-opératoire et pense que, dans la grande majorité des cas, cette rétention est le résultat d'une inhibition.

La théorie de l'inhibition, dont MM. Albarran et Noguès disent qu'elle a été mentionnée pour la première fois dans un travail de l'un d'eux paru en 1899 et 1901, est formulée très nettement dans un travail de M. Bazy (*Union médicale*, 6 septembre 1894) paru cinq ans auparavant, et dans la thèse de son élève Condamy, parue à la même époque. Mais cette inhibition dans les rétrécissements s'exerce par l'intermédiaire de la cystite, et la meilleure façon de faire cesser cette rétention est encore de faire cesser la cystite, et pour cela les instillations de nitrate d'argent sont encore parmi les meilleures.

L'auto-suggestion joue aussi un grand rôle dans la pathogénie de quelques rétentions.

Certaines formes de rétention sont en rapport avec la polyurie. Quelques malades étant d'ailleurs rétentionnistes légers, le sont tout à fait quand ils ont un accès de polyurie, qui peut aller jusqu'à la production de 6 à 700 centimètres cubes.

Une variété de rétention avec stagnation urinaire chez la femme est liée à la péricystite consécutive à la périmétrite et à la salpingite qui amène une espèce d'élargissement de la vessie incapable de revenir sur elle-même.

TROISIÈME QUESTION

Physiologie normale et pathologique de la prostate. — M. le professeur Posner (de Berlin), rapporteur. La prostate n'a pas de fonction unique, elle sert plutôt à des buts différents.

Elle ne contribue que peu à la fermeture de la vessie : sa musculature remarquablement développée sert plutôt à l'expulsion de sa sécrétion; elle est surtout un appareil d'éjaculation.

En se mélangeant au sperme, le suc prostatique qui contient des matières albumineuses et lipoïdes d'une part le fluidifie, d'autre part lui apporte des éléments nouveaux qui, en tant que « fermentactivateurs » protègent la forme vitale des spermatozoïdes et la prolongent.

Le suc prostatique, chez l'homme du moins, n'est pas seulement sécrété pendant le coït, mais encore d'une façon continue. Son évacuation est importante pour la glande elle-même; la surproduction ou la rétention de lécithine peut donner lieu à une prostatite (aseptique). La lécithine est produite dans les cellules glandulaires : quand elle séjourne d'une façon prolongée dans les espaces glandulaires, elle exerce une action chimiotaxique positive sur les leucocytes qui l'absorbent, peut-être pour la ramener dans les humeurs du corps (lécithinophagie).

L'extrait de prostate d'un animal est nuisible pour un autre : les lapins et les cobayes, par exemple, sont tués par de faibles doses d'extrait de prostate du taureau.

Les relations particulières de compensation qui existent entre la prostate, les vésicules séminales et les testicules montrent qu'à côté de la sécrétion externe il existe également une sécrétion interne. La prostate et les vésicules peuvent jusqu'à un certain degré se remplacer. L'ablation de la prostate a une action nuisible sur le testicule dont elle arrête la spermatogénèse. De même, chez l'homme, l'atrophie primaire de la prostate peut déterminer de l'aspermatisme. La ponction du testicule peut dans ces cas éclairer le diagnostic et permet de différencier l'azoospermie de l'aspermatisme.

La sécrétion interne de la prostate paraît de plus agir sur la musculature de la vessie. Mais il est possible aussi que des réflexes interviennent ici.

Malgré cela l'importance de la prostate ne paraît pas être complètement élucidée encore. Au point de vue philogénétique on doit plutôt considérer la prostate, ainsi que les vésicules séminales, comme des restes d'organes qui ont encore, chez des animaux inférieurs, un rôle plus grand; probablement la production de substances odorantes particulières entre également en considération ici, de sorte qu'à ce

point de vue la prostate doit être regardée comme un reste des glandes cloacales.

Rapport de M. Paul Jonathan HABERERN (de Budapesth). — Jusqu'à présent, il n'existe pas d'ouvrage d'ensemble sur la physiologie de la prostate. D'après les descriptions, la prostate est une glande de la grosseur d'une châtaigne, de structure tubulo-alvéolaire, qui contient entre les tubes glandulaires une musculature considérable, des faisceaux lymphatiques, des faisceaux sanguins et des nerfs. Les nerfs de la prostate sont de deux espèces : les uns proviennent du *N. erigens*, les autres du *N. hypogastricus*; ils contiennent des fibres motrices, sécrétoires, sensitives et d'arrêt. L'excitation de ces fibres produit des effets différents. Les organes terminaux des nerfs décrits chez le chien doivent encore être recherchés dans la prostate humaine.

La fonction la plus importante de la prostate est la sécrétion d'un liquide ténu, lactescent, légèrement alcalin, non gélatiniforme et sans filaments; sur le cadavre, il présente une réaction acide. Cette sécrétion a une odeur caractéristique qui est due à la spermine. Elle agit sur les mouvements des spermatozoïdes, soit par dilution, soit aussi par une excitation spécifique; elle contient comme éléments de l'albumine, de la spermine et ses sels basiques, des concrétions stratifiées, amyloïdes, qui forment des calculs prostatiques par adjonction de couches calcaires. On trouve, en outre, dans cette sécrétion, de petits globules adipeux, composés de lécithine. Il n'y existe pas de mucine. Les cristaux spermatiques de Bœttcher forment aussi un élément important.

D'après des auteurs modernes, il semble que la sécrétion prostatique contienne également un ferment nommé vésiculase.

La prostate présente certaines relations avec l'activité sexuelle, car elle se developpe davantage à la puberté. Chez quelques espèces d'animaux, elle n'existe qu'au moment du rut. Il a été constaté en outre que, par sa musculature, elle joue également un rôle dans l'évacuation du sperme et dans l'occlusion de la vessie.

Malgré tout, il faut avouer que la physiologie de la prostate attend encore l'explication de quelques détails, bien que la conception moderne, qui fait considérer la prostate comme une glande à sécrétion interne, ait déjà rendu possible la solution de maintes questions. Ainsi, il semble que la sécrétion interne de la prostate produit un effet stimulant sur la spermatogenèse et joue un rôle important dans l'éjaculation. Nous approcherons considérablement du but lorsque nous réussirons à reconnaître les causes et l'explication de l'hypertrophie prostatique, aujourd'hui encore si énigmatique.

Pour rechercher efficacement la fonction de la prostate, ainsi que ses rapports avec l'organisme en général, il faudrait faire des expériences sur les animaux : en extirpant la prostate in toto, on pourrait observer de cette façon les symptômes (liés à sa disparition). De ceux-ci, on pourrait tirer ensuite d'autres conclusions concernant la fonction normale de la prostate.

Mais il est nécessaire d'abord de posséder une technique perfectionnée, afin d'arriver à extirper entièrement la prostate. Le rapporteur croit la posséder déjà.

Pour démontrer les rapports de quantité et de qualité de la sécrétion interne supposée de la prostate, et pour étudier les symptômes liés à l'extirpation de la prostate, ainsi que pour prouver efficacement la présence de cette sécrétion interne même chez les animaux prostatectomisés, il y aurait lieu de faire des expériences d'implantation. Pour réaliser celle-ci, il semble au rapporteur, ainsi qu'au docteur Makai, que le meilleur moyen est l'implantation de la glande dans la métaphyse du fémur du chien, telle que Kocher l'a proposée pour le corps thyroïde. Il paraît techniquement très avantageux d'employer sa méthode d'introduction préalable de sphérules d'argent.

Le tissu osseux nous semble particulièrement propice pour la transplantation, parce que les métastases des os, si fréquentes dans les carcinomes prostatiques, nous indiquent, ainsi que les observations de Meusser, une affinité de ces deux organes.

Le travail de l'avenir devra comprendre des expériences concernant les faits de suppléance entre la prostate et la moelle des os, observés par Meusser. On recherchera également dans quelles limites une prostate implantée serait à même de remplacer celle que l'on a extirpée, quelle serait l'influence de la prostate sur les organes génitaux féminins. Finalement, il faudrait recommencer les expériences de Serrallach-Parès, mais avec extirpation complète de la prostate. (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 OCTOBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 octobre, à une heure. — 5ᵉ (chirurgie, 1ʳᵉ partie), *Hôtel-Dieu* (1ʳᵉ série) : MM. Kirmisson, Proust et Ombrédanne ; — (2ᵉ série) : MM. Reclus, Gosset et Lecène ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 20 octobre, à une heure. — 5ᵉ (chirurgie, 1ʳᵉ partie), *Charité* (1ʳᵉ série) : MM. Pozzi, Quénu et Marion ; — (2ᵉ série) : MM. de Lapersonne, Albarran et Auvray ; — M. Carnot, suppléant.

5ᵉ (obstétrique, 1ʳᵉ partie), *Clinique Tarnier*, à neuf heures du matin : MM. Bar, Demelin et Jeannin ; — M. Brumpt, suppléant.

Mercredi 21 octobre, à une heure. — 3ᵉ (2ᵉ partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

4ᵉ (1ʳᵉ série) : MM. Pouchet, Gaucher et Zimmern ; — (2ᵉ série) : MM. Brissaud, Richaud et Macaigne ; — M. André Broca, suppléant.

5ᵉ (obstétrique, (1ʳᵉ partie), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Jeudi 22 octobre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique* : MM. Pozzi, Quénu et Marion.

1ᵉʳ (oral) : MM. Thiéry, Auvray et Morestin.

2ᵉ : MM. Prenant, Langlois et André Broca.

4ᵉ : MM. Chantemesse, Thoinot et Carnot.

1ᵉʳ (sages-femmes) : MM. Ribemont-Dessaignes, Launois et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dʳ François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



Affections pulmonaires
Tuberculose
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable, elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Éviter les contrefaçons
Échantillon et Littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
PARIS
Sirop Roche
au Thiocol
Préparé par Ch. Weiss
30 Boulevard Magenta
1 Cuillerée à café contient 0.33 Thiocol 0.20 Gaiacol cristallisé
Vente en Gros
F. HOFFMANN.LA ROCHE & Cie
7 Rue St Claude
PARIS
Prix 4 fr
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 9 octobre 1908. — Question donnée : « Cathétérisme de l'urètre chez l'homme et chez la femme. »

MM. Arbassier, 11 ; Bougault, 4 ; Bertin-Mourot, 15 ; Boissier, 8 ; Benit, 14 ; Borel (Alexandre), 11 ; Abou, 9 ; Beau, 11 ; Aubert et Besnard, 9 ; Boulanger (Gaston), 10 ; Beaudouin, 11 ; Berlioz, 16 ; Baudet, 11 ; Benoits, 6 ; Babaud, 12 ; Mlle Beauvais, 5.

Anatomie. — Séance du 10 octobre 1908. — Question donnée : « Etage postérieur de la base du crâne, face endo et exdocranienne. »

MM. Boussi, 8 ; Carpanetti, 11 ; Bricaire et Brossier, 8 ; Brousseau, 5 ; Callot, 3 ; Chaisemartin, 10 ; Colson, Hudelo et Chéronnet, 12 ; Chavasse-Frétaz, 8 ; Mlle Coudert, 3 ; MM. Dauphin, 15 ; Debray, 19 ; Delattre, 16 ; Coudray (Jean), 14 ; Colombier, 10 ; Chatelier, 15 ; Denoyelle et Chamlian, 12 ; Dalayrac, 8 ; Chalet, 15.

Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Origines et tronc de la veine porte. »

MM. Auclair, 8 ; Berthelot (Désiré), 2 ; Bertin-Mourot, 3 ; Arbassier, 8 ; Abou, 2 ; Beaudouin, 10 ; Berlioz, 19 ; Boulanger (Gaston), 7 ; Benit, 19 ; Borel (Alexandre), 15 ; Baudet, 16 ; Bertaux et Berthelot (Albert), 14 ; Baudin, 15 ; Mlle Abramovitch, 16 ; MM. Achard, 18 ; Adeline, 6 ; Alih, 15 ; Allondy, 12 ; Andrieu (Marie-Auguste), 10 ; Antoine et Antony, 15.

La prochaine séance aura lieu le mardi 13 octobre, à quatre heures et demie, première série, première moitié.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Les jurys de l'internat et de l'externat sont ainsi composés :

INTERNAT. — Juges titulaires : MM. Demons, Lanelongue, du Magny, Auché, Verger, Verdelet, Lagrange.

Juges suppléants : MM. Pousson, Boursier, Dumur, Cassaët, de Boucaud, Cruchet, Picot fils.

EXTERNAT. — Juges titulaires : MM. Princeteau, Abadie, Bousquet, Cabannes, Andérodias, Bégouin, Lamacq, Rocaz, Rocher, Guyot.

INTERNES EN PHARMACIE. — Jury médical : MM. Dubreuilh et Mongour.

GUERRE. — M. le médecin-inspecteur Darricarrère, directeur du service de santé du 14e corps d'armée, est placé dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins militaires.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 10 octobre 1908 :

Médecin principal de première classe. — M. Boisson passe à l'hôpit. milit. Saint-Martin et détaché à l'Ecole supérieure de guerre à Paris.

Médecins-majors de première classe. — MM. Buy, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Toul ; Ruotte, passe au ministère de la guerre (7e direction) ; Lalitte, maintenu à l'hospice mixte de Toul comme médecin traitant.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Marie, passe au 159e d'inf. ; Bouffandeau, affecté aux salles militaires de l'hôpit. mixte du Havre ; Stéfani, au 20e escadron du train des équipages militaires ; Lambroschini, au 22e d'art. ; Pascal, au 16e bataillon d'art. à pied ; Carret, au 119e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Dupont, passe au 110e d'inf. ; Bodin, au 5e d'inf. ; Lère, au 102e d'inf. ; Cathala, au 34e d'art.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Moner, passe au 14e bataillon de chass. à pied ; Mouchard, au 25e bataillon de chass. à pied.

LA PROPHYLAXIE DE L'AVORTEMENT AU CONGRÈS INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE. — Le Congrès qui vient de clôturer ses travaux samedi, à la Faculté de médecine de Paris, a voté l'ordre du jour suivant :

« Après la lecture et la discussion du rapport du docteur Bossi (de Gênes) sur la « prophylaxie de l'avortement cri-

minel », vu les statistiques impressionnantes publiées en France et à l'étranger sur la fréquence croissante de l'avortement.

La Société obstétricale de France, réunie en congrès international, considérant qu'elle n'a pas qualité pour prendre position, au regard des dispositions édictées par le code pénal français, contre « l'avortement criminellement provoqué » ;

Qu'elle n'a pas davantage à se prononcer sur cette question au point de vue social, moral ou religieux, mais que, néanmoins, elle ne saurait se dérober au devoir de faire entendre un cri d'alarme et un avertissement salutaire, adopte les conclusions suivantes :

Dans l'avortement criminellement provoqué, tel qu'il est observé, un fait est incontestable : la grande fréquence et l'extrême gravité des accidents consécutifs aux pratiques coupables, quelles que soient les précautions apportées à l'acte criminel et la technique employée.

Les statistiques établissent que :

Dans la grande majorité des cas, de longues et sérieuses maladies locales s'ensuivent.

Dans les deux tiers des cas environ, les affections très graves mettent la vie en péril et occasionnent une incapacité de travail allant de plusieurs mois à plusieurs années et une incapacité fonctionnelle définitive ; les survivantes restent infirmes.

Dans 6 p. 100 des cas enfin, la mort, qui respecte les accouchées normales à terme, suit immédiatement ou à bref délai les pratiques abortives.

La Société obstétricale de France décide la constitution d'un comité international permanent en vue de rechercher et d'étudier les mesures prophylactiques à proposer aux pouvoirs publics.

Sont proposés pour faire partie de la commission :

MM. les professeurs Pinard, Bar, Ribemont (de Paris), Queirel (de Marseille), Hergott (de Nancy), Oui (de Lille), Chambrelent (de Bordeaux), Valois (de Montpellier), Audebert (de Toulouse).

Les membres du bureau actuel de la Société obstétricale de France : MM. Doléris, président ; Fabre (de Lyon), vice-président ; Brindeau, secrétaire général, pour la France ; MM. les professeurs Treub (d'Amsterdam), Bossi (de Gênes), Guzzani (de Messine), Keiffer (de Bruxelles), tous présents, auxquels seront adjoints des membres nouveaux choisis dans les pays non représentés. »

LE CHOLÉRA. — Le professeur Thoinot a donné communication, au conseil d'hygiène et de salubrité publique du département de la Seine, d'une note sur le fonctionnement du service de surveillance sanitaire des voyageurs en provenance de Russie.

Du 20 au 30 septembre 470 personnes sont arrivées de Russie à Paris ; sur ces 470 voyageurs, 340 ont subi les trois visites sanitaires, la première en gare et les autres soit à domicile, soit au poste sanitaire de la préfecture de police ; tous ont été reconnus en bonne santé.

Un seul voyageur, arrivé de Berlin le 29 septembre, était signalé comme malade par le poste sanitaire de la frontière, mais cet homme n'a jamais habité la Russie. Parti de Berlin le 27, un peu fatigué, avec des nausées, il était pris en route de quelques vomissements : il avait trop mangé de caviar.

Du 1er au 8 octobre, 308 voyageurs sont arrivés de Russie. M. Thoinot constate que pas un seul cas réel de choléra ne s'est produit en France. Le service sanitaire continue d'ailleurs à fonctionner avec la même rigueur. Il a eu à exercer sa surveillance sur deux jeunes gens qui viennent de Russie accomplir leur service militaire en France. L'un d'eux, Pierre Hubaut, est né à Kharkof en 1888. La feuille d'appel du service de recrutement l'a touché à Samara, sur les bords de la Volga. Il a immédiatement fait savoir au consul que, fils de Français, il voulait accomplir son service militaire. Il sera incorporé à Laval. Il ne parle pas le français. L'autre, Pierre Delpech, né à Askhabad, se rend au 5e colonial, à Cherbourg. Il connaît très bien le français. C'est ainsi que deux conscrits ont été désinfectés en gare du Nord. (*Le Temps.*)

LA FIÈVRE JAUNE A SAINT-NAZAIRE. — Plusieurs cas de fièvre jaune se sont déclarés à Saint-Nazaire à l'arrivée du paquebot *La France*, venant des Antilles. On pense que les malades ont pu être piqués par un moustique avant que le bateau ait été désinfecté, car il n'y avait pas de malades à bord de *La France* durant la traversée.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE. — La Société reprendra ses réunions le mercredi 14 octobre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de chimie de l'Institut Pasteur.

ORDRE DU JOUR. — Correspondance : M. Theiler. Influence du froid sur les tiques et le piroplasma parvum. — M. Deaderick. Paludisme comme cause de purpura hémorragique. — M. Ch. Nicolas. Deux remarques à propos de la lèpre ; — A propos du pian.

Communications annoncées : MM. G. Martin et Lebœuf. Nouveaux documents sur le diagnostic microscopique de la trypanosomiase humaine. — M. Kérandel. Trypanosomiases du Congo (Haute Sangha, Logone, Ouhame). — M. Bouet. Trypanosomiases du Dahomey. — MM. M. et A. Leger. Contribution à l'hématologie de la lèpre. — MM. Woinberg, Alexander et Mello. Œsinophilie et helminthiase. — M. Bouffard. Diffusion des stegomyia au Soudan. — M. Dufougeré. Eléphantiasis et lymphangite épidémique. — M. L. Martin. Sur le traitement de la trypanosomiase humaine.

La Société sera consultée sur la publication de communications en langues étrangères.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarantième semaine, 775 décès, au lieu de 729 pendant la semaine précédente et de 776, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 75 décès, au lieu de 86 pendant la semaine précédente (moyenne 80).

La phtisie pulmonaire a causé 176 décès (la moyenne est 176).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires à itinéraires fixes.* — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

DE L'IMPORTANCE
DU
CARACTÈRE HYPOMINÉRAL DE L'EAU
D'USAGE INTERNE

Par le docteur H. VOISIN,
Médecin consultant aux Eaux d'Aix-les-Bains.

La cure des eaux sulfureuses chaudes d'Aix-les-Bains est essentiellement une cure externe, applicable surtout à l'arthritisme, à la goutte et à leurs manifestations multiples, douloureuses, articulaires et musculaires; névralgies chroniques ou troubles consécutifs aux lésions articulaires.

L'application externe de ces eaux a des procédés variés dont le premier résultat consiste à déterminer des poussées successives d'élimination, par le rein, de produits de dénutrition en quantité anormale.

Ainsi, dans une note communiquée, le docteur Fiquet a constaté qu'à elle seule, chez un homme sain, la douche-massage tempérée doublait l'excrétion d'acide urique allant jusqu'à 1g14 en vingt-quatre heures. D'autre part, moi-même (*Gaz. des hôpit.*, 21 juin 1906) ai signalé l'élévation du coefficient de déminéralisation, principalement des phosphates et l'augmentation du rapport de l'urée à l'azote.

Cette élimination intensive de déchets minéraux et azotés, d'une grande valeur thérapeutique, s'accompagne classiquement d'une oligurie considérable; le taux de l'urine tombant en cinq ou six jours, à 500 et même 400 centimètres cubes, avec une densité exagérée.

Cette oligurie qui ne sert à rien et qui peut nuire, est due surtout à la perte d'eau considérable, causée par la chaleur de l'eau ou des vapeurs de la cure externe, accentuée par les variations de la pression sanguine.

En 1895, le docteur Forestier a appelé l'attention sur l'abaissement de la tension sanguine par la douche-massage et les étuves de vapeur, et le docteur Marty (1906), reprenant cette question, a montré que, si l'action brusque de la douche-massage produisait pendant sa durée une ascension rapide de la colonne de mercure du sphygmomanomètre de Potain, cette excitation aboutissait à une diminution stable de la tension sanguine.

Nous trouvons ainsi, comme première manifestation de la cure externe, l'augmentation des déchets nutritifs et la diminution du mécanisme de leur élimination. Dans cette situation, l'encombrement du sang est inévitable et se traduit par quelques douleurs rénales et donne lieu à la *fièvre thermale* caractérisée par l'ascension thermométrique jusqu'à 39 degrés, des troubles digestifs, des vomissements, des congestions diverses, etc.

Autrefois, la fièvre thermale était protocolaire, on la recherchait comme signe évident de l'activité des eaux; aujourd'hui, on sait qu'elle est due à l'intoxication par un excès de déchets non éliminés, on la considère comme fâcheuse et on cherche à l'éviter. Déjà, en 1860, Vidal recommandait de modérer l'intensité des applications externes; actuellement, la conduite est plus judicieuse et donne de bien meilleurs résultats.

La fièvre thermale étant due à l'insuffisance momentanée du rein et à la persistance dans le sang des résidus du métabolisme cellulaire exagéré par l'action externe de l'eau sulfureuse, l'indication capitale, nette et simple, consiste à secourir le rein pour qu'il suffise à sa tâche.

La filtration rénale est réglée par deux facteurs: 1° la densité du liquide dialysable; 2° la pression de ce liquide contre la membrane filtrante des glomérules, c'est-à-dire par la tension du sang. Or, l'oligurie du traitement externe est due à une densité anormale du sérum avec une tendance à la diminution de la pression sanguine en dehors de l'instant de l'application de l'eau. Pour secourir le rein, il faut donc diminuer la densité du liquide dialysable, c'est-à-dire combler le déficit de l'eau perdue et relever ou soutenir la tension sanguine, sans troubler la cure, c'est-à-dire maintenir physiquement le volume normal du contenu du système vasculaire. C'est une indication purement physique et c'est pour avoir méconnu ce caractère qu'elle n'est bien et complètement remplie que depuis peu de temps. En somme, elle a le même but et doit être soumise aux mêmes conditions de succès que le lavage du sang.

Tous ceux qui ont utilisé le lavage du sang avec méthode et persévérance, ont été amenés, par la simple observation clinique, à constater que ce moyen thérapeutique était d'autant plus précis et plus puissant qu'il se rapprochait d'un rôle purement mécanique. Successivement, on a adopté des eaux de moins en moins minéralisées, et on finit par regretter que l'eau distillée ne soit pas potable.

Il est intéressant de noter que la pratique d'Aix a subi les mêmes phases, qu'elle est arrivée à reconnaître qu'il vaut mieux ne pas courir deux lièvres à la fois et que le lavage du sang n'est sûr et efficace qu'à l'aide d'un agent dégagé de toute mission accessoire, respectant scrupuleusement la grande complexité des mutations cellulaires.

Il est bien entendu que, depuis longtemps à Aix, on a eu l'idée de suppléer à la perte d'eau par la peau due à la chaleur des procédés de la cure externe; mais, on recherchait en même temps une eau minéralisée pour ajouter une action nouvelle à sa cure externe; on la choisissait en rapport avec l'affection en traitement.

En 1860, Vidal donnait de deux à quatre verres d'*eau de soufre* comme une infusion chaude; on apportait des environs les eaux sulfureuses de Marlioz (source Bonjean) et de Challes (Grande Source) ou ferrugineuse de Saint-Simon ou de La Bauche.

En réalité, ce n'est que tout récemment que l'idée d'eau purement éliminatrice a pris corps dans la pratique d'Aix où elle s'implante systématiquement.

Elle a débuté par l'eau de Raphy, à laquelle a succédé l'eau de Massonnat, remplacée elle-même par la source des Deux-Reines, captée plus particulièrement dans d'excellentes conditions de protection microbienne, légère et aérée, dont l'usage se géné-

ralise de plus en plus et qui répond bien à l'indication d'élimination certaine et rapide : *Tuto, cito et jucunde.*

Cette eau n'a que 16 degrés hydrotimétriques et son absorption agréable et rapide est assurée par la présence de quatre centièmes d'acide carbonique et deux centièmes d'oxygène libre en dissolution. C'est de l'eau presque distillée et c'est bien réellement à ce caractère négatif qu'elle doit d'être un instrument merveilleusement précis pour assurer toute sa puissance à la cure externe.

Dans la pratique du lavage du sang, on abandonne successivement les eaux minéralisées, car l'objectif désiré, c'est-à-dire l'obtention d'une densité urinaire plutôt inférieure à 1 018 ne s'obtient qu'avec des quantités essentiellement variables. Il faut avec ces eaux hyperminérales tenir compte de leur teneur médicamenteuse, crainte d'excitation, d'irritation rénale, donc limiter la quantité absorbée, tandis qu'avec les eaux hypominérales la liberté quantitative est la grande cause du succès.

Le résultat est double. D'abord les réactions d'intoxications disparaissent, faute d'aliments, dès que l'élimination régulière est assurée, ce qui permet la continuation de la cure externe, sans interruption. Ensuite le sang lavé quotidiennement conserve toute sa réceptivité pour des déchets nouveaux créés ou mobilisés par les diverses manœuvres thermales (massage sous l'eau) et permet, sans réaction, une intensivité plus régulière et plus grande dans la cure externe. Voilà ce qu'apporte le caractère essentiellement hypominéral de l'eau des Deux-Reines, employée comme *éliminatrice* et *compensatrice*.

Remarquons aussi que l'eau des « Deux-Reines » doit à son action purement physique, de s'adapter à tous les malades d'Aix et de pouvoir être incorpérée dans les procédés généraux de la cure thermale.

Considérons deux types extrêmes de la clientèle d'Aix.

D'abord un goutteux à accidents subaigus, uricémiques, hyperacide, quelque peu pré-scléreux et hypertendu. Son sang est saturé de produits à éliminer, azotés et minéraux.

La cure externe va augmenter ses déchets et diminuer son hypertension; l'indication de l'élimination est impérieuse; le système vasculaire, en tension forte, ne conserve aucun liquide, le rein et la peau les rejettent de suite; la miction est fréquente et peu abondante.

L'élimination ne peut s'obtenir que par la multiplicité de petites doses d'eau d'élimination, qui constituent cependant, pour être efficaces, un total respectable.

Si l'eau employée est minérale, alcaline, il utilisera par jour 0,70 à 0,80 centigrammes de base alcaline pour convertir en urates neutres solubles l'excès quotidien d'acide urique ou d'urate acide; le reste convertira en bi-basiques, c'est-à-dire en déchets peu solubles, une quantité proportionnelle de bicarbonates ou de phosphates mono-basiques utilisables. Son acidité diminuera, mais, si l'élimination quotidienne n'est pas complète, l'encombrement aura artificiellement augmenté et on lui aura nui. La quantité d'eau nécessaire pour assurer l'élimination totale est bien supérieure à ce qui peut être permis d'absorption alcaline. Si on limite l'eau à la dose raisonnable de son contenu, le lavage est manqué.

Si, au contraire, l'eau employée est *hypominérale*, on peut l'absorber par petites doses, *sans se préoccuper du total*, et, dans ce cas seulement, on peut obtenir une élimination d'autant plus complète qu'elle ne sera pas surchargée de celle des déchets artificiels. Et ce procédé permettra, le cas échéant, l'usage précis de sels alcalins, si leur rôle est jugé utile.

En second lieu, admettons un arthritique chronique, hypoacide, phosphaturique, hypotendu, oligurique. La cure externe va encombrer son sang de sels bibasiques à peine solubles, mobilisés par le traitement, son oligurie augmentera et l'élimination sera en déficit notable, elle s'impose cependant. Les alcalins sont formellement contre-indiqués, les acides au contraire, acide phosphorique par exemple, sont très utiles. Eh bien, dans ce cas, également opposé au premier, l'*eau hypominérale* rendra le même service et permettra le maintien et le relèvement de la tension artérielle et l'élimination intégrale des déchets du sang, sans trouble, toute médication accessoire ou complémentaire, utile dans chaque cas particulier.

Ce n'est point seulement le champ libre rendu aux médications diverses, c'est aussi *leur activité thérapeutique assurée*, parce que la meilleure condition d'activité des échanges nutritifs des unités anatomiques est *la régularité et la facilité de l'exosmose des matériaux usés*, d'autant plus active que le sang en contient moins.

En résumé, nous pouvons donc dire que c'est à son caractère d'*eau hypominérale presque distillée*, mais aérée, que l'eau des Deux-Reines doit d'agir.

1° Comme dissolvant des déchets nutritifs en maintenant la densité urinaire à un degré voulu et prescrit;

2° Comme éliminatrice, en assurant, sans danger et *sans préoccupation de quantité*, le degré de polyurie nécessaire à l'élimination certaine des produits à éliminer et la *non-production de réaction d'encombrement*, fièvre thermale, douleurs rénales, etc.;

3° Comme compensatrice, en permettant de maintenir le volume du contenu du système vasculaire à un degré suffisant pour que la pression sanguine puisse faire fonctionner le filtre rénal;

4° Comme adjuvant de tous les médicaments accessoires en maintenant le sang et les cellules, dans de bonnes conditions d'endosmose et d'exosmose.

Elle est donc digne de figurer comme moyen de choix dans l'arsenal thérapeutique de la cure thermale d'Aix-les-Bains.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

OBSERVATION I. — Jeune fille, dix-huit ans, tempérament goutteux avec troubles douloureux, sciatique droite, cœur normal.

Traitement : Bouillon, douche-massage, eau des Deux-Reines.

Pas de réaction d'encombrement.

Pression au début : 15 centigrammes d'Hg. ; au départ : 17.

Obs. II. — Femme, quarante ans; arthropathie sacro-iliaque gauche; artères souples.

Traitement : Douche-massage, eau des Deux-Reines.

Pas de réaction d'encombrement.

Pression au début : 16; au départ : 12.

Obs. III. — Homme, trente-neuf ans, goutteux.

Traitement : Bouillon, douche-massage, eau des Deux-Reines.

Point de réaction d'encombrement. Polyurie facilement obtenue.

Pression au début : 20; au départ : 17.

Obs. IV. — Femme, quarante-cinq ans; arthrite sèche du genou droit.

Traitement : Berthollet local, douche-massage, eau des Deux-Reines.

Point de réaction d'encombrement.

Pression au début : 21 ; au départ : 19,5.

Obs. V. — Homme, quarante-huit ans; goutte généralisée; insuffisance du cœur droit.

Traitement : Bouillon, douche-massage, eau des Deux-Reines.

Pas de réaction d'encombrement.

Pression au début : 19,5; au départ : 14,5.

Obs. VI. — Rhumatisme goutteux.

Traitement : Douche-massage, eau des Deux-Reines.

Réaction d'encombrement nulle.

Pression au début : 18; au départ : 16.

Ier CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'UROLOGIE

[*Paris, 30 septembre-3 octobre 1908* (1).]

TROISIÈME QUESTION

Physiologie normale et pathologique de la prostate. — La troisième question donne lieu à une discussion intéressante au sujet du rôle de la prostate dans les fonctions sexuelles.

M. Albarran (de Paris) a constaté, comme tous les chirurgiens ont pu le faire, qu'après la prostatectomie périnéale totale la majorité des opérés sont atteints d'affaiblissement de la puissance sexuelle, quelques-uns même l'ont totalement perdue. Par contre, dans la prostatectomie sus-pubienne, l'érection est conservée chez la plupart des sujets.

Comment expliquer ces faits? Si l'on se rapporte à l'expérimentation, on ne peut rattacher cette impuissance après la prostatectomie périnéale, à la suppression de la prostate, ni le maintien de l'érection après la prostatectomie sus-pubienne, à la partie de la prostate laissée dans cette opération. Et puisque l'on est amené, par l'expérimentation, à mettre hors de cause les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, la prostate, il semble que l'impuissance après l'intervention par la voie périnéale, tient à ce que le chirurgien exerce dans cette opération une action plus directe sur les nerfs, et occasionne des lésions nerveuses plus marquées.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, nº 114, p. 1362, et nº 116, p. 1388.

M. Bartrina (de Barcelone). La prostate est un organe génital, qui sert pour l'éjaculation. Ses fonctions sont semblables à celles des vésicules séminales; dans l'échelle animale, il y a compensation entre l'importance de ces organes : prostate et vésicules séminales.

Dans la prostatectomie sus-pubienne, s'il n'y a pas perte de la puissance génitale, cela tient à ce que, dans cette opération, les canaux éjaculateurs sont conservés avec la portion de prostate qui n'est pas enlevée.

Chez le chien, la prostatectomie ne fait ni disparaître les érections, ni diminuer les testicules; elle ne modifie pas, non plus, les spermatozoïdes.

M. Janet (de Paris). Bien qu'ayant une même voie, l'appareil génital et l'appareil urinaire sont physiologiquement séparés, et l'un ne peut fonctionner qu'autant que l'autre est fermé. Des actions inhibitoires peuvent partir de l'appareil génital pour retentir sur l'appareil urinaire. La physiologie le montre : cessation de l'incontinence d'urine au moment où apparaît la puberté; impossibilité d'uriner lorsqu'il y a érection. Il y a là une sorte de paralysie du muscle vésical. Dans la rétention attribuée à la prostate, c'est peut-être par inhibition qu'elle agit.

M. Rovsing (de Copenhague) conclut, des enseignements de la clinique, à la réalité de la sécrétion interne de la prostate, et à sa grande importance pour l'organisme. Après la prostatectomie, il a fréquemment constaté des troubles nerveux, des déchéances organiques. Le vieillard supporte mieux cette opération que l'homme plus jeune. Aussi, doit-on se montrer plus parcimonieux de cette opération qu'on ne l'est en ce moment.

M. Lombardo (de Mexico) communique une observation dans laquelle une intervention sur la prostate malade fit cesser une neurasthénie grave. Il se défend de vouloir généraliser, et bien qu'on ne puisse tirer une ligne de conduite d'un cas isolé, il pense que ce fait est de nature à autoriser l'intervention en pareilles circonstances.

QUATRIÈME QUESTION

Indications opératoires dans la tuberculose rénale. — M. le docteur Brongersma (d'Amsterdam), rapporteur. « Par tuberculose rénale, nous entendons « l'ensemble des lésions pathologiques que l'introduction et la colonisation du bacille de Koch peuvent produire dans le rein ».

On peut la diviser en deux groupes, selon que les lésions dérivent leur origine, ou non, de la formation du tubercule typique.

Les « néphrites bacillaires » et les « infections bacillaires transitoires » appartiennent au domaine exclusif de la médecine interne; les autres, excepté la tuberculose miliaire du rein, appartiennent au domaine chirurgical.

Au point de vue histologique, on peut distinguer parmi la tuberculose chirurgicale :

1º Une forme ulcéro-caverneuse;

2º Une forme nodulaire chronique.

Israël et Rosenstein décrivent une troisième forme : « l'ulcération tuberculeuse du sommet des papilles » qu'on peut ranger parmi la forme ulcéro-caverneuse, depuis que Rosenstein a démontré qu'elle débute dans la papille même, et qu'elle s'étend plus tard à la muqueuse du bassinet.

La question « des indications opératoires dans la tuberculose rénale » est dominée par quelques autres questions :

I. *Existe-t-il une tuberculose primitive du rein dans le vrai sens du mot?* — Affirmée par quelques chirurgiens, les cas publiés jusqu'ici ne résistent pas à une critique sérieuse.

II. *Par quelle voie le virus tuberculeux atteint-il le rein?*

a. *Par voie ascendante.* On a défendu son existence par trois ordres d'argumentations empruntées à la clinique, à l'autopsie et à l'expérimentation.

D'aucune façon, l'on n'a réussi à le prouver.

b. *La voie sanguine* regardée jusqu'ici comme étant la plus fréquente, ceci a été prouvé pour la tuberculose miliaire, et est aussi indéniable pour la forme nodulaire chronique. L'autopsie et l'expérimentation démontrent :

1° Que les bacilles de Koch arrivant par l'artère rénale dans le rein sont arrêtés dans les capillaires glomérulaires et dans les capillaires de la substance corticale;

2° Ils donnent lieu à une tuberculose miliaire bilatérale des reins.

La forme ulcéro-caverneuse débute dans la substance médullaire, et est dans la grande majorité des cas au début unilatérale.

Jusqu'ici on n'a pas expliqué comment ce début dans la substance médullaire serait compatible avec l'infection sanguine.

L'explication donnée pour l'unilatéralité par infériorité manifeste du rein malade vis-à-vis de son congénère resté sain, par prédisposition héréditaire, « traumatisme, rein mobile, maladies concomitantes » et « difformité congénitale du rein », ne trouve pas d'appui dans la clinique.

c. *Par voie lymphatique.* Teudeloo a réussi à prouver que l'infection médullaire du rein peut avoir lieu par voie lymphogène rétrograde.

Cette théorie, qui explique avec le début dans la substance médullaire, en même temps l'unilatéralité fréquente, la plus grande fréquence de la tuberculose rénale chez la femme que chez l'homme, et la préférence qu'elle démontre pour le côté droit, ainsi que la propagation consécutive à l'autre rein, nous paraît la plus vraisemblable.

III. *Y a-t-il possibilité que la tuberculose rénale diagnostiquée cliniquement guérisse spontanément?* — Il a été démontré que s'il existe une guérison spontanée, elle se présente tellement rarement, qu'on n'en peut tenir compte en pratique.

IV. *En cas de tuberculose rénale diagnostiquée unilatérale, y a-t-il probabilité que l'autre rein souffre déjà d'une tuberculose latente?* — La statistique répond par la négative.

V. *La probabilité que le rein sain deviendra tuberculeux augmente-t-elle à mesure que les lésions spécifiques progressent dans le rein malade? et l'extirpation de ce dernier fait-elle diminuer cette probabilité?* — La clinique, l'autopsie et les statistiques répondent affirmativement.

VI. *Des opérations qui s'appliquent à la tuberculose rénale et de leurs applications.* — Il y a trois opérations qui se pratiquent sur le rein tuberculeux.

a. *La résection partielle,* qui ne doit pas entrer en ligne de compte, vu la difficulté de dire si toutes les lésions présentes dans le rein ont été extirpées et vu ses mauvais résultats;

b. *La néphrotomie.* Elle est seulement indiquée là où l'état du malade force à intervenir et où un traitement plus radical est contre-indiqué;

c. *La néphrectomie.* Pendant que quelques chirurgiens sont d'opinion qu'on ne doit faire la néphrectomie que dans les cas où un malade *souffre* d'une tuberculose urinaire, dans le sens le plus large du mot, neus sommes d'avis que :

Chaque rein reconnu tuberculeux doit être extirpé, sauf contre-indication.

Les contre-indications peuvent résulter :

a. De la bilatéralité des lésions;

b. De lésions tuberculeuses d'autres organes;

c. De l'état général du malade.

a. La tuberculose de l'autre rein est une contre-indication relative.

Une albuminurie simple, ainsi qu'une albuminurie avec cylindrurie, ne forment pas une contre-indication aussi longtemps que le rein fonctionne bien;

b. Les lésions d'autres organes forment rarement une contre-indication contre la néphrectomie.

La tuberculose de la vessie et des organes génitaux impose davantage la néphrectomie précoce;

c. L'état général mauvais ne forme pas une contre-indication si la tuberculose du rein en est la cause exclusive. »

Indications opératoires dans la tuberculose rénale. — M. Barthélemy Guisy (d'Athènes), rapporteur. Comme la plupart des chirurgiens urologistes, l'auteur est d'avis que la tuberculose rénale doit être opérée hâtivement lorsque les lésions tuberculeuses se trouvent évidemment localisées et confinées dans l'un des reins seulement. Car par une intervention précoce on réussit à écarter le danger d'évolution et d'infection du côté du rein opposé et des voies urogénitales inférieures restées indemnes jusqu'alors. Plus l'opération est précoce et meilleure elle est. Il faut intervenir dès que le diagnostic est fait. Les *lésions des poumons* et surtout quand elles ne sont pas très avancées, ainsi que *des lésions de l'appareil génito-urinaire inférieur* ne sont pas une contre-indication pour la néphrectomie. Les *lésions vésicales* en particulier, alors même qu'elles sont réelles, *s'améliorent à la suite de l'intervention.* Cependant cette amélioration est parfois très lente, elle ne devient définitive que lorsque le moignon urétéral, très souvent infiltré lui-même, est transformé en cordon fibreux. L'opération de choix est la néphrectomie, après détermination de l'état anatomique et de la valeur fonctionnelle du rein du côté opposé par tous les moyens nouveaux d'investigation connus, c'est-à-dire par le cathétérisme des uretères ou par la séparation endo-vésicale des urines des deux reins. A quelle époque de la tuberculose rénale doit-on intervenir? Il faut rappeler ici la nécessité de distinguer *deux stades* de la maladie en question. Ainsi *le stade de début ou prodromique,* c'est-à-dire toute la phase de la tuberculose rénale qui s'étend depuis l'installation du bacille spécifique et le développement du processus néoplasique inflammatoire jusqu'au commencement de la caséification des tubercules ou des foyers tuberculeux. La durée de cette période est ordinairement longue, varie d'*un* à *sept* ans. Quels sont les signes qui peuvent guider le chirurgien pour le diagnostic du stade initial ou le début de la tuberculose hématogène des reins?

Ce sont, d'une part, *les antécédents*, ou bien *la prédisposition héréditaire,* ainsi que *l'état antérieur des organes urinaires.* D'autre part, ce sont *les réflexes*

vésicaux ou *réno-vésicaux* (la pollakiurie, l'incontinence et le spasme persistant de la portion membraneuse de l'urètre) et les réflexes *réno-rénaux* (douleurs spontanées au niveau de l'une ou de l'autre région rénale, ou plus rarement des *sensations douloureuses violentes au niveau du rein seul malade, douleurs pseudo-coliques* se retentissant soit le long de l'uretère, soit vers le haut de la région sus-pubienne, etc.); c'est encore le réflexe de Bazy. D'autre part, c'est *la limpidité et la réaction acide des urines*, ainsi qu'*une albuminurie légère*. En outre la *polyurie* et l'*hématurie*. La *cystoscopie* révèle l'*intégrité de la muqueuse vésicale ainsi que des orifices vésicaux des uretères*. Le cathétérisme urétéral, ainsi que la séparation, décèle une légère *diminution de l'urée*, des *chlorures* et des *phosphates* dans l'urine du rein malade, ainsi que la présence de quelques leucocytes ou d'hématies, de quelques cellules épithéliales du rein et plus rarement de rares cylindres hyalins. Parfois aussi la présence du *bacille de Koch* et, à défaut de celui-ci, le *staphylocoque blanc*. Dans l'urine du rein opposé, qui est sain, on retrouve souvent tous les éléments en état normal, sauf une minime quantité d'albumine, etc. En dehors du stade de début il faut distinguer un *second stade, ou une période d'état ou avancée* de la tuberculose rénale de *courte durée*. Ce stade commence par la dégénérescence caséeuse des foyers tuberculeux et finit par la fonte de ces foyers et la formation des cavernules et des cavernes soit fermées, soit se trouvant en communication directe avec les calices et le bassinet du rein tuberculeux. Ce qui caractérise le second stade, c'est l'*augmentation de volume et la sensibilité du rein tuberculeux avec pyurie*. Cette période avancée de la tuberculose unilatérale est caractérisée très souvent par des altérations d'une des diverses formes de néphrite chronique, décrites par Albarran, qui ne sont pas tuberculeuses, du rein du côté opposé.

Conclusions. — Depuis que nous sommes en possession de moyens nouveaux d'investigation pour le diagnostic précis, nous constatons que seule *la néphrectomie* totale permet d'obtenir la guérison de la tuberculose rénale, et que la *néphrostomie* ne doit être pratiquée tout à fait exceptionnellement, c'est-à-dire dans les cas douteux, ou lorsqu'il est impossible de connaître la valeur fonctionnelle des reins ou du rein du côté opposé, ou lorsque l'atmosphère *cellulo-adipeuse* du rein malade est indurée et adhérente solidement et en grande étendue aux organes voisins et surtout au péritoine.

2. En présence des deux reins tuberculeux nous nous abstenons d'intervenir ;
3. Dans le cas où un rein seul étant tuberculeux, l'autre fonctionnerait *bien*, il faut intervenir le plus précocement possible;
4. Dans le cas d'un seul rein tuberculeux, l'autre fonctionnant *mal*, la néphrectomie également doit être indiquée;
5. Dans le cas d'un seul rein tuberculeux, l'état général étant mauvais et cachectique, la néphrectomie doit également être indiquée;
6. Si un seul rein est tuberculeux et que l'autre rein du côté opposé soit atteint d'une des formes de néphrite chronique, décrites par Albarran, sauf la néphrite *hydropigène*, la néphrectomie aussi doit être indiquée;
7. Si un seul rein étant tuberculeux, il coexiste des lésions pulmonaires, ou lésions des organes génito-urinaires inférieurs, à moins qu'elles ne soient pas bien avancées et étendues, la néphrectomie aussi doit être indiquée;
8. La résection large de l'uretère en cas d'urétérite tuberculeuse est inutile après la néphrectomie, car l'uretère s'atrophie de lui-même et se transforme en cordon fibreux;
9. La cystite tuberculeuse s'améliore beaucoup après la néphrectomie et peut même disparaître complètement, pourvu que les altérations *urétéro-vésicales* soient moins accentuées;
10. Un autre moyen d'investigation qui peut nous amener à un diagnostic précis, du premier et du second stade, c'est l'oculo-réaction de *Calmette*.

Tuberculose rénale. — M. Heresco (de Bucarest), rapporteur. La tuberculose rénale est primitive dans l'appareil urinaire, elle est unilatérale dans la majorité des cas et surtout au commencement de son évolution, elle a une marche fatalement progressive avec des rémissions d'assez longue durée, elle est incurable par les moyens médicaux et pour empêcher son action nocive tant locale que générale, il n'y a qu'une intervention chirurgicale, consistant dans la néphrectomie, qu'on doit lui opposer, et la néphrectomie donnera des résultats d'autant plus satisfaisants qu'elle sera plus précoce. La néphrotomie, opération palliative, n'est plus employée que lorsque la néphrectomie est contre-indiquée, c'est-à-dire lorsque l'état général ou l'état trop avancé des lésions rénales doubles s'y opposent.

Les résultats obtenus par la néphrectomie sont améliorés d'une manière évidente par les nouvelles méthodes d'exploration des fonctions rénales, et la gravité de cette opération bien accentuée au commencement est devenue minime.

Mais pour arriver à de pareils résultats, il est de toute nécessité que la maladie soit dépistée à ses débuts, et puisqu'on est convaincu que le traitement médical n'empêche plus l'évolution de la maladie, il est à désirer que les médecins adressent aux chirurgiens leurs malades, sitôt que le diagnostic est fait.

Diagnostic précoce, néphrectomie précoce, c'est le mot actuel de la chirurgie rénale dans la tuberculose rénale.

Indications opératoires dans la tuberculose du rein. — M. Ceccherelli (de Parme) insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce, qui ne doit pas être autrement difficile, puisque l'on est guidé par les phénomènes locaux, parmi lesquels prédominent la douleur et plus tard l'hématurie et de mauvaises conditions générales, telles que celles qu'on observe habituellement chez les individus porteurs de foyers tuberculeux d'origine sanguine; si ces manifestations s'étaient produites par voie ascendante ou voie lymphatique, c'est la présence de foyers multiples qui résoudrait le problème.

Nécessité de connaître l'état de l'autre rein : dans ce but les signes locaux et les examens fonctionnels peuvent nous conduire à un diagnostic exact encore mieux que l'exploration sanguine proposée par Tansini et qui, croyons-nous, ne suffirait pas dans les cas où le processus morbide est tout à fait au début, sans le secours de recherches qui démontrent les troubles plus ou moins profonds du fonctionnement du rein.

Le diagnostic de tuberculose rénale une fois posé, le rein adelphe étant sain, ce qu'il y a de mieux est d'intervenir le plus tôt possible par la néphrectomie. Tous les chirurgiens sont d'accord à ce sujet et les

observations cliniques démontrent le bien fondé de cette assertion : car (en ne tenant compte que des cas personnels de l'auteur), immédiatement après on voit disparaître tous les troubles, s'améliorer l'état général, se produire des faits physiologiques qui démontrent que l'intervention opératoire a arrêté le processus morbide et ne laisse à sa suite aucun reliquat.

Si des altérations anatomiques ou fonctionnelles existent dans l'autre rein, l'intervention ne doit pas être radicale, parce que l'augmentation de travail que doit fournir le rein resté en place peut devenir fatale, aggraver et augmenter les phénomènes et les altérations anatomo-pathologiques déjà existantes. Dans ce cas on instituera un traitement symptomatique pour combattre la douleur, l'hématurie, la strangurie, l'anurie, et s'il est besoin d'intervenir, on pratiquera une néphrotomie et non une néphrectomie.

Il ne faut jamais oublier que souvent les conditions pathologiques du rein sont aggravées par l'existence d'une mobilité rénale, et la fixation du rein non seulement n'aggrave pas son état mais l'améliore, en faisant cesser tous les troubles.

Si un rein seul est malade, je crois, ainsi que je l'ai déjà dit, qu'il faut pratiquer la néphrectomie et non la résection, car cette dernière peut ne pas être radicale et donner lieu à des troubles assez sérieux : la persistance d'un trajet fistuleux, difficile à oblitérer, nécessitera plus tard une intervention opératoire plus complète. Le chirurgien peut, de parti pris, adopter cette dernière ligne de conduite et faire une intervention en deux temps, soit pour rendre l'acte opératoire moins grave, soit pour vider dans un premier temps une poche purulente et extirper secondairement la poche formée par la capsule rénale.

Cette façon d'agir présente trois avantages : on opère dans un champ qui n'est plus septique par la présence de pus ; on évite l'hémorragie parce que les vaisseaux sont pour la plupart thrombosés, on réduit le vide qui doit plus tard se combler lorsqu'on aura extirpé le rein.

Dans la longue discussion qui clôture cette question, M. Kapsammer (de Vienne) montre qu'en définitive, le diagnostic ferme de la tuberculose dans un rein est l'indication par excellence de l'intervention opératoire. Elle suffit à la justifier.

M. Alessandri (de Rome) insiste sur l'importance du diagnostic précoce de cette tuberculose. Mais ce diagnostic précoce est difficile à faire. Pour l'établir, il faut évidemment se baser sur la qualité de l'urine de chaque rein, et rechercher si elle contient le bacille de Koch. Le cathétérisme de l'uretère rend alors des services importants. En laissant la sonde à demeure, on peut obtenir toute l'urine de vingt-quatre heures, et apprécier ainsi le fonctionnement exact du rein. Cette sonde à demeure est très bien supportée et ne donne pas lieu à des accidents.

Pour M. Teissier (de Lyon), la clinique générale ne saurait se désintéresser de ce débat, et c'est à ce titre qu'il formule quelques-unes des indications qui doivent servir de ligne de conduite au médecin, lorsqu'il est appelé à motiver son avis sur l'opportunité de l'intervention.

Tout récemment encore la solution du problème paraissait assez simple, et on disait : il faut enlever le rein altéré lorsqu'il est démontré que le rein opposé est sain, et il semblait juste de conclure à l'intégrité de cet organe, lorsque l'urine en provenant ne contenait pas ou peu d'albumine, quand la perméabilité rénale éprouvée par les différents procédés en usage (cryoscopie, épreuve du bleu, épreuve de la phloridzine) était suffisante ; enfin et surtout si cette urine, soigneusement divisée ou extraite directement par cathétérisme uretéral, ne transmettait pas la tuberculose par inoculation.

Eh bien, il semble, aujourd'hui, qu'il faille revenir un peu d'une règle aussi rigoureuse, qui ne paraît plus répondre aussi bien aux données de l'observation qu'aux enseignements du laboratoire.

Voici les faits qui doivent donner à réfléchir, car ils modifient nécessairement les bases de notre appréciation. 1° *L'intégrité de l'urine ne prouve pas nécessairement l'intégrité du rein*. M. Teissier vient d'observer dans son service une série de *tuberculoses nodulaires* discrètes, il est vrai, du rein, sans albuminurie ; c'étaient, en somme, des *tuberculoses fermées*. Et il s'agissait bien de tuberculose réelle, car les parties en apparence saines de l'organe, inoculées par le docteur Fernand Arloing, ont nettement transmis la tuberculose. 2° *Il peut y avoir des bacilluries* (chose rare il est vrai) *sans tuberculose rénale anatomiquement constituée*. 3° Enfin l'urine, chez les tuberculeux, peut contenir de l'albumine en dehors de toute production nodulaire, sans parler de la néphrite avec cylindrurie hyaline, si bien décrite par le professeur Albarran. On peut observer de l'albuminurie toxinique par action isolée de la tuberculine (Teissier et Fernand Arloing). Il peut y avoir de l'albuminurie hépatogène, et enfin de l'albuminurie par néphrite infectieuse superposée.

Alors la question devient *troublante*, parce qu'on peut se laisser entraîner, en se basant sur ces faits inexactement interprétés, à retarder une intervention qui pourrait être curative.

M. Teissier estime donc que l'intégrité absolue *apparente* du rein opposé à l'organe condamné, ne doit plus rester la condition requise qui doit dicter l'intervention. On peut et on doit opérer, même en cas de néphrite légère, même en cas de perméabilité un peu réduite et même de bacillurie discrète du côté opposé, car il n'y a pas de plus grand danger pour le rein sain que le rein malade, dont les *néphrotoxines* vont constamment menacer les épithéliums de son congénère. Il semble même que, à l'exemple de l'ophtalmie sympathique qui dicte sans retard l'énucléation, la menace de lésions naissantes dans le rein considéré comme primitivement sain, impose la néphrectomie d'urgence, à la condition, bien entendu, que le rein respecté soit encore en état de suffire à l'accomplissement d'un fonctionnement de suppléance, et que les lésions *tuberculeuses rénales* ne soient pas *en évolution aiguë*. Nous avons, pour nous fixer sur ce dernier point, l'appréciation méthodique de l'état général, les indications de l'oculo-réaction et de la tension artérielle, mais surtout les données de la *séro-réaction d'Arloing Courmont*, qui est pour nous le moyen le plus précieux d'apprécier le degré de la résistance organique aux ravages de l'infection. Une séro-agglutination forte avec tension normale ou légèrement surélevée, l'oculo-réaction restant, au contraire, très modérée, constitue, en effet, un ensemble de symptômes de pronostic particulièrement favorable.

M. Albarran (de Paris). La tuberculose rénale se développe surtout par la voie sanguine. L'infection ascendante est certainement possible, mais elle est

exceptionnelle. Quant aux formes de la tuberculose, elles sont multiples, à tel point qu'elles ne peuvent servir de base à une classification.

Les rapporteurs sont tous d'accord sur la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce, et ils ne trouveront certainement aucune opposition parmi nous, car nous savons que quand la tuberculose du rein guérit spontanément, c'est par une nécrobiose des éléments anatomiques malades, sorte de néphrectomie réalisée par la nature. En outre, le rein malade fait courir, par sa présence, les plus grands dangers au rein sain.

M. Giordano (de Venise). Si les indications opératoires dans la tuberculose du terrain sont très nettes dans la théorie, elles le sont beaucoup moins dans la pratique. C'est un aveu qui doit être fait.

Un autre point, sur lequel il faut insister, c'est qu'on n'est point désarmé, comme on semble le croire, devant les accidents qui peuvent se produire après la néphrectomie dans le rein conservé. On peut les juguler, soit par la décortication, soit par la néphrectomie. La maladie suit son cours, le brightique reste brightique, mais les accidents qui semblaient devoir emporter le malade ont rétrocédé et celui-ci a la vie sauve.

M. Nicolich (de Trieste). Le souci d'avoir une bonne statistique peut entraîner le chirurgien à laisser mourir des malades qu'une intervention aurait peut-être sauvés. A l'appui, M. Nicolich cite des observations où les individus opérés *in extremis* ont survécu. Il n'hésite pas à opérer des mourants, si l'autre rein est sain ou à peu près.

M. Pousson (de Bordeaux). Au début, quelques chirurgiens et beaucoup de médecins sont encore hostiles à l'intervention. C'est une erreur; il faut opérer aussi tôt que possible, s'il n'y a pas de contre-indications provenant de l'état général. Du reste, le début est plus facile à concevoir théoriquement qu'à constater dans la pratique, car il y a des lésions énormes qui restent longtemps silencieuses.

Dans la période d'état, il faut intervenir si l'autre rein est sain, tout le monde est d'accord sur ce point; mais les divergences commencent avec les cas suivants : 1° autres foyers tuberculeux dans l'organisme. Ce n'est pas une contre-indication, car l'opération ne provoquera pas l'ensemencement bacillaire ; 2° il y a des lésions dans la zone génito-urinaire. Ce n'est point motif pour écarter l'intervention, car après elle on voit souvent rétrocéder ces lésions. La chose est fréquente pour les ulcérations de la vessie; 3° l'autre rein est malade. Cette fois la question est particulièrement délicate, parce qu'elle met en jeu tout à la fois notre science et notre conscience. Les moyens nombreux qui nous sont proposés pour estimer la valeur physiologique d'un rein ne nous donnent pas une certitude absolue. D'autre part, la résistance organique est difficile à apprécier; elle est souvent décevante. En pareil cas, M. Pousson s'inspire du vieil adage *Audaces fortuna juvat*, et il n'a pas à le regretter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 5 octobre 1908)

Sur les microbes de la putréfaction intestinale. — M. E. Metchnikoff. La doctrine de M. Metchnikoff enseigne que notre tube digestif est le siège de la décomposition des matières albuminoïdes dont certains produits sont capables de nuire à notre santé. N'étant pas appuyée sur des données irréfutables, elle a donné lieu à des critiques nombreuses, de sorte que dans ces dernières années une tendance s'est manifestée de rejeter complètement la théorie des putréfactions toxiques du tube digestif.

Le fait est cependant certain, le tube digestif de l'homme renferme trois espèces de microbes de la putréfaction : le *B. putrificus*, le *B. aerogenes* ou *B. perfringens* et le *B. sporogenes*.

M. Metchnikoff pense qu'en dehors de ces trois bacilles il se trouve dans notre intestin encore quelques autres microbes capables de faire putréfier les substances albuminoïdes. Pour se défendre contre l'action des poisons produits par ces microbes, l'organisme se sert de plusieurs moyens dont l'étude peut être facilitée par la connaissance plus détaillée de la nature des poisons intestinaux. Les recherches dans cette voie sont en exécution à l'Institut Pasteur.

Il faut espérer que les données expérimentales sur la flore intestinale projetteront une lumière sur tout l'ensemble des maladies du tube digestif, maladies si nombreuses et si importantes, mais dont la connaissance est encore si peu avancée à l'heure actuelle.

Réactions micro-chimiques de l'arsenic applicables en médecine légale. — M. Denigès expose une nouvelle technique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 9 octobre 1908)

Anévrisme de la crosse aortique d'origine hérédo-syphilitique. — MM. Chiray et Ségard présentent un malade atteint d'anévrisme de la crosse aortique et portant par ailleurs de nombreux stigmates de syphilis héréditaire. Pour démontrer l'origine hérédo-syphilitique de l'anévrisme, ils s'appuient sur le fait que les troubles fonctionnels cardio-aortiques remontent à l'enfance et qu'au moment où ils ont débuté le malade présentait de nombreuses manifestations d'hérédo-syphilis tardive, en particulier une gomme du voile du palais ayant laissé une perforation, des lésions oculaires, dont il persiste encore des traces, une atrophie testiculaire sans orchite préalable.

Leucoplasie hérédo-syphilitique. — M. G. Lacapère rapporte une observation de leucoplasie buccale typique, due à l'hérédo-syphilis. L'affection date de l'enfance, son aspect est typique et sa nature confirmée à la fois par l'existence de cicatrices cutanées non douteuses et le bon effet du traitement mercuriel.

Un cas de lèpre autochtone venant du Cantal. — MM. Milian et Fernet présentent une malade atteinte de lèpre maculeuse, tuberculeuse et nerveuse. Il existe aux membres

supérieurs une atrophie musculaire type Aran-Duchenne. La sensibilité sous ses trois modes est altérée sur toute la surface du tégument, particulièrement aux membres. Les cuisses et les bras présentent des macules brunes ou même noirâtres, anesthésiques. La malade est presque aveugle, car il existe des lépromes cornéens qui obstruent la vision. Les sourcils et les cheveux sont très clairsemés. Le cuir chevelu est éburnéen par endroits. Des frottis de la muqueuse nasale et des conjonctives ont, par la méthode de Ziehl, révélé des bacilles de Hansen, nombreux, groupés, englobés. Une biopsie d'un léprome cornéen a montré une foule considérable de bacilles; leur abondance est telle, qu'à un faible grossissement, il y a plus d'amas rouges dus aux bacilles, que de bleu dû aux cellules. Une biopsie d'une macule de la crosse a montré également des bacilles.

L'intérêt de ce cas réside, non dans la symptomatologie qui est très classique, mais dans le fait que la malade née à Pléaux n'a jamais quitté le Cantal et qu'elle y a contracté la lèpre dont elle souffre depuis plusieurs années. D'une enquête faite par correspondance auprès des médecins du pays, du docteur Rouchy (de Pléaux) en particulier, il semble résulter qu'il y a d'autres cas de lèpre dans la région, ce qui sera vérifié.

Le Cantal apparaît donc comme un nouveau foyer de lèpre autochtone à ajouter à ceux déjà connus en France.

Chirurgie du cancer et fulguration. — MM. Juge et de Keating Hart présentent une série de malades traités pour des néoplasmes, par une intervention chirurgicale incomplète, mais suivie de fulguration à l'aide de la méthode de Keating Hart. Ces malades font partie d'une série de quarante cas de cancers graves, des orifices, du sein, de la langue, pour lesquels toute intervention chirurgicale eût été autrefois illusoire. Les résultats obtenus par cette méthode mixte sont remarquables; la guérison datant chez beaucoup de malades d'un an, deux ans au plus.

Statistique de 4 années au pavillon de la diphtérie de l'hôpital Hérold. — MM. H. Barbier, Boudon et Pélissier. La mortalité a considérablement baissé, comme on peut s'en rendre compte par les chiffres suivants :

De 14,5 p. 100 en 1902 et de 12,5 p. 100 en 1903, la mortalité brute atteint 14,6 p. 100 en 1904, 11,5 p. 100 en 1905, 6,6 p. 100 en 1906, et 10 p. 100 en 1907. Si on élimine les malades amenés mourants et morts avant vingt-quatre heures et ceux qui succombent dans les mois qui suivent à une maladie accidentelle, par exemple la tuberculose aiguë, on arrive, chez les malades soignés, à une mortalité exacte de 8,7 pour 1904, 6,1 pour 1905, 2,4 pour 1906 et 4 pour 1907. Ce sont les chiffres les plus bas qui ont été obtenus jusqu'ici, et qui sur plus de 1000 malades donnent une mortalité réelle de 5,7 p. 100.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 9 octobre 1908)

Sur le rhumatisme tuberculeux. (*Suite de la discussion.*) — M. Louis Régis proteste contre la dénomination de rhumatisme tuberculeux, donné à l'ensemble clinique étudié par M. le professeur Poncet. Il cite le cas d'un petit malade qui avait présenté une polyarthrite se rapportant exactement à la description du pseudo-rhumatisme tuberculeux de Poncet. Or, traité concurremment pour un accident syphilitique, cet enfant guérit parfaitement et très rapidement de sa polyarthrite. L'auteur conclut qu'il y a très certainement des soi-disant pseudo-rhumatismes tuberculeux qui ne sont autres que des polyarthrites à étiologie syphilitique.

Spléno-pneumonie à forme de pleurésie interlobaire à pneumocoques. — MM. Marcel Labbé et Georges Rosenthal rapportent l'observation d'une malade qui présentait un syndrome de spléno-pneumonie. L'examen aux rayons X a montré dans ce cas, comme dans les deux cas antérieurs de Thiroloix et Georges Rosenthal, qu'il s'agissait d'une pleurésie interlobaire. Une simple ponction a amené la guérison. Au moment de la convalescence, l'exercice de respiration a eu une influence favorable.

La température physiologique du lait de femme. Les douleurs dans l'accouchement. — M. Smester fait deux communications, l'une sur la température du lait maternel, l'autre sur la signification des grandes et des petites douleurs dans l'accouchement.

Pour la température physiologique du lait maternel, les expériences de M. Smester semblent prouver qu'elle est de 37 degrés centigrades. Un fait qui semble paradoxal, c'est que d'après M. Smester, souvent même quand la nourrice a de la fièvre, la température du lait maternel reste presque toujours à 37 degrés, 37 degrés et quelques dixièmes; dans ces conditions, il faudra toujours recommander de donner le lait à une température voisine de 37 degrés centigrades.

Pour la signification des grandes et des petites douleurs de l'accouchement, M. Smester dit que les grandes douleurs sont des douleurs de propulsion, et les petites, des douleurs d'adaptation. Ces dernières ne font donc jamais progreser le fœtus.

M. Guelpa estime que l'explication des grandes et des petites douleurs donnée par M. Smester n'est pas suffisamment satisfaisante, il croit que pour des médecins, elle peut être plus précise aux points de vue anatomique et physiologique. Les petites douleurs sont l'expression des contractions de l'utérus, elles sont d'abord dilatantes, ensuite légèrement expulsives, les grandes douleurs résultent de la contraction abdominale, elles sont essentiellement expulsives.

Prix Frédéric Duparcque et Alfred Guillon. — M. Buret annonce que le prix Frédéric Duparcque, d'une valeur minimum de 600 francs, sera décerné en décembre 1908. Le prix Alfred Guillon, disponible en 1910, est d'une valeur de 100 francs. Le sujet du prix Duparcque sera indiqué dans la prochaine séance.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

du 19 au 24 octobre 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 23 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Reclus, Lecène et Ombrédanne; — M. Zimmern, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Branca, suppléant.

Samedi 24 octobre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Jeanselme et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau ; — M. F. Bezançon, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 118. — JEUDI 15 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 15 OCTOBRE 1908. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 12 octobre 1908. — Question donnée : « Manière de préparer et d'appliquer des pansements secs ou humides. »

Mlle Bitchounsky, 10; MM. Bourgeois (Maurice), 7; Andrieu (Marie-Auguste), 9; Boubermann, 7; Alih, 8; Blanco, 3; Boncompain, 9; Boulanger (Marcel), 8; Bourgon, 4; Binard, 9; Allondy et Bisson, 10; Mlle Abramovitch, 9; MM. Boucheron, 11; Antoine, 9; Bodet, 8; Boulin et Augier, 9; Achard, 18.

Anatomie. — Séance du 13 octobre 1908. — Question donnée : « Tronc de l'artère hypogastrique et ses branches intra-pelviennes. »

MM. Audain, 17; Bergès (Gaston), 12; Bergès (Jean), 8; Boubermann, 18; Bisson, 19; Mlle Bitchounsky, 7; MM. Boncompain, 12; Boucheron, 15; Besnard, 16; Bécourt, 7; Blum, 17; Binard, 5; Augier, 14; Bourgeois (Maurice), 10; Boulin, 6; Bernard-Gerriet, 15; Mlle Albessard, 18; MM. Barabeau, 10; Borel (Alphonse), 15; Guillon, 5.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A L'EMPLOI D'INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES EN SEINE-INFÉRIEURE. — Un concours pour la nomination à l'emploi d'inspecteur départemental de la santé et d'hygiène publiques, en Seine-Inférieure, sera ouvert à la préfecture de Rouen, le 14 décembre 1908.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés français, âgés de vingt-cinq ans au moins et quarante ans au plus, au 31 décembre 1908, pourvus du diplôme de docteur en médecine et faire parvenir leur demande au préfet de la Seine-Inférieure avant le 15 novembre 1908.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants : 1° traitement de 8000 francs; 2° remboursement des frais de déplacements; 3° pension de retraite.

Sur leur demande adressée à la préfecture de Rouen, le programme des conditions au concours leur sera immédiatement adressé.

LA FIÈVRE JAUNE A SAINT-NAZAIRE. — Un nouveau décès s'est produit parmi les malades atteints de la fièvre jaune : c'est celui d'un manœuvre qui avait travaillé au déchargement d'un navire.

Cette mort porte à six le nombre des décès survenus parmi les dix personnes atteintes, qui toutes ou faisaient partie de l'équipage, ou avaient travaillé à bord du paquebot venant de la Martinique; mais aucun cas nouveau ne s'est produit, et l'état sanitaire est excellent dans la population.

M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène au ministère de l'Intérieur, s'est rendu à Saint-Nazaire pour étudier la question du lazaret. Les médecins ont en effet demandé que le lazaret de Saint-Nazaire fût de nouveau affecté aux maladies contagieuses ou épidémiques et que les malades ne fussent pas transportés dans l'hôpital, qui se trouve au centre de la ville. (*Le Temps.*)

SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES. — La Société de secours aux blessés militaires (Croix-Rouge française) ouvrira, au mois de novembre, un hôpital, place des Peupliers, XIIIe arrondissement.

Deux places d'internes sont à pourvoir : traitement 600 francs, logement, nourriture, etc.

Les internes seront choisis parmi les étudiants en médecine, ayant été pendant deux ans externes dans les hôpitaux de Paris, et parmi les internes des hôpitaux de province.

Adresser les demandes et pièces au secrétaire général de la Société, 19, rue Matignon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Labat (de Saint-Clar).

RADIOLOGIE MÉDICALE.— *Cours de vacances*, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Tous les jours, du dimanche 18 au dimanche 25 octobre :

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 18 octobre à dix heures du matin*, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 19 octobre. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

CONFÉRENCE PRIVÉE D'INTERNAT. — MM. Monsaingeon et Parturier commenceront en novembre leur conférence privée d'internat.

On peut dès à présent s'inscrire chez le concierge de l'hôpital de la Charité, ou des Enfants-Malades.

COURS PRATIQUES DES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU NEZ, OREILLES, LARYNX, ET BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — Les docteurs Luc et Guisez recommenceront à leur clinique, 15, rue de Chanaleilles, le jeudi 19 novembre 1908, à cinq heures du soir, leur cours théorique et pratique visant spécialement les affections chirurgicales du larynx, nez et cavités accessoires, oreilles et complications, la technique de la broncho-œsophagoscopie.

Le cours, qui sera complet en un mois, comprendra l'examen de malades, maniement des instruments spéciaux, technique opératoire, etc. S'inscrire directement ou par lettre à la clinique tous les matins, rue de Chanaleilles, 15.

Droit d'inscription : 100 francs.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Sept. 1908.) THOINOT et PAUL : L'arrachement traumatique du cœur. — AUBERT : Les bureaux d'hygiène dans le département de la Seine. — RIBIERRE : Traumatisme et appendicite. — Adalbert CHYZER : Maladies industrielles provenant de la manipulation des accumulateurs. — JACQUET : Hygiène de la peau et de la chevelure.

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, sept.-oct. 1908.) LAGRIFFE : Guy de Maupassant, étude de psychologie pathologique. — RODIET, PANSIER et CANS : L'état du fond de l'œil chez les épileptiques. — DE CLÉRAMBAULT : Notes sur le régime des aliénés en Angleterre (*suite*).

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 246, 25 sept. 1908.) HARET : Les mesures en radiologie.

Archives de médecine des enfants. — (N° 10, oct. 1908.) MORQUIO : Kystes hydatiques du poumon. — VEAU et DUVERGER : Anus contre nature dans l'appendicite.

Archives générales de chirurgie. — (N° 9, 25 sept. 1908.) CHEVASSU : Bistournage spontané d'un testicule non ectopique. — LINÉ : Traitement du pneumothorax opératoire en plèvre saine. — MAUCLAIRE : Ablation en bloc de l'épithélioma pénien et de son territoire lymphatique.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 9, sept. 1908.) BARD : De la signification des différences d'élimination du bleu et de l'iode dans l'exploration de l'estomac par la dermoïde-réaction. — ALEXIEFF : De deux causes d'erreurs créées par l'hyperchlorhydrie et par l'ictère dans l'emploi de la dermoïde-réaction. — Jean-Ch. ROUX : L'examen objectif de la sensibilité gastrique et de sa valeur séméiologique. — GIORDANO : Pourquoi la phlébite du membre inférieur, venant compliquer l'appendicite, est-elle plus fréquente à gauche qu'à droite.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 sept. 1908.) A. ROBIN : Le traitement d'un cas de dyspepsie hypersthénique retardée. — VIOLLET : Les états neurasthéniques et leur traitement (*suite*). — (23 sept.) ROCHARD : A propos du rhumatisme tuberculeux. Fistules intesto-utérines. — VIOLLET : Les états neurasthéniques et leur traitement (*suite*). — (30 sept.) ROBIN : Traitement d'un cas de pleurésie séro-fibrineuse aiguë gauche à grand épanchement et avec déplacement du cœur, survenue chez un surmené. — VIOLLET : Les états neurasthéniques et leur traitement (*suite et fin*).

Bulletin médical. — (N° 74, 19 sept. 1908.) APERT : Le diagnostic précoce de la rougeole. — (N° 75, 23 sept.) LAQUERRIÈRE : Notions sommaires sur l'électro-mécanothérapie. — (N° 76, 26 sept.) SOUQUES : La nouvelle doctrine par l'aphasie.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 39, 26 sept. 1908.) ZIGKGRAF : Contribution au traitement de la tuberculose par le masque aspirateur de Kuhn.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 24 sept. 1908.) HOCHHAUS : Les affections cérébrales à terminaison mortelle sans lésions anatomiques. — BARDENHEUER : Le traitement opératoire des paralysies par compressions sous-cutanées traumatiques. — ASCHAFFENBURG : Illusions de l'ouïe artificielles dans le delirium tremens. — SIEGERT : La réaction cutanée à la tuberculine pendant la première année de la vie. — HOPMANN : Sur la valeur du sens du toucher pour opérer. — LIEBERMEISTER : Sur la physiologie normale et pathologique des organes respiratoires. — WOLTER : Sur le frémissement vocal dans la pneumonie. — SCHRECKER : Sur la technique du traitement par extension. — RIBBERT : Sur la genèse de la cirrhose du foie. — WESTPHAL : Sur le traitement des contractures.

Écho médical du Nord. — (N° 39, 27 sept. 1908.) POTEL et BRICOUT : Contribution à l'étude de l'œdème dur traumatique. — DEBEYRE : Quelques règles qui doivent présider au choix des enfants des colonies de vacances à la mer.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 39, 27 sept. 1908.) VAS : La pathogénie et le diagnostic de la pentosurie chronique.

RACCOURCISSEMENT DE L'HUMÉRUS
PAR RÉSECTION DE L'ÉPAULE PRATIQUÉE EN BAS AGE

Par le docteur BROCA.

Le sujet que je vous présente aujourd'hui n'est plus un malade au sens propre du terme, car il est radicalement guéri de la lésion pour laquelle il a été opéré, il y a longtemps déjà. Mais de cette opération même est résultée pour lui une infirmité sérieuse : et si nous devons trouver quelque intérêt clinique à nous demander quelle fut cette lésion initiale, ce diagnostic rétrospectif, forcément hypothétique, nous importe beaucoup moins que la constatation de l'état actuel.

Car, autant qu'on en puisse juger à plusieurs années de recul et sans avoir assisté soi-même à l'origine des choses, nous pouvons être à peu près certains que la cause de la difformité actuelle doit être cherchée dans une résection. Et je désire, précisément, vous faire comprendre pourquoi il convient, en principe, de proscrire cette opération dont les conséquences éloignées, aujourd'hui constatées par nous, sont inévitables dans les conditions d'âge où elle a été pratiquée.



Fig. 1.



Fig. 2.

Lorsque nous regardons de face le malade debout, devant nous, nous sommes d'abord frappés par ce fait que le membre supérieur droit est beaucoup plus court que le gauche, et au deuxième coup d'œil nous nous apercevons que tout le raccourcissement porte sur le segment huméral. A la mensuration entre l'acromion et l'épicondyle, la différence de longueur est de 11 centimètres au préjudice du bras droit. Le développement de l'avant-bras est satisfaisant (fig. 1 et 2).

La perte de longueur du membre doit avec certitude être rapportée à une opération dont nous trouvons la trace à l'épaule, sous forme d'une cicatrice blanche, assez souple, déprimée, longue de 5 centimètres environ, verticale, commençant en haut entre les deux saillies très accentuées de l'acromion et de la coracoïde. Sous celles-ci, le deltoïde étant mince et flasque en dedans de la cicatrice, on enfonce les doigts avec facilité, sans être arrêté par rien qui ressemble à la tête de l'humérus. En palpant cet os de bas en haut, on le sent qui s'effile sous la cavité glénoïde au lieu de s'y renfler, et dès lors nous pouvons tenir pour assuré que l'opération pratiquée fut une résection franche de la tête humérale. C'est d'ailleurs ce que confirme la radiographie, utile pour préciser certains détails anatomiques, mais inutile pour établir le diagnostic rétrospectif de l'opération pratiquée (fig. 3).

Il est presque certain qu'une faible hauteur seulement de l'humérus a été sacrifiée au moment de l'opération : le raccourcissement ne vient pas de là, mais de ce que l'humérus droit a été arrêté dans son développement en longueur, par suppression du cartilage conjugal supérieur dont on ne voit plus trace sur la radiographie. Là est en effet le grand inconvénient des résections typiques pratiquées pendant la période de croissance : l'os perd en longueur ce dont il aurait dû s'allonger par l'action physiolo-

gique du cartilage dia-épiphysaire détruit. Or dans chaque os long, un de ces cartilages est beaucoup plus fertile que l'autre : celui qui est près du genou au membre inférieur, loin du coude au membre supérieur. Celui-là surtout doit être ménagé par nous avec le plus soin, quand nous sommes forcés d'agir opératoirement sur lui ou près de lui; et par conséquent la résection de l'épaule est une de celles à laquelle nous ne devons nous résoudre que contraints et forcés.

Ollier, sans doute, a montré que parfois le cartilage conjugal de l'autre extrémité de l'os opéré, que ceux de l'autre segment du membre pouvaient jusqu'à un certain point, par une sorte d'allongement compensateur, corriger ces différences de longueur. Dans notre cas particulier, il n'en a rien été pour

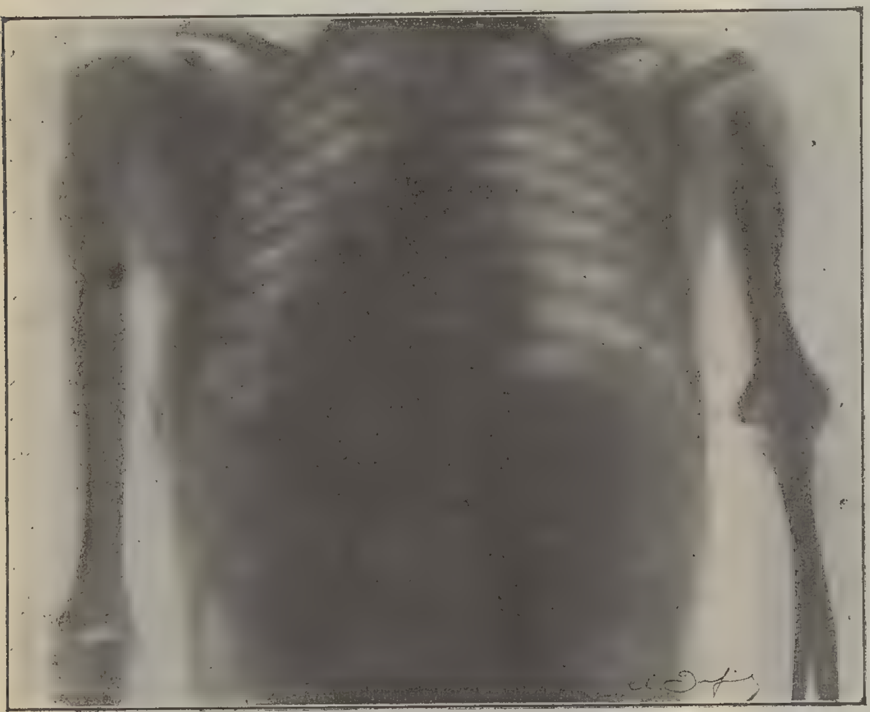


Fig. 3.

l'avant-bras, égal des deux côtés. Quant à l'extrémité inférieure de l'humérus, nous ignorons si elle a subi un surcroît d'activité, mais nous constatons que le résultat final est, pour l'humérus, un déchet de 11 centimètres de longueur.

Ce raccourcissement considérable n'a pas lieu de nous surprendre, car l'interrogatoire nous apprend que l'opération a été pratiquée lorsque le garçon avait treize mois : c'est donc depuis le tout jeune âge qu'a été supprimée l'extrémité supérieure de l'humérus. La question rétrospective qui se pose maintenant est de déterminer, dans la mesure du possible, à quelle lésion le chirurgien a cru devoir s'attaquer avec un semblable radicalisme. Cela vous intéresse, pour savoir dans quels cas cette opération peut se trouver justifiée. Or, je crois pouvoir vous affirmer qu'elle ne l'est jamais à cet âge.

La mère nous raconte que l'enfant avait treize mois lorsque, assez brusquement, avec fièvre, malaise et douleur, l'épaule droite se mit à enfler, le sujet, nourri au sein, ayant eu jusque-là une bonne santé. Consulté dès le début des accidents, M. Lannelongue conseilla une opération immédiate, mais il ne voulut pas s'en charger parce qu'à cette époque, les services chirurgicaux de l'hôpital des Enfants ne disposaient pas de lits de crèche où la mère pût être reçue avec son nourrisson : et l'admission fut faite à la crèche de l'hôpital Necker. Mais celle-ci était annexée à un service de médecine, et pendant huit jours on s'en tint à des pansements humides sur la région tuméfiée, avant de se décider à diriger le malade sur une crèche chirurgicale. Il avait alors 40 degrés de température et, admis dans le service un samedi soir, il y fut opéré dès le dimanche matin. Malgré cette fièvre, il était en assez bon état général et continuait à prendre bien le sein,

De ces renseignements, nous sommes en droit de conclure à une maladie aiguë et dès lors nous n'avons guère que deux diagnostics possibles : une arthrite suppurée ou une ostéomyélite. Nous pouvons éliminer l'ostéo-arthrite tuberculeuse, que je n'ai d'ailleurs jamais observée à cet âge, dans cette région. Quant à la syphilis, que rien dans l'anamnèse ne nous permet de soupçonner, s'il est exact que certaines lésions juxta-épiphysaires se compliquent, quelquefois, de phénomènes d'infection pyogène dans l'os malade, il convient d'ajouter que les lésions sont plus précoces que cela, n'atteignent presque jamais l'enfant de plus de six mois : en pratique, d'ailleurs, elles doivent être rapprochées de l'ostéo-myélite dont le traitement opératoire doit être, dans ces conditions, associé à la médication anti-syphilitique.

Si nous envisageons maintenant de plus près chacune des deux hypothèses entre lesquelles la discussion est possible, nous devons avouer que toute précision nous est interdite, d'autant mieux que souvent ces deux lésions se trouvent associées.

Chez le nourrisson se produisent assez fréquemment des arthrites suppurées dues à des microbes variés, et précisément vous en avez en ce moment quatre exemples sous les yeux : une arthrite du genou, à streptocoques; trois de l'épaule, l'une à gonocoques, la seconde à staphylocoques, la troisième à pneumocoques. Ces sujets ont été traités par l'arthrotomie simple ou même par la ponction et sont guéris ou en voie de guérison. Je n'ignore pas que sur l'origine exacte de ces arthrites on a discuté; que parfois, on l'a démontré, elles ont pour origine un point limité d'ostéomyélite, méconnu si on ne le trouve à l'autopsie, ou, par hasard, au moment de l'arthrotomie. Mais il est certain que, dans cette forme, le chirurgien n'a pas à s'occuper, en opérant, de ce point osseux, et que songer à la résection articulaire en pareille occurrence serait proprement de la folie.

Je sais bien qu'Ollier, considérant la résection

comme « la plus haute expression du drainage », a exagéré, à mon sens, les indications de la résection, opposées à celles de l'arthrotomie, dans le traitement des arthrites suppurées; et il n'y a pas longtemps encore, pour le genou en particulier, l'école lyonnaise gardait l'empreinte de cet enseignement. Mais pour l'épaule, les arthrotomies dont vous observez les suites en ce moment vous prouvent que chez le nourrisson les résultats sont excellents; et tout ce que nous savons sur le développement en longueur de l'humérus, aux dépens de son extrémité supérieure, nous démontre qu'on ne doit enlever cette épiphyse que s'il est impossible d'agir autrement.

Y est-on contraint par l'ostéomyélite simple? Pas davantage. La gravité de cette lésion est grande, bien plus grande que celle de l'arthrite suppurée, et bon nombre de bébés ainsi atteints meurent de septico-pyohémie. Pour éviter cette fin, aucun chirurgien ne croit plus que la résection franche, et surtout articulaire, vaille mieux que l'évidement large, infiniment supérieur pour la régénération de l'os et le rétablissement des fonctions.

Mais reste le cas, auquel je faisais allusion plus haut, où à l'ostéomyélite caractérisée, exigeant pour son propre compte l'évidement osseux, vient se joindre la suppuration de la jointure voisine. C'est une complication assez fréquente à tous les âges, mais paraissant plus à craindre chez le nourrisson; en outre, l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus y est assez volontiers exposée. La situation devient menaçante et je reconnais qu'alors, surtout dans certaines conditions d'âge et de siège, la suppression de l'épiphyse et de la région conjugale est indiquée, pour compléter le drainage de la jointure. Quand on arrive un peu tard — ce qui fut le cas — lorsque déjà s'est produit le décollement dia-épiphysaire, on est parfois obligé à ce sacrifice, même quand on sait que l'allongement ultérieur du membre va s'en trouver gravement compromis.

Est-ce probable, pour le malade actuel? Je ne le pense pas, car la mère est tout à fait affirmative sur ce point, qu'après l'opération la plaie a été suturée complètement, sans drainage; qu'au huitième jour il n'y avait pas une goutte de pus; qu'au quinzième jour, après ablation du second pansement, elle quitta l'hôpital définitivement. Je crois impossible d'admettre qu'on eût osé pratiquer semblable réunion — et qu'on l'eût réussie — si l'articulation de l'épaule avait été suppurée. Semblable succès n'est possible que si on dépasse d'un coup, en enlevant à la fois l'épiphyse et une partie de la diaphyse, toute la région osseuse infectée, et c'est précisément l'élégance de ce résultat immédiat qui a séduit, il y a quelques années, certains chirurgiens ennuyés par la lenteur de la guérison après évidement. Mais un malade auquel, à douze ans, manque déjà au bras droit 11 centimètres de long, auquel à vingt ans en manquera de 15 à 20, celui-là, sans doute, eût été heureux de trouver sur sa route un chirurgien moins brillant et plus patient.

Car, il nous suffit de posséder sur la physiologie osseuse les notions élémentaires que je résumais il y a un instant, pour conclure qu'après résection de l'extrémité humérale supérieure chez un enfant en bas âge. Ce résultat éloigné est *inévitable*, et j'insiste sur ce fait que la croissance de notre malade est loin d'être achevée, que par conséquent la différence de longueur entre les deux membres augmentera de tout l'allongement futur du membre gauche. Le sujet est déjà passablement disgracieux, et il le deviendra encore davantage.

Une semblable différence de longueur est, par elle-même, une cause de gêne notable dans le fonctionnement du membre supérieur. Néanmoins l'enfant se sert à peu près bien de son bras, où la



Fig. 4.

main, le poignet et le coude sont normaux et où l'épaule s'est reconstituée mieux qu'on ne le croirait au premier abord.

Quand vous palpez l'épaule, vous enfoncez un doigt sous l'acromion et vous constatez que l'extrémité effilée de l'humérus pend à un bon centimètre au-dessous de la cavité glénoïde. Quand vous imprimez des mouvements passifs, toutefois, vous les trouverez tous un peu diminués d'amplitude, ce qui vous démontre que l'articulation n'est pas ballante. Et lorsque vous dites au sujet d'exécuter des mouvements actifs (fig. 4 et 5), vous voyez grossir en des saillies volumineuses et dures les muscles périscapulaires vigoureux, sauf la partie du deltoïde située en avant de l'incision. Le bras alors s'élève jusqu'à la verticale, mais si vous regardez le dos pendant ce mouvement, vous voyez que dès son début l'angle de l'omoplate bascule en dehors et en haut, exactement comme si l'épaule était en état d'ankylose complète. Or, je viens de vous démontrer qu'elle n'y est pas : elle s'y met fonctionnellement et temporairement de par la contraction musculaire énergique qui, avant le début du mouvement d'élévation, applique contre la glénoïde l'extrémité humérale par elle remontée. A partir de ce moment, tout jeu est supprimé entre les deux os, mais les mouvements imprimés à l'omoplate par ses muscles propres peuvent être transmis

au levier huméral. L'extension du coude est régie par un triceps bien conservé. Quant à la flexion, le long supinateur très vigoureux, et le brachial antérieur, viennent à l'aide d'un biceps très médiocre.



Fig. 5.

D'une manière générale, par conséquent, la musculature s'est bien développée, et c'est à la suite des résections où l'on ne cherche pas l'ankylose, un fait des plus importants. J'ajouterai que cela s'est fait spontanément, sans massages, le sujet ayant été abandonné à lui-même après guérison opératoire.

XXI[e] CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1908.)

COMPTE RENDU DES SÉANCES

La première séance s'est ouverte sous la présidence du professeur Forgue (de Montpellier) qui avait choisi comme sujet de son discours d'ouverture : *La responsabilité du chirurgien.* Des applaudissements nombreux et répétés ont souligné à chaque instant les principaux passages de ce discours dont la forme élégante égalait la documentation si instructive.

Immédiatement après, MM. Delagénière et Gosset ont fait la lecture de leurs rapports sur la **chirurgie du cholédoque et de l'hépatique** dont nos lecteurs ont déjà trouvé le résumé dans le journal (1).

La discussion a amené de nombreux orateurs à la tribune.

M. Fontan (de Toulon) rapporte une trentaine d'observations de chirurgie des voies biliaires. Dès 1889, il avait présenté à la Société de chirurgie un mémoire sur le cathétérisme à demeure des voies biliaires. Sa communication fut accueillie plutôt froidement; il fallut que cette méthode revînt d'Allemagne sous le nom d' « hepaticus Drainage » pour obtenir la faveur de tous les chirurgiens. Et cependant ce drainage de l'hépatique doit être l'exception.

De 1898 à l'heure actuelle, il a pratiqué 17 cholédocotomies, presque toujours sans suture, 10 fois avec drainage juxta, 7 fois avec drainage intra-hépatique. Ces 7 opérations lui ont fourni 5 décès, ce qui est fait pour décourager d'appliquer systématiquement le drainage de Kehr. Au moins doit-on le réserver pour les cas où l'infection est forte ; les cas simples devant, au contraire, guérir rapidement sans imposer au malade une longue spoliation de la bile. Il faut, en effet, compter cette cholerragie pour beaucoup dans la cachexie de certains de ces malades.

M. Fontan a renoncé à pratiquer la suture du cholédoque; il guérit mieux sans suture.

Enfin la vésicule lui paraît devoir être respectée dans son intégrité si elle est petite et souple, et, au contraire, enlevée, si elle est enflammée ou pleine de calculs.

M. Garré (de Bonn) relate longuement un cas de *rupture traumatique du canal hépatique* dans lequel il a pu rétablir le cours de la bile par une *hépatico-cholangio-duodénostomie.*

Un an et demi après un traumatisme grave ayant déchiré le canal hépatique et sans qu'une laparotomie immédiate ait pu remédier à cette rupture, M. Garré se décide alors par une nouvelle opération à rechercher les voies biliaires et à faire si possible la résection de la cicatrice du canal hépatique. Son projet se montre irréalisable et il ne reste rien d'autre à faire que d'établir une communication entre le foie et l'intestin. Le côté droit du foie est recouvert d'adhérences; au niveau du lobe gauche, les canaux biliaires de la surface apparaissent dilatés : c'est là que M. Garré ouvre, avec le cautère de Paquelin, la capsule de Glisson sur une étendue de 3 centimètres et qu'il fixe le duodénum, préalablement incisé, au moyen d'une suture circulaire.

Le résultat de cette hépato-cholangio-duodénostomie fut parfait; la jaunisse disparut, les selles redevinrent normales, l'état général du malade s'améliora. Il quitta la clinique guéri après cinq semaines. La guérison se maintient actuellement depuis trois ans et demi après l'opération.

Il rappelle que Marcel Baudouin a proposé en 1896 cette opération pour les cas d'obstruction permanente des voies biliaires. Depuis, elle fut pratiquée 4 fois, mais sans succès. M. Garré croit qu'une des conditions de réussite réside précisément dans les cas où la stagnation de la bile dure déjà depuis plusieurs semaines ou mois, parce qu'alors la dilatation des vaisseaux biliaires périphériques du foie peut atteindre à la formation de véritables varices qui assurent la possibilité d'une fistule biliaire permanente dans l'intestin.

M. Willems (de Gand) a adopté l'incision en baïonnette de Kehr, mais souvent il la renverse et met la partie inférieure verticale et médiane.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 113, p. 1347.

Il insiste sur les mauvais résultats que donne la suture du cholédoque.

M. Tédenat (de Montpellier) cite des cas où la loi de Courvoisier-Terrier se trouve infirmée par les faits, et où l'on observe une vésicule énormément distendue dans des cas de lithiase. Il fait connaître un cas de cholédoco-duodénostomie après résection d'un papillome de la partie inférieure du cholédoque.

L'incision de Mayo-Robson lui paraît la plus avantageuse.

M. Lejars reprend ici les opinions qu'il a défendues devant la Société de chirurgie. Il est très partisan de l'opération de Kehr, à laquelle il a eu recours jusqu'ici une vingtaine de fois. Il insiste surtout sur les grands avantages de l'incision en baïonnette et sur la nécessité de maintenir le drainage pendant un temps assez long : trois à quatre semaines au minimum.

Mais l'opération de Kehr n'est pas, si l'on peut dire, une panacée, applicable à tous les cas de lithiase des voies biliaires, et il faut reconnaître que, dans nombre de cas, la cholécystectomie et même la simple cholécystostomie peuvent amener, au point de vue thérapeutique, d'aussi bons résultats. Personnellement, à côté de 21 cholédocotomies dont la grande majorité suivie d'hépaticus-drainage, M. Lejars compte 38 cholécystectomies et 41 cholécystostomies. L'opération de Kehr, selon lui, doit être réservée surtout aux cas de lithiase avec angiocolite : c'est dans ces cas qu'elle donne les plus beaux succès. Elle n'est d'ailleurs pas toujours exécutable, en particulier dans les cas de cholédocite chronique avec hypertrophie de la muqueuse, rétrécissement de la lumière du canal et adhérences périphériques plus ou moins étendues et denses. M. Lejars cite plusieurs observations où cette cholédocite avait créé des lésions telles que le drainage du cholédoque était impraticable ou n'a donné que des résultats tout à fait insuffisants.

M. Verhoogen (de Bruxelles) fait connaître un procédé de fortune qui lui a réussi.

Dans un cas, il existait un calcul dans le cholédoque, mais la vésicule biliaire était, d'autre part, le siège d'une tumeur cancéreuse, intéressant le canal cholédoque. Le néoplasme enlevé, on ne pouvait songer à rétablir le cours de la bile, car il ne restait que la partie inférieure du cholédoque ; il dut se contenter de placer dans ce bout inférieur un drain allant dans l'intestin et sortant par la plaie abdominale ; la bile venant du canal hépatique s'écoulait donc en partie à l'extérieur, et en partie dans l'intestin.

Ce qui restait de l'hépatique fut laissé largement ouvert et un tamponnement à la Mikulicz fut placé dans la région. M. Verhoogen avait l'espoir, confirmé par les événements, que, grâce à ce dispositif, une partie, tout au moins, de la bile, issue de l'hépatique, passerait peut-être dans le cholédoque, que, peu après, il se formerait, grâce aux adhérences, un trajet fistuleux définitif entre l'hépatique et le cholédoque. C'est ce qui se passa en effet : les matières se colorèrent progressivement ; au bout de quelques semaines, le tampon et le drain purent être retirés, et, quelques semaines après encore, la fistule cutanée finissait par se fermer. Actuellement la malade reste guérie depuis plusieurs mois.

M. Monprofit (d'Angers) attire l'attention sur un procédé de cholécystentérostomie en Y, qu'il a employé pour la première fois il y a quatre ans et qui permet de transformer un segment du jéjunum en un véritable cholédoque nouveau. Grâce à cette disposition la bile s'écoule facilement par ce canal, les matières alimentaires ne peuvent refluer vers la vésicule, comme dans la cholécystentérostomie latérale ordinaire, et les causes d'infection ascendante de l'intestin vers les voies biliaires sont supprimées.

En poursuivant la même idée, il croit qu'il serait possible d'implanter, non plus la vésicule, mais le cholédoque ou l'hépatique dans le jéjunum, lorsque l'indication se présente d'aboucher ces canaux avec l'intestin. On réaliserait ainsi soit la cholédoco-jéjunostomie, soit l'hépatico-jéjunostomie.

M. Princeteau (de Bordeaux) cite deux cas de rupture traumatique des voies biliaires. L'un est très intéressant. Il s'agit d'un enfant de quinze ans, qui à la suite du passage d'une roue de voiture présenta un épanchement abondant de bile dans la cavité péritonéale. Ce petit malade guérit simplement à la suite de six ponctions successives.

M. Tixier (de Lyon) attire l'attention sur la cholécystectomie sous-séreuse qu'il a recommandée depuis 1903. Il a adapté cette façon de faire à l'opération de Kehr, et a opéré 6 malades dans ces conditions. Cette petite modification lui paraît diminuer la gravité de l'intervention, en mettant à l'abri des complications péritonitiques, et la longueur du traitement post-opératoire, puisqu'on supprime le tamponnement que M. Kehr recommande de laisser pendant trois semaines. Il pense aussi que les chances d'éventration consécutive sont réduites au minimum.

M. Bazy appelle l'attention sur les faits peu connus et peu nombreux de rétrécissement et d'oblitération des voies biliaires, consécutifs à des angiocolites ulcéreuses. Ces ulcérations peuvent être consécutives à la présence de calculs, mais rien ne le prouve, attendu qu'on peut ne trouver aucun calcul dans les voies biliaires et que, quand on en trouve, on ne les voit pas au voisinage des points rétrécis ou oblitérés.

Il a publié deux de ces faits dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* l'an dernier, lors de la discussion qui a eu lieu à ce moment, et l'un des cas opérés remontait à quinze mois à ce moment, la malade qui fait le sujet de cette observation se portait bien, elle continue à se bien porter ; il y a plus de deux ans et demi que l'opération a eu lieu.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de cinquante-cinq ans, qui avait été très bien à la suite de la cholédocotomie, puis s'était négligé, avait laissé rétrécir la fistule cholédoco-cutanée installée, et, quand il est venu voir M. Bazy, il était déjà trop tard, le débridement de l'orifice n'a pu suffire, il est mort quelque temps après. *(A suivre.)*

MÉDECINE PRATIQUE

LA LEVURE DE BIÈRE DANS LE TRAITEMENT DES BRULURES

Le docteur Plantier (d'Annonay) a communiqué récemment à la Société médicale de la Drôme et de l'Ardèche les heureux effets qu'il a obtenus en employant la levure de bière dans le traitement des brûlures, quel que soit le degré de celles-ci.

Après avoir préalablement minutieusement désinfecté la plaie, on applique un pansement préparé de la façon suivante :

On prend de la levure de bière sèche ou fraîche, ou de la levure de grains, on l'étend d'eau bouillie tiède de façon à obtenir une pâte ayant à peu près la consistance d'une épaisse bouillie de plâtre. On imprègne avec soin, comme on le fait pour un plâtre, des bandes de gaze stérilisée pliées [en plusieurs doubles et on en recouvre le membre brûlé parallèlement à son axe, et non perpendiculairement, de façon à éviter la compression circulaire désagréable et peut-être nuisible qui est due à la rétraction consécutive à la dessiccation. On fixe très exactement le tout par quelques tours de bandes. Le pansement est à peine achevé depuis quelques minutes, parfois quelques secondes, que se produit une remarquable sédation des douleurs. L'euphorie est quelquefois si prompte et si complète qu'on dirait qu'une piqûre de morphine à haute dose vient d'être pratiquée.

On renouvelle jusqu'à guérison le pansement, selon la même technique, après un temps variable d'un, deux ou trois jours, s'il s'est desséché, craquelé et s'applique mal, ou s'il y a de nouvelles douleurs, ou encore s'il se produit des phlyctènes. Celles-ci seront vidées soigneusement avec un bistouri flambé, et on prendra soin de très minutieusement recoller l'épiderme en le comprimant.

A la suite de ce traitement on n'observe ni suppuration et partant ni odeur fétide, ni cicatrice difforme. Il n'y a de sphacèle que des parties entièrement carbonisées. La brûlure est vraiment transformée en une plaie aseptique et guérit en quelques jours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1908)

Epidémies. — Dans son remarquable rapport sur les épidémies, M. WIDAL avait particulièrement insisté sur la nécessité de perfectionner l'enseignement de l'hygiène en France. Il demandait que même à l'école communale et dans les collèges et lycées, on donnât déjà aux élèves des notions d'hygiène. Il y a là, aux yeux de M. Widal, une question d'éducation sociale de la plus haute importance et à laquelle il lui semble que l'Académie doive s'intéresser tout particulièrement. Il demande donc que l'Académie émette un vœu dans ce sens.

M. Henri MONOD appuie les conclusions du rapport de M. Widal. En ce qui concerne, tout d'abord, la loi de 1892, il demande qu'on s'efforce d'en faciliter, par tous les moyens, l'application. M. Widal a fait une œuvre opportune en insistant, dans son rapport, comme il l'a fait, sur la nécessité d'obtenir une application plus rigoureuse de la loi sur la déclaration obligatoire des maladies transmissibles. Cette déclaration est, en effet, le point de départ nécessaire de l'application de la loi. C'est d'ailleurs l'avis de MM. Chantemesse et Netter qui ont également insisté, avec M. Widal, sur les bienfaits de la déclaration.

M. Widal a parfaitement raison quand il reconnaît que cette déclaration obligatoire est insuffisamment faite. Il est bien certain qu'elle est incomplète et qu'elle ne se fait même pas du tout dans certaines villes. D'une façon générale on peut dire que plus d'un quart des médecins ne déclarent pas à l'autorité les maladies transmissibles.

M. Monod raconte, en détails, les vicissitudes de l'article 5 de la loi : en 1892, cet article portait qu'il n'était pas juste d'imposer aux médecins seuls la déclaration, que celle-ci pouvait être faite également par les parents, les chefs d'institution, un maître d'hôtel, etc. Elle fut adoptée ainsi, par la Chambre en 1896. Lorsqu'elle arriva devant le Sénat, en 1897, on invoqua des questions de sentiments, on prétendit qu'il n'était pas possible d'exiger du père de famille qu'il quittât sa fille ou son fils morts de diphtérie pour aller lui-même déclarer à la mairie que le malheureux enfant devenait un danger social. On se laissa toucher par ces arguments et on décida qu'au médecin seul incomberait l'obligation de la déclaration.

Il y eut là une regrettable exagération ; on demandait tout d'abord que la déclaration fût faite par le père de famille, non pas au moment du décès, mais bien dès l'apparition du mal contagieux. Si l'on veut, en effet, que la loi prouve tous les avantages qu'elle doit procurer, il faut obtenir que la déclaration soit faite dès le début de la maladie transmissible et que la désinfection suive immédiatement la déclaration. C'est dans ce sens que fut modifiée la loi, en 1902.

Il est bien certain que jusqu'ici la loi n'a pas été appliquée comme elle devrait l'être. Bien des médecins, en province, jugent inutile la déclaration puisqu'il n'y a pas, dans bien des villes, de moyens de désinfection.

Il y a lieu d'espérer qu'avec le président du Conseil actuel, médecin et démocrate, on arrivera à obtenir une application plus réelle et plus efficace de cette loi essentiellement utile et tutélaire.

Une seconde lacune de cette loi est l'absence de contrôle.

M. Monod insiste sur l'importance considérable du rôle social des médecins de nos jours. Sans doute, avec les progrès toujours croissants de l'hygiène, le devoir du médecin consiste le plus souvent à agir contre ses propres intérêts. Mais il est le premier à comprendre qu'entre un intérêt particulier, qu'il s'agisse du médecin ou du malade, et l'intérêt national, il n'y a pas à hésiter et qu'il faut savoir sacrifier complètement le premier au second.

D'ailleurs il est du devoir des collectivités de corriger cet état de choses. L'état collectif doit primer les intérêts individuels, et le premier devoir du médecin est d'être animé de l'amour de l'hygiène et du bien public.

M. CHANTEMESSE rappelle que, dans son rapport, M. Widal a insisté sur deux points : 1° nécessité de la déclaration obligatoire, à condition que cette déclaration ne soit pas imposée au médecin seul, nécessité et importance de la désinfection; 2° importance de l'enseignement de l'hygiène.

C'est sur ce second point que veut surtout insister M. Chantemesse. Il estime, en effet, avec M. Widal, que l'enseignement de l'hygiène, en France, dispose de moyens tout à fait insuffisants.

Veut-on des chiffres ? Tandis qu'à Berlin le budget de l'enseignement de l'hygiène est de 32 500 francs, il est à Paris de 2 300 francs, et il y a plus d'élèves à Paris qu'à Berlin.

Plusieurs facultés de province, la Faculté de Lyon en particulier, sont mieux favorisées que celle de Paris.

Paris est très en retard à ce point de vue et il faut que

l'Académie insiste auprès des pouvoirs publics pour obtenir des améliorations indispensables.

Traitement de l'infection puerpérale par les courants d'oxygène pur. — M. Reynier, qui est chargé à Lariboisière d'un service spécial d'infections puerpérales, service consistant en une salle commune et en salles d'isolement, les malades ne passant des dernières dans la première qu'après avoir été désinfectées, a obtenu les résultats les plus satisfaisants de l'emploi des courants d'oxygène pur dans le traitement de ces affections.

En trois ans, M. Reynier a vu passer dans ce service 552 malades. Chez les deux tiers de ces malades, les accidents étaient dus à des avortements.

M. Reynier a mis en œuvre tous les traitements médicaux et chirurgicaux, tous les sérums, toutes les variétés d'injections antiseptiques, etc.

Ainsi que le fait justement observer M. Reynier, il n'y a pas une infection puerpérale, il y a des infections puerpérales très variables suivant l'agent pathogène, le microbe qui est en cause. La thérapeutique doit varier suivant ces cas.

Au point de vue des infections dues à la présence, dans l'utérus, de microbes anaérobies, de beaucoup les plus fréquentes, l'oxygène est tout indiqué.

Le regretté chirurgien de Genève, Auguste Reverdin, lui fit part des bons résultats qu'il avait obtenus, dans ces cas, de l'emploi des courants d'oxygène pur dans l'utérus.

Cette pratique consiste à faire d'abord un lavage intra-utérin, puis, à l'aide d'une sonde double de Doléris, à faire passer dans la cavité utérine un courant d'oxygène pur provenant d'un obus à oxygène disposé, à cet effet, dans le service.

Dans des cas où il s'agissait d'infections des plus graves, avec 40 degrés de température, M. Reynier a obtenu des guérisons extrêmement rapides. Il cite quatre exemples très probants. Il rappelle que Thiriar (de Bruxelles) avait obtenu de très bons résultats de l'emploi de cette méthode dans le traitement des phlegmons diffus, des anthrax.

M. Pozzi rappelle que cette méthode, fort intéressante, est employée en Allemagne.

Accidents du travail. — M. Ch. Monod dépose, sur le bureau de l'Académie, une note de M. Larat, médecin expert, sur l'électro-diagnostic graphique. Cet auteur fait ressortir toute l'importance des méthodes objectives dans la recherche des réactions électro-musculaires, en particulier lorsqu'il s'agit d'expertises d'accidents du travail. Le procédé d'enregistrement graphique des contractions qu'il a imaginé, simple et pratique, permet, bien mieux que toute autre notation, de se rendre compte de l'importance des troubles pathologiques, de leur évolution, et constitue un document du plus grand intérêt, la part d'appréciation, l'erreur personnelle de l'expert étant réduites au minimum.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASYSTOLIE

Quatre granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou L gouttes de la solution au millième — ce qui représente 1 milligramme de digitaline — en une ou deux fois pendant un seul jour (1).

Ou : XX gouttes le 1er jour et X gouttes les 3 jours suivants.

Ensuite, on laisse reposer le malade 15 jours ou même moins lorsque le cœur est fortement touché. Après ce délai, la digitaline est donnée aux doses de 2 granules à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou X gouttes de solution au millième 4 jours de suite, de façon à maintenir l'action cardio-tonique.

(1) Si le myocarde est très altéré, il y a intérêt à donner des doses plus faibles.

LIVRES NOUVEAUX

Puériculture et hygiène infantile (1). Conférences faites sous la présidence de M. Georges Lyon, recteur de l'Académie de Lille, et Th. Barrois, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Ce petit volume nous a beaucoup intéressé. Les conférences de MM. Bué, Déléarde, Gaudier, Lambling et Oui sur l'allaitement maternel et artificiel, le sevrage, l'hygiène générale du nouveau-né, l'éducation physique à l'enfance, constituent un véritable manuel de puériculture ; dans une causerie très littéraire sur l'Ecole préparatoire des mères, M. Dubron, président du comité du Nord de l'Alliance d'hygiène sociale, a bien mis en relief les idées directrices qui ont entraîné l'organisation de ces conférences faites pour l'enseignement des jeunes filles. Au point de vue social, cette voie nouvelle dans laquelle s'engagent les éducateurs et les médecins peut conduire à de très heureux résultats.

L. BABONNEIX.

FORMULAIRE

VAGINITE SIMPLE

Faire un pansement tous les jours avec du coton hydrophile fortement imprégné de :

Thigénol « Roche » .... 50 grammes.
Glycérine .... 50 —

NOTES POUR L'INTERNAT

GOITRE EXOPHTALMIQUE (2)

Avec ces quatre grands symptômes, on constate toujours quelques autres troubles nerveux, digestifs, etc. Le *système nerveux* est particulièrement atteint ; en dehors du tremblement et des paralysies oculaires déjà étudiés, on observe souvent des troubles de la *motilité* ; au début, les malades ont des phénomènes d'excitation tels que crampes musculaires, contractures, accès de tétanie et même crises épileptiformes ; puis

(1) Un vol. in-16. — Paris, 1908, Alcan.
(2) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 113, p. 1378.

surviennent des phénomènes paralytiques mais habituellement transitoires et siégeant presque exclusivement aux membres inférieurs; c'est tantôt un simple dérobement des jambes qui fléchissent brusquement pendant la station debout (Charcot), tantôt une véritable paraplégie basedowienne; cette paraplégie peut aller jusqu'à l'impotence presque complète, mais sans troubles de la sensibilité et avec intégrité des sphincters (Charcot); les réflexes rotuliens sont conservés ou diminués. La paraplégie s'établit subitement, puis s'atténue et peut disparaître. Les hémiplégies et monoplégies sont exceptionnelles. Les troubles de la *sensibilité* consistent en névralgies atteignant surtout le trijumeau, en exacerbations de la sensibilité profonde derrière le sternum, ou à l'épigastre, à l'abdomen. Les *troubles psychiques* sont presque constants; dès le début de la maladie, on remarque un état mental très particulier et des changements de caractère. Le malade est agité, émotif, impressionnable; il passe sans transition de la gaieté à la tristesse; il est impatient et irascible. L'insomnie exagère cet état d'excitation; certains malades tourmentés par les cauchemars, les hallucinations de la vue peuvent arriver à la manie aiguë, qui guérit mais accentue encore le déséquilibre mental. D'autres malades, ayant conscience de la mobilité de leur humeur en éprouvent une grande tristesse et sont ainsi conduits à un état marqué de dépression. Diverses psychoses peuvent survenir au cours de la maladie de Basedow; mais alors c'est dans l'hérédité névropathique plutôt que dans le goitre exophtalmique qu'il faut chercher l'origine de ces troubles.

L'innervation *vaso-motrice et sécrétoire* est presque toujours anormale; les bouffées de chaleur à la tête sont fréquentes; de même les sueurs profuses au cou, au tronc, aux mains, parfois à tout le corps. Les malades ont souvent une sensation de chaleur; ils recherchent les courants d'air, dorment l'hiver sans couvertures : on constate parfois des élévations passagères de la température qui ne sont probablement pas une véritable fièvre (Bertoye). Notons encore les œdèmes passagers, localisés surtout aux cuisses et dans lesquels le doigt ne laisse pas nettement l'empreinte en godet; c'est plutôt un épaississement, une infiltration du derme. Comme troubles trophiques de la peau on a signalé les pigmentations anormales, des taches de vitiligo, des pseudo-pelades. Vigouroux a montré qu'on pouvait constater du côté de la peau des basedowiens un symptôme très particulier, la *diminution de la résistance électrique*, et que cette diminution de résistance n'était pas due, comme on l'a cru d'abord, à la présence des sueurs abondantes.

L'*appareil digestif* est le siège de troubles divers. L'appétit est quelquefois diminué, bizarre; d'autres malades ont au contraire une faim difficile à satisfaire. Des douleurs épigastriques prennent parfois l'intensité de crises gastriques avec vomissements. Mais le symptôme digestif le plus fréquent et le plus caractéristique est la crise de diarrhée; c'est une diarrhée séreuse à début soudain, les malades ont chaque jour huit à dix selles liquides, quelquefois de la lientérie; cette diarrhée cesse brusquement après avoir résisté aux moyens thérapeutiques habituels; on a signalé l'ictère, de pathogénie mal connue, et des crises de ptyalisme.

Du côté de l'*appareil respiratoire*, on ne constate pas de symptômes importants, sauf si le goitre détermine des accidents de compression des voies aériennes. En dehors de ce cas, on note seulement quelques troubles fonctionnels, tels que la dyspnée paroxystique, une toux sèche et fatigante. Bryson a remarqué que les malades exécutaient difficilement des inspirations forcées par suite d'un faible élargissement de la cage thoracique.

Les fonctions *génitales* sont presque toujours altérées. Après une exaltation passagère du sens génésique, l'homme arrive rapidement à la frigidité et à l'impuissance. La plupart des femmes ont de l'aménorrhée, accompagnée de leucorrhée quelquefois très abondante; si la fonction menstruelle se rétablit, c'est un signe d'un bon pronostic (Trousseau); les seins sont atrophiés; l'influence de la grossesse sur la maladie de Basedow est assez variable; deux opinions ont été émises à ce sujet; d'après quelques auteurs, la grossesse détermine le plus souvent une aggravation de tous les symptômes; d'après Charcot, la maladie est modifiée dans un sens favorable pendant la grossesse, mais l'accouchement et la lactation réveillent les accidents.

Les *urines* sont habituellement abondantes et claires; il y a parfois des crises de polyurie. Souvent, on constate de l'albuminurie au moment des poussées congestives et des paroxysmes; cette albuminurie semble donc dépendre d'une congestion rénale. Elle peut être associée à la glycosurie; cependant la glycosurie est beaucoup plus rare; dans quelques cas, c'est une glycosurie passagère, dans d'autres il s'agit d'une association du diabète à la maladie de Basedow.

L'*état général* du malade peut rester bon pendant un certain temps; cependant les crises de diarrhée, l'insomnie déterminent souvent de l'amaigrissement; souvent des crises d'amaigrissement se produisent sans cause, puis le malade reprend des forces, l'affection procédant ainsi par poussées paroxystiques et par rémissions. Certains malades ont aussi de la fièvre pendant quelques jours et Bertoye a décrit un état fébrile, une fièvre prolongée à type pseudo-typhoïde, une fièvre inaugurale, épisodique ou clôturale. Quand le goitre exophtalmique se termine par la mort, les malades, arrivés à la période terminale, sont dans un véritable état de cachexie thyroïdienne.

FORMES CLINIQUES. — On peut distinguer une forme aiguë et une forme lente (Trousseau). La *forme aiguë* a un début brusque, et le syndrome s'établit en quelques jours, en quelques semaines; c'est dans cette forme qu'on peut observer de violents paroxysmes mettant immédiatement la vie du malade en danger; le cou grossit très rapidement; une violente oppression se manifeste. Trousseau relate un cas dans lequel on prépara tout pour faire une trachéotomie; il est exceptionnel cependant que la mort survienne ainsi rapidement; ces cas aigus se terminent habituellement par la guérison en quelques mois, mais ils ne sont souvent que le prélude d'une forme lente.

La *forme chronique* est beaucoup plus fréquente, elle dure plusieurs années, avec des épisodes aigus; après chaque poussée, une sédation se produit, mais cependant chaque paroxysme augmente peu à peu les grands symptômes (exophtalmie, goitre, troubles cardio-vasculaires). Dans certaines formes bénignes, les paroxysmes surviennent à des époques très éloignées, laissant entre eux un calme relatif. Parfois la rémission est telle qu'on croit à une véritable guérison, les yeux restant seulement un peu saillants; mais une rechute est toujours à craindre. Les formes graves conduisent à la mort par les progrès de la maladie ou par quelque complication.

Très souvent, on observe des *formes frustes*. Le goitre peut manquer; l'exophtalmie est souvent très peu marquée, on remarque seulement que le regard est un peu étrange, un peu sauvage (Trousseau). La tachycardie ne manque jamais; c'est le symptôme le plus constant; le tremblement manque rarement.

Le goitre simple peut se basedowifier (P. Marie); cette transformation est annoncée par la tachycardie, bientôt suivie des autres symptômes de la maladie de Basedow.

On pourrait décrire diverses formes cliniques résultant de l'*association* du goitre exophtalmique avec d'autres affections; l'association avec l'hystérie est très fréquente. On a signalé l'association avec la chorée, l'épilepsie, le tabes, la syringomyélie, la sclérodermie. Quelquefois le myxœdème succède au goitre exophtalmique.

Chez le vieillard, la maladie de Basedow est rare; son évolution est alors lente et torpide. Chez l'*enfant*, le début est habituellement rapide; la tachycardie n'est pas très considérable, l'exophtalmie est peu prononcée et manque dans un cinquième des cas environ; le goitre par contre est constant mais généralement modéré; le tremblement est exceptionnel; quand il existe, il a souvent un caractère choréiforme. La durée de la maladie est en général moins longue que chez l'adulte; elle se termine en quelques mois et presque toujours par la guérison; mais l'affection peut récidiver ou persister jusqu'à l'âge adulte. La mort est relativement rare; la mortalité est d'environ 9 p. 100; le pronostic est donc relativement favorable, cependant l'avenir doit toujours être réservé (Nobécourt).

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 119. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 17 OCTOBRE 1908. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 14 octobre 1908. — Question donnée : « Articulation du radius. »

MM. Bernardin, 2; Bardet, 12; Antonelli, 11; Bourdier, 12; Arbeit, 8; Bloch, 15; Barbier, 14; Berthet, 5; Boirac, 13; Delestre, 12; Descubes, 9; Defiol, 8; Boissier, 5; Aubert, 12; Mlles Bouderlique, 14; Boudeille, 13; MM. Beau, 5; Bion, 12; Mlle Braïlovsky, 11; MM. Broca, 10; Chabrun, 11; Cheyron et Mlle Cahan, 10; M. Dalle, 12.

Séance du 15 octobre 1908. — Question donnée : « Corps et apophyses transverses des différents vertèbres. »

MM. Destremont et Doulect, 10; Cotineau, 2; Dupêchez, 15; Durand-Fardel, 13; Farhat, 10; Ferréol, 16; Gautruche, 17; Feldstein, 15; Houttelette, 14; Mlle Feygin, 16; MM. Kherouvimoff, 10; Lehmann (Louis), 9; Labbé, 5; Lebreton, 13; Mlle Duplan, 12; MM. Galop, 17; David, 15; Dèche et Deffaux, 14; Marmier, 15; Gallot-Lavallée, 14.

PATHOLOGIE. — Séance du 14 octobre. — Question donnée : « Manière de prendre l'observation d'un malade atteint d'ascite. »

MM. Antony, 16; Borel (Alphonse) et Bourdier, 10; Bécourt, 8; Bardet, 12; Adeline et Bloch, 14; Arbeit, 13; Barabeau, Antonelli et Mlles Boudeille, 10; Albessard, 12; Leitnikoff, 8; Bouderlique, 15; MM. Blum, 16; Boirac, 9; Hudelo, 14; Bernard-Gerriet, 13; Barbier, 9; Aureille, 3; Bergès (Jean-Joseph), 8; Berthet, 13.

LES CRIMINELS A RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE. — Au IIIe Congrès international pour l'assistance des aliénés, qui vient de se tenir à Vienne, M. le professeur Grasset (de Montpellier), délégué par le ministre de l'Intérieur, a attiré l'attention du Congrès, sur la grave et difficile question de l'assistance des criminels à responsabilité atténuée. Ces criminels sont des malades comme les aliénés, mais la loi qui s'occupe de ces derniers ignore, ou à peu près, les premiers, vis-à-vis desquels la Société a cependant des devoirs aussi stricts d'assistance et de traitement. L'éminent professeur de Montpellier a proposé au Congrès de mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès international, pour y être rapportée et discutée, la question suivante : LES CRIMINELS A RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE. *Nécessité de rendre légalement obligatoire, dans tous les pays, l'assistance et le traitement des demi-fous criminels, dans les asiles spéciaux, jusqu'à leur guérison et, s'ils sont incurables, pendant toute leur vie.*

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS (9, rue de Poissy, Paris, Ve). — L'assemblée générale statutaire de l'Association se tiendra le vendredi 23 octobre, à cinq heures trois quarts, dans un des salons du restaurant Véfour jeune, 108, galerie de Valois (Palais-Royal). Elle sera suivie d'un dîner amical, au prix de 5 fr. 50 (tout compris). Prière d'envoyer son adhésion au dîner le plus tôt possible, 9, rue de Poissy. En raison de l'importance des questions à débattre, arriver de bonne heure.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante et unième semaine, 748 décès, au lieu de 775 pendant la semaine précédente et de 796, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques sont toujours rares.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 78 décès, au lieu de 75 pendant la semaine précédente (moyenne 99).

La phtisie pulmonaire a causé 165 décès (la moyenne est 182).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort M. le docteur Viguier de Maillane (de Nimes).

REVUE GÉNÉRALE (1)

CANCER PRIMITIF DES CANAUX BILIAIRES

[HÉPATIQUE. CYSTIQUE. CHOLÉDOQUE (2)]

Par MM. Jean RHENTER et Jean REBATTU,
Internes des hôpitaux de Lyon.

IV

Symptomatologie. — « Le cancer primitif des canaux biliaires est essentiellement caractérisé par un ictère chronique s'installant d'ordinaire insidieusement, auquel viennent rapidement s'ajouter des symptômes de cachexie et d'affaiblissement progressif, entraînant la mort au bout de quelques mois. Ce sont en somme, à grands traits, les symptômes d'une obstruction cancéreuse du cholédoque, tels que ceux que pourrait causer un cancer de la tête du pancréas » (Devic et Gallavardin).

Telle est en effet la seule description que l'on puisse donner dans ses grandes lignes de l'affection qui nous occupe. Il nous faut maintenant analyser et préciser chacun des symptômes essentiels qu'elle présente, quitte à les synthétiser ensuite en quelques formes cliniques plus ou moins définitives. Mais voyons d'abord comment peuvent débuter ces accidents qui finissent par amener le malade à se faire examiner.

1. Mode de début. — L'*ictère* est souvent le premier symptôme et nous le trouvons signalé nettement dans à peu près la moitié des cas où l'on a précisé le mode de début. Peut-être alors y a-t-il eu avant l'ictère des troubles prémonitoires que le malade a négligé de préciser. Mais il est en tous cas un certain nombre d'observations où ces troubles sont particulièrement bien mis en évidence, comme ayant marqué le commencement clinique de la maladie : ils consistent, par ordre de fréquence, en douleurs abdominales, en troubles digestifs, ou en altération progressive de l'état général.

Nous trouvons pour notre compte les *douleurs* signalées 9 fois sur 22 observations : ce sont des douleurs abdominales assez mal localisées, mais qui semblent prédominer dans la région épigastrique ou dans celle de l'hypocondre droit. Parfois on les a vues irradier dans les lombes. Dans un cas de Friedheim, elles auraient précédé d'un an l'apparition de l'ictère, de deux ans, dans celui de Huguenin, sans que l'autopsie ait révélé des traces de lithiase, mais le plus souvent c'est une question de mois, sinon de semaines. Neanmoins, on devine que leur constatation peut singulièrement faire errer le diagnostic.

Les *troubles digestifs* sont un peu plus rares (2/22, toujours dans les observations postérieures à 1901) ils consistent en anorexie parfois élective, en vomissements, en crampes gastriques, parfois en diarrhée légère.

(1) Reproduction interdite.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 116, p. 1383.

Quant aux *phénomènes généraux*, rarement signes de début, ils consisteront dans cet amaigrissement, cette asthénie avec malaise indéfinissable qui constitue le cadre ordinaire des néoplasmes et dont l'explication sera d'ailleurs assez rapidement fournie par l'apparition de l'ictère.

En somme, l'ictère est souvent le premier signe clinique net qui attire l'attention sur le cancer des canaux biliaires et nos recherches à ce point de vue ne font que confirmer les précédentes. Parmi les troubles prémonitoires qui peuvent annoncer cet ictère, elles donnent en revanche une plus grande importance aux phénomènes douloureux, même en dehors de toute lithiase antérieure.

2. Troubles dus a la rétention biliaire. — Un *ictère* foncé et intense, qui, une fois installé, ne rétrocédera plus, constitue le symptôme capital du cancer des canaux biliaires. Les téguments sont en effet fortement colorés, depuis le jaune jusqu'au vert foncé, avec participation des muqueuses, et cette coloration va toujours en se fonçant davantage. Une seule fois Durand-Fardel a publié un cas indiscutable de cancer biliaire où l'ictère aurait fait défaut. L'invariabilité, ou plutôt l'*accentuation progressive* est la règle et Devic et Gallavardin ne mentionnent guère que 5 ou 6 cas où l'on aurait noté l'ictère intermittent. Nous devons nous-mêmes signaler celui de Debrovici et Foix où, d'abord intermittent, l'ictère devint progressif dans la suite.

Symptôme souvent initial ou succédant en tous cas de peu à quelques vagues troubles, cet ictère s'accompagne bien entendu des phénomènes qui sont avec lui la traduction ordinaire de la rétention biliaire. Nous voulons parler de la *décoloration des selles* qui, bien que non toujours signalée, ne semble faire réellement défaut que dans trois ou quatre cas ; de la *teinte foncée des urines*, riche en pigments biliaires ; de l'*état saburral* des premières voies digestives ; du *prurit* particulièrement fréquent et intense et qui, dans deux cas (Houssin, Tuffier), aurait précédé la coloration des téguments ; des *troubles cardiaques* et, en particulier, de la bradycardie (Injelrans) qui sont d'ailleurs fort rares. On connaît enfin la tendance des ictériques à faire des *hémorragies* et effectivement, nous trouvons réunis trois cas où il y eut des hématémèses et six où il y eut du mélæna. Nous avons recueilli d'autre part le cas de Donati où, avec des entérorragies abondantes sont signalées des épistaxis à répétition. Ces hémorragies dans ce dernier cas, comme dans quelques autres plus anciens, se seraient accompagnées d'une anémie très prononcée.

Si l'explication de la rétention biliaire dont le tableau clinique domine si nettement la scène, est facile à trouver dans l'anatomie pathologique du cancer du cholédoque ou de l'hépatique, il ne semble pas qu'il en soit de même pour le cancer du cystique. Dans nos deux observations, le syndrome est pourtant au complet, l'obstruction étant attribuée dans celui d'Etienne à une ascaride trouvée dans le cholédoque (Devic et Gallavardin) et dans celui de Vautrin à des noyaux de généralisation semés dans le cholédoque

par le néoplasme dont le point de départ était cependant nettement cystique.

3. Troubles digestifs. — On pourrait en faire assez logiquement la conséquence de la rétention biliaire, puisqu'ils sont souvent imputables à l'absence du déversement de la bile dans l'intestin. Il est vrai qu'ils peuvent aussi reconnaître pour cause la déchéance physiologique du malade. Ce sont d'ailleurs des troubles assez vagues, nous les avons vus pouvoir ouvrir la scène dans un certain nombre de cas et ils consistent essentiellement en anorexie élective ou non, en diarrhée, qui légère au début peut s'accentuer et prendre le caractère graisseux, en vomissements d'ailleurs assez rares.

Nous avons déjà signalé les cas possibles d'hématémèses ou de mélæna par suffusion sanguine au niveau des muqueuses.

4. Phénomènes douloureux. — Nous serons brefs également sur les symptômes douloureux, dont le principal intérêt est, ainsi que nous l'avons déjà dit, de pouvoir être parfois considérés comme un signe prémonitoire de l'ictère. Sans insister sur les caractères de ces douleurs, en général peu accusées, nous rappellerons seulement que nous les avons rencontrées dans nos observations avec une fréquence relativement assez considérable. Leur allure à la période d'état diffère peu de celle que nous leur avons vu revêtir au début : parfois elles revêtiraient réellement l'aspect d'une gastralgie ou d'une colique hépatique (Musser-Lancereaux).

5. Examen physique. — « La tumeur biliaire n'a été perçue dans aucune observation, elle est en effet inaccessible de par sa position profonde, sous-hépatique ou rétro-duodénale, et du fait de l'exiguïté de ses dimensions » (Devic et Gallavardin). Nous avons retrouvé depuis le cas de Potel où « l'examen de la partie supérieure de l'abdomen révélait une tuméfaction dure, régulière, à droite de la ligne médiane, empiétant aussi un peu à gauche ; elle n'avait pas de limite nette, ne rappelait la forme d'aucun organe. Elle était animée de battements nets ; la douleur était si vive que toute exploration profonde était interdite ». Mais c'est la seule fois où la palpation semble avoir révélé quelque chose qui pût faire penser à cette localisation du cancer, et nous devons le plus souvent renoncer à demander à l'examen physique de l'abdomen de notre malade la preuve de l'existence d'une tumeur des canaux biliaires. Mais nous avons vu dans notre étude anatomo-pathologique qu'un retentissement était fréquent au niveau de certains autres organes, savoir le *foie*, la *vésicule*, la *rate* et le *péritoine* : c'est donc à leur examen que le clinicien devra demander un complément aux renseignements déjà fournis par les signes fonctionnels.

a. *Foie*. — Dans 75 p. 100 des cas, celui-ci est hypertrophié et nous avons déjà dit qu'il y avait là un remarquable contraste avec ce qui se passe dans le cancer de la tête du pancréas. Parfois très volumineux, pouvant dépasser les fausses côtes de trois ou quatre travers de doigt, le foie ainsi hypertrophié n'est en général pas douloureux et, de ce fait, facile à palper. Si, parfois, il peut s'agir de phénomènes de généralisation cancéreuse, le plus souvent on a affaire à « de la cirrhose biliaire ascendante. Il doit entrer cependant aussi un élément congestif dans cette hypertrophie, car assez souvent le volume du foie à l'autopsie ne correspond pas à l'augmentation de volume perçue pendant la vie et on a vu, durant les derniers temps de la vie, la glande diminuer de volume et le bord inférieur du foie se rétracter progressivement. Il en fut ainsi dans les cas de Hesper, de Jenner ».

b. *Vésicule*. — L'étude clinique de la vésicule dans le cancer des canaux biliaires se superpose, bien entendu, à son étude anatomique. Nous avons suffisamment insisté sur ce point, pour ne pas avoir à revenir sur la possibilité que le clinicien aura de percevoir dans certains cas une vésicule distendue, tandis que, dans d'autres, cette sensation fera totalement défaut. Quand il en pourra ainsi reconnaître les caractères, il aura le plus souvent affaire à une masse nettement délimitable, parfois très volumineuse (nous l'avons vue atteindre le volume du poing ou être prise pour un kyste hydatique) qui se détachera nettement du bord inférieur du foie. Si, d'autre part, ses parois semblent avoir dans certains cas conservé tous leurs caractères de souplesse, elle peut, dans d'autres, se présenter comme une tumeur dure et irrégulière (Patel, Vautrin) : c'est qu'il s'agit alors d'une vésicule calculeuse, ou envahie secondairement par le néoplasme. Ajoutons que, le plus souvent pour ne pas dire toujours, cette masse vésiculaire, quand on la sent, est parfaitement indolore et qu'il est de ce fait très facile d'en apprécier par le palper les caractères physiques.

c. *Rate*. — « L'hypertrophie de la rate accompagne souvent celle du foie, elle est signalée dans huit cas ; elle était facilement appréciable par la matité, et dans l'observation II de Jenner, elle dépassait de deux travers de doigt le rebord costal. Nous verrons à propos du diagnostic quelle peut être l'importance de ce fait. »

A part le cas de Gallavardin (1907) où la rate était très légèrement augmentée de volume, nous ne trouvons la splénomégalie signalée dans aucune des observations postérieures à l'article dont nous venons de citer le passage.

d. *Péritoine*. — Si, dans deux cas, l'ascite aurait été nettement constatée en clinique, au point de nécessiter des ponctions plus ou moins répétées (Schmidt, Gallavardin), le plus souvent, il faut la rechercher soigneusement pour la découvrir. Nous avons en effet signalé en tout 24 observations où elle fut rencontrée, mais il semble bien que, presque partout, on ait eu affaire à une de ces ascites légères, survenant au voisinage de la période terminale d'une maladie cachectique et pouvant, dans certains cas, coïncider avec un peu d'œdème des jambes.

6. Etat général. — L'état général sera celui des affections cancéreuses, rendu encore plus saisissant par la présence de l'ictère et l'accentuation des phénomènes asthéniques qui l'accompagne d'ordinaire. On se trouvera en présence d'un sujet amaigri, dont

l'amaigrissement progressif tendra à la véritable *cachexie*.

Les *urines*, dont nous avons déjà signalé la teinte foncée, seront en outre rares et susceptibles de renfermer de l'albumine.

Une question se pose encore à propos de ces troubles de l'état général : c'est la question de la *température* qui peut avoir son intérêt au point de vue du diagnostic. L'on sait en effet que, dans le cancer du pancréas, l'hypothermie est à peu près de règle; en est-il de même dans le cancer des canaux biliaires que nous avons déjà vus présenter tant de symptômes communs avec cette dernière affection? Devic et Gallavardin, après avoir fait abstraction des cas où des complications infectieuses biliaires ou générales expliquaient une élévation thermique, déclarent ne pouvoir conclure sur ce point, faute de renseignements précis dans leurs observations; de même, d'ailleurs, à part l'hypothermie pouvant survenir dans le coma terminal, ils ont vu la température être toujours signalée comme normale, quand on en parle. Nous pouvons déjà trouver là une certaine différence, puisque à l'hypothermie si fréquemment signalée dans le cancer du pancréas, s'oppose ici la courbe normale de la température. Pour nous, sur 24 observations nouvelles, nous n'en trouvons que 9 où la température soit signalée et peut-être est-il logique d'admettre que, dans les 15 autres, il n'y avait rien d'anormal à noter, ni dans un sens, ni dans l'autre. Toujours est-il que sur les neuf cas où la chose est précisée, trois fois on donne la courbe comme normale, et six comme au-dessus de la moyenne, pouvant se maintenir à 39 (Miodowski) ou osciller entre 37 et 39 (Gallavardin). La question, on le voit, n'est pas encore tranchée d'une façon péremptoire, mais il semble bien en tous cas que l'on puisse admettre que, *dans le cancer des canaux biliaires, la température, assez rarement fébrile, est ordinairement normale et ne descend jamais audessous de la moyenne.*

V

Evolution. — Le cancer des canaux biliaires évolue naturellement comme toutes les affections du même genre, conduisant le malade à la mort par une évolution plus ou moins rapide, mais qu'en tous cas rien ne vient enrayer. Les symptômes généraux s'aggravent de jour en jour, la cachexie devient plus prononcée, avec asthénie et amaigrissement intenses, jusqu'à ce que le malade s'éteigne dans cet état de marasme et de déchéance que l'on connaît bien.

C'est cette phase terminale qui correspond à la troisième période de Lancereaux, les deux autres étant caractérisées, la première par les troubles prémonitoires, malaise vague, troubles digestifs ou douleurs, quand ils existent, la seconde, période d'état, par l'ictère installé d'une façon définitive.

Quoi qu'il en soit, la durée de l'évolution n'est jamais bien longue et Devic et Gallavardin donnent le chiffre de dix-huit mois, comme celui de la durée maxima et d'ailleurs exceptionnelle, la maladie confirmée, nous voulons dire depuis l'établissement de l'ictère, ne dépassant guère en moyenne six à huit mois. Nos observations ne nous permettent pas de renforcer ces conclusions, mais il ne semble pas en tous cas, que l'on ait jamais rencontré de ces rémissions comme celles qui sont signalées dans le cas de Bezançon, et l'on a bien le droit de considérer le cancer biliaire comme présentant une évolution particulièrement rapide.

Ne cite-t-on pas même des faits où la durée fut de trois semaines, de deux mois (Claisse, Bourgeret, Schmitt); dans le cas, de nouveau de Gallavardin l'ictère, quand survint la mort, était installé depuis un mois et les troubles gastriques et douloureux avaient précédé de trois semaines son apparition.

D'ailleurs, le tableau terminal que nous avons esquissé peut être singulièrement modifié ou plutôt écourté par des circonstances adjuvantes, que ce soit l'insuffisance hépatique aiguë, avec coma, anurie, hémorragies diverses, l'infection biliaire ou quelque affection intercurrente, le plus souvent pulmonaire. Nous avons parlé déjà du cas d'Huguenin, où la maladie se termina au milieu du cortège symptomatique de l'hémorragie foudroyante.

En somme, installation rapide et progressive de la scène clinique de la cachexie cancéreuse, se déroulant chez un sujet qui présente un ictère intense et tendant à s'accentuer et terminaison fatale à brève échéance que peut encore précipiter une affection surajoutée, telle est l'allure habituelle des malades dont l'affection fait l'objet de cette étude.

VI

Formes cliniques. — De l'étude analytique à laquelle nous venons de procéder, nous pouvons conclure qu'autour d'un symptôme dominant, l'ictère chronique intense et irréductible, viennent graviter des symptômes fonctionnels d'assez peu d'importance, troubles digestifs ou douloureux, phénomènes généraux dont la cachexie rapide constitue le trait clinique essentiel, avec ce fait intéressant que si la température est quelquefois fébrile ou n'a jamais en revanche noté d'hypothermie, il n'y a évidemment pas là, comme le font remarquer Devic et Gallavardin, les éléments suffisants pour établir des formes cliniques bien caractérisées : aussi est-ce aux signes révélés par l'examen de l'abdomen, qu'ils demandent de quoi établir les « variantes cliniques » qu'ils proposent comme types.

Ils en distinguent quatre :

1° *Forme clinique avec hypertrophie du foie et grosse vésicule;*

2° *Forme atypique, sans dilatation vésiculaire;*

3° *Forme simulant la cirrhose hypertrophique biliaire;*

4° *Forme anictérique.*

La forme *anictérique* se rapporte au seul cas de Durand-Fardel. Elle ne nous arrêtera pas, et pour cause : dans les 24 observations que nous avons réunies depuis 1901, nous trouvons toujours l'ictère occupant la première place dans la symptomatologie. C'est donc là une forme tout à fait exceptionnelle.

La forme *simulant la cirrhose biliaire hypertrophique* sert de cadre à quatre cas, où l'on trouva à côté de l'ictère chronique un gros foie et une grosse

rate et où l'autopsie révéla un cancer du segment sous-hépatique (trois pour l'hépatique, un pour le confluent). De cette forme, dont l'importance est, on le voit, considérable au point de vue diagnostique, nous ne pouvons rien dire, sinon qu'elle semble assez rarement se présenter en clinique, puisque aucune de nos observations ne mentionne de grosse rate, au moins cliniquement, et que sa fréquence se trouve de ce fait réduite à 4 cas sur 79.

Nous restons donc en présence des deux premières formes, qui sont évidemment celles que l'on doit habituellement rencontrer et qu'il nous semble par conséquent utile de conserver, sans que, d'ailleurs, nos nouvelles recherches ne justifient la création de quelque autre catégorie. (Le cas unique d'Huguenin, de cancer hématode, avec hémorragie intra-canaliculaire, et mort rapide, après perforation de la vésicule, s'il est intéressant au point de vue anatomo-pathologique, ne présente pas en effet une physionomie clinique assez spéciale, pour mériter qu'on lui fasse un cadre distinct.)

Entre ces deux formes, *commune* et *atypique*, la différence capitale réside en somme dans la constatation de la présence ou de l'absence d'une grosse vésicule. Aussi rappellerons-nous brièvement les conclusions qui terminent sur ce point notre étude anatomique et qui montrent la dilatation vésiculaire, à peu près constante dans le cancer du segment sus-duodénal et dans celui du cystique, être fréquente dans le cancer du confluent, tandis que la non-dilatation serait la règle (1) pour les autres cancers du segment sous-hépatique, savoir de l'hépatique. Nous serons donc autorisés à superposer la deuxième forme, la forme atypique, sans dilatation vésiculaire, au cancer de l'hépatique sinon exclusivement, du moins pour une large part, tandis que la seconde, forme commune avec dilatation vésiculaire, traduirait surtout l'obstruction des autres points du tractus biliaire, et particulièrement du cholédoque. Le gros foie, de constatation si fréquente, peut, bien entendu, appartenir à l'une ou à l'autre variété.

VII

Diagnostic. — Il suffit de se rendre compte du tableau clinique qui précède, pour comprendre que le diagnostic du cancer primitif des canaux biliaires soit particulièrement délicat. D'ailleurs, en parcourant les 79 observations qui nous ont servi de point de départ, nous avons pu constater que dans les seuls cas de Bohnstett, de Kehr et de Tuffier, le diagnostic exact aurait été posé.

Partout ailleurs, on avait songé soit à une cirrhose hypertrophique biliaire, soit à une obstruction calculeuse du cholédoque, soit et surtout à une obstruction cancéreuse de ce même canal, due vraisemblablement à un cancer de la tête du pancréas. C'est en effet à propos de ces trois affections, que nous allons surtout chercher à préciser les points qui pourront permettre sinon de diagnostiquer le cancer des canaux biliaires d'une façon ferme, du moins de songer à sa possibilité ou peut-être à sa probabilité.

On pourrait, il est vrai, songer à la rigueur à un *ictère catarrhal prolongé*, mais c'est là une idée que l'on abandonnerait vite, car le cancer biliaire ne présente ni la durée d'évolution, ni la variabilité manifeste de l'ictère, ni enfin les symptômes nettement infectieux du début qui caractérisent cette affection.

Le *cancer de la vésicule*, en dépit de ses rapports de voisinage avec celui qui nous occupe n'a pas de raison pour présenter un ictère, aussi nettement accusé surtout. On a d'ailleurs, en pareille circonstance, affaire à une vésicule dure, irrégulière et douloureuse, caractère que ne lui donnerait pas une généralisation secondaire, du moins à un pareil degré. Si l'histoire des cancers du canal cystique était plus riche en observations, il y aurait cependant lieu de supposer que le cancer de ce canal, quand il y serait parfaitement limité, se rapprocherait plutôt de celui de la vésicule que de celui des autres voies biliaires, mais nous avons vu que, pour nos deux cas, sa symptomatologie se confondait, du fait de circonstances accessoires, avec celle de ce dernier.

Quant au *cancer du foie*, dans les cas assez rares où il s'accompagne d'un ictère pouvant prêter à confusion, il présente soit une histoire clinique (le plus souvent due à la localisation du cancer d'origine), soit en tous cas des signes physiques suffisants pour éclairer le clinicien.

Nous restons donc bien en présence de la maladie d'Hanot, de l'obstruction calculeuse du cholédoque et du cancer de la tête du pancréas comprimant ce dernier :

1. Maladie de Hanot. — Nous avons vu que les analogies entre la cirrhose hypertrophique biliaire et certaines formes du cancer des canaux biliaires avec gros foie et grosse rate avaient conduit Devic et Gallavardin à créer une forme clinique basée précisément sur ces caractères. Aussi, dans ces cas, le diagnostic sera-t-il particulièrement épineux et seule, l'évolution beaucoup plus longue dans la cirrhose pourra faire pencher la balance en faveur de cette dernière, surtout si l'on songe que celle-ci est infiniment plus fréquente que le cancer biliaire. Et encore, est-il des cas, comme celui de Bezançon, où le cancer s'accompagne d'un ictère avec rémissions bien faites pour dérouter encore davantage et faire affirmer la maladie d'Hanot.

2. Obstruction calculeuse du cholédoque. — L'on connaît les signes cliniques caractérisant l'obstruction lithiasique du cholédoque : chez un malade qui, souvent, a déjà eu des crises douloureuses revêtant l'allure de coliques hépatiques, survient une nouvelle crise dont la sédation est rapidement suivie de l'installation d'un ictère assez foncé. Cet ictère, sujet d'ailleurs à des variations, persiste pendant très longtemps, au milieu d'un cortège symptomatique que constituent surtout des douleurs intermittentes parfois très vives, des phénomènes infectieux, avec fièvre plus ou moins intense et asthénie assez marquée. Au palper abdominal, souvent très pénible, on ne sent pas la vésicule.

(1) Règle toute relative d'ailleurs puisque la statistique de Donati donne une proportion de 15 p. 100 en faveur de la dilatation.

Evidemment, il n'y a que peu de rapports entre ce tableau et celui que nous avons tracé du cancer des canaux biliaires; mais il est tel d'entre eux, un cancer du canal hépatique par exemple, où la vésicule n'étant pas sentie, des douleurs parfois assez vives sont survenues au début et au cours de l'évolution, et l'on comprend que, pour être peu fréquente, la confusion n'en soit pas moins possible avec certains cas d'obstruction lithiasique où les signes douloureux sont très estompés, un ictère persistant amenant surtout le malade à consulter. Il faudra s'enquérir avec soin des caractères de cet ictère et s'attacher particulièrement à savoir s'il est nettement progressif, ou au contraire sujet à des variations. Certains, avec Kehr, attachent, à ce propos, une importance particulière à la constatation d'une ascite qui, assez fréquente dans le cancer des canaux biliaires, ferait toujours défaut dans l'obstruction lithiasique.

Il nous faut répéter d'ailleurs qu'assez souvent, dans 25 p. 100 des cas, nous avons vu le cancer biliaire évoluer chez des lithiasiques. Seule, la rapidité de l'évolution cachectique peut rendre alors possible le diagnostic de cancer sans qu'on puisse songer à préciser sa localisation.

3. Cancer de la tête du pancréas. — Le cancer de la tête du pancréas réalise une obstruction *cancéreuse* du canal cholédoque, et c'est lui que nous prendrons comme type, pour chercher à établir un diagnostic différentiel, car si les *ganglions néoplasiques péricholédociens* peuvent provoquer des phénomènes analogues, ils sont secondaires et l'on est en général renseigné sur leur cancer d'origine, cancer de l'estomac le plus souvent.

Le syndrome de Bard et Pic, ictère progressif, amaigrissement considérable et dilatation vésiculaire sans hypertrophie du foie, résume les signes capitaux du cancer de la tête du pancréas; on y peut joindre assez souvent la constatation d'une tuméfaction abdominale profonde, des douleurs spontanées parfois assez accentuées, et enfin de la glycosurie.

Le cancer du *cholédoque* reproduit très exactement le syndrome, du moins en ce qui concerne l'ictère, l'amaigrissement et la dilatation vésiculaire et, seule, la découverte des symptômes inconstants du cancer du pancréas pourra faire admettre l'existence de ce dernier. Nous ne parlons pas des douleurs, elles se peuvent rencontrer dans les deux affections, mais l'existence d'une tuméfaction épigastrique profonde, la glycosurie et, si l'on veut, l'élaboration particulièrement vicieuse des graisses (diarrhée contenant jusqu'à 80 p. 100 de graisses : Gaultier) constitueront de précieux arguments en faveur du siège pancréatique du néoplasme, diagnostic que, toutes choses égales d'ailleurs, on devra préférer en raison de sa plus grande fréquence. Mais si, parfois, il est ainsi possible d'éliminer d'une façon plus ou moins ferme le cancer du cholédoque, peut-on inversement faire mieux qu'hésiter entre son diagnostic et celui de cancer du pancréas? Evidemment, on se heurte à une quasi-impossibilité : seule l'absence des symptômes que nous avons considérés comme le propre du dernier coïncidant avec l'existence d'un gros foie, très fréquente dans le cancer du cholédoque, pourront constituer en sa faveur une réelle présomption. Peut-être en est-il de même d'un point sur lequel Devic et Gallavardin ont attiré l'attention et que nous avons eu la satisfaction de préciser un peu, nous voulons parler de la courbe thermique, à propos de laquelle il nous est possible de dire que, tandis que, dans le cancer du pancréas, l'hypothermie est très fréquente, dans le cancer des canaux biliaires, la température est toujours normale quand elle n'est pas fébrile.

Quant au cancer du *segment sous-hépatique,* dans les cas où il s'accompagne d'une vésicule normale ou rétractée, donc surtout dans les cas de cancer de l'hépatique, et particulièrement quand avec cette absence de vésicule on constatera l'hypertrophie du foie, il est certain que, bien entendu, au milieu d'un tableau clinique identique par ses autres côtés, on pourra plus facilement songer à lui et porter en tous cas un diagnostic plus ferme que dans le cas de cancer du cholédoque.

Tels sont les quelques points que nous avons tenu à mettre en évidence à propos du diagnostic si délicat du cancer des canaux biliaires, en insistant surtout sur sa différenciation d'avec le cancer de la tête du pancréas. Sans doute le cancer de l'ampoule de Vater pourrait, au même titre, être considéré comme une des formes de l'oblitération cancéreuse du tractus biliaire, mais, nous l'avons dit, sa symptomatologie est très polymorphe : il s'accompagne souvent de troubles intestinaux, diarrhée, hémorragie, d'une mauvaise digestion des graisses qui, peut-être, dans certains cas, pourront faire préférer son diagnostic à celui de cancer du cholédoque.

VIII

Traitement. — Nous laisserons de côté ici le traitement médical, incapable d'enrayer la marche fatale à brève échéance de l'affection qui nous occupe pour avoir uniquement en vue le *traitement chirurgical.* Comme de juste, celui-ci a bénéficié des remarquables progrès accomplis ces derniers temps par la chirurgie du foie et des voies biliaires : entre autres travaux sur ce sujet, tant en France qu'en Allemagne (Kehr) ou aux Etats-Unis (Abbe, Mayo Robson) nous rappellerons plus spécialement les présentations faites à la Société de chirurgie de Paris et les discussions qu'elles soulevèrent et où intervinrent particulièrement Terrier, Tuffier, Mauclaire, Lejars, Hartmann, Souligoux. Sans doute, ce sont surtout les obstructions calculeuses du cholédoque que l'on a eues en vue, mais les obstructions par cancer peuvent dans certains cas relever d'une thérapeutique chirurgicale active et l'on signale déjà quelques résultats heureux.

Et en effet, l'anatomie pathologique nous a montré que l'on avait affaire à une tumeur de petit volume, bien limitée, ne provoquant qu'exceptionnellement de la généralisation ou de l'invasion ganglionnaire. Ce sont là des conditions types pour une intervention radicale, mais il faut se rappeler que, profondément située la tumeur est difficilement abordable,

surtout quand elle siège au niveau du hile du foie ou dans le segment inférieur du cholédoque. Sans compter que du fait de ses petites dimensions et de ses caractères de limitation, la tumeur peut être méconnue au cours d'une laparotomie et prise pour une induration non néoplasique ou pour un calcul. On s'explique donc les préférences qu'eurent d'abord les chirurgiens pour les traitements palliatifs et ce n'est qu'en 1903 que l'exérèse de la tumeur fut tentée pour la première fois.

1. Traitement palliatif. — Le traitement palliatif peut avoir pour but soit d'obvier aux accidents toxiques de rétention biliaire par une simple cholécystostomie, soit de rétablir le cours de la bile par une cholécystentérostomie.

La *cholécystostomie* a été pratiquée 10 fois : c'est une intervention de courte durée, donnant peu de schok mais, vu l'état du sujet, elle conserve toujours une certaine gravité. On voit l'ictère diminuer d'intensité les jours suivants, mais l'amélioration n'a toujours été que passagère et, si la survie a pu dépasser un mois et demi (Donati), elle n'a jamais atteint deux mois.

Les résultats de la *cholécystentérostomie* ne sont guère plus encourageants et, parmi les neuf cas où elle fut pratiquée, nous ne relevons aucune survie méritant d'être signalée.

2. Traitement curatif. — Ces insuccès ont conduit à tenter une opération plus radicale, l'extirpation de la tumeur, suivie du drainage de l'hépatique ou d'une suture rétablissant le courant biliaire. L'extirpation avec drainage a été pratiquée par Tuffier, par Vautrin (1903), qui obtint une survie de huit semaines. Patel (1903) pratiqua une anastomose hépatocholédocienne, mais il semble qu'actuellement on préfère anastomoser le canal hépatique avec le tube digestif : Tuffier, après avoir implanté l'hépatique au niveau de l'estomac (1905) préféra chez un autre malade l'*hépatico-duodénostomie* : il s'agissait d'un cancer du confluent qu'il voulait enlever en faisant précéder cette exérèse d'un drainage de l'hépatique : après trois mois d'amélioration, consécutifs au drainage des accidents de rétention biliaire survinrent et, dans un second temps, il pratiqua l'hépatico-duodénostomie. Malheureusement, déjà très affaibli, le malade n'eut qu'une très courte survie.

Nous voulons terminer sur le cas de Kehr qui réséqua l'hépatique et le cholédoque puis, dans un second temps, enleva la vésicule et pratiqua une hépatico-duodénostomie. Revu après neuf mois, le malade allait fort bien. Sans doute est-ce là un résultat encore bien isolé, mais il est encourageant pour les chirurgiens.

Ceux-ci pourront d'ailleurs compter d'autant plus sur le succès que le malade leur aura été confié plus tôt, d'où la nécessité de chercher à pousser plus loin le diagnostic des ictères chroniques et de ne pas se borner à dire calcul ou cancer. La première hypothèse implique une intervention, mais, dans la seconde, s'il existe quelques signes permettant de supposer que l'obstruction cancéreuse a son origine plutôt dans les canaux biliaires que sur la tête du pancréas, la laparotomie est indiquée. Purement exploratrice, elle ne fait pas courir grand risque au malade et, susceptible de devenir curative, elle peut lui rendre un immense service.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Aynaud. Le cancer de l'ampoule de Vater, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1907.

Büngner. Anatomie et pathogénie des voies biliaires, *Beit. z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.

Cornil et Chevassu. *Bull. de la Soc. anat. des hôpit. de Paris*, 29 janv. 1903.

Devic et Gallavardin. Cancer des canaux biliaires, *Revue de méd.*, juillet, août et oct. 1901, p. 557, 659, 839. — Derrovici et Foix. Soc. anat. des hôpit. de Paris, 24 mars 1905. — Donati. Sopra un caso di carcinoma dei dotti hepatici alle porta hepatis, *Archiv. per le scienze mediche*, XXVIII, 3.

Erdmann. Surgery of the gall bladder and ducts, *Med. News*, 26 mars 1904.

Fedorov. *Roussik Wrat.*, 3 janv. 1904. — Friedheim. *Beit. z. klin. Chir.*. 1904, t. XLIV.

Gallavardin. Soc. des sc. méd. de Lyon, 29 mai 1907, in *Lyon méd.*, juillet 1907. — Gaultier. *Exploration fonctionnelle de l'intestin par l'examen des fèces*, Th. de Paris, 1905. — Garbarini. Parme 1907.

Hagen. Inaug. Dissert., Kiel 1902. — Häni. *Ueber das primäre Carcinom der Gallenwege*, Aaron 1902. — Hermont. *Cancer primitif des canaux biliaires*, Th. de Bordeaux, 1902. — Hoensch. Inaug. Dissert. Zürich, 1902. — Houssin. *Cancer primitif du canal hépatique*, Th. de Lille, 1906. — Huguenin. Ueber einen Fall von Gallenblasen ruptur mit tödlicher Blutung infolge eine Carcinoma hematodes an der Vereinigungstelle der drei Hauptgallengängen, *Virchow's Archiv*, 1er sept. 1903.

Kehr. Ein Fall von Ausgedehuten Resection des ductus hepaticus und choledochus Wegen carcinoma choledochi, mit nachfolgender Ectonie der Gallenblase und Hepatico-duodenostomie, *Münch. med. Wochens.*, 20 janv. 1903. — *Technik der Gallensteinoperationen.* — Körte. *Berliner Hirschwald*, 1905, n° 18. — Kleinertz. Inaug. Dissert., Kiel 1906.

Ingelrans. *Arch. gén. de méd.*, sept. 1902.

Letulle. Cancer primitif de l'ampoule de Vater, *Presse méd.*, 21 avril 1906.

S. W. Mayo Robson. *Annals of Surg.*, août 1905; — *Med. rec.*, fév. 1903 et août 1904; — *Boston med. and surg. Journ.*, sept. 1903. — Miodowski. Beitrage zur Pathologie des primären und secundaren Gallengangescarcinom. *Virchow's Archiv*, 1902, t. CLXIX. — Murphy. *Trans. of the Chicago surg. Society*, 2 fév. 1902.

Pappenheimer. A case of primary carcinom of the bile ducts, *New-York path. Society*, VI, 6. — Patel. Soc. nat. méd. de Lyon, 7 déc. 1903, in *Lyon méd.*, 1903, t. II. — Planteau et Cochez. Cancer primitif juxta-hépatique des canaux biliaires, *Revue de méd.*, janv. 1903. — Pick. Des affections des voies biliaires, *Prag. med. Wochens.*, 1902. — Porot. Soc. des sc. méd. de Lyon, 22 nov. 1904, in *Lyon méd.*, 1904, t. II.

Schwarz. *Chirurgie du foie et des voies biliaires.* — Stieda. *Beit. z. klin. Chir.*, 1905, XLVII, 3.

(1) Notre bibliographie n'a trait qu'aux publications postérieures à 1901. La bibliographie antérieure se trouve au complet dans l'article de Devic et Gallavardin (*Revue de méd.*, 1901).

Nous devons également mentionner l'article de MM. Lapointe et Raymond (Cancer du canal hépatique et du confluent, *Archives générales de chirurgie*, mars-avril 1908), paru pendant que notre manuscrit était au cours d'impression.

TERRIER. Soc. de chir. de Paris, 9 janv. 1907. — TERRIER et AUVRAY. *Chirurgie des voies biliaires.* — TESSON. Soc. anat. des hôpit. de Paris, 7 fév. 1902. — TUFFIER. Soc. de chir. de Paris, 8 mars 1905, 7 fév. 1906 et 9 janvier 1907.

ULIZENSKI. *Ueber primäre Carcinom der Gallenwege*, Inaug. Dissert., Greifswald 1902.

VAUTRIN. Epithélioma du canal cystique, *Arch. prov. de chir.*, mai 1907, t. XVI, 5.

ZELLER. Beitrage zur klin. Chirurgie der Gallenwege, *Berl. klin. Wochens.*, 1902.

XXIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 5-10 OCTOBRE 1908 (1)].

COMPTE RENDU DES SÉANCES

Le traitement des cavités osseuses d'origine pathologique a fait l'objet des rapports de MM. BROCA et NOVÉ-JOSSERAND (2).

M. WILLEMS (de Gand) reconnaît avec les rapporteurs que l'asepsie parfaite des cavités osseuses est difficile à obtenir, aussi n'aime-t-il guère à laisser des corps étrangers dans ces cavités et il emploie de préférence l'autoplastie cutanée.

Il ne parle pas seulement de l'autoplastie par glissement, qui est souvent insuffisante, mais d'une méthode qui consiste à prendre des lambeaux sur des parties du corps éloignées du membre malade, mais faciles à en approcher. Il a comblé ainsi des cavités du tibia avec des lambeaux empruntés à l'autre cuisse, des cavités de l'humérus avec des lambeaux taillés dans la face latérale du thorax.

Pour que ces autoplasties cutanées sur surfaces osseuses réussissent, certaines conditions sont indispensables : la cavité doit être désinfectée, mais une asepsie relative est ici suffisante. Les bords de la cavité doivent être abattus, de manière à transformer la cavité en une surface aussi régulière et aussi peu profonde que possible. Il suffit de laisser assez d'os pour éviter la fracture.

Il est inutile et même nuisible de racler la surface à recouvrir. Une surface couverte de bourgeons sains convient mieux pour l'autoplastie que la surface éburnée que laisserait le curetage en certains endroits.

Les lambeaux doivent être doublés de leur panicule adipeux. Ils adhèrent d'autant mieux. S'ils sont pris de dimensions suffisantes, des moyens de fixation spéciaux sont inutiles.

Fréquemment, le succès n'est pas complet d'emblée, et il faut souvent recommencer. Mais on finit toujours par arriver au but et le résultat esthétique est excellent, en ce sens que la dépression primitive se nivelle dans la suite et que l'os redevient cylindrique.

Cette méthode, trop peu connue, permet d'obtenir assez simplement la réparation des cavités osseuses.

M. FRŒLICH (de Nancy) a pratiqué 18 fois le *plombage des cavités osseuses pathologiques*. Après évidement des néoplasmes bénins, d'abcès ostéomyélitiques enkystés, la réunion par première intention est la règle.

Dans les ostéomyélites récentes et ouvertes le plombage accélère peut-être la guérison.

Dans les tuberculoses ouvertes et infectées le plombage ne semble avoir aucune action.

Dans les tuberculoses fermées avant l'opération la guérison par première intention est fréquente.

M. MOULONGUET (d'Amiens) insiste aussi sur la difficulté de désinfection des cavités osseuses pathologiques.

Dans sa pratique, il a recours soit à la suture du périoste et de la peau, soit au remplissage de la cavité osseuse avec un pansement. Il dit remplissage, et non bourrage, car celui-ci retarde la guérison en gênant l'évolution des bourgeons. De même, il ne faut pas appliquer la gaze à sec contre la paroi ; en l'enlevant, on arracherait les bourgeons qui l'infiltrent ; il faut enduire la gaze de vaseline.

MM. BÉRARD et THÉVENOT (de Lyon) font une très intéressante communication sur 19 cas de cavités osseuses obturées par le mélange iodoformé de Mosetig-Moorhof.

Une série de quinze cas remonte à plus de trois ans ; elle comprend neuf ostéomyélites subaiguës ou chroniques avec cavités variant du volume d'une noix à celui d'une poire ; huit fois le résultat a été excellent, tant au point de vue de la rapidité de la cicatrisation que de l'absence de récidives dans un cas d'ostéomyélite chronique du fémur, peut-être bacillaire, l'échec a été complet.

Quatre cas anciens d'ostéite ou ostéo-arthrite tuberculeuses traités par l'évidement et l'obturation en une seule séance, telle que la préconise Mosetig, n'ont fourni qu'un succès complet pour une ostéite du tibia, un résultat satisfaisant pour un spina ventosa, et deux échecs pour des ostéo-arthrites tibiotarsiennes ayant nécessité l'astragalectomie.

Pour améliorer les résultats dans les cas d'ostéite et d'ostéo-arthrite bacillaires, les auteurs ont adopté, plus récemment, l'opération en deux temps, préparent d'abord la cavité, l'aseptisent, l'assèchent, la tamponnent avec de la gaze imbibée d'eau oxygénée et ne la comblent que trois ou quatre jours. Avec cette modification de technique, une deuxième série de six cas récents de lésions tuberculeuses semble avoir présenté des suites plus favorables. Et, en tout cas, lorsque la guérison n'a pas été obtenue ainsi, le mélange plastique a constitué un élément d'obturation et de protection des parois de la cavité, qui a facilité beaucoup la réparation de celle-ci et permis de réduire le nombre et l'importance des pansements.

M. SOUBEYRAN (de Montpellier) essaie de niveler chaque fois que c'est possible, et a volontiers recours à l'ostéoplastie par translation.

M. DELANGRE (de Tournay) se demande quels sont

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 118, p. 1410.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 113, p. 1348.

les résultats éloignés de la méthode de substitution. Il se sert pour cette substitution d'un mélange de paraffine iodoformée faible à 45 degrés, avec lequel il obture la cavité osseuse.

L'auteur relate sept observations; les deux premiers cas, déjà mentionnés en 1907, ont trait à des cavités tuberculeuses occupant, chez l'un, la face postérieure du cubitus, chez l'autre la partie moyenne du tibia : les troisième et quatrième patients étaient atteints de spina ventosa frappant respectivement une phalange de la main droite et un métacarpien de la main gauche ; le cinquième cas se rapporte à une cavité tuberculeuse du grand trochanter droit ; le sixième sujet présentait aussi une lésion tuberculeuse, mais localisée à un métacarpien; enfin, le septième patient était atteint d'une ostéomyélite du tibia. La réunion *per primam* a été obtenue chez ces malades, sauf dans la seconde observation où le mélange plastique a été peu à peu éliminé. Les suites opératoires n'ont été anormales que chez le septième sujet, où un œdème étendu à toute la jambe a persisté cinq à six semaines.

M. Taillefer (de Béziers) cite une observation très intéressante d'un jeune homme de seize ans qui présentait une cavité ostéomyélitique du tibia droit de 22 centimètres qui fut comblée en trente-cinq jours après avoir été remplie de copeaux d'os décalcifiés et fermée par un lambeau cutané.

La guérison s'est maintenue sans raccourcissement et sans boiterie depuis deux ans et huit mois, bien que les cartilages de conjugaison aient été enlevés.

M. Raugé (de Challes) rappelle qu'après l'évidement mastoïdien une vaste cavité demeure, mi-pathologique et mi-opératoire qui ne se cicatrice qu'avec une extrême lenteur. Lorsqu'une « opération radicale » a fusionné en un cloaque unique, la caisse, l'aditus et l'antre, voire même les petites cellules périphériques, il faut compter sur un minimum de trois mois pour cutaniser cette large surface osseuse et pour combler cette brèche.

Or, si prévenu que l'on soit de la durée de cette réparation, il arrive trop fréquemment que malades ou opérateurs manquent, en pareil cas, de patience. Fatigué par d'interminables pansements, tourmenté par un opéré impatient de guérir, on se laisse trop aisément aller à reprendre le ciseau ou la curette, et l'on se met à la recherche d'une lésion osseuse problématique oubliée dans la première intervention ou survenue depuis elle. On perd ainsi toute l'avance acquise et tout le travail de réparation est à recommencer; jusqu'à la paroi primitive, en partie épidermisée, on substitue une surface traumatique neuve, dont la cicatrisation doit être reprise *ab ovo*.

Il faut, en pareille occurrence, se défendre et défendre son malade contre toute reprise opératoire qui n'est pas dûment justifiée par la constatation certaine d'une altération osseuse profonde. En ce cas, plus qu'en aucun autre, la sagesse chirurgicale consiste avant tout à savoir attendre.

MM. Jouon (de Nantes) et Cadet-Boisse (de Bordeaux) se déclarent partisans convaincus du mélange iodoformé de Mosetig.

M. Kirmisson partage leur avis; pour lui la méthode de Mosetig-Moorhof est d'une innocuité absolue ; il n'y a aucune crainte d'intoxication à avoir. La réunion par première intention est plus rare qu'on ne l'avait dit lors du début de la méthode. Le plus souvent il se produit un suintement léger, la désunion de la plaie, une élimination partielle du mastic, mais la guérison est rapide. C'est, en réalité, une très bonne pratique, qui mérite d'être suivie et étudiée. Le point délicat c'est l'asepsie de la cavité. Il faut nous attacher à perfectionner cette désinfection.

M. Championnière est d'un avis différent. Il n'a pas fait le plombage de Mosetig-Moorhof et ne le fera pas ; voici pourquoi. Un trou dans un os est la chose du monde la plus facile à boucher quand il n'y a pas d'infection, et s'il reste un peu de la couche osseuse. Les beaux succès d'Ollier tenaient à ce qu'il maniait le fer rouge comme personne et désinfectait par ce moyen la cavité osseuse. Bien désinfecter, toute la question est là. On peut après cela boucher la perte de substance par n'importe quel moyen. Le mastic de Mosetig-Moorhof agit dans les tuberculoses par son iodoforme.

M. Moty a obtenu la guérison de cavités traitées sans succès auparavant, en soumettant les parties malades à des bains de 45 degrés pendant vingt-cinq à trente minutes.

M. Roux (de Lausanne) pense que l'indication d'obturer une cavité osseuse se montre rarement; mais, dans ces cas, la cure est facilitée par l'emploi de la méthode de Bier. Dans de grandes cavités d'ostéomyélite, bien nettoyées, on fait un revêtement avec sutures espacées ; pansement devant rester en place de huit à quinze jours ; application de la bande de Bier vingt-deux heures par jour. On obtient la guérison dans un nombre de semaines égal au nombre de mois qu'il nous fallait auparavant pour atteindre ce résultat.

M. Delagenière emploie la méthode de Bier contre les poussées aiguës d'ostéomyélite et cela pendant douze heures consécutives ; il obtient ainsi la cessation de phénomènes graves.

La guérison est plus rapide avec des dégâts moindres qu'autrefois.

M. Broca résume ainsi les débats :

Ce qui ressort de cette discussion, c'est la mort du *plombage*, au sens du mot en dentisterie. Il ne s'est trouvé ici aucun plombeur. M. Jouon, qui est un demi-plombeur, a abandonné le mastic qu'il a inventé pour revenir au mélange de Mosetig-Moorhof, qui constitue non un plombage, mais un *pansement interne*.

En revanche, c'est le triomphe de la méthode d'Ollier, qu'on y ajoute ou non le chauffage, la méthode de Bier, etc.

Il s'est, peut-être, dessiné une menace de reprise de la chirurgie opératoire agressive contre la tuberculose ostéo-articulaire fermée, et M. Broca tient à mettre en garde les jeunes chirurgiens contre ce qui serait l'envers d'un progrès.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE

1° Traitement symptomatique. — Repos au lit, pulvérisations de chlorure de méthyle sur le trajet du nerf (Debove), ventouses scarifiées ou vésicatoires successifs sur le membre (Jaccoud), lavements très chauds une fois par jour (Annequil).

2° Traitement pathogénique. — Modifier l'état dyscrasique du sang par l'administration journalière de « Pipérazine granulée effervescente » (de 2 à 4 mesures, prises dans une eau alcaline).

LIVRES NOUVEAUX

La ménopause (1), par le docteur Vinay.

Le docteur Vinay consacre dans ce volume une importante monographie à la ménopause. Après avoir étudié successivement les cours de la cessation des règles, l'époque où elle survient et les symptômes qui l'accompagnent normalement, l'auteur aborde la pathologie de l'âge critique et passe en revue tous les appareils de l'organisme. Il discute en passant la réalité d'une ménopause masculine, puis enfin arrive au traitement qui occupe une grande partie de l'ouvrage.

On lira avec fruit cette consciencieuse étude, aussi bien au point de vue des idées générales que des indications précieuses qu'elle fournit au praticien.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Cours de philosophie positive. Tome Ier, contenant les préliminaires généraux et la philosophie mathématique (2), par Auguste Comte.

Le *Cours de philosophie positive* comprend six volumes consacrés à toutes les sciences générales et constituant une encyclopédie philosophique incomparable. Voici d'ailleurs l'énumération de chaque volume :

Tome I : Préliminaires généraux et philosophie mathématique.

Tome II : Philosophie astronomique et philosophie physique.

Tome III : Philosophie chimique et philosophie biologique.

Tome IV : Partie dogmatique de la philosophie sociale.

Tome V : Partie historique de la philosophie sociale en tout ce qui concerne l'état théologique et l'état métaphysique.

Tome VI : Complément de la partie historique de la philosophie sociale et conclusions générales.

L. GAYARD.

(1) In-8 de l'Encyclopédie Léauté. — Paris, Masson et Gauthier-Villars.

(2) In-8 de XIV-410 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 AU 31 OCTOBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et André Jousset ; — (2e série) : MM. Gaucher, Macaigne et Sicard ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 27 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Albarran et Auvray ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Quénu et Morestin ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 28 octobre, à une heure. — 3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Brissaud et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Macaigne ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 29 octobre, à une heure. — 2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Auvray et Morestin ; — M. Brumpt, suppléant.

Vendredi 30 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Lecène ; — (2e série) : MM. Reclus, Proust et Ombrédanne ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 31 octobre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 28 octobre 1908, à une heure. — M. Chabbert. Valeur séméiologique de la tuberculose pulmonaire fibreuse dans la recherche de la syphilis. (MM. Gaucher, président ; Pierre Marie, Legry et Lœper.) — M. Treille. De la cachexie paludéenne. (MM. Gaucher, président ; Pierre Marie, Legry et Lœper.) — M. Ameuille. Recherches sur l'anatomie pathologique de l'emphysème pulmonaire et sur ses relations avec la rigidité respiratoire permanente du thorax par altérations des cartilages costaux. (MM. Pierre Marie, président ; Gaucher, Legry et Lœper.)

Jeudi 29 octobre, à une heure. — M. Stepowski. Endocardite au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. (MM. Hutinel, président ; Bar, Marion et Nobécourt.) — M. Duché. La protection de la première enfance. Revue critique de quelques moyens d'action sociale. (MM. Bar, président ; Hutinel, Marion et Nobécourt.) — M. Parès. Les mutualités maternelles, leur rôle dans la lutte contre la mortalité infantile. (MM. Bar, président ; Hutinel, Marion et Nobécourt.) — M. Rousseaux. Du traitement de certains prolapsus utérins par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas. (MM. Bar, président ; Hutinel, Marion et Nobécourt.) — M. Didier. L'épuration des eaux d'égout. (MM. Chantemesse, président ; Pozzi, De Lapersonne et Fernand Bezançon.) — M. François. Plaies de l'estomac. (MM. Pozzi, président ; Chantemesse, De Lapersonne et Fernand Bezançon.) — M. Barbadault. La sclérecto-iridectomie (opération de Lagrange). (MM. De Lapersonne, président ; Chantemesse, Pozzi et Fernand Bezançon.)

Études de psychologie sexuelle : I. La pudeur, la périodicité sexuelle, l'auto-érotisme, par le docteur Havelock Ellis (de New-York). Edition française revue et augmentée par l'auteur, traduite par A. Van Gennep. In 8. — Prix : 5 francs. — Paris, Société du *Mercure de France*, rue de Condé.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 120. — MARDI 20 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 20 OCTOBRE 1908. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 16 octobre 1908. — Question donnée : « Muscles fléchisseurs des orteils. »

Mlle German, 10; MM. Gille dit Dehelly, 2; Garach, 6; Doumenge, 4; Durand, 16; Dumet, 13; Mlle Drosio, 10; MM. Gaymard, 18; Gauthier (Gustave), 16; Drouet, 17; Duclos, 11; Mlle Dous-Kaufmann, 13; M. Dombrowsky, 12; Mlle Goldentaim, 7; MM. Greder, 2; Gauraz, 8; Golland, 12; Fournier (Lucien), 11; Fouret et Fitte, 10; Etchevarria, 14; Mlle Goldberg, 10; MM. Grabois, 11; Didier et Lutel, 10; Duteillet de Lanothe, 16; Gaveau, 9.

Séance du 15 octobre 1908. — Question donnée : « L'ethmoïde. »

MM. Borand, 12; Rey, 16; Robert (Léon), 15; Provost, 13; Rabeau, 5; Duprat, 10; Dupont, 16; Dupradeau, 15; Durville, 16; Duriez, 3; Duponchel, 15; Lespinasse, 11; Grisoni, 10; Vauzelles, 16; Salvarelli et Schmitz, 12; Epstein, 11; Gerbay, 10; de Mourgues, 12; Gresset, 14; Vinit, 16.

Séance du 18 octobre. — Question donnée : « L'astragale et les articulations. »

MM. Giraud, 16; Poujoula, 6; Dohen, 8; Perrin-Maréchal, 7; Nidergang, 15; Mlle Athanassiu, 17; MM. Michel, 7; Ballerin, 12; Duvernoy, 10; Mlle Ettinger, 12; MM. Féret, 15; Fontaine (Lucien), 8; Mlle Gikouline, 10; M. Flandrin, 15; Mlle Flamberg, 8; MM. Frédault, 15; Fournier (Jacques), 17; Gardin, 15; Gallet, 14; Gaudrat, 8; Froment, 3; Gras, 9; Gourcerol, 10; Vautrain, 11; Grandjean, 12; Gilson, 14; Fey, 18.

Pathologie. — Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Décrire la réduction d'une fracture des deux os de la jambe, à la partie moyenne, et l'application d'un appareil plâtré destiné à maintenir cette réduction. »

M. Dumet, 8; Mlle Drosio, 5; MM. Durand, 14; Doumenge, 11; Galop, 14 1/2; Mlle Duplan, 16; MM. Gaymard, 10; Gauthier (Gustave), 6.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'internat a commencé vendredi dernier. Voici les questions données à l'écrit :

« Dure-mère cranienne (anatomie et physiologie). »

« Signes et diagnostic des méningites cérébrales aiguës non tuberculeuses. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. le docteur Macé, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, est nommé directeur des services d'hygiène du département.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent, appartenant ou ayant appartenu au corps de débarquement de Casablanca, ont été inscrits d'office au tableau d'avancement :

Pour le grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Poullain et Gauthier.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Darthenay.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion du cinquantenaire de la Société chimique de France sont nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — MM. Armand Gautier, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Lauth, ancien directeur de l'Ecole de physique et de chimie de Paris.

Au grade d'officier. — MM. Barbier, professeur à la Faculté des sciences de Lyon; Bouchardat, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Caventou, membre de l'Académie de médecine; Hanriot, membre de l'Académie de médecine, directeur des essais à l'administration des Monnaies; Jungfleisch, professeur au Collège de France.

Au grade de chevalier. — MM. André, agrégé de la Faculté

de médecine de Paris; Raubigny, ancien répétiteur de chimie à l'Ecole polytechnique; Bertrand, chargé de cours à la Faculté des sciences de Paris; Bouveault, professeur adjoint à la Faculté des sciences de Paris; Buisine, professeur à la Faculté des sciences de Lille; Chabrié, chargé de cours à la Faculté des sciences de Paris; Desgrez, agrégé, chef des travaux pratiques à la Faculté de médecine de Paris; Florence, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon; de Forcrand, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier; Lambling, professeur à la Faculté de médecine et pharmacie de Lille; Malignon, professeur de chimie minérale au Collège de France; Marmet, professeur de chimie au lycée Charlemagne; Meunier, chef des travaux chimiques à l'Ecole centrale des arts et manufactures; Recoura, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble; Verneuil, professeur de chimie au Conservatoire des arts et métiers; Vignon, professeur à la Faculté des sciences de Lyon; Villiers, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

— Sont promu ou nommé dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Gros, médecin principal de première classe.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Girod, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Les médailles ci-après sont décernées pour services rendus à l'Assistance publique :

Médaille d'argent. — M. le docteur Bourju, ancien inspecteur de l'Assistance publique à Orléans.

Médaille de bronze. — M. le docteur Gardé, médecin-inspecteur de la préfecture de la Seine et de l'Association amicale de la préfecture de police.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE NIMES ET DE LA RÉGION. — Le Syndicat, à l'occasion d'un nouveau règlement relatif au concours de médecin et chirurgien-adjoint des hôpitaux de Nimes, vient de voter le vœu suivant :

Considérant :

1° Qu'un règlement antérieur ayant trait à la nomination des médecins et chirurgiens adjoints des hôpitaux de Nimes exigeait avec juste raison que le candidat eût exercé sa profession dans la ville de Nimes pendant une période de deux ans;

2° Que l'hôpital de Nimes n'est pas un centre d'enseignement à l'exemple des hôpitaux des villes où siège une Faculté ou une Ecole de médecine;

3° Qu'il est de l'intérêt des malades que les membres de la Commission administrative et les juges du concours puissent pleinement apprécier, en dehors des épreuves théoriques, la valeur professionnelle et morale des futurs médecins et chirurgiens des hôpitaux;

4° Qu'il est désirable que le candidat reçu ne soit pas tenté de se servir de son titre, exclusivement en vue de concours ou d'examens universitaires ultérieurs, mais au contraire, soit encouragé à mettre ses connaissances au service des malades des hôpitaux de Nimes et non d'ailleurs;

5° Qu'au surplus, le report de l'exigibilité du stage de séjour après le concours, pour valider le titre de médecin ou chirurgien des hôpitaux, n'offre aucune garantie légale contre le trafic des concours,

Délibère et émet le vœu, à l'unanimité, que la Commission administrative des hospices veuille bien apporter au règlement, entre autres modifications, les deux suivantes sur l'importance desquelles tout le monde est d'accord :

1° Tout candidat devra justifier qu'il exerce la profession médicale dans la ville de Nimes, depuis deux ans;

2° Les épreuves proprement dites du concours seront rendues plus pratiques.

HOMMAGE AU PROFESSEUR LAVERAN. — Notre excellent confrère le *Caducée* nous apprend que, sur l'initiative de M. le professeur H. Soulier (d'Alger), la presque totalité des médecins civils d'Alger s'est réunie pour faire poser à l'hôpital militaire de Constantine, dans le local qui servait à Laveran de laboratoire et où il a accompli ses mémorables travaux, une plaque commémorative, qui porte l'inscription suivante :

DANS CE LOCAL SERVANT ALORS DE LABORATOIRE
M. A. LAVERAN
MÉDECIN-MAJOR DE 1re CLASSE
A DÉCOUVERT L'HÉMATOZOAIRE DU PALUDISME
EN 1880

D'autre part, les médecins militaires ont fait mettre, dans la salle d'honneur de l'hôpital, une plaque commémorative. On y lit :

A
ALPHONSE LAVERAN
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE 1893
MEMBRE DE L'INSTITUT 1901
PRIX NOBEL DE MÉDECINE 1907
QUI, DANS CET HOPITAL,
A DÉCOUVERT L'HÉMATOZOAIRE DU PALUDISME
EN 1880
Hommage respectueux des médecins militaires
de Constantine
20 août 1908.

Tout cela s'est fait simplement, sans bruit. Confrères civils et militaires se sont réunis dans un même élan de reconnaissance professionnelle et humanitaire envers l'homme dont le nom est associé pour toujours à celui de Maillot.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur H. Mathias, médecin principal en retraite.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Stations hivernales* (*Nice, Cannes, Menton, etc.*). — Billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours.

Du 15 octobre au 15 mai, la Compagnie délivre, dans toutes les gares de son réseau, sous condition d'effectuer un minimum de parcours simple de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes pour les stations hivernales suivantes : Cassis, La Cotiat, Saint-Cyr-la Cadière, Bandol, Ollioules-Sanary, La Seyne-Tamaris-sur-Mer, Toulon, Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël, Valescure, Grasse, Nice et Menton inclusivement.

Le prix s'obtient en ajoutant, au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et chacune des suivantes.

La durée de validité des billets peut être prolongée une ou plusieurs fois de 15 jours moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Arrêts facultatifs.

Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Des trains rapides et de luxe composés de confortables voitures à bogies desservent pendant l'hiver, les stations du Littoral. Paris, la Côte d'Azur, en treize heures, par trains extra-rapides de nuit ou par le train « Côte d'Azur rapide ».

SYNDROME DE COAGULATION MASSIVE

DE XANTHOCHROMIE ET D'HÉMATOLYMPHOCYTOSE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Par MM. J.-A. SICARD,
Agrégé, médecin des hôpitaux de Paris,
et P. DESCOMPS,
Interne des hôpitaux de Paris.

A côté des syndromes cliniques ou anatomo-cliniques, il en est d'autres que l'on pourrait appeler *biologiques* ou *humoraux*. Ils ont, comme leurs devanciers, leur autonomie, et paraissent relever sinon d'une même cause, du moins d'un même mécanisme pathogénique. C'est ainsi que le liquide céphalo-rachidien peut, au cours de certaines affections du névraxe, réaliser un de ces syndromes biologiques, par le groupement de trois caractères anormaux : a. *coloration en masse*; b. *coloration jaunâtre*; c. *richesse plus ou moins grande en hématies et lymphocytes*.

Ce type humoral morbide correspond en règle très générale à une symptomatologie clinique de paraplégie inférieure et paraît reconnaître un mécanisme pathogénique univoque, *de lésion inflammatoire méningo-myélitique en activité, avec poussées congestives, œdémateuses, locales circonscrites*.

L'étude de ce syndrome ne présente pas seulement un intérêt biologique. Elle comporte, croyons-nous, des déductions pratiques, intéressantes.

Voici, à cet égard, l'observation que nous avons pu suivre dans le service de notre maître M. Brissaud :

L..., femme de trente-neuf ans, cuisinière, éthylique, sans antécédents syphilitiques, est admise dans le service en janvier 1908 pour une paraplégie des membres supérieurs. Cette paraplégie a débuté d'une façon indolore, quinze mois auparavant, et elle s'est progressivement accentuée. A la date d'entrée, elle immobilise depuis plusieurs semaines la malade au lit.

Il s'agit d'une paraplégie spasmodique, avec contractures bilatérales et même rétractions tendineuses, troubles des sphincters, troubles trophiques du décubitus, perversions diverses de la sensibilité subjective ou objective.

Un tel ensemble symptomatique fait porter le diagnostic de méningo-myélite à évolution progressive subaiguë. L'absence de toute lésion osseuse rachidienne ne permet pas d'attirer l'attention sur un mal de Pott possible.

Quatre ponctions lombaires furent pratiquées durant les mois de février et de mars, entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire.

La *première ponction* (5 février) laisse écouler difficilement un liquide *jaunâtre*. L'écoulement s'arrête au quatrième centimètre cube et presque aussitôt le liquide recueilli dans un tube de centrifugeur *se coagule en masse*. Cette coagulation massive fait place, après quelques heures de repos, à un large réticulum fibrineux avec exsudation de liquide jaune. Après centrifugation, on note d'*assez nombreux lymphocytes et hématies*. Le voile fibrineux renferme ces mêmes cellules.

La *deuxième ponction* est faite six jours après. Elle ramène un liquide clair, limpide, ne se coagulant pas, et renfermant des lymphocytes assez nombreux.

La *troisième ponction*, quinze jours après la deuxième, donne issue à un liquide, de nouveau coloré en jaune, présentant les mêmes caractères macroscopiques et cytologiques que lors de la première ponction.

La *quatrième ponction*, deux jours après la troisième, permet de recueillir un liquide clair, non fibrineux, avec réaction lymphocytaire moyenne.

Deux semaines environ après cette quatrième ponction, la malade succombe.

A l'autopsie, on trouve une masse blanc grisâtre, envahissant l'espace épidural au niveau de la onzième et douzième vertèbre dorsale, et se prolongeant en pointe vers les régions supérieures et inférieures, très adhérente par places à la dure-mère. Cette méninge est épaissie, formant une véritable gaine péri-médullaire de la dixième vertèbre dorsale à la deuxième sacrée, englobant par conséquent les racines de la queue de cheval.

Par places, il existe un processus symphysaire accolant entre elles la méninge dure et les méninges molles, encerclant la moelle dans une gangue scléro-conjonctive à tissu très compact. En d'autres points, sur une étendue de deux à trois centimètres, et surtout au niveau des régions méningées postérieures, la dure-mère ne fait pas corps avec la pie-mère. Les processus pachy et leptoméningitiques ne se confondent pas. On peut alors voir la pie-mère soulevée et décollée pour ainsi dire du tissu parenchymateux médullaire sous-jacent, par *de gros placards d'œdème* d'étendue variable (deux à cinq centimètres). La coupe macroscopique montre en ces points œdématiés les vaisseaux gros, congestionnés, *gorgés de sang*.

L'*examen histologique* laisse voir dans la masse épidurale scléro-caséeuse de nombreuses cellules géantes. Au niveau des méninges molles, on constate que les tractus pie-mériens sont épaissis, avec vaisseaux altérés et diapédèse hématique.

Les cordons médullaires sont le siège des dégénérations classiques.

Le processus est très vraisemblablement d'origine bacillaire, mais nous n'avons pu par la coloration mettre en évidence des bacilles tuberculeux, et d'autre part aucune inoculation n'a été faite. Or, l'on sait que l'on ne peut actuellement considérer les cellules géantes, même en grand nombre, comme l'apanage exclusif et pathognomonique du tissu tuberculeux (L. Bernard, Gougerot).

Un doute étiologique subsiste donc.

Cette observation ne saurait mieux réaliser le type humoral morbide individualisé par ces trois caractères anormaux du liquide céphalo-rachidien : coagulation en masse, xantochromie et réaction hémato-lymphocytaire. Elle se groupe ainsi naturellement au nombre des autres cas publiés par M. Frouin (1), qui, le premier, a eu le mérite de mettre en lumière ces réactions associées, par M. Babinski (2), par MM. Cestan et Ravaut (3). L'observation très intéressante de M. Lépine (4) ne doit pas, nous semble-t-il,

(1) Frouin. *Gaz. des hôpit.*, 3 sept. 1903.
(2) Babinski. Soc. méd. des hôpit., 23 oct. 1903.
(3) Cestan et Ravaut. *Gaz. des hôpit.*, 6 sept. 1904.
(4) Lépine. *Lyon méd.*, 23 août 1903.

être placée dans ce cadre nosologique, le liquide céphalo-rachidien, quoique très fibrineux, ne s'étant pas coagulé en masse et ayant conservé sa clarté, sa limpidité et sa pauvreté cellulaire.

Dans les trois cas de M. Frouin, il s'agissait pour l'un d'eux d'un processus méningé cérébro-spinal diffus, pour les deux autres, de paraplégie des membres inférieurs. C'est encore de paraplégie inférieure qu'était atteint le malade de M. Babinski aussi bien que celui de MM. Cestan et Ravaut, et le nôtre.

De ces cinq derniers malades (trois femmes, deux hommes) paraplégiques, l'un (Obs. I, Frouin) a vu son affection devenir chronique ; le second (Obs. III, Frouin) s'est amélioré ; le troisième (Babinski) a été perdu de vue en bonne voie de convalescence ; les deux autres (Cestan et Ravaut, le nôtre) ont succombé.

* * *

L'autopsie de ces deux cas nous permettra d'aborder plus utilement qu'après simple examen du liquide céphalo-rachidien, l'étude du mécanisme pathogénique de ce syndrome humoral.

M. Frouin a réservé à cet égard son opinion ; M. Babinski pense qu'il s'agit d'une méningite fibrineuse hémorragique ; MM. Cestan et Ravaut se rangent à cet avis.

Pour notre part, nous pensons qu'une inflammation méningée en activité est nécessaire mais non suffisante à la réalisation d'un tel syndrome. Il faut en plus une inflammation circonscrite par un processus symphysaire, *compression vasculaire* et *œdème local consécutif*.

C'est dans *cette poche méningée* que séjournera, pour un temps, l'exsudation plasmatique, produit de la réaction diapédétique rouge et blanche du plasma sanguin.

Cette poche cependant, faiblement enkystée dans sa totalité, laissera filtrer à travers ses mailles le liquide céphalo-rachidien ambiant. Ainsi se trouve également expliquée la variabilité constatée, dans les observations, de disparition et de réapparition relativement rapide chez un même malade de ce type humoral morbide.

Même hypothèse peut être invoquée pour les processus méningés cérébraux, l'aiguille de ponction ayant interrogé la méninge très à distance du foyer, à condition toutefois d'admettre une réaction inflammatoire œdémateuse suffisante des espaces sous-arachnoïdiens supérieurs. Mais cette condition ne paraît se réaliser que très rarement. Nous ne l'avons jamais observée au cours des méningites tuberculeuses ou cérébro-spinales ou de l'hémorragie méningée dite essentielle ou secondaire à un traumatisme.

* * *

Ces faits peuvent à l'occasion permettre certaines déductions pratiques. Supposons, en effet, que le diagnostic causal d'une paraplégie soit indécis, et que l'hésitation se limite à une méningo-myélite ou à une compression médullaire par tumeur.

Si la ponction lombaire révèle le syndrome humoral décrit plus haut, on pourra en inférer qu'il ne s'agit pas d'une tumeur limitée proprement dite, fibrome, sarcome, psamome, kyste, etc., mais d'un processus de méningo-myélite syphilitique ou tuberculeuse, plus diffus, se développant sur une assez grande étendue. Cette constatation prendra tout son intérêt au cas de discussion opératoire.

Aussi avons-nous cru utile d'attirer à nouveau l'attention sur ce syndrome biologique du liquide céphalo-rachidien (syndrome de Frouin), en essayant de mettre en lumière son mécanisme pathogénique et sa valeur diagnostique.

IIe CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

(*Bruxelles, 21-26 septembre 1908.*)

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DES DISCUSSIONS (1)

NATURE DU CANCER

I. Traitement du cancer des lèvres. — M. Ribeira y Sans (de Madrid). Le seul élément étiologique connu du cancer des lèvres est le traumatisme physique et chimique : l'action du tabac et la brûlure produite par la cigarette. C'est le cancer le plus bénin de pronostic par suite de la facilité du diagnostic.

Selon la thérapeutique, on peut diviser le cancer des lèvres en épithéliomes pour lesquels suffit l'extirpation en V ; dans un autre groupe, il faut ajouter l'évidement maxillaire ; dans un autre groupe, il y a besoin de chéiloplasties réglées ; alors, pour la lèvre inférieure suffisent les procédés de Gournerio et Crus. On obtient la guérison de la plupart des malades.

M. Dollinger (de Buda-Pesth) a relevé seulement dans son service hospitalier 200 cas de cancer labial, opérés dans ces dix dernières années. En pratiquant une incision selon une ligne horizontale sous-mentionnière et une autre parallèle à la clavicule et en les réunissant par deux incisions verticales descendant le long du sterno-cléido-mastoïdien, on obtient un large volet. Il recherche particulièrement les ganglions situés vers l'apophyse mastoïde, même dans les cas de cancer de la langue. C'est là que Dollinger croit que la récidive se produit le plus souvent. Parmi les 158 cas de cancer primaire, 70 restent guéris après trois ans, 68 après cinq ans ; parmi les cancers récidivés (42 cas), il n'obtient que 16 guérisons définitives.

M. Czerny (d'Heidelberg) constate que ce sont les cancers d'allure aiguë qui donnent le plus de mortalité alors que les cancers chroniques sont plus bénins.

M. Morestin (de Paris). Il y a encore trop de médecins qui « commettent » la simple incision en V. Celle-ci est illogique, car ce cancer suit le nerf men-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 108, p. 1288.

tionnier, et c'est par conséquent une incision inverse qui est de mise.

M. Morestin a adopté d'une façon générale, pour la lèvre inférieure, un mode d'ablation qu'il appelle trapézoïdale, permettant d'enlever, autant que possible, la zone suspecte.

Pour la réparation de la brèche créée par l'extirpation, parmi beaucoup de procédés, il en est un très recommandable dont l'auteur s'est servi souvent avec succès. Il consiste à prélever, soit d'un côté, soit des deux côtés, un lambeau génolabial, comprenant une partie de la lèvre supérieure. Pour assurer la réfection de la commissure, cantho-chéiloplastie, il est indispensable de garder, pour doubler cette commissure, la partie de la bordure rouge de la lèvre supérieure répondant à la portion latérale du lambeau.

II. **Cancer de la bouche et de la langue.** — M. Butlin (de Londres) préconise l'intervention qui depuis 1895 lui donne des résultats très satisfaisants, c'est l'ablation entière du contenu du triangle antérieur du cou. Les opérations sur la langue ont été presque entièrement pratiquées par la bouche et jamais il n'a pu se résigner à pratiquer la résection du maxillaire inférieur. Depuis 1900, il pratique systématiquement une laryngotomie préliminaire. Plus que jamais ici, le diagnostic précoce et l'enlèvement systématique des ganglions se trouvent de mise. Le cancer du plancher de la bouche ne lui semble point présenter le degré de gravité que lui attribuent la plupart des chirurgiens, à condition que le mal n'ait pas gagné l'os.

M. Ribeira y Sans. Les opérations qu'exigent les néoplasmes malins de la langue, de la joue et du maxillaire ont de commun quelques points qu'il faut examiner :

On peut faire l'anesthésie avec le chloroforme pendant toute l'opération en tenant la tête du malade en légère extension ;

On ne doit presque jamais faire la ligature primitive dans l'extirpation de la langue, jamais dans la résection des maxillaires supérieur et inférieur;

On ne doit jamais faire la trachéotomie préventive en cette sorte d'opérations;

Les cancers de la langue ont une gravité exceptionnelle; cependant on peut obtenir des guérisons durables.

A. Cancers de la langue. — M. Morestin. En 1901, au Congrès français de chirurgie, l'auteur a décrit un procédé d'ablation des cancers de la langue, auquel il reste fidèle d'une façon générale.

Il a mis au premier plan la nécessité de pratiquer l'évidement ganglionnaire des régions carotidienne et sous-maxillaire par une dissection très attentive et très complète et, en conséquence, désigné cette manière de faire du nom de procédé anatomique.

L'ablation de la moitié correspondante de la langue est pratiquée par la voie sus-hyoïdienne latérale sans ligature ou trachéotomie préliminaires. L'ablation d'une moitié de la langue avec dissection unilatérale du cou répond aux cas communs où la tumeur occupe un des bords.

Si elle est médiane ou très étendue, l'auteur fait l'ablation totale de l'organe et la dissection des deux côtés.

S'il s'agit d'un cancer de la base empiétant presque toujours sur le pharynx, il fait systématiquement la résection de la branche montante du maxillaire.

Chez les sujets affaiblis et dans le cas de cancer étendu, il est sage parfois de procéder en deux ou même trois temps.

B. Cancer du plancher de la bouche. — Ces cancers débutent toujours par la muqueuse, et pendant assez longtemps demeurent relativement superficiels. Ils envahissent, d'une part, la face inférieure de la langue; d'autre part, la gencive et les alvéoles, avant de s'infiltrer profondément dans le plancher.

Par contre, dès le début, ils menacent un territoire lymphatique considérable.

En conséquence, l'extirpation des ganglions du cou et des régions sus-hyoïdiennes doit précéder toujours l'exérèse de la lésion cancéreuse.

En ce qui concerne celle-ci, quand elle est par bonheur, ce qui est rare, observée à une période toute voisine de son début, il est sans doute possible d'en faire l'ablation soit par les voies naturelles, soit par la voie hyoïdienne latérale. Mais plus souvent on sera conduit à sacrifier, en même temps que le plancher buccal, une partie de la mâchoire inférieure. Or, l'auteur pense, et certaines observations le prouvent, que l'on peut être relativement économe dans la résection de la mâchoire inférieure, et, dans des cas relativement fréquents, conserver un mince arc osseux constitué par le bord inférieur du maxillaire, après avoir supprimé toute la portion alvéolaire.

On supprime d'un bloc la portion alvéolaire, la tumeur, les glandes sublinguales, une partie de la langue. Celle-ci conserve son attache antérieure et peut reprendre par la suite une grande partie de ses fonctions.

La morphologie de la face n'est nullement modifiée.

C. Cancers de la joue. — Les cancers de la face interne de la joue commencent le plus souvent tantôt au voisinage de la commissure labiale, tantôt dans le voisinage du sillon gingivo-génien inférieur. Ils adhèrent promptement à la mâchoire et envahissent de bonne heure les ganglions lymphatiques et leur malignité est très grande. Aussi convient-il de pratiquer des opérations très étendues, même pour des lésions encore circonscrites en apparence. L'évidement des gîtes ganglionnaires est plus que jamais indispensable. La résection d'un segment de la mâchoire est aussi nécessaire, tant pour permettre une ablation complète du néoplasme que pour prévenir la constriction des mâchoires.

Il arrive très souvent que l'on soit obligé de sacrifier les téguments eux-mêmes, ce qui entraîne à des autoplasties compliquées et souvent très difficiles. Pour combler ces pertes de substance, souvent considérables, il est parfois très avantageux de recourir au déplacement des lèvres et même de la joue du côté opposé. La transposition de toutes ces parties

molles est une précieuse ressource, permettant dans ces cas détestables de rendre au malade une cavité buccale continente.

D. Cancers des machoires. — Ceux de la mâchoire supérieure sont les plus intéressants et les plus communs. Certains épithéliomas ont pour origine des débris épithéliaux inclus dans l'épaisseur de la mâchoire, beaucoup sont propagés des parties molles voisines. Un grand nombre, et ce sont les plus typiques, partent du sinus maxillaire. Dans ce cas, toujours grave, la résection de tout le massif maxillaire doit être pratiquée et très largement. Il faut veiller à l'extirpation totale des voies lacrymales et ne pas reculer devant la suppression de toutes les parties molles suspectes. On peut être, au contraire, relativement parcimonieux quand la lésion n'a pas pris naissance dans le sinus. Mais la recherche des ganglions s'impose toujours. Les brèches faciales peuvent être comblées à l'aide de lambeaux pris sur le front et sur la tempe.

M. Dollinger a vu, depuis dix ans, 60 cas de cancer de la joue, dont 11 seulement étaient exactement limités à la portion muqueuse de cet organe et 22 s'étaient étendus aux amydales et aux maxillaires. La résection du maxillaire inférieur aggrave le pronostic (trois cas de décès post-opératoires). Malgré tous les soins de propreté préopératoires, l'érysipèle se présente avec une fréquence marquée. En ce qui concerne le cancer propagé à la muqueuse gingivale, parmi 7 cas, un seul ne présentait pas de récidive après trois ans. Parmi 6 cas de cancer de l'amygdale, un seul était en vie après trois ans. Pour le cancer de la langue (23 cas) 69 p. 100 meurent dans la première année et pas un seul, malgré un curage ganglionnaire soigné, n'est guéri après trois ans.

III. Traitement du cancer de l'œsophage. — M. Domjinsky (de Moscou) a pratiqué, dans deux cas, la résection de 3 centimètres et demi de l'œsophage cervical, suivie de suture cervicale. Dans les interventions de l'œsophage par la voie endothoracique, il recommande l'emploi de l'appareil à hyperpression de Bauer.

M. Kummel (de Hambourg) estime que la gastro-œsophagotomie (ou opération de Roux) constitue une opération faisable. Dans deux cas il obtint trois mois et huit mois de survie. Il est possible d'éviter la gangrène du bout intestinal en plaçant l'anse intestinale dans un sens antipéristaltique par rapport à l'estomac; dans la suite, le péristaltisme semble se rétablir de lui-même dans le sens voulu.

IV. Traitement du cancer du foie. — M. Peugniez (d'Amiens). La chirurgie du tissu hépatique semble suivre jusqu'ici d'assez loin celle des voies biliaires. Le cancer du foie, en particulier, n'a été l'objet que d'interventions chirurgicales assez restreintes. Les chirurgiens étaient, d'une part, arrêtés par l'ignorance où ils étaient de la puissance de restauration de l'organe; d'autre part, par les difficultés de l'intervention portant sur un organe friable, qui se déchire sous les ligatures et saigne abondamment. Enfin, les symptômes de l'affection ne paraissent pas encore avec une précision suffisante pour permettre d'intervenir dans les premières périodes, alors que l'affection est encore assez limitée pour permettre une intervention n'entraînant pas trop de délabrements, mais suffisamment large pourtant pour faire espérer l'absence de toute récidive.

Il a pratiqué trois résections du foie pour cancer. Les fragments enlevés ont varié de la grosseur d'une mandarine à celle d'un poing. Il a employé deux fois le thermocautère pour faire la section et la compression avec drainage a suffi pour le mettre à l'abri d'hémorragies inquiétantes. Une fois, il a sectionné au bistouri et a suturé à la soie les lèvres saignantes de la brèche.

Ses trois malades ont guéri de leur intervention. L'une a succombé dans la suite à un étranglement herniaire; l'autre est morte plus d'un an après de récidive; la troisième, opérée dans le courant de l'année dernière, était encore vivante et bien portante il y a quelques mois.

Il semble donc que le cancer du foie soit justiciable de l'intervention chirurgicale et nous pouvons espérer que l'extirpation faite de bonne heure nous donne des résultats aussi satisfaisants et des guérisons aussi durables que la chirurgie du cancer du sein et des autres organes.

V. Traitement du cancer de l'estomac et du pancréas. — M. Ribeira y Sans (de Madrid). Le traitement du cancer de l'estomac peut être curatif ou palliatif.

La gastro-entérostomie est le traitement *soi-disant* palliatif, tandis que la jéjunostomie est un *pis aller*. Le résultat de la gastro-entérostomie est bien précaire : une série d'expériences ont démontré que la gastro-entérostomie ne met pas l'estomac en repos et partant l'action de la gastro-entérostomie est très limitée.

Le seul traitement efficace est la résection de l'estomac; mais si la pylorectomie n'est pas une opération très grave, il faut avouer que les résections étendues de l'estomac ont encore une mortalité opératoire élevée; mais elles sont le seul moyen possible d'obtenir la guérison définitive du cancer de l'estomac.

M. Monprofit (d'Angers) préfère en général la gastrectomie à la gastro-entérostomie. Dans le traitement palliatif des cancers du pancréas, il emploie le procédé qu'il a décrit sous le nom de cholécystentérostomie en Y.

M. Borélius (de Luna) est revenu, en ces dernières années, à la gastrectomie par le Billroth II. Il expose sa statistique de 1898 à 1908; 151 cas se décomposent comme suit : 34 laparotomies exploratrices (31 guérisons, 3 décès), 5 gastrostomies (4 guérisons, 1 décès), 79 gastro-entérostomies (68 guérisons, 11 décès), 33 résections (27 guérisons, 6 décès). Parmi ces résections, 16 sont morts actuellement ou atteints de récidive. Dans ces douze derniers mois, il a pratiqué 6 résections dont 2 perdues de vue. En août 1908 vivent sans récidive : plus de deux ans après l'opération, 1 cas; plus de trois ans, 2 cas.

M. Témoin (de Bourges) a pratiqué 91 résections

de l'estomac : 24 décès opératoires, 14 décès après quinze jours. Il estime que, dans la plupart des cas, les ganglions de la petite courbure ne sont pas des ganglions de généralisation cancéreuse, mais bien plutôt d'ordre inflammatoire ; il ne cherche plus à les enlever, sauf les cas où ils sont nettement indurés. Il attache une grande importance à la conservation des artères coronaires.

M. Daujinsky (de Moscou) a pratiqué 20 gastrectomies subtotales.

A cause du bas niveau intellectuel du peuple en Russie, il est impossible de recueillir à un moment donné les résultats éloignés d'opérations pour cancers de l'estomac. Ses observations personnelles prouvent que dans les mêmes mains le résultat immédiat de l'opération radicale peut être très différent et que le pourcentage de mortalité peut varier considérablement. Il croit que même une mortalité très élevée ne doit pas empêcher le chirurgien d'exécuter l'opération radicale dans les cas convenables, car l'opération est la seule voie pour atteindre parfois une guérison absolue. Quand le cancer de l'estomac ne constitue encore qu'une affection locale et que les métastases régionnaires sont encore faciles à enlever, il faut se résoudre à l'opération radicale sans crainte d'une perte possible du malade, car ce dernier est déjà condamné à mort par la maladie elle-même. La technique moderne de l'excision de l'estomac est tellement perfectionnée, que ce n'est pas d'elle que pourraient dépendre les décès ultérieurs dans le cancer de l'estomac.

Les résultats favorables de ces opérations s'augmenteront aussitôt que les médecins remettront de bonne heure le malade atteint entre les mains actives des chirurgiens.

Dans les cas douteux ou fort suspects, en présence de difficultés diagnostiques, on doit, à son avis, largement user de la laparotomie exploratrice.

M. Delagenière (du Mans). Le cancer de la petite courbure peut être primitif ou consécutif à un cancer du pylore. Dans les deux cas, il doit être enlevé de la même façon.

En effet, du côté du pylore, que cet orifice soit ou non envahi, il est exceptionnel que la tumeur s'étende au duodénum. Du côté du cardia, la masse néoplasique sera plus difficile à circonscrire. C'est de ce côté surtout que l'attention du chirurgien doit être attirée.

On sait que dans tout cancer de l'estomac, la section, pour être suffisante, doit dépasser les limites apparentes de la tumeur de 3 centimètres au moins, car l'infiltration cancéreuse s'étend à cette distance dans la tunique moyenne ou sous-muqueuse.

Or, dans tous les cas de cancer de la petite courbure, pour atteindre les 3 centimètres, il faudra sectionner l'organe au niveau du bord droit de l'œsophage. Dans cet endroit les limites voulues seront atteintes, mais on trouvera encore dans le petit épiploon des ganglions cancéreux qui reçoivent les lymphatiques de la zone envahie. Ces ganglions peuvent se trouver encore à une certaine distance de la zone infectée, de sorte qu'il faudra les chercher avec soin. Nous en avons toujours trouvé un ou deux, accolés à l'œsophage le long de son bord droit, par conséquent bien au delà de l'artère coronaire. Du reste la limite de l'artère coronaire devra toujours être dépassée dans les cas qui nous occupent. Il n'y a guère que dans les cas de cancer du pylore tout à fait au début que la section pourra porter à cet endroit.

D'autre part, on a reconnu que le cancer de la petite courbure atteignait vite la grande courbure, sur laquelle il se propageait pour atteindre ensuite de bas en haut la grosse tubérosité. Il en résulte donc que cette partie inférieure devra être tenue comme suspecte et, comme telle, enlevée.

En résumé, pour enlever complètement un cancer de la petite courbure, on devra pratiquer la section sur le duodénum, puis verticalement à travers l'estomac au ras du bord droit de l'œsophage, enfin on devra pratiquer une recoupe de la partie inférieure de la grosse tubérosité en ne laissant appendre à l'œsophage qu'une collerette d'estomac destinée à être anastomosée par implantation dans la première anse du jéjunum.

M. van Engelen (de Bruxelles). En principe et en fait, il est formellement indiqué d'intervenir chirurgicalement dans le cancer dès le début du mal, à un moment aussi rapproché que possible du commencement de l'infection. Et cependant on observe des cas de cancers viscéraux étendus, avec état général plutôt cachectique et mauvais dans lesquels une intervention opératoire donne, contre toute attente, un résultat immédiat parfait et une survie longue, très longue, qui étonne profondément le chirurgien.

Par contre, une opération faite aux premières atteintes du mal, une éradication totale d'un carcinome à son début, alors que l'état général est peu ou pas entamé, aboutit à un résultat déplorable, une survivance de quelques mois avec le résultat lamentable de la cachexie !

M. Verhœf (de Bruges) relate 4 cas de cancer du pancréas.

La nature et la situation anatomique du pancréas rendent le diagnostic macroscopique des néoplasmes qui l'envahissent plus délicat qu'ailleurs, notamment quand il s'agit du diagnostic différentiel entre la nature cancéreuse ou tuberculeuse de la tumeur.

Dans le doute, l'auteur préfère s'abstenir d'une tentative d'exérèse toujours grave et maintes fois laborieuse, pour ne recueillir dans la majorité des cas, qu'un résultat peu encourageant, et s'arrêter à l'opération exploratrice simple ou accompagnée éventuellement de quelques manœuvres de libération ou de rupture d'adhérences, dont l'influence favorable bien connue sur les tuberculoses du péritoine semble s'exercer pareillement sur les néoplasies (inflammatoires ou autres) tuberculeuses du pancréas.

Cette manière de faire a donné à l'auteur trois succès complets et durables.

Dr Ch. Dam (de Bruxelles).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1908)

Applications à l'homme d'un sérum antituberculeux. — MM. LANNELONGUE, ACHARD et GAILLARD. Les expériences de sérothérapie antituberculeuse que les auteurs ont rapportées dans des communications antérieures (1) montraient que, chez les cobayes inoculés de tuberculose et traités par leur sérum, la survie moyenne était plus longue que chez les témoins. Ces résultats leur paraissaient légitimer l'application de cette sérothérapie à l'homme tuberculeux.

Mais on ne saurait, dans ce genre de recherches, s'entourer de trop de précautions. Car, dans une maladie dont les formes sont si nombreuses, la marche si variable, la durée souvent longue, il est fort difficile d'apprécier sainement la valeur d'un procédé qui n'agit pas à la manière d'un remède héroïque et ne peut, à lui seul, procurer une guérison prompte.

Aussi les auteurs ont-ils cru préférable de confier ces tentatives thérapeutiques à plusieurs médecins autorisés qui leur transmettraient les conclusions de leur pratique. MM. les docteurs Comby, Le Noir, Legry et Küss ont bien voulu se charger de ces essais : ils y ont apporté, pendant une année, un soin auquel on a le devoir de rendre hommage. Grâce à eux, l'expérience thérapeutique a porté sur un assez grand nombre de malades, tuberculeux avérés et soumis depuis un certain temps à l'observation médicale. Ces malades étaient des enfants et des adultes, atteints de formes diverses de tuberculose, et placés dans des milieux différents, puisqu'ils se trouvaient dans des hôpitaux généraux de Paris et au sanatorium d'Angicourt. L'expérience a donc pu se poursuivre dans des conditions variées.

Rappelons que leur sérum provient d'animaux (ânes et chevaux) soumis à l'action d'une toxine qu'ils extraient du bacille tuberculeux par chauffage dans l'eau à 120 degrés, précipitation par l'acide acétique et redissolution dans le carbonate de soude. Les essais chez l'homme ont été faits exclusivement avec du sérum d'âne.

Les doses ont varié. Les habituelles ont été de 5 centimètres cubes. Les plus fortes ont atteint 10 et par exception 12 et une fois 20 centimètres cubes par semaine. Il convient de remarquer qu'elles sont restées toujours proportionnellement très inférieures à celles que les auteurs injectaient aux cobayes dans leurs expériences, car la dose maxima de 3 centimètres cubes par semaine que recevait un cobaye de 700 grammes correspondrait à 300 centimètres cubes chez un homme de 70 kilos.

Une note limitée, comme le sont celles de l'Académie des sciences, ne saurait entrer dans l'examen des questions soulevées par le traitement de cinquante sujets, tous au moins au second degré d'une tuberculose pulmonaire, quelquefois plus avancés encore. Ce sera l'objet de la publication successive, par leurs auteurs, des divers mémoires avec les observations des malades. Les auteurs doivent se borner à donner aujourd'hui les conclusions de ces mémoires telles que chaque observateur les a formulées.

De l'ensemble de ces résultats, il ressort que leur sérum a été employé chez l'homme sans danger et qu'il a paru, même dans les cas encore accessibles au traitement, un adjuvant utile dans la thérapeutique habituelle.

De plus, il paraît résulter de quelques observations de Küss que les bacilles, sous l'influence du processus de régression, diminuent de nombre et peuvent même disparaître, ce qui semblerait indiquer que les facultés génératrices ou de multiplication du bacille sont amoindries.

Conclusions de M. Comby :

« D'après les dix-huit observations que nous venons de résumer, nous pouvons tirer les conclusions suivantes. Le sérum antituberculeux semble sans efficacité dans les cas de tuberculose avancée (troisième degré), de cachexie tuberculeuse, de méningite et granulie. Mais il paraît avoir une réelle efficacité dans les cas de tuberculose pulmonaire au premier et au deuxième degré. Tous les malades de cette catégorie, au nombre de dix, ont été améliorés ou guéris. Un autre (le onzième) est mort subitement après avoir été amélioré.

Au début, nous avons employé le sérum à la dose de 3, 4 ou 5 centimètres cubes, en répétant les injections tous les deux ou trois jours. Plus tard, nous avons augmenté la dose (10 centimètres cubes) pour ne faire qu'une injection par semaine. En effet, l'érythème induré de la paroi abdominale qui se produit souvent après l'injection, empêche de la répéter trop fréquemment.

Le sérum est bien toléré, il ne détermine que des réactions locales (érythème, œdème, parfois engorgement ganglionnaire) bénignes. Il ne provoque pas de fièvre. Les enfants augmentent tous de poids. Chez plusieurs malades, nous avons noté une somnolence assez prolongée après chaque piqûre. Sur un total de 214 piqûres, nous avons relevé cinq abcès, qui ont, d'ailleurs, parfaitement guéri après incision (2 p. 100 environ). »

De cette série de faits, une impression favorable se dégage.

Conclusions de M. le docteur Küss :

« En résumé, parmi les tuberculeux à grosses lésions fibrocaséeuses que nous avons traités simultanément par le sérum et par les cures sanatoriales prolongées, la plupart de ceux qui étaient apyrétiques sont arrivés à un état de très grande amélioration avec régression marquée des lésions et retour de l'aptitude au travail. Dans la production de ces effets favorables quelle est la part qui revient au sérum, quelle est la part qui revient au traitement sanatorial? Nous ne saurions le dire étant donné que nous n'avons pas relevé d'action spécifique du sérum sur les lésions tuberculeuses. L'emploi du sérum à doses moyennes prolongées nous a paru favoriser l'évolution régressive chez des sujets dont la tendance évolutive se montrait déjà favorable et constituer, par suite, un adjuvant du traitement diététo-hygiénique. »

Conclusions générales de MM. Le Noir et Legris :

« 1° Les injections de sérum antituberculeux sont absolument inoffensives ; elles n'ont jamais été suivies d'accidents sérieux. Les très rares accidents qui ont été signalés sont absolument sans importance et inhérents à toute méthode sérothérapique ;

2° Jamais les injections n'ont paru précipiter la marche de la maladie ; elles n'ont provoqué aucune modification de la température, ni aucune réaction fâcheuse soit pulmonaire, soit

(1) Essai de sérothérapie antituberculeuse, *Congrès internat. de la tuberculose*, Paris, oct. 1905, t. II, p. 4; — *Bull. méd.*, 4 oct. 1905, p. 834. — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sérothérapie, *Compte rendu de l'Acad. des sciences*, 25 juin 1906; — *Bull. méd.*, 27 juin 1906, p. 579.

générale ; chez les malades qui avaient eu antérieurement des hémoptysies, elles n'ont provoqué aucune hémorragie pulmonaire ;

3° Sur cinq malades observés par M. Le Noir assez longtemps, les injections ont paru avoir une influence très heureuse, guérison par sclérose dans un cas, et favorable dans deux autres cas, indifférente dans un cas et douteuse dans un autre (lenteur de l'évolution, mais progrès cependant de la maladie). »

Les 16 malades de M. Legris, soumis au traitement, ont donné des résultats analogues à ceux de M. Le Noir, et M. Legris accepte les conclusions générales de M. Le Noir. Il a remarqué assez souvent, chez ses malades, une augmentation de poids, la diminution de l'expectoration et des modifications favorables de l'état local.

« En résumé, dit M. Le Noir, mes observations personnelles sont trop peu nombreuses pour me permettre d'avoir une opinion ferme ; mais elles m'encourageraient à persévérer dans l'usage du sérum antituberculeux.

Il conviendrait cependant, à notre avis, d'adopter une autre méthode, maintenant que nous avons la certitude de l'innocuité absolue de ces injections et que l'observation journalière des malades est moins indispensable. Au lieu de ne choisir que des malades cliniquement et bactériologiquement tuberculeux, on devrait s'adresser à des sujets peu atteints, mais présentant cependant des signes nets de tuberculose à l'auscultation, sans exiger la présence des bacilles dans les crachats, ce qui fait une sélection à rebours. On pourrait aussi se dispenser d'hospitaliser les malades tout en s'efforçant de les mettre dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. Quant au traitement lui-même, les doses de 5 centimètres cubes m'ont paru trop faibles ; il serait utile de faire les injections plus fréquemment et plus fortes. »

— Communications diverses :

Sur l'orientation anatomique en radiographie. — MM. Rieffel et Maxime Ménard.

Contribution à l'étude de l'audition. — M. Marage.

Résistance à 100 degrés des hémolysines des sérums préparés. Séparation de l'alexine et de la sensibilisatrice par filtration du sac de collodion. — M. A. Frouin.

Traitement des trypanosomiases chez les chevaux par l'orpiment seul ou associé à l'atoxyl. — MM. A. Thiroux et L. Teppaz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 16 octobre 1908)

Sur un cas d'ictère hémolytique acquis. — M. Œttinger rapporte un cas d'ictère survenu chez une femme de soixante-sept ans, qui succomba à une pneumonie et aux suites d'une insuffisance mitrale. Cet ictère, qui existait depuis sept à huit mois, avait été précédé, à diverses reprises, de phénomènes douloureux qui avaient été considérés comme des accidents de lithiase biliaire. Cet ictère présentait tous les caractères de l'ictère hémolytique, tel que l'ont décrit MM. Chauffard et Widal : absence de décoloration des matières fécales, qui étaient plutôt surcolorées, présentant une coloration rouge brique, absence de pigments biliaires dans les urines qui contenaient, par contre, de l'urobiline et son chromogène ou qui n'ont présenté que très exceptionnellement les réactions des pigments de la bile. Le foie n'était pas augmenté de volume, mais la rate était notablement hypertrophiée.

On trouvait chez cette malade le syndrome hématologique au grand complet : anémie intense (1 586 000 à 1 120 000 globules rouges, avec valeur globulaire normale ou au-dessous de la normale), anisocytose avec tendance à la microglobulie, le diamètre moyen des hématies étant de 6 μ 3, polychromatophilie ; il existait du côté du sang des indices de réaction médullaire, car il contenait de 3 à 4 p. 100 globules blancs d'hématies nucléées, mais sans myélocytes. On trouvait encore une fragilité globulaire très accentuée, puisque, avec le sang total, l'hémolyse débutait, avec le procédé Vaquez-Ribierre, au tube 70, pour être totale au tube 46 ; avec le sang déplasmatisé suivant le procédé Widal, le début de l'hémolyse se faisait au tube 78 et était totale au tube 52. De même vis-à-vis de sérums humains provenant de divers sujets, la fragilité globulaire était très caractérisée et cependant le sérum de la malade n'était point doué de propriétés hémolysantes. Enfin, on constatait dans le sang avec le réactif de Poppenheim environ 5 p. 100 d'hématies granuleuses, chiffre relativement peu abondant, étant donné la fragilité excessive du globule.

L'autopsie, outre les lésions ayant entraîné la mort, montrait une intégrité du foie, qui n'était pas hypertrophié, qui n'était le siège d'aucune lésion de cirrhose, et dont les cellules, à peu près intactes, à part quelques lésions du protoplasma en rapport avec l'infection terminale, étaient riches en pigment ferrique. On trouvait la vésicule biliaire remplie d'une bile très colorée et contenant d'assez nombreux calculs, petits et friables, et de la boue biliaire. La rate pesait 575 et les lésions qui prédominaient étaient une congestion intense de la pulpe, des cordons de Billroth avec des sinus vides de sang, mais dont l'endothélium était desquamé ; ils présentaient aussi de nombreux macrophages fixes dont quelques-uns pigmentaires ; les corpuscules de Malpighi, diminués d'étendue, étaient entourés de nombreux macrophages chargés de pigment ferrique abondant. Ces lésions étaient tout à fait analogues à celles décrites dans un cas analogue par MM. Vaquez et Giroux. Il existait enfin, fait intéressant, dans les ganglions du hile de la rate et rien que dans ceux-ci, une réaction inflammatoire des follicules hyperplasiés et de nombreux macrophages chargés de pigment ferrique dans les lacs sanguins périfolliculaires. Le rein présentait des îlots de tubuli contorti dont les cellules et la lumière étaient surchargés de ce même pigment. La réalité des ictères d'origine sanguine en relation avec une fragilité anormale du globule semble, après les travaux de MM. Chauffard et Widal, suffisamment démontrée. M. Œttinger pense que les lésions observées ne sont qu'une conséquence de la destruction exagérée des globules du sang, insuffisamment résistants, mais l'ictère est probablement lié à un hyperfonctionnement du foie, dû à un apport surabondant de pigment sanguin ; les calculs existant dans les voies biliaires ne reconnaîtraient pas une autre cause. Eliminés par l'intestin les pigments biliaires sont transformés en stercobiline et éliminés par les fèces ; passant dans la circulation générale, ils imprègnent les téguments et sont éliminés par les urines en tant qu'urobiline ou exceptionnellement comme bilirubine, quand ils sont trop abondants. Il est probable cependant qu'une partie du pigment sanguin est cependant éliminée en nature, puisqu'on retrouve en abondance du pigment ferrique dans les reins.

Traitement du tétanos. — MM. Ramond et Doury signalent les heureux effets qu'ils ont obtenus dans le traitement

du tétanos par l'injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie. Ils utilisent une solution à 25 p. 100 dont ils emploient de 4 à 6 centimètres cubes.

Pathogénie thyroïdienne des rhumatismes. — M. DIAMANTBERGER, dans une note présentée par M. Brühl, rappelle avoir signalé le premier en 1890 dans sa thèse *Sur le rhumatisme noueux chez les enfants* et en 1891 dans un mémoire intitulé : « Goitre exophtalmique et rhumatisme, » la corrélation très étroite des différentes formes de rhumatisme aigu ou chronique avec les troubles fonctionnels et organiques de la glande thyroïde. Les résultats opothérapiques très encourageants publiés en ces derniers temps sont venus confirmer ces premières constatations cliniques.

Un cas d'ictère hémolytique congénital et familial. — M. ABRAMI a observé dans le service du professeur Gaucher un nouveau cas d'ictère hémolytique congénital et familial. Chez la malade l'ictère s'est accompagné d'une splénomégalie considérable ; le foie était normal. L'examen hématologique a révélé chez cette femme les caractères assignés par M. Chauffard à ces ictères hémolytiques congénitaux. Bref, les constatations cliniques et hématologiques ont été absolument identiques à celles des observations antérieurement publiées.

PAUL BERGER

La dernière fois que le professeur Berger parut à la Société de chirurgie, ce fut appuyé sur deux cannes et marchant péniblement. Des douleurs persistantes le tinrent éloigné de la vie active pendant de longs mois. Puis sa santé s'améliora, les souffrances disparurent et Berger, redevenu lui-même, se sentant guéri, venait de reprendre son service, lorsque la maladie vint cruellement le frapper au cours même d'une opération. Il tomba pour ne plus se relever. Après une longue semaine de douloureuse agonie, Berger est mort à l'hôpital Necker dans ce beau service dont il était si fier.

Il appartenait à cette génération de chirurgiens qui vit naître l'antisepsie et qui sut dès le début en reconnaître les bienfaits. Ce fut dans le service de Gosselin, dont il était l'élève favori, que Berger, alors jeune agrégé, mit en pratique la méthode nouvelle que Championnière nous rapportait d'outre-Manche. C'est dans ce service de la Charité que Berger fit ses premières leçons chirurgicales si travaillées, si documentées, où le jeune maître mettait toute sa conscience et tout son savoir.

A la même époque, avec Perier, Monod, Terrier, il constitua ce « quatuor » d'opérateurs antiseptiques s'entraidant réciproquement dans l'exécution des opérations nouvelles.

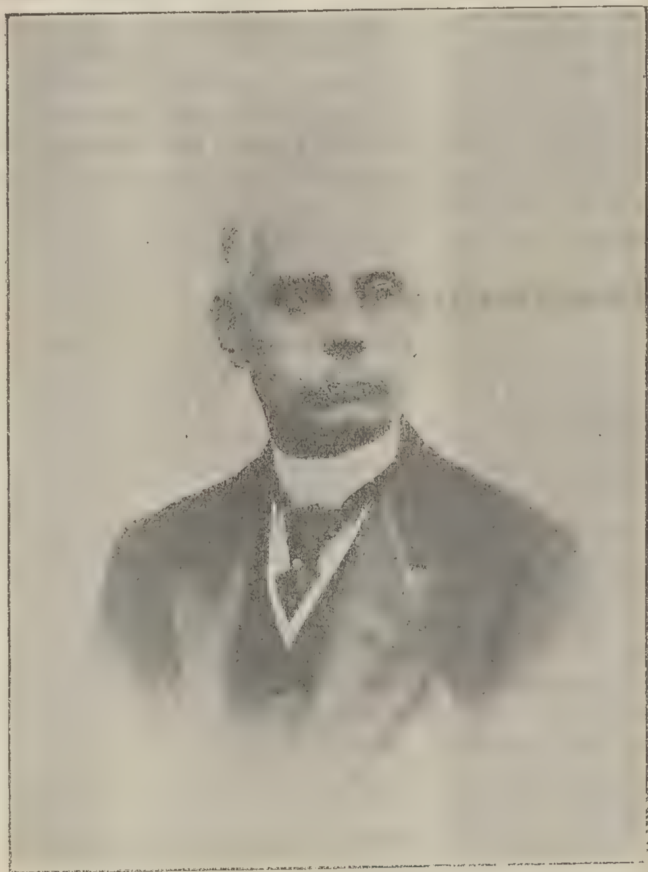
Dans la suite, Berger s'éloigna un peu de ce qu'on est convenu d'appeler la grande chirurgie abdominale, il se spécialisa avec une rare compétence dans l'étude des hernies, dans le traitement si complexe et si délicat des fractures; il s'adonna tout particulièrement aux opérations autoplastiques où il sut acquérir une véritable maîtrise.

Il avait conservé des anciens chirurgiens une certaine irritabilité pendant l'acte opératoire. Esprit méthodique et scrupuleux, il voulait que tout l'acte opératoire se déroulât régulièrement et sans à-coup. La moindre faute de ses aides avait le don de l'irriter, et il le faisait bien voir. Mais comme, en dehors de ces moments, il était doux et bon et, par suite, comme il était aimé de ses élèves et de ses malades !

Travailleur infatigable, ne consacrant que quelques heures au sommeil, Berger était d'une érudition incomparable. Aucune chose de la chirurgie ne lui était étrangère. Il avait la passion de l'enseignement. Pendant de longues années et jusqu'à la veille d'être professeur il dirigea une conférence réputée d'où sortit toute une génération de chirurgiens et d'agrégés, qui ont conservé pour leur maître un véritable culte et une profonde reconnaissance.

D'une honorabilité professionnelle impeccable, d'une correction exemplaire, homme du devoir, avant tout et par-dessus tout, Berger est mort sans qu'on puisse lui reprocher aucune faiblesse, ni aucune compromission.

Nul de nous ne l'oubliera ; nous reverrons toujours sa figure fine et distinguée où se reflétaient l'intelligence et la bonté. Mince, élancé, d'une tenue toujours correcte frisant même l'élégance, avec sa forte moustache, son menton volontaire, sa grande taille, sa démarche spéciale un peu traînante, Berger avait plutôt l'allure d'un officier que le laisser-aller du chirurgien d'à présent.



Cliché Valery.

La mort de Berger laissera un grand vide à la Faculté, à l'Académie, aux hôpitaux, au Palais de justice, car c'était un expert écouté.

C'est une grande personnalité chirurgicale qui disparaît, ne laissant derrière elle que d'unanimes regrets.

A. RICARD.

Paul Berger naquit à Beaucourt le 6 janvier 1845 d'une vieille famille alsacienne universellement connue et estimée.

Il fit ses études à Paris, devint interne en 1866 dans la même promotion que Quinquaud, Hallopeau, Félizet, Marchand et Blum, et quatre ans plus tard obtint la médaille d'or de l'internat.

Nommé agrégé en 1875, en même temps que Pozzi, Marchand, Ch. Monod et Blum, il devint chirurgien des hôpitaux en 1877, puis professeur de médecine opératoire et enfin de clinique chirurgicale à Necker.

Berger était membre de l'Académie de médecine et d'un grand nombre de Sociétés savantes françaises et étrangères.

Il était officier de la Légion d'honneur.

Ses obsèques auront lieu le mardi 20 courant, à une heure, à l'église de la Rédemption, rue Chauchat. On se réunira à onze heures très précises à l'hôpital Necker où seront prononcés les discours.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


Affections pulmonaires
Tuberculose
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grace à leur gout agréable, elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Eviter les contrefaçons
7 rue Saint Claude
Sirop Roche
au Thiocol
préparé par Ch. Weiss
30 Boulevard Magenta
rue de Lancry 30
Paris
Prévient et guérit toutes les affections pulmonaires aiguës et chroniques, excite l'appétit et facilite la digestion
1 Cuillerée à café contient 0.33 Thiocol 0.20 Gaïacol cristallisé
F. HOFFMANN. LA ROCHE & Cie
7 Rue St Claude
PARIS
Prix 4 Fr
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

N° 121. — JEUDI 22 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 22 OCTOBRE 1908. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 19 octobre 1908. — Question donnée : « Erysipèle de la face. »

MM. Grabois, 9; Duclos, 10; Mlle Dous-Kaufmann, 11; M. Ferréol, 16; Mlles Goldberg, 8; Gikouline, 9; Flamberg, 12; MM. Farhat, 10; Duponchel, 15; Durand-Fardel, 12; Des tremont, 13; Gourcerol, 10; Galland, 16 1/2; Mlle Feygin, 16; MM. Dupêchez, 10; Durville, 16; Gille, 8; Dupradeau, 14; Mlle Goldenfaim, 13; M. Fitte, 15.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de clinicat. — Sont nommés :

Clinicat obstétrical. — MM. Lequeux et Theuveny, chefs de clinique titulaires; Devraigne et Rollin, chefs de clinique adjoints.

Clinicat gynécologique. — M. Bender, chef de clinique titulaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — L'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'apprête à fêter prochainement son centenaire. Elle vient d'inviter M. Clemenceau, ancien élève de l'Ecole, à venir présider la cérémonie. Le président du Conseil a accepté. La date de la cérémonie sera fixée ultérieurement.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sont nommés, par décrets, membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique, MM. Félix Roussel, Tantet, Oudin, Guibert, Heppenheimer, Rébeillard, Navarre, Henri Rousselle, Ernest Caron et Gent, conseillers municipaux.

Le Conseil municipal, qui présente les candidats au conseil de surveillance, avait désigné en première ligne MM. Félix Roussel, Oudin, Guibert, Rébeillard, Ernest Caron et Gent. Il avait désigné également MM. Patenne, Poirier de Narçay, Rendu et Bertrou, auxquels le ministère de l'Intérieur a substitué MM. Tantet, Heppenheimer, Navarre et Henri Rousselle, présentés en deuxième ligne.

L'APPLICATION DU NOUVEAU CODEX AJOURNÉE AU 15 MAI 1909. — Un décret du 17 juillet dernier, publié au *Journal officiel* du 8 août, en rendant la nouvelle pharmacopée française (édition de 1908) obligatoire à partir du 15 septembre, prescrivait aux praticiens de se pourvoir, à partir de cette date, de la nouvelle édition.

Au moment où le décret du 17 juillet a été rendu, la publication du nouveau codex présentait un caractère d'extrême urgence. L'édition de 1884 était épuisée depuis longtemps. L'intérêt des praticiens, l'intérêt public exigeaient que la nouvelle pharmacopée parût sans retard. Elle était en préparation depuis plus de onze années.

Pour les éditions de 1866 et de 1884, il n'avait pas été jugé utile de fixer de délai pour mettre le nouveau codex en vigueur, les changements apportés par chacune de ces éditions étant peu nombreux.

Mais les conditions sont bien différentes aujourd'hui.

Il s'est produit, en effet, un fait tout nouveau qui a exercé une influence considérable sur la revision du codex de 1884 : c'est la conférence internationale tenue à Bruxelles en 1902. Les décisions de cette conférence ayant été acceptées par tous les gouvernements, la commission de rédaction du nouveau codex devait en tenir compte.

Or, en raison de ces décisions, la préparation et, par suite, la composition d'un grand nombre de médicaments ont été modifiées, et c'est dans ces modifications que résiderait, pour les pharmaciens, la difficulté d'appliquer les nouvelles prescriptions, s'il ne leur était pas accordé de nouveau délai. Un délai est nécessaire, non seulement aux pharmaciens pour mettre leurs produits en harmonie avec les exigences nou-

velles, mais encore aux médecins pour se rendre compte des changements apportés dans la posologie et modifier le libellé de leurs ordonnances.

C'est pourquoi un décret en date du 17 octobre accorde aux intéressés un délai de huit mois du 15 septembre 1908 au 15 mai 1909 pour se conformer aux prescriptions de la nouvelle pharmacopée française (édition de 1908).

Nos lecteurs trouveront prochainement dans la *Gazette des hôpitaux* une étude très documentée consacrée au nouveau codex.

SOLIDARITÉ PROFESSIONNELLE. — Le docteur Aubrée (d'Avranches) ayant été révoqué de ses fonctions de médecin des douanes en raison de « son attitude politique », le Syndicat des médecins de l'arrondissement s'est réuni et a décidé que par mesure de protestation aucun de ses membres n'acceptera la succession du docteur Aubrée.

LES OBSÈQUES DU PROFESSEUR BERGER ont eu lieu hier au milieu d'une énorme affluence d'élèves et d'amis.

Des discours ont été prononcés à l'hôpital Necker par MM. le pasteur Dieterlen, le professeur Le Dentu au nom de la Faculté, Richelot, au nom de l'Académie, Nélaton, au nom de la Société de chirurgie, le professeur Hayem, au nom des amis de Berger, Picqué, au nom de la « Conférence Berger ». Enfin, M. Ferté, proviseur du lycée Lakanal, dont Berger était médecin, et M. Arboux, vice-président de la Société protestante de prévoyance et de secours mutuels dont Berger était président, terminaient la série des discours.

Après la cérémonie au temple de la rue Chauchat, l'inhumation a eu lieu au cimetière de Sceaux.

MONUMENT VICTOR CORNIL. — Un comité vient de se constituer pour élever au professeur Cornil un monument dans sa ville natale, à Cusset (Allier). Le bureau de ce comité est ainsi composé : président d'honneur, M. Fallières, président de la République ; président, M. Loubet, ancien président de la République; vice-présidents, MM. les professeurs Labbé, Lannelongue, Landouzy, Chantemesse, Arloing (de Lyon) et le docteur Cornillon (de Vichy); secrétaires, M. le docteur Coudray (de Paris) et M. Antonin Mallat, publiciste (de Beauregard-Vichy).

Au moment où la souscription s'ouvre à Paris, nous sommes heureux d'apprendre qu'elle a déjà donné lieu, dans l'Allier, à un vif élan de gratitude vis-à-vis du compatriote illustre. Nul doute qu'il y ait à Paris et ailleurs le même empressement, le même désir de célébrer la mémoire de Victor Cornil en qui les hautes qualités de l'homme privé et de l'homme public égalèrent celles du savant.

On souscrit à Paris, chez M. Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, trésorier, et à Cusset (Allier), chez M. James Combe, cours Tracy, trésorier-adjoint.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — M. le professeur Joffroy commencera le cours de clinique des maladies mentales le samedi 14 novembre 1908, à dix heures, à l'asile clinique (Sainte-Anne) et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

Les cours de psychiatrie de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie commenceront le samedi 7 novembre 1908, à neuf heures du matin, à l'asile clinique (Sainte-Anne). Ces cours sont publics.

M. le docteur René Charpentier, chef de clinique des maladies mentales, commencera le cours théorique de psychiatrie le samedi 7 novembre 1908, à neuf heures, et le continuera les lundis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

M. le docteur Delmas, chef de clinique des maladies mentales, commencera le cours pratique de psychiatrie (examens de malades, rédaction de rapports), le jeudi 12 novembre 1908, à dix heures, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — COURS DE PROPÉDEUTIQUE ET DE TECHNIQUE CLINIQUE ÉLÉMENTAIRE A L'USAGE DES ÉTUDIANTS DE PREMIÈRE ANNÉE. — Le docteur P. Le Noir, assisté de MM. les docteurs Jean Camus, H. Courcoux et Ambard, anciens internes des hôpitaux et de M. l'interne du service, commencera le lundi 9 novembre 1908, une série de conférences à l'usage des étudiants de première année sur les premières notions de médecine (propédeutique et technique clinique élémentaire) et les continuera tous les matins, à neuf heures, salle Axenfeld, jusqu'au 25 décembre. Le cours est gratuit.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Medizinische Blætter. — (N° 39, 26 sept. 1908.) BEERWALD : Aphorismes sur le traitement de la chlorose.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 29 sept. 1908.) MORO : Hypersensibilité clinique. — ROMBERG : Les méthodes actuelles pour provoquer la diurèse. — HOSEMANN : Le procédé de Müller pour distinguer le pus d'infection aiguë du pus tuberculeux au moyen du réactif de Millon. A-t-il de la valeur? — CHRISTIAN et ROSENBLATT : Recherches sur les anticorps tuberculeux et sur l'immunité. — VOGT : Contribution à la délimitation diagnostique de certaines formes d'idiotie. — VOGEL : La présence et la signification de températures élevées unilatérales dans les affections pulmonaires. — BÜRKER : Un spectroscope simple. — HORNUNG : Contribution à l'administration intra-veineuse et sous-cutanée des médicaments cardiaques. — LENTZ : Sur l'ulcère charbonneux des extrémités inférieures chez les indigènes de l'Afrique orientale. — ZIELER : L'explication nouvelle de l'action de la tuberculine.

Therapie der Gegenwart. — (8e fasc., août 1908.) A. EULENBURG : Du traitement de la neurasthénie. — SCHÜNTGEN : Sur les bains d'oxygène de Sarason dans l'artério-sclérose. Quelques remarques sur l'acide carbonique et l'oxygène (Perlbad). — Wilhelm STERNBERG : Principes de nourriture pour la cuisine des malades. — DE VRIES-REILINGH : Amélioration du neurone périphérique centripète dans le tabes dorsal par le traitement d'exercice de Frenkel. — Theodor HŒPFNER : Le § 51 du D. St. G. B. et le bégaiement. — Fr. VON DEN VELDEN : Jonction de maladies. — Hans HIRSCHFELD : Les nouvelles vues sur la régénération normale et pathologique du sang et sa signification dans le traitement des maladies du sang. — (9e fasc., sept.) MINKOWSKI : Traitement médicamenteux du rhumatisme articulaire aigu. — M. JOHN : Du traitement par la tuberculine. — C. S. ENGEL : Les recherches du sang dans la pratique médicale. — FROEHLICH : Du traitement des maladies par accidents nerveux. — Fr. VAN DEN VELDEN : La descendance des morts de cancer ou de phtisie. — Otfried O. FELLNER : Des psychoses de la grossesse.

Tribune médicale. — (N° 40, 3 oct. 1908.) F. CATHELIN : Comment on ouvre une vessie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CANCER DU SEIN

ÉPITHÉLIOMA ULCÉRÉ AVEC ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE ET GÉNÉRALISATION HÉPATIQUE, ABSTENTION OPÉRATOIRE

Par M. JABOULAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

Je vais vous entretenir d'une malade entrée dans le service depuis quelques jours pour une affection du sein droit dont elle fait remonter le début à un an environ.

C'est une femme de quarante-huit ans, dont les accidents héréditaires ne nous apprennent rien, mais dont les antécédents personnels sont assez chargés. A dix-sept ans, elle aurait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, avec retentissement cardiaque, et, à dix-huit ans, des hémoptysies. Mariée elle eut plusieurs grossesses : une gémellaire, il y a dix ans, se termina par une fausse couche suivie de métrite. Deux enfants sont morts ; l'un à trois semaines, l'autre à six, de convulsions. Quatre sont vivants et bien portants. C'est en nourrissant le quatrième, actuellement âgé de huit ans, qu'elle aurait eu un abcès du sein.

Il y a une douzaine d'années, enfin, elle eut un ictère émotif, puis de l'urticaire et de l'eczéma; vous voyez encore à la face des restes de cette affection et, en en rapprochant les hémoptysies qu'elle a présentées dans sa jeunesse, on doit penser au lupus érythémateux.

Quoi qu'il en soit, l'affection qui nous l'amène date d'un an, six mois environ après un traumatisme net de la région du sein droit. La malade remarqua d'abord un nodule mobile sous la peau et sur les plans sous-jacents et n'y attacha pas autrement d'importance.

Il y a sept mois ses règles disparurent, et, depuis lors, la tumeur aurait progressivement et assez rapidement augmenté de volume. Il y a quatre mois enfin, elle commença à s'ulcérer et, depuis cette époque, l'ulcération n'a fait que gagner en surface et en profondeur. Notre malade commençait à s'inquiéter, lorsqu'une hémorragie assez abondante, survenue il y a une quinzaine de jours, l'effraya et la décida à se faire admettre à l'hôpital.

Son interrogatoire nous a encore appris que, depuis quelques mois, elle aurait beaucoup maigri, qu'elle a de l'anorexie et des troubles digestifs et qu'elle ressent enfin parfois d'assez vives douleurs dans le dos et l'épaule droite.

Nous avons fait l'examen complet de cette malade et, pour commencer par ses différents appareils, nous n'avons rien trouvé du côté des poumons : pas de bacillose au sommet comme auraient pu le faire pressentir les hémoptysies de sa jeunesse, pas de pleurésie à la base. Au cœur. la pointe est un peu abaissée dans le cinquième espace, mais l'auscultation ne révèle ni souffles, ni bruits surajoutés. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

A l'examen de l'abdomen et de l'appareil digestif, on ne constate rien à l'estomac ni à l'intestin, mais le foie est augmenté de volume tant dans les dimensions verticales et transversales que dans le sens antéro-postérieur, car il soulève le rebord costal du côté droit. Au palper, en ayant recours aux frictions légères avec la pulpe des doigts que je vous recommande toujours de pratiquer, vous pourrez sentir la surface hépatique nettement bosselée, ce qui vous permet d'éliminer d'emblée une cirrhose, un abcès, ou un kyste hydatique.

Le système nerveux central est intact, pas de céphalée ni de troubles visuels qui puissent faire penser à une généralisation au cerveau ou à la base du crâne. Peut-être seulement un peu de diminution des réflexes rotuliens.

Notre malade souffre très peu ; je vous ai déjà signalé les lancées douloureuses dans le dos et l'épaule droite. La pression est indolore sur la tumeur, et, seul parmi les mouvements du membre supérieur, le mouvement d'élévation est un peu douloureux.

Nous en arrivons maintenant à l'examen direct de la lésion. Vous pouvez voir, au niveau du sein droit, dans le quadrant supérieur et externe, une ulcération large comme une pièce de dix centimes et se creusant d'une façon régulière en profondeur. Elle laisse s'écouler une sérosité qui, citrine à l'entrée, est actuellement bleue : c'est le fait du bacille pyocyanique, résultat probable d'une inoculation secondaire. Les bords de cette ulcération sont renversés en dehors : c'est le bourrelet d'envahissement des néoplasmes.

Au-dessous de cette ulcération, la glande mammaire est resserrée, en quelque sorte, rétractée le long de la paroi antérieure et, à son niveau, la peau est plissée, en pelure d'orange selon l'expression classique.

Si vous cherchez à mobiliser la glande, vous voyez que la peau ne glisse pas à sa surface et que, en profondeur, elle est immobilisée par la contraction du grand pectoral.

Suivez maintenant le sillon qui marque le bord inférieur du grand pectoral, en vous portant en haut et en dehors : vous constatez à ce niveau une certaine rénitence et vous pouvez retrouver trois ou quatre tuméfactions nodulaires : ce sont des ganglions de la base de l'aisselle. Ils ne sont vraisemblablement pas seuls et le sommet de l'aisselle doit aussi en présenter car, si la palpation n'en révèle pas à ce niveau, le creux sus-claviculaire droit est sensiblement surélevé, comparativement à l'autre.

Néanmoins, notre malade ne présentant ni œdèmes, ni troubles nerveux au niveau du membre supérieur droit, nous pouvons conclure à l'intégrité du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle.

En résumé, vous vous trouvez en présence d'une malade un peu amaigrie, dont les viscères sont sains, sauf le foie, et qui présente au niveau du sein droit une tuméfaction peu douloureuse, ulcérée, avec envahissement ganglionnaire et adhérences aux plans sus et sous-jacents.

L'histoire même de cette affection nous permet de

la faire débuter dans la glande même et d'admettre l'envahissement secondaire des téguments.

La glande mammaire peut être le siège d'abcès, mais le véritable abcès du sein a une évolution beaucoup plus rapide et il n'y a aucun rapport entre le pus de ces abcès du sein et celui que vous avez vu au niveau de cette ulcération. Les mastites chroniques qui, comme notre tumeur, rident la peau et donnent des ganglions, finissent toujours par donner un abcès.

On pourrait songer à la syphilis, accident primitif ou gomme ulcérée. Si l'accident primitif donne une ulcération un peu analogue à celle que vous venez de voir, jamais il n'atteint de telles dimensions. Quant à la gomme, l'ulcération en est précédée par une tuméfaction qui, d'abord dure, se ramollit puis se vide tout à coup pour donner une perte de substance à bords décollés et non indurés.

La tuberculose, d'ailleurs rare, donne des grains, les ganglions sont fluctuants et la peau n'est pas ridée.

Nous avons donc bien affaire à une tumeur.

L'adénofibrome, bien encapsulé, roule sous le doigt dans la glande normale d'autre part. Il survient chez les jeunes avec des poussées au moment des règles. Egalement maladie des jeunes, la maladie kystique donne de petits grains très caractéristiques; elle est souvent bilatérale.

D'ailleurs, l'allure générale de cette tumeur, son évolution rapide, les ganglions qui l'accompagnent, l'amaigrissement presque cachectique nous amènent à poser le diagnostic de cancer, de tumeur maligne du sein. Il nous reste à en déterminer la variété.

Le sarcome provoque une hypertrophie et non une atrophie de la glande, comme c'est le cas. Il y a de l'élévation de la température locale ; les ganglions ne sont pas envahis et, quand il y a une écorchure, elle provoque des hémorragies considérables.

Le carcinome procède un peu de même, mais il prend rapidement les ganglions.

Nous avons affaire à un cancer qui a ratatiné le sein (c'est un squirrhe) et nous nous arrêterons au diagnostic d'épithélioma squirrheux avec envahissement ganglionnaire et foyer secondaire hépatique.

Ces tumeurs ont une évolution habituellement lente (quatre ou cinq ans en général), mais, dans le cas particulier il semble que le pronostic doive être fatal à bien plus brève échéance. L'affection, en effet, après un début normal, a pris, depuis la suppression des règles, une évolution très rapide.

Si vous suivez cette malade, vous verrez l'ulcération aller en augmentant, s'entourer de petites saillies, véritables pustules cancéreuses, dont la confluence peut constituer la variété de cancer dite cancer en cuirasse.

De leur côté, les ganglions axillaires pourront augmenter de volume et provoquer de l'œdème, des troubles nerveux consistant en douleurs souvent atroces, contre lesquelles le seul remède serait la désarticulation de l'épaule.

Des complications pulmonaires peuvent éclater : brusquement notre malade peut prendre un point de côté avec matité, diminution des vibrations, souffle, œgophonie. C'est un épanchement pleural par généralisation cancéreuse et j'insiste sur ce fait car, alors même qu'une ponction exploratrice vous donnerait du liquide citrin, vous ne devez pas diagnostiquer une pleurésie banale intercurrente.

Le foie, nous l'avons vu, présente déjà un noyau de généralisation. De l'ascite peut apparaître à un moment ou à un autre.

Une autre complication et des plus terribles, peut encore rendre plus lamentable la fin de cette malade, c'est la généralisation au système nerveux central, généralisation rachidienne, avec paraplégie douloureuse, généralisation cérébrale avec trouble dans le domaine des nerfs de la base : les lésions du trijumeau plus particulièrement et du ganglion de Gasser peuvent entraîner la fonte de l'œil et des douleurs atroces dans la région fronto-pariétale.

Telle est, messieurs, l'affection dont est atteinte notre malade et telle est l'évolution qui l'attend ou la menace. Que pouvons-nous faire pour elle ?

Le traitement chirurgical, amputation du sein avec ablation minutieuse des ganglions axillaires ne doit pas être tenté quand, comme c'est le cas, on soupçonne des noyaux de généralisation en d'autres points. L'intervention serait forcément incomplète et vous savez qu'une intervention non complète dirigée contre un cancer donne un coup de fouet a l'évolution de la tumeur.

Le seul traitement local à tenter consisterait dans la radiothérapie et nous aurons surtout recours au traitement général, au cacodylate de soude, en particulier, et à la morphine enfin quand, ce qui n'est pas encore le cas, nous aurons à soulager notre malade de phénomènes douloureux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1908)

M. le Président donne la parole à M. Richelot pour la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques du professeur Berger.

Cette lecture a été accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Emploi de l'adrénaline comme anesthésique local. — M. Gilbert analyse un travail de M. Sardou sur les bons effets de l'adrénaline comme anesthésique local. Ce travail s'appuie sur un certain nombre d'observations dans lesquelles des douleurs névralgiques ou rhumatismales ont été calmées par ce moyen.

Cancer primitif du corps du pancréas. — M. Chauffard, d'après 3 observations, montre quelle est la physionomie clinique du cancer primitif du corps du pancréas, et quelles dissemblances profondes le séparent du cancer de la tête pancréatique. Dans cette dernière localisation, de beaucoup

la plus fréquente, les douleurs font défaut, et le symptôme caractéristique, celui qui rend possible le diagnostic, c'est l'existence d'un ictère chronique, progressif, non variable, avec dilatation habituelle et parfois considérable de la vésicule biliaire.

Au contraire, le cancer du corps pancréatique ne s'accompagne d'ictère que d'une façon inconstante et tardive et sans que la vésicule se dilate; l'ictère est dû à des compressions biliaires néoplasiques au milieu du foie, ou à des embolies cancéreuses intra-hépatiques.

Ce qui est caractéristique, c'est l'apparition précoce de douleurs paroxystiques siégeant à gauche d'abord, puis médianes et transverses, accompagnées de faux besoins d'aller à la selle. Ces douleurs tendent à la continuité, deviennent atroces, inexprimables, profondes, constrictives ou en corset avec irradiations dorsales ou scapulaires. Les malades ne trouvent quelque soulagement qu'assis et penchés en avant. Ils maigrissent et se cachectisent rapidement et peuvent mourir sans qu'aucune tumeur soit devenue perceptible.

Ces crises douloureuses ressemblent étroitement aux crises viscérales du tabès, et l'enquête, au point de vue du diagnostic différentiel, doit toujours être complète.

La dissemblance clinique des cancers du pancréas, suivant leur localisation, est subordonnée aux connexions topographiques de la glande. Alors que la tête du pancréas, à cause de ses rapports avec le cholédoque, est une région biliaire, le corps est par son bord supérieur et sa face postérieure en rapport intime avec les ganglions semi-lunaires et le plexus solaire, et c'est à l'envahissement de ces organes nerveux qu'il faut attribuer les crises douloureuses si spéciales.

Dans les deux cas, c'est donc d'après des symptômes d'emprunt que l'on peut, pour les cancers du pancréas, porter un diagnostic, sinon de certitude, au moins de grande probabilité.

Si contre le cancer du corps du pancréas tout traitement médical est impuissant, la laparotomie exploratrice aura au moins le double avantage de confirmer le diagnostic et surtout de faire disparaître les douleurs, par décompression abdominale. On ne doit donc pas en refuser aux malades le bénéfice éventuel.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1903)

Affection de l'appareil génital. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation présentée par M. Marion. Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années qui avait des mictions fréquentes et même parfois sanguinolentes. Le toucher rectal montrait l'existence d'une grosse vésicule séminale. M. Marion diagnostiqua une tuberculose de l'appareil génital. Il fit une incision en avant de l'anus, mit à jour la prostate et arriva assez aisément, après avoir fendu le releveur de l'anus d'un côté, sur une vésicule séminale volumineuse, rouge, qu'il enleva avec le cordon et le testicule correspondants. Le malade guérit. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait, non de tuberculose, mais bien d'hémorragie dans la vésicule séminale.

Quelle a pu être la cause de cette hémorragie? C'est ce que ne peut dire M. le rapporteur qui regrette que, dans cette observation, on n'ait pas indiqué l'état du sperme.

Embolies pulmonaires post-opératoires. — M. MAUCLAIRE communique un cas d'embolie pulmonaire survenue après une cure radicale de hernie inguinale.

Il s'agissait d'un homme de quarante-deux ans, atteint de hernie inguinale droite, non cardiaque, ne présentant rien de particulier. M. Mauclaire fit la cure radicale, un peu difficile, et au cours de laquelle il dut dilacérer les veines du cordon. Quatre jours après l'opération, ce malade présenta du gonflement du scrotum et de la tuméfaction du cordon du côté opposé, sans fièvre. Douze jours après l'opération, cet homme présenta tous les signes d'une embolie pulmonaire, syncopes, crachats hémoptoïques, etc.

Tout rentra dans l'ordre; M. Mauclaire fit rester ce malade au lit pendant trente jours, et la guérison fut parfaite.

Dans ce cas, le diagnostic n'était pas douteux.

M. Mauclaire a recherché les cas semblables; il a pu réunir cinquante cas de cure radicale de hernies inguinales suivie d'embolies pulmonaires graves, dont la moitié furent mortels. Cet accident est-il donc fréquent? D'après les statistiques il se produirait 3 fois sur 1 000 cas. C'est à gauche qu'est la localisation la plus fréquente de la phlébite.

Dans les autopsies, on a constaté la phlébite des veines spermatiques, la phlébite de la veine fémorale, même celle de la veine du côté opposé, la phlébite de l'iliaque. Par contre, il y a des cas dans lesquels on n'a constaté aucune trace de phlébite.

Quelle est la pathogénie de cette complication? Il y a des causes locales et des causes générales.

Comme causes locales, il faut invoquer tout d'abord : l'infection, même atténuée, de la plaie opératoire, la thrombophlébose des veines spermatiques, le gonflement des vaisseaux spermatiques, la phlébite de la veine fémorale, celle des vaisseaux épigastriques.

Les causes générales sont les suivantes : l'infection générale du sujet, l'infection à distance, les abcès périprostatiques, un état phlébitique général.

L'accident se produit généralement du huitième au douzième jour. Souvent on fait lever les malades trop tôt après l'opération.

Le pronostic est grave, le diagnostic facile. Le traitement doit être surtout préventif. Eviter la lésion des vaisseaux spermatiques, ne pas trop tirer sur l'arcade fémorale, éviter de faire lever les malades trop tôt.

M. HARTMANN ne croit pas que les embolies pulmonaires soient plus fréquentes après les cures radicales de hernies qu'après les autres opérations abdominales.

M. TUFFIER n'a pas observé d'embolies pulmonaires à la suite de cures radicales de hernies. Il ne croit pas qu'elles soient plus fréquentes après ces opérations qu'après les appendicectomies ou les autres opérations abdominales. Pour lui elles sont généralement la conséquence d'infections atténuées.

M. LEGUEU a observé un cas d'embolie pulmonaire après une cure radicale de hernie. Il n'y avait pas de lésions vasculaires. C'était la conséquence d'un certain degré de septicité, sans fièvre, ni suppuration.

M. BROCA a observé un seul cas mortel chez une femme qui avait de la phlébite de la fémorale droite.

M. NÉLATON a vu assez souvent quelques accidents bénins survenus dix ou douze jours après des opérations de cure radicale ou d'appendicectomies, auxquels on n'attache pas d'importance et qui, pour lui, sont des embolies pulmonaires : points de côté, légère élévation de la température, crachats

hémoptoïques. Tout s'arrange, sans suppuration, sans phénomènes inflammatoires, mais ces faits méritent la plus grande attention.

M. WALTHER pense que le nombre des petites embolies pulmonaires post-opératoires est beaucoup plus fréquent qu'on le croit. Il est de l'avis de M. Nélaton. Il ne faudrait pas faire intervenir seulement les infections locales pour les expliquer, il faut aussi tenir compte des infections intestinales. M. Walther cite un cas d'embolie pulmonaire mortelle chez un malade atteint d'appendicite, non encore opéré.

M. MOTY s'associe aux remarques de MM. Nélaton et Walther. Dans la plupart des cas, il s'agit d'infections partant de la plaie ou de phlébite, consécutives aux opérations.

M. MAUCLAIRE pense aussi qu'il s'agit d'infections atténuées. Toutefois il a été fait des examens histologiques des veines, du thrombus dans lesquels on n'a pas trouvé de microbes.

Des inconvénients de l'alitement prolongé des malades. — M. PICQUÉ fait une communication sur ce sujet. Il rappelle celle de M. Faure. Il cite l'observation d'un de ses élèves : femme dans un état grave, annexite volumineuse droite, fibrome inclus dans le ligament large gauche, pyosalpinx, opération. Au treizième jour, dyspnée ; dilatation du cœur droit. Les phénomènes cardio-pulmonaires cessent aussitôt qu'on fait lever la malade. Il y a longtemps que Gosselin conseillait de faire lever de bonne heure les malades opérés pour éviter la pneumonie hypostatique. A ce point de vue, les appareils de marche dans le traitement des fractures du membre inférieur rendent les plus grands services.

Il y a longtemps déjà que M. Picqué tient compte de ces faits dans sa pratique personnelle. Il insiste sur les méfaits du décubitus dorsal prolongé. Chez les malades laissés longtemps au lit, on constate, assez souvent, des troubles cérébraux. M. Picqué estime que la connaissance de ces états psychopathiques est de la plus grande importance pour le chirurgien. Chez des sujets prédisposés, l'interruption brusque de la vie active, la constipation, le ralentissement des échanges, une sorte de déchéance morale, l'hypocondrie peuvent être favorisés par l'alitement prolongé.

M. Picqué cite de nombreux exemples dans lesquels le décubitus dorsal prolongé a amené, chez des malades ou des opérés, des troubles cérébraux plus ou moins graves. C'est ainsi que dans un cas de tumeur blanche du genou, il a dû recourir à la résection pour pouvoir permettre à la malade de se lever plus tôt.

En résumé, quand il s'agit d'instituer un traitement ou d'entreprendre une opération qui doivent entraîner un séjour plus ou moins long au lit, le devoir du chirurgien est de s'occuper de l'état psychopathique de son malade, afin de diminuer, si c'est nécessaire, autant que possible le décubitus dorsal. Au point de vue du traitement des fractures du membre inférieur, les appareils de marche rendront les plus grands services.

La fulguration dans le traitement du cancer. — M. JUGE (de Marseille) présente un certain nombre de malades atteints de cancers de la face, des lèvres ou du sein qui ont été traités par cette méthode ou chez lesquels les résultats obtenus paraissent encourageants. La présentation de M. Juge est renvoyée à l'examen de M. Walther.

Drain armé. — M. RICARD présente un drain armé de son invention. (Sera publié.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1908)

Séance de rentrée. Après lecture du procès-verbal et dépouillement de la correspondance, M. Louis LAPICQUE, vice-président, prononce l'éloge funèbre de M. Giard, président, mort en juillet dernier, et propose à la Société de lever la séance en signe de deuil.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la septicémie méningococcique. (LIEBERMEISTER. *Munch. med. Wochens.*, 22 sept. 1908, n° 38, p. 1978.) — Un homme de cinquante-neuf ans entra à l'hôpital Augusta de Cologne se plaignant de douleurs et de raideur dans les deux épaules ainsi que de fatigue générale.

L'examen révéla en effet une contracture assez accentuée au niveau des articulations des épaules, des coudes et des genoux. Ces dernières n'étaient pas douloureuses à la palpation, contrairement à celles de l'épaule. Rien de visible au niveau de ces articulations. Pas de signe de Kernig ; réflexes un peu exagérés ; pas de signe de Babinski. Température, 39 degrés ; pouls, 100. Râles sous-crépitants aux bases des deux poumons. Visage très rouge ; langue sèche et fissurée ; pas d'herpès ; au niveau de l'abdomen quelques éléments ressemblant à des taches rosées. Un peu d'albumine dans les urines ; diazo-réaction négative. L'intelligence était un peu troublée mais le sujet était dans un état d'euphorie parfaite.

La température continua à s'élever chaque soir avec rémissions le matin, plus ou moins marquées, donnant à la courbe fébrile une allure irrégulière. L'ensemencement du sang pratiqué six jours après l'entrée du malade donna une culture pure d'un diplocoque qui put être identifié au méningocoque de Weichselbaum.

La ponction lombaire démontra par contre l'intégrité absolue du liquide céphalo-rachidien au point de vue cytologique et bactériologique.

Pendant le mois suivant, le tableau morbide restant le même, trois nouveaux ensemencements du sang donnèrent encore du méningocoque. Une nouvelle ponction lombaire donna le même résultat que la première.

Ce n'est que quarante-cinq jours environ après l'entrée du malade à l'hôpital qu'un ensemencement du sang se montra pour la première fois stérile.

Ce n'est qu'environ quatre mois après le début des accidents que survint la guérison définitive.

Chez ce malade un certain nombre de symptômes rappelaient très nettement la méningite cérébro-spinale : la fièvre hectique irrégulière, les douleurs articulaires, les contractures musculaires, une dépression intellectuelle légère, l'euphorie et aussi l'amaigrissement, les éruptions cutanées et la congestion hypostatique des poumons. Pourtant les résultats de la ponction lombaire furent négatifs. Le seul fait certain fut l'existence d'une septicémie prolongée due au méningocoque de Weichselbaum. A. LEMIERRE.

Le traitement de la leucémie par le mélange de toxines de Coley. (Ralph. C. LARRABEE. *The Boston med. and surg. Journ.*, 6 fév. 1908, vol. CLVIII, n° 6, p. 183.) — L'auteur a essayé le traitement de la leucémie par les injections de toxine de streptocoque de l'érysipèle et de Bacillus prodigiosus qui

a donné à Colley de beaux résultats dans le sarcome (1). Il a été amené à cet essai par la ressemblance des symptômes de la leucémie avec le sarcome, parce qu'on a vu la leucémie s'améliorer à la suite d'infections intercurrentes. D'autres essais sérothérapiques ont été déjà été tentés avec la tuberculine, de l'extrait de rate, du sérum d'un individu leucémique traité par la radiothérapie.

Le traitement par les toxines de Coley a été essayé dans quatre cas. Un cas présenta une telle amélioration qu'elle équivaut à une guérison qui remonte déjà à quatre mois. Un autre présenta une amélioration temporaire considérable; le troisième, une amélioration de poids et d'état général seulement. Le dernier cas ne fut pas influencé par le traitement, il s'agissait d'une leucémie à marche aiguë.

Ces résultats doivent être comparés à ceux qu'on obtient par l'arsenic ou par la radiothérapie. L'arsenic donne parfois d'excellents résultats, mais l'amélioration est toujours passagère; parfois elle est nulle, c'est ce qui s'était produit dans les quatre cas traités par les toxines.

Les succès de la radiothérapie sont merveilleux dans la plupart des cas et les cas de guérison peuvent être définitifs. D'après Larrabee, le traitement par les toxines est moins dangereux et moins douloureux s'il est bien manié. En tout cas, la radiothérapie ne peut pas être appliquée partout et par tout le monde. Dans ces conditions, celui par les toxines de Coley pourra être le seul praticable et d'un grand secours.

M. LANCE.

MEDECINE INFANTILE

Syndrome pseudo-ascitique chez des enfants atteints d'entérite chronique. (ALLARIA. *Arch. de méd. des enf.*, sept. 1908, n° 9, p. 623.) — Un enfant atteint de diarrhée chronique présente une augmentation graduelle de volume de l'abdomen; on trouve, à la percussion, du tympanisme dans les parties supérieures du ventre, de la matité dans les régions inférieures. Cette matité a une limite supérieure concave en haut; elle se déplace quand l'enfant change de position; l'enfant maigrit, se cachectise. En présence de ce malade, on fait naturellement le diagnostic d'ascite; on recherche les diverses causes d'ascite et on conclut à une forme ascitique de péritonite tuberculeuse. Une laparotomie est faite, on ne trouve ni ascite, ni tuberculose du péritoine; M. Allaria avait déjà publié deux cas de ce genre. Il en rapporte un troisième, dans lequel l'enfant étant mort de broncho-pneumonie, on put constater à l'autopsie que le mésentère était très long, que l'intestin grêle était très mobile; il existait un véritable prolapsus des anses de l'intestin grêle qui glissaient dans les parties les plus basses de la cavité abdominale. Cette constatation permet d'expliquer le syndrome pseudo-ascitique; qu'une quantité anormale de liquide s'accumule dans l'intestin atonique et ptosé, les anses de l'intestin grêle distendues par le liquide se réunissent en masse dans les parties inférieures de l'abdomen; elles donnent un son mat et une sensation de fluctuation; en se déplaçant suivant la pesanteur dans les mouvements latéraux, elles donnent l'illusion de l'existence d'un liquide libre dans le péritoine. C'est dans les entérites de longue durée que survient, avec l'affaiblissement des parois abdominales, la ptose intestinale, l'atonie et la dilatation de l'intestin grêle. Ce syndrome pseudo-ascitique peut disparaître à la suite d'un traitement hygiénique général et d'un régime adapté à l'entérite chronique.

Ces cas sont à rapprocher, pour leur pathogénie, des fausses ascites de l'occlusion incomplète de l'intestin sur lesquelles M. Mathieu a récemment attiré l'attention (1).

L. BABONNEIX.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 112, p. 1338.

CHIRURGIE

Traitement opératoire des calculs enclavés dans la portion pelvienne de l'uretère. (Hugh M. RIGBY. *Ann. of Surg.*, vol. XLVI, n° 5, nov. 1907, p. 793-808.) — Rigby envisage les cas de calculs de la portion juxta-vésicale de l'uretère, c'est-à-dire cette portion longue d'environ 7 centimètres qui s'étend entre la vessie et l'ischion; et plus particulièrement les cas où la voix haute ou la voie inguino-sous-péritonéale est difficile ou impraticable. Dans un de ses cas, un calcul avait déjà été enlevé par la voie inguinale et un autre s'était reformé *in situ*. Il n'était guère possible d'aller redécoller le péritoine adhérent de la fosse iliaque.

La position juxta-vésicale de l'uretère est inaccessible par la voie haute chez les hommes très gras et chez la femme à cause de la présence du ligament large; dans les deux sexes en cas de récidive du calcul *in situ*.

Il y a sept voies qui permettent d'aborder un calcul juxta-vésical : 1. transpéritonéale; 2. périnéale; 3. parasacrée ou pararectale sans résection d'os; 4. parasacrée ou pararectale avec ablation d'une portion du sacrum ou du coccyx; 5. transvésicale avec dilatation de l'orifice de l'uretère; 6. rectale; 7. vaginale.

Les risques d'infiltration rendent la voie transpéritonéale peu favorable; la voie rectale est mauvaise; la voie périnéale est difficile et périlleuse. La voie transvésicale ne permet d'extraire que de petites pierres. Chez la femme, la voie vaginale est excellente si l'on sent le calcul par le vagin.

Restent donc les voies parasacrées avec ou sans résection osseuse et c'est à celles-ci que l'auteur donne la préférence. Il s'est servi de la méthode sans résection dans quatre cas. Dans trois, il trouva l'uretère facilement. Sa technique est celle de Morris. Le malade est couché sur le côté sain, le bassin relevé par un coussin. Le bord du coccyx est délimité soigneusement par la palpation. L'incision a 9 centimètres de long, parallèle et à un centimètre du bord du coccyx. Elle commence en un point situé à 5 centimètres en arrière de l'anus et monte en haut et en dehors. Les fibres du grand fessier sont divisées sur une longueur de 5 centimètres ou plus. Puis l'on coupe le grand et le petit ligaments sacro-sciatiques et le doigt va reconnaître la tubérosité de l'ischion, premier point de repère. Puis l'on écarte les fibres de l'ischio-coccygien et les fibres postérieures du releveur de l'anus. De même pour l'aponévrose rectale; l'espace sous-péritonéal est alors ouvert, mais on ne voit pas le rectum lui-même. Puis l'on va à la recherche de l'uretère dans le tissu sous-péritonéal, ce qui constitue le temps le plus délicat de l'opération. L'uretère est situé à environ 2 centimètres au-dessus de l'épine ischiatique, dans l'axe de la plaie. Le meilleur procédé pour sa recherche est celui qui consiste à saisir le péritoine et le tissu sous-péritonéal avec une longue pince à disséquer et à l'attirer près de l'incision et à chercher dans la masse ainsi amenée avec une autre pince à disséquer.

Il faut éviter de dissocier la graisse plus qu'il n'est nécessaire. Si l'on ne peut arriver à trouver l'uretère de cette façon en se reportant en avant, on trouve la vésicule séminale et l'uretère en dedans de sa base. Quand on a trouvé le calcul, on essaie de le pousser en un autre point de l'uretère, puis

(1) *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, juin 1908; — *Gaz. des hôpit.*, 17 sept. 1908.

l'on fait une incision longitudinale sur le canal; on passe une bougie pour s'assurer du calibre, et l'on ferme par une suture à la Lembert. Suture des parties molles et drainage.

Les avantages de la méthode sont : Pas d'incision abdominale, abord direct de l'uretère, pas d'hémorragie, car on ne rencontre pas de gros vaisseaux, pas de risques pour les vaisseaux iliaques, bon drainage, profondeur moindre de l'uretère, ce qui facilite grandement les manœuvres d'incision et de suture.

Dans les quatre cas relatés par Rigby, la voie parasacrée donna des résultats excellents. Dans un cas cependant, l'uretère ne fut trouvé qu'après insertion de deux doigts dans l'abdomen pour aider à la recherche. Il est vrai que, dans ce cas, le calcul était beaucoup plus haut qu'on ne l'avait diagnostiqué et que la voie inguinale eût été préférable d'emblée.

F. GARDNER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'HOSPITALISATION DES MALADES PAYANTS LES « MAISONS MÉDICALES »

Le temps est loin où l'hôpital était pour le public un épouvantail. Les malades aisés et même riches s'ingénient de mille façons à y entrer et les médecins déplorent amèrement l'attraction qu'il exerce sur eux. Il ne semble pas que tous les malades riches soient amenés à l'hôpital par le désir blâmable de réaliser aux dépens du médecin et de ses satellites une notable économie. Beaucoup pensent être soignés à l'hôpital avec plus de garanties scientifiques qu'à domicile et sur ce point on ne peut que leur donner raison. En cas de maladie infectieuse, la question se présente encore sous un autre aspect. Il y a avantage non seulement pour le malade lui-même, mais encore pour la communauté, à ce que les soins ne soient pas donnés à domicile. Le courant qui entraîne le malade aisé ou même riche vers l'hôpital est donc conforme à la science et à la raison. Il est destiné à augmenter et à être canalisé. Il est très important pour le médecin praticien que cette canalisation s'opère à son profit et non à son détriment. Pour M. Remlinger (1), la solution de la question pourrait être cherchée du côté de « maisons médicales », réunion de chambres de traitement appartenant aux divers médecins d'une même ville, d'un même quartier, d'un même canton et que l'auteur différencie de la clinique, du dispensaire, de l'hôpital, de la maison de santé, etc. « La maison médicale est susceptible de recevoir tous les malades auxquels le médecin praticien est appelé à donner des soins à domicile. Elle est essentiellement médicale : les médecins à la fois propriétaires, administrateurs et médecins traitants retirent de l'établissement tous les bénéfices ressortissant à ces divers titres. De même que dans un certain nombre de grandes villes, deux ou trois confrères s'associent sans difficultés pour diriger une clinique ou un dispensaire, de même ils pourraient se réunir en plus grand nombre pour fonder une « maison médicale ». Dans les villes de moyenne importance, il serait à désirer que tous les médecins, sans exception, s'unissent dans ce but; dans les grandes cités, l'association pourrait se faire par quartiers. » Il n'y a rien là qui soit contraire à la dignité du corps médical. Particulièrement à l'étranger, des somnités scientifiques dirigent des hôpitaux privés, des cliniques particulières, sans que la considération dont elles jouissent subisse de ce chef la moindre atteinte. Il n'y a pas de raison d'être plus sévère pour de modestes praticiens que pour des privilégiés de la fortune.

(1) P. Remlinger. *Revue d'hyg. et de police sanit.*, août 1908.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1908-1909

Professeurs honoraires : MM. Jaccoud, Fournier, Farabeuf, Duplay, Guyon.

COURS ET CONFÉRENCES

Cliniques. — Visite des malades tous les matins.

Cliniques médicales. — M. Hayem (M. Castaigne, agrégé, chargé de cours) : Lundi, jeudi, à dix heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. Dieulafoy : Mercredi, samedi, à dix heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. Debove : Tous les jours, à dix heures (à l'hôpital Beaujon). — M. Landouzy : Mardi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Laënnec).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Joffroy : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — M. Hutinel : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gaucher : Mercredi, dimanche, à dix heures (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Raymond : Mardi, vendredi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat). — M. Albert Robin : Mardi, jeudi, à dix heures (à l'hôpital Beaujon).

Cliniques chirurgicales. — M. Le Dentu (M. Lenormant, agrégé, chargé du cours pendant le premier semestre) : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. N... : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'hôpital Necker). — M. Reclus : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Charité). — M. Segond : Mercredi, samedi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Cliniques d'accouchements. — M. Pinard : Lundi, vendredi, à dix heures (à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal). — M. Bar : Mardi, samedi, à neuf heures (à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas).

Clinique ophtalmologique. — M. de Lapersonne : Lundi, mercredi, à neuf heures et demie; vendredi, à dix heures un quart (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Albarran : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'hôpital Necker).

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris). — M. Pozzi : Lundi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Broca).

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris). — M. Kirmisson : Mardi, samedi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique obstétricale. — M. Ribemont-Dessaignes : Clinique obstétricale réservée aux élèves sages-femmes : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures (Maternité de l'hôpital Beaujon).

PREMIER SEMESTRE

Cours magistraux. — *Anatomie.* — M. Nicolas : Tube digestif et organes annexes; organes de la respiration (avec démonstrations). — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Anatomie pathologique. — M. P. Marie : Anatomie pathologique générale; étude des principales variétés de tumeurs; anatomie pathologique de la tuberculose, de la syphilis, différents processus de dégénération; anatomie pathologique du sang, de la moelle osseuse et des organes hématopoiétiques, des vaisseaux, du cœur; principaux processus de la pathologie cutanée. — Lundi, vendredi, de cinq à six heures (laboratoire d'anatomie pathologique).

Histologie. — M. Prenant : Embryologie générale; histologie des organes : organes vasculaires, digestifs, respiratoires

et glandulaires. — Lundi, mercredi, vendredi, de quatre à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale. — M. Thoinot : Intoxications, asphyxies, coups et blessures. Les cinq premières leçons sur les accidents de travail. — Tous les jours, sauf le mercredi, de six à sept heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Conférences de médecine légale. — Lundi, mercredi, vendredi, à deux heures (à la Morgue).

Parasitologie et Histoire naturelle. — M. R. Blanchard : Questions nouvelles de parasitologie ; maladies infectieuses à parasite inconnu ou mal déterminé; la nature ambiante et l'infection. — Lundi, mercredi, vendred, de quatre à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue (M. Ombrédanne agrégé, chargé de cours) : Maladies chirurgicales de la poitrine et de l'abdomen. — Lundi, mercredi, vendredi, de trois à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Roger : Digestion et nutrition. — Mardi, jeudi, samedi, de quatre à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie médicale. — M. Brissaud : Maladies nerveuses et maladies générales. — Mardi, jeudi, samedi, de cinq à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pharmacologie et matière médicale. — M. Pouchet : Modificateurs du système nerveux périphérique; sédatifs et stimulants de l'action nerveuse; modificateurs de la nutrition. — Mardi, jeudi, samedi, de quatre à cinq heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Physiologie. — M. Ch. Richet : Nutrition; respiration; circulation; digestion. — Mardi, jeudi, samedi, de cinq à six heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Thérapeutique. — M. Gilbert : L'art de formuler. Les médicaments d'origine minérale, les eaux minérales. — Mardi, jeudi, samedi, de cinq à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

CONFÉRENCES. — *Anatomie.* — M. Cunéo, agrégé : Angéiologie (artères, veines, lymphatiques). — Lundi, mercredi, vendredi, de six à sept heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Chimie biologique. — M. Maillard, agrégé : Les principes constitutifs de l'organisme. — Mardi, jeudi, samedi, de six à sept heures (amphithéâtre de physique et de chimie).

Hygiène. — M. Macaigne, agrégé : Le sol; l'atmosphère, l'habitation, le vêtement; hygiène scolaire; hygiène de l'enfance; hygiène industrielle. — Lundi, mercredi, vendredi, de trois à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale. — M. Balthazard, agrégé : Pendaisons; strangulation; submersion; suffocations; infanticides; attentats aux mœurs; mort et mort subite. — Tous les jours, excepté le mercredi, de six à sept heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Obstétrique. — M. Couvelaire, agrégé : Grossesse et accouchement physiologiques; pathologie de la grossesse. — Mardi, jeudi, samedi, de trois à quatre heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie externe. — M. Lecène, agrégé : Pathologie générale, chirurgicale et gynécologique. — Mardi, jeudi, samedi, de six à sept heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie interne. — M. Sicard, agrégé : Maladies infectieuses et des glandes vasculaires sanguines. — Lundi, mercredi, vendredi, de six à sept henres (petit amphithéâtre de la Faculté).

Physique médicale. — M. André Broca, agrégé : Applications de la méthode graphique à la physiologie et à la clinique; notions sommaires de mécanique animale; actions moléculaires, leur importance chez les êtres vivants. — Lundi, mercredi, vendredi, de cinq à six heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté).

Thérapeutique. — M. Carnot, agrégé : Médicaments organiques (médicaments d'origine animale et végétale; médicaments synthétiques; régimes alimentaires). — Lundi, mercredi, vendredi, de cinq à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

TRAVAUX PRATIQUES. — *Dissection.* — M. le professeur Nicolas, directeur des travaux. — Tous les jours, d'une heure à quatre heures (à l'Ecole pratique).

Anatomie pathologique. — M. Roussy : Exercices pratiques d'anatomie pathologique. Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, d'une heure à trois heures (à l'Ecole pratique).

Parasitologie. — M. Brumpt, agrégé (chef des travaux) : Conférences et démonstrations. — Lundi, mercredi, vendredi, d'une heure à trois heures (à l'École pratique).

(A suivre.)

NOTES POUR L'INTERNAT

GOITRE EXOPHTALMIQUE (1)

TERMINAISONS. PRONOSTIC. — Le goitre exophtalmique se termine assez souvent par la guérison ; ou tout au moins les symptômes rétrocèdent presque complètement, il persiste seulement une légère hypertrophie du corps thyroïde, ou une légère exophtalmie, ou une tachycardie peu marquée.

La mortalité, chez l'adulte, est d'environ 20 p. 100. La mort survient dans des circonstances diverses. L'anorexie prolongée, la diarrhée peuvent conduire les malades à la cachexie ; puis l'albuminurie apparaît, assez souvent l'ictère, et le malade meurt dans le marasme.

D'autres succombent à des complications cardiaques; le cœur est dilaté, les œdèmes envahissent les membres inférieurs; l'apoplexie pulmonaire peut alors se produire.

Des hémorragies diverses, des complications cérébrales peuvent encore hâter la terminaison fatale. Quelquefois la compression de la trachée par le goitre détermine l'asphyxie. Enfin les malades, du fait de la cachexie et de l'épuisement, succombent facilement aux diverses maladies infectieuses qui peuvent les atteindre; la tuberculose pulmonaire est assez fréquente.

Le pronostic est basé sur l'âge du malade, sur la forme et l'évolution de la maladie ; il doit toujours être réservé.

DIAGNOSTIC. — Dans certains cas à début anormal, le diagnostic peut être à ce moment très difficile. Quelques malades ont de la diarrhée, de l'amaigrissement; on en cherche la cause quand surviennent la tachycardie, l'exophtalmie. D'autres commencent la maladie de Basedow par des symptômes thoraciques, avec respiration anxieuse, toux sèche ; ces symptômes, joints à l'amaigrissement, à un état fébrile apparent avec pouls rapide et sensation de chaleur, ont parfois fait craindre un début de *phtisie aiguë* (Rendu).

Quand la triade symptomatique est constituée, « aucune maladie ne peut être confondue avec le goitre exophtalmique ;

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 113, p. 1378 et 118, p. 1413.

aucune en effet ne présente simultanément la triade de Graves » (Trousseau).

Mais les formes frustes sont très fréquentes et alors le diagnostic est plus délicat. Quand l'exophtalmie prédomine, on remarquera qu'elle est double, égale des deux côtés, sans strabisme, ce qui la distingue des *exophtalmies* de cause orbitaire ou cranienne. Si le goitre est le principal symptôme, il faudra le distinguer du *goitre* simple, de l'hypertrophie du corps thyroïde pendant la grossesse. On recherchera alors s'il n'existe pas du tremblement, quelques troubles psychiques, quelque anomalie du regard.

Quand les symptômes cardiaques (tachycardie, palpitations) sont au premier plan, on éliminera les diverses causes d'hypertrophie du cœur ; la *tachycardie paroxystique* essentielle est souvent bien difficile à distinguer du goitre exophtalmique, car elle peut s'accompagner de symptômes basedowiformes et Huchard n'est pas éloigné d'admettre que les deux affections ont la même origine thyroïdienne, qu'il existe toute une classe de tachycardies d'origine thyroïdienne; la tachycardie paroxystique deviendrait ainsi une forme fruste de la maladie de Basedow.

La *chlorose* associée à l'*hystérie* donne souvent un ensemble de symptômes rappelant le goitre exophtalmique : état nerveux et impressionnable, palpitations, souffles cardiaques, troubles menstruels, fluxions vasculaires de la face. Mais ces troubles cardio-vasculaires ne sont pas continus; on ne retrouve pas le signe des artères du cou, l'inégalité de l'impulsion carotidienne et de l'impulsion radiale (Rendu).

Le *tabes*, avec les paralysies oculaires, le dérobement des jambes, les crises de diarrhée se rapproche dans certains cas d'une forme fruste de goitre. Mais les symptômes oculo-pupillaires, les troubles objectifs de la sensibilité qui caractérisent le tabes n'existent pas dans la maladie de Basedow. Il faut noter que la maladie de Basedow est souvent associée au tabes.

Enfin on a décrit des *syndromes basedowiens* à la suite de troubles fonctionnels de l'ovaire, du testicule, de la glande surrénale, du corps pituitaire, ou symptomatiques d'affections utéro-ovariennes; ces faits ne sont pas encore définitivement classés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — On ne connaît pas encore les lésions spécifiques du goitre exophtalmique, si toutefois il en existe. L'étude anatomique consiste seulement à indiquer l'état et les modifications de structure du corps thyroïde et du système nerveux, accessoirement du cœur et des autres organes.

Le corps thyroïde, plus ou moins hypertrophié, est, à la coupe, de coloration rougeâtre, de consistance assez ferme ; il renferme quelquefois des kystes contenant une substance colloïde. Les vaisseaux sont toujours volumineux, les veines dilatées. Histologiquement, on trouve le type de goitre folliculaire avec un grand nombre de follicules inégaux, dilatés, entourés de tissu fibreux. Quelquefois la prolifération conjonctive est très abondante.

On a cherché les altérations du grand sympathique et de ses ganglions. Recklinghausen y a trouvé des lésions; plusieurs auteurs ont constaté dans les ganglions la pigmentation et l'atrophie des cellules, l'hypertrophie du tissu conjonctif. Cependant Ranvier, Déjerine n'ont constaté aucune altération du sympathique.

Dans la moelle et le cerveau on a signalé, dans quelques cas, une sclérose de la portion cervicale de la moelle, une atrophie de la bandelette solitaire, des lésions du corps restiforme; mais ces lésions sont exceptionnelles.

Le cœur est quelquefois indemne. Quand le malade est mort en asystolie, on trouve les cavités cardiaques dilatées, les parois épaissies et au microscope les dégénérescences de la fibre cardiaque.

Möbius a insisté sur l'hypertrophie du thymus, qui est fréquente dans le goitre exophtalmique.

Plusieurs théories ont été proposées pour la *pathogénie* de la maladie de Basedow. Quelques-unes sont abandonnées, par exemple la théorie de Stokes qui en faisait une maladie du cœur; la théorie de Charcot qui considérait le goitre exophtalmique comme une névrose. On a dit aussi que cette affection dépendait d'une lésion bulbo-protubérantielle; mais les constatations anatomiques en faveur de cette théorie sont tellement exceptionnelles que cette pathogénie n'est plus admise.

On croit aujourd'hui que le goitre exophtalmique dépend soit d'altérations du sympathique, soit plutôt d'un trouble de la fonction thyroïdienne.

La théorie rattachant la maladie de Basedow aux altérations du *sympathique* est encore très défendue par Abadie. L'excitation du sympathique explique l'accélération du cœur, l'exophtalmie, l'hypertrophie du corps thyroïde; elle explique aussi l'exagération manifeste du volume et des battements des carotides qui reste strictement limitée à ces deux gros troncs vasculaires du cou et qui est un symptôme fondamental (Abadie). Certaines expériences physiologiques de Morat sur le grand sympathique sont aussi en faveur de cette théorie. Abadie admet d'ailleurs que le corps thyroïde joue un grand rôle dans le goitre exophtalmique, et il distingue dans cette affection deux phases : la première phase caractérisée par l'exophtalmie, le goitre et la tachycardie dépend de l'excitation et de la vaso-dilatation du sympathique; la seconde phase qui lui succède pour ainsi dire, qui en est la conséquence, mais qui passe bientôt au premier plan, c'est l'intoxication thyroïdienne.

La théorie *thyroïdienne* est la plus récente, la plus admise, mais on ne peut encore en donner une explication définitive. Les uns admettent avec Möbius que la sécrétion thyroïdienne normale est exagérée (hyperthyroïdation); les autres, avec Gauthier, Renaut, Joffroy, supposent que la glande thyroïde sécrète une iodo-thyrine anormale (disthyroïdation); enfin quelques auteurs admettent une insuffisance parathyroïdienne (Moussu).

Marie et Brissaud concilient la théorie sympathique et la théorie thyroïdienne; leur opinion se rapproche ainsi de la doctrine exposée par Abadie. Ballet et Delherm, au dernier Congrès de médecine, sont également éclectiques. « Il existe incontestablement une irritabilité du système nerveux et un trouble de la sécrétion thyroïdienne, sans qu'on puisse préciser avec certitude lequel des deux précède l'autre. »

TRAITEMENT. — La thérapeutique symptomatique consistera à calmer le système nerveux et à modérer l'excitation circulatoire. Le bromure, la belladone remplissent la première indication; l'hydrothérapie peut aussi être employée avec prudence. Comme sédatifs du cœur, on peut employer la digitale à petites doses et, dans certains cas seulement, le strophantus (Joffroy). Lancereaux a obtenu de bons résultats par l'emploi prolongé du sulfate de quinine. Le salicylate de soude, conseillé par Babinski, sera employé surtout avec succès dans les goitres exophtalmiques consécutifs au rhumatisme articulaire aigu.

L'électricité rend de grands services; elle semble diminuer la sécrétion thyroïdienne et avoir une action sédative par vaso-constriction du sympathique; on fait la galvanisation du goitre, la faradisation de la région carotidienne et de la région précordiale.

On a fait de nombreux essais de thérapeutique pathogénique. Ces essais ont été médicaux et chirurgicaux. L'opothérapie thyroïdienne est abandonnée; elle aggrave la maladie ; cependant d'après P. Marie, on peut l'employer dans les goitres basedowifiés. Toutes les opothérapies (parathyroïdienne, thymique, ovarienne, surrénale) ont été essayées.

D'après les théories d'hyperthyroïdation, on a injecté aux malades du sérum d'animaux éthyroïdés (Ballet et Enriquez). Les interventions chirurgicales ont été dirigées les unes contre le goitre, les autres contre le sympathique cervical. La thyroïdectomie partielle, l'exothyropexie, la section du sympathique cervical ont été successivement faites et comptent encore quelques défenseurs. D'après Ballet et Delherm, il ne faut jamais opérer dans les formes légères ou moyennes, à évolution lente; dans les formes aiguës, à symptômes particulièrement graves, l'indication d'opérer peut se poser après échec des médications habituelles.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traités* et *Manuel de médecine*. — TROUSSEAU. *Clinique médicale*, t. II; — RENDU. *Dict. encyclop. des sc. méd.;* — BALLET et DELHERM, SAINTON. *Congrès de méd.*, 1907, et *Gaz. des hôpit.*, 24 oct. 1907; — ABADIE. *Gaz. des hôpit.*, 5 mars 1908.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Vente, le 3 nov. 1908, à 3 h., étude de Me Nottin, notaire à Paris, 5, rue de la Ville-l'Evêque, OFFICINE DE PHARMACIE 133, avenue Saint-Ouen, à Paris, ensemble la clientèle, l'achalandage et le droit au bail des lieux où elle est exploitée. — Mise a prix (pouvant être baissée), **29000 francs.** — Consignation pour enchérir, 2000 francs. — S'adresser audit Me Nottin et à Mes Beaugé, Plocque, Chaisemartin, Pimont, avoués à Paris, et Me Lecoq, notaire à Souppes (Seine-et-Marne).

N° 122. — SAMEDI 24 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 24 OCTOBRE 1908. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de **10f par an.**
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 21 octobre 1908. — Question donnée : « Anthrax. »

MM. Duprat, 9; Dupont, 10; Boussi, 13 1/2; Greder, 9; Epstein, 10; Drouet, 14; Garach, 9; Gardin, 13; Gaudruche, 18 1/2; Frédault, 14; Dohen, 6; Didier, 9; Gilson, 14; Mlle Ettinger, 16; MM. Feldstein, 18 1/2; Flandrin, 14; Gallot-Lavallée, 10; Duvernoy, 5; Fouret et Doulcet, 14.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 18 octobre 1908 et par application de l'article 16 du décret du 28 décembre 1900, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été inscrits d'office au tableau d'avancement (Sud-Oranais) :

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Galzin.

Pour le grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de deuxième classe Oberlé.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Etienne.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à M. le professeur Pic (de Lyon).

La médaille de bronze est décernée à :

MM. les docteurs Lesieur (de Lyon), Girard et Sainclair (de l'Arbresle).

MM. Monod (Gérard), Colombet, internes des hôpitaux de Lyon; Angot, Bénard, Foy, Mlle Debat-Ponsan, internes en médecine des hôpitaux de Paris; MM. Debas et Telle, internes en pharmacie des hôpitaux de Paris.

MM. Engel, Guinoiseau, Hue, Huyghes de Beaufond, Petit (H.-Ch.), Mlle d'Argent, externes des hôpitaux de Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-deuxième semaine, 773 décès, au lieu de 748 pendant la semaine précédente et de 796, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 78 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 99).

La phtisie pulmonaire a causé 173 décès (la moyenne est 182).

NOUVELLE PUBLICATION. — A partir du 1er novembre doit paraître une nouvelle revue mensuelle de chirurgie ayant pour titre : *Lyon chirurgical.*

La rédaction en comprend tout le corps chirurgical universitaire ou hospitalier de l'Ecole de Lyon :

MM. Albertin, L. Bérard, P. Cavaillon, R. Condamin, X. Delore, M. Durand, M. Gangolphe, G. Gayet, M. Jaboulay, L. Laroyenne, Nové-Josserand, M. Patel, A. Pollosson, M. Pollosson, A. Poncet, V. Rochet, E. Rollet, L. Tixier, M. Vallas, P. Vignard, E. Villard.

Le but de cette publication est de rassembler tous les travaux lyonnais de chirurgie. Les comptes rendus des séances de la Société de chirurgie de Lyon y paraîtront régulièrement et intégralement.

Le *Lyon chirurgical* donnera ainsi une physionomie exacte et complète du mouvement chirurgical de l'Ecole lyonnaise.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs F. Bezold (de Munich) et Marseille (de Paris).

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE CIVIALE. — M. le docteur Marion, professeur agrégé, chef de service, reprendra, le mardi 3 novembre, ses conférences sur les maladies des voies urinaires.

Mardis, samedis, à neuf heures et demie, amphithéâtre Civiale : conférences de séméiologie et de pathologie; jeudis, à neuf heures et demie, amphithéâtre Civiale : conférences de thérapeutique et de technique opératoire.

Opérations : les mardis, jeudis, samedis, après la conférence (amphithéâtre Civiale).

Visites dans les salles (salles Civiale et Lailler) les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures.

Examen et traitement des malades externes (hommes et femmes), tous les jours, salle de la consultatiou, sous la direction de M. le docteur Lavenant, assistant du service.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, précédemment, 21, rue Hautefeuille, obligée de s'agrandir par suite de son développement incessant, a transféré son siège, 8, *rue Dante.*

Ses vastes locaux, ouverts depuis le 15 octobre courant, peuvent contenir un nombre considérable d'étudiants très à l'aise pour travailler dans le calme le plus absolu.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 40, 3 oct. 1908.) PESCAROLO et QUADRONE : Immunisation active par injection sous-cutanée de bacilles d'Eberth vivants dans l'infection éberthienne. Résultats pratiques utilisables.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 1er oct. 1908.) RUBNER : Force et matière dans l'économie de la vie. — CALMETTE : Nouvelles méthodes de diagnostic précoce de la tuberculose. — SCHLOSSMANN : Sur les progrès dans nos connaissances des maladies du nourrisson. — RIEDEL : Le pronostic de l'opération du goitre dans la maladie de Basedow. — PFANNENSTIEL : Sur l'opération césarienne transpéritonéale. — SELLHEIM : Sur l'influence de l'asepsie et de l'infection dans la technique de l'opération césarienne. — LEUWER : La pyocyanase dans les suppurations de l'oreille moyenne. — KALISCHER : La sabromine, nouvelle préparation de brome. — WALBUM : Un nouvel albuminimètre. — ZERNIK : Nouveaux médicaments, spécialités et remèdes secrets. — (N° 41, 8 oct.) FEER : Le traitement de la coqueluche. — WILMS : Le cæcum mobile comme cause de beaucoup de cas d'appendicite chronique. — SCHULTZE : Observations cliniques après le traitement par fulguration des tumeurs malignes. — LEDERMANN : Sur la valeur pratique du séro-diagnostic de la syphilis. — PORT : Une petite épidémie de typhus exanthématique. — SCHEIER : Importance des rayons Röntgen en rhinologie. — MINTZ : L'asphyxie tardive après extirpation totale du larynx. — KORTE : Une nouvelle huile de foie de morue phosphorée.

Écho médical du Nord. — (N° 40, 4 oct. 1908.) MOTY : Note sur la méthode de Bier, appliquée au traitement des arthrites suppurées. — RAVIART, BRETON, PETIT, GAYET et CANNAC : Réaction de Wassermann et aliénation mentale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 40, 4 oct. 1908.) KUNTZLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1900 (*suite*). — DENUCÉ : Contracture ischémique de Volkmann. — L. B. : La fièvre jaune dans la Havane et dans l'île de Cuba.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 40, 4 oct. 1908.) GARROT : L'anesthésie intra-osseuse dans la cure radicale des sinusites maxillaires et des kystes paradentaires intra-sinusiens.

Lyon médical. — (N° 40, 4 oct. 1908.) PONCET : Rhumatisme tuberculeux et tuberculose inflammatoire. — LÉPINE : Neurasthénies et neurasthéniques.

Medizinische Blætter. — (N° 40, 3 oct. 1908.) LÖBL : Nouvelles voies pour la thérapeutique de la nutrition. — BEERWALD : Aphorismes sur le traitement de la chlorose. — (N° 41, 10 oct.) CUKOR : Sur l'extraction des enfants dans l'accouchement par le siège sans évolution des bras, d'après Müller.

Montpellier médical. — (N° 39, 27 sept. 1908.) RIMBAUD : Le cœur sénile pathologique (cardio-sclérose des vieillards (*suite et fin*). — Mlle IDELSOHN : Opération précoce dans l'appendicite (*suite et fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 6 octobre 1908.) H. KEHR : Quels résultats a obtenus jusqu'à maintenant le couteau du chirurgien dans le traitement de la cholélithiase. — DIETLEN : Observations orthodiagraphiques sur les modifications du cœur dans les infections, la péricardite exsudative, la tachycardie paroxystique. — MAY : Sur l'action du sérum antipneumococcique de Römer dans la pneumonie croupale avec étude spéciale des leucocytes. — ALEXANDER : Carcinome gastrique par achylie. — HÖRMANN : Mécomptes dans l'anesthésie lombaire. — ENGELS : Sur la pneumonie éphémère. — POLLATSCHEK : Sur la pneumonie abortive. — ACH : Contribution à l'instrumentation chirurgicale. — STRAUSS : Endosimètre photographique ouvert pour la röntgenthérapie. — KRAUTSCHNEIDER : Une nouvelle méthode d'injections sous-cutanées de sérum. — DÜHRSSEN : L'opération césarienne vaginale dans la pratique. — HOFFMANN : Sur l'influence de la fulguration sur la vitalité des cellules. — (N° 41, 13 oct.) ERB : Cas cliniques empruntés à la pratique. — TABORA : Sur l'alternance cardiaque et ses rapports avec la bigémination cardiaque continue. — RUBIN : Méningite à pneumocoques comme résultat tardif d'un accident cranien. — FISCHER : Sur une fracture indirecte de la voûte orbitaire et sur l'action sur le cerveau d'un éclat d'os semblable à un projectile. — KRETSCHMANN : Sur le traitement opératoire des difformités de la cloison nasale. — WALZBERG : Ténotomie du muscle psoas iliaque au petit trochanter. — TRAUTMANN : Malaria indigène à Leipzig. — APELT : Un cas de maladie de Basedow lié à une thyroïdite aiguë non suppurée. — BURK : Sur un cas de thyroïdite aiguë récidivante. — SCHWERIN : Deux cas de thyroïdite aiguë non suppurée. — AHRENS : Un cas de résection de l'articulation de la hanche avec interposition d'un faisceau musculaire. — RAHNER : Contribution à l'étude de la laryngite striduleuse. — BIZZOZERO : Une méthode pour la mise en évidence de pigments et de leurs stades achromatiques avec considération des pigments de l'œil et de la peau. — — MAY : Sur l'action du sérum anti-pneumococcique de Römer dans la pneumonie croupale avec considération spéciale des leucocytes. — DOLL : L'histoire de l'appendicite.

Normandie médicale. — (N° 19, 1er oct. 1908.) MAGNIAUX : Pœdiatrie : Intolérance des nourrissons pour le lait.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 40, 4 oct. 1908.) KISS : La désinfection en théorie et en pratique. — (N° 41, 11 oct.) KISS : La désinfection en théorie et en pratique. — HALASZ : Un cas de souffle auriculaire entotique perceptible objectivement.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 39, 1er oct. 1908.) SCHLEISSNER : Sur la réaction de fixation dans la scarlatine. — HARTOCH et YAKIMOFF : Remarques sur la disparition du complément dans les trypanosomiases expérimentales. — KAPSAMMER : Le temps de l'élimination des substances introduites dans l'organisme a-t-il de la valeur pour l'exploration fonctionnelle des reins ? — HELLER : Sur les tumeurs amyloïdes de la langue. — GLASER : Contribution à l'étude de l'intoxication et de l'avortement par le taxus baccata.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES HÉMORRAGIES OCCULTES DU TUBE DIGESTIF

Par M. Fernand LÉVY.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Weber le premier a montré que le procédé déjà ancien de Van Deen appliqué à l'examen du contenu gastrique et des fèces permet de déceler les hémorragies stomacales et intestinales occultes.

Cette réaction est basée sur le principe suivant : *La teinture de gaïac additionnée d'essence de térébenthine ozonisée vire au bleu en présence d'un liquide renfermant la matière colorante du sang.*

Mais l'épreuve du gaïac-térébenthène n'est pas spécifique, et d'autres substances, nous le verrons plus loin, donnent la même coloration.

Le grand mérite de Weber est d'avoir modifié la réaction de Van Deen et, sans l'altérer dans sa sensibilité, d'avoir supprimé les nombreuses causes d'erreur.

Boas, appliquant systématiquement à toutes les affections gastriques le procédé de Weber, les classa suivant trois groupes :

1° On ne trouve *pas de sang :* c'est le cas de toutes les névroses stomacales, de la gastrite hypopeptique, de la dilatation stomacale bénigne ;

2° On note des *hémorragies occultes intermittentes* dans l'ulcère gastrique ;

3° Il y a des *hémorragies occultes constantes* caractéristiques du cancer de l'estomac.

Le même Boas continua cette étude avec Kochmann, puis son élève Schloss, puis Hartmann revinrent sur le sujet. Ces auteurs étendent l'application du procédé de Weber aux hémorragies de tout le tractus gastro-intestinal, cependant que Boas essaye de vulgariser la réaction nouvelle de la paraphényldiamine.

Sous ces impulsions, les travaux se poursuivaient en Allemagne.

Rossel vantait la méthode de Schaer à l'aloïne. Schumann et Westphal suivis par Ewald se servaient de la benzidine de O. et R. Adler. En Amérique, D. Steele et W. Butt, en France presque en même temps MM. Mathieu et Roux avec le gaïac-térébenthène, MM. Œttinger et Girault par la benzidine, montraient la sincérité des données de Boas et consacraient l'existence et l'importance diagnostique des hémorragies occultes du tube digestif.

Ces hémorragies minuscules peuvent se rechercher soit dans le liquide gastrique retiré par la sonde, soit dans les matières fécales.

Mais des causes d'erreur sont à éviter. Les unes sont dues à la présence de *sang endogène* provenant des extrémités supérieures (bouche, nez, pharynx) ou inférieures du tube digestif (hémorroïdes); à des hémoptysies dégluties, à la souillure des matières fécales par le sang menstruel.

(1) Reproduction interdite.

D'après Boas, la présence de sang dans les vomissements serait sans valeur.

Si on s'adresse au liquide gastrique, l'extraction à la sonde est susceptible de produire de petites érosions de la muqueuse. C'est pourquoi il est préférable de pratiquer le seul examen des fèces.

Pour les matières fécales, on évitera de prendre les selles dures de la constipation pouvant produire des érosions rectales et par suite amener du sang avec elles. Il faut auparavant administrer un laxatif pour obtenir des selles molles (Boas).

Il importe aussi de n'avoir pas à craindre la présence de *sang étranger* à l'organisme. Comme l'ont montré Hartmann, Œttinger et Girault, la viande même cuite peut donner une réaction positive. Les légumes verts, d'après Schumann et Westphal, réagissent à la benzidine. Les crucifères et les végétaux renfermant des dérivés du cyanogène sont positifs au Weber. Mais il suffit de les faire cuire pour empêcher la réaction. Le patient sera donc soumis au régime lacto-farineux avec ou sans légumes cuits. Les médicaments (mercure, sels de fer et de cuivre) qui influencent le gaïac-térébenthène et la benzidine ne seront point prescrits.

Nous verrons comment, avec les modifications de technique, il est possible d'éviter que ne soit faussée l'analyse.

I

Etude analytique. — Bien que la réaction de Weber au gaïac-térébenthène et la réaction à la benzidine des Adler soient les meilleures, nous allons passer en revue les différents procédés de diagnostic du sang.

On peut les réunir sous trois groupes :

1° *Les méthodes hémo-chimiques ;*

2° *Les méthodes hémo-microscopiques ;*

3° *Les méthodes hémo-spectroscopiques.*

Méthodes hémo-chimiques. — 1° *Réaction de Van Deen-Weber.* — C'est un des procédés les meilleurs et les plus pratiques.

Réactifs. — La *teinture de gaïac* sera toujours fraîche et préparée au moment de son emploi. On jette dans un flacon de la résine de gaïac pulvérisée et on ajoute de l'alcool à 90 degrés.

L'*essence de térébenthine ozonisée* se forme en laissant quelques semaines à l'air le flacon d'essence débouché. Elle peut se remplacer par de l'eau oxygénée.

Technique. — Un petit fragment des matières fécales à analyser, ramolli avec un peu d'eau si elles sont dures, est mis dans un verre à expérience. On ajoute d'abord un peu d'éther pour dissoudre les matières grasses qui rendraient la réaction invisible. On décante. On verse le tiers du volume des matières d'acide acétique glacial. On agite doucement. Puis on fait tomber 6 à 8 centimètres cubes d'éther qu'on mélange prudemment. Bientôt l'éther surnage chargé d'hématine en dissolution. On le décante dans un tube à expérience, où l'on ajoute xxx gouttes de térébenthine ozonisée et x à xx gouttes de teinture de gaïac.

La réaction n'est pas immédiate. Il faut attendre quelques minutes avant qu'elle se produise. C'est une *coloration bleu violet*, presque noire, si l'hématine est très abondante.

Principe. — La coloration observée est due à l'oxydation énergique de l'acide gaïaconique contenu dans la résine de gaïac, d'où formation de *bleu de gaïac*. En présence du peroxyde organique de l'essence de térébenthine ozonisée, la matière colorante du sang se comporte comme un ferment actif. L'hémoglobine s'empare de l'oxygène du peroxyde organique et le transporte sur l'acide gaïaconique. L'hémoglobine joue donc le rôle d'une sorte d'oxydase indirecte, d'une anaérooxydase, c'est-à-dire d'un ferment qui, en présence du seul oxygène de l'air, ne saurait oxyder les substances oxydables. Il faut l'intervention d'un intermédiaire très oxygéné. Ce dernier ne sera pas forcément l'essence de térébenthine, qu'on peut remplacer par l'eau oxygénée, le perborate de soude, la teinture d'eucalyptus.

La réaction de Van Deen, nous l'avons déjà dit, n'est pas exclusive au sang. La provoquent certaines substances de l'organisme telles que le pus, la bile, la salive, la sueur, un grand nombre d'aliments, particulièrement les végétaux riches en chlorophylle, le lait de vache cru, les racines fraîches de certaines plantes (pomme de terre, pissenlit), les peroxydes organiques (oxydases), les peroxydes métalliques (plomb, manganèse, fer, argent), les bromures, etc.

Weber a supprimé toutes ces causes d'erreur. Il ajoute au liquide quelques gouttes d'acide acétique et d'éther. *L'éther acidifié par un acide organique* dissout l'hématine, matière colorante du sang, et la sépare des substances susceptibles de réagir au bleu de gaïac qui restent insolubles.

2° *Réaction de Schaer-Rossel.* — Elle est pour ainsi dire la contre-épreuve, le complément de la précédente.

Son principe est identique. A la teinture de gaïac on substitue la teinture d'aloïne. La même réaction se produit : au lieu de bleu de gaïac, on a du rouge d'aloïne.

Réactif. — La *teinture d'aloïne* se prépare avec l'aloès soccotrin pulvérisé qu'on dissout dans l'alcool à 60 ou 70 degrés. Elle doit avoir une teinte jaune clair, car trop concentrée elle est brun rougeâtre et risque de masquer la réaction.

Technique. — Sur l'extrait éthéré de matières fécales préparé comme pour le Weber, on fait tomber XXX gouttes d'essence de térébenthine ozonisée et X gouttes de teinture d'aloïne fraîche.

Au bout de quelques minutes, l'éther prend une teinte *rouge* qui s'accentue de plus en plus jusqu'au *rouge cerise.*

3° *Eau gaïacolée.* — *Réactif.* — Agiter 5 à 6 grammes de gaïacol avec 250 centimètres cubes d'eau distillée. Laisser vingt-quatre heures. Filtrer.

Réaction : coloration allant du jaune brun au brun foncé.

4° *Réaction de O. et R. Adler.* — Elle procède également du même principe que les précédentes.

Au lieu de gaïac et d'aloïne, on utilise une solution alcoolique de *benzidine* concentrée fraîchement préparée.

En présence du sang, on note une *coloration verte* qui vire au *bleu* quand la réaction est très intense. On opérera également sur l'extrait éthéré de fèces (Schumann et Westphal).

Ce procédé est extrêmement sensible et cette hyperesthésie même, d'après Schumm et Boas, peut être cause d'erreur. MM. Œttinger et Girault se sont servis presque exclusivement de la benzidine dont ils ont été très satisfaits.

5° *Réaction de Van Storck-Boas.* — C'est l'application d'un procédé qui, en chimie, sert à reconnaître un lait pasteurisé. On emploie une solution diluée de *paraphényldiamine* en présence d'eau oxygénée. Le lait cru devient bleu indigo, le lait tiède violet rouge brun, le lait qui a été chauffé à 80 degrés est gris bleu.

Boas conseille d'opérer sur l'extrait éthéré de matières : on ajoute au liquide légèrement alcalinisé I ou II gouttes d'une solution à 1/200 de chlorhydrate de paraphényldiamine et X à XV gouttes d'une solution à 3 p. 100 d'eau oxygénée. « Alors au fond du verre, après une courte agitation, il se produit presque instantanément une *coloration vert olive* tout à fait caractéristique. L'anneau vert olive intermédiaire à la couche d'éther et la couche d'eau oxygénée est particulièrement typique, tandis que les couches sous-jacentes prennent une teinte plus ou moins violette. La coloration verte est tout à fait transitoire et se mue bientôt, suivant la quantité de sang, en un violet foncé plus ou moins net. »

L'avantage de cette réaction est, d'après Boas, la facilité de conservation des solutions de paraphényldiamine.

6° *Réaction de Meyer.* — Ce procédé avait déjà été signalé par Kastle et Scheede à propos des oxydases en 1901. En 1903 Meyer, puis Utz, en firent une étude approfondie. C'est encore une réaction d'oxydation. La *phénolphtaline*, produit de réduction de la phtaléine du phénol par la potasse, donne, en présence d'eau oxygénée, à tout liquide contenant des traces de sang, une coloration *rouge fuchsine* avec mousse rose persistante.

Le réactif se prépare à chaud :

Phtaléine du phénol . . .	2 grammes.
Potasse anhydre	20 —
Eau distillée	100 —
Poudre de zinc	10 —

Une fois le liquide complètement décoloré, on filtre et on conserve à l'abri de l'air.

Pour rechercher le sang, on ajoute à 2 centimètres cubes des matières suspectes, 1 centimètre cube du réactif et II à III gouttes d'eau oxygénée. D'après Deléarde et Benoit, ce réactif d'une sensibilité exquise permettrait de déceler des traces au millionième.

Si l'on recherche dans le suc gastrique d'un repas d'épreuve, il faut évaporer à sec et opérer sur le résidu.

Signalons, pour être complet, la *réaction de Bénédict* à la gazoline, la *réaction de Donogamy* à la pyridine, et enfin la très connue, mais très délicate *réaction des sels de fer*. La liqueur éthéro-acétifiée est évaporée et le résidu traité par une trace d'acide azotique qui peroxyde le fer. On évapore alors à

siccité. On ajoute alors une goutte de solution de sulfocyanate de potassium qui donne une *coloration rouge* de sulfocyanate de fer. Si, au lieu de sulfocyanate de potasse, on emploie le ferrocyanure de potassium, il y a formation de *bleu de Prusse* ($Fe^7 Cy^{18}$).

Méthodes hémo-microscopiques. — *a.* La *recherche directe des globules rouges* au microscope n'est pas recommandable. On a peine, en effet, à retrouver ces éléments déformés, transformés ou détruits par l'action des sucs digestifs. Même dans les hémorragies notables, dans les vomissements marc de café ou dans le melæna, on ne les reconnaît pas.

b. La *réaction de Teichmann* est difficile, mais serait, paraît-il, très sensible. On sait qu'elle consiste à chauffer les matières additionnées d'acide acétique et de chlorure de sodium : il se forme alors des cristaux d'hémine.

On laisse tomber sur une lame de verre une goutte ou une parcelle de la matière à examiner. On y ajoute quelques cristaux de chlorure de sodium et IV à V gouttes d'acide acétique. On recouvre d'une lamelle. On met à l'étuve sans dépasser 45 degrés, car la moindre surchauffe entrave la cristallisation. Puis la préparation refroidie est examinée au microscope. Les cristaux d'hémine se présentent sous l'aspect de tablettes losangiques ou de parallélogrammes allongés offrant souvent une encoche à leurs deux extrémités. Ils sont parfois groupés en faisceaux ou en sphères étoilées.

Un essai unique ne signifie rien si la réaction manque : il est bon d'ajouter à la préparation une nouvelle goutte d'acide acétique. Les cristaux d'hémine acquièrent des dimensions d'autant plus grandes que la préparation est plus souvent additionnée d'acide acétique et évaporée.

c. Signalons, sans la détailler, la *réaction acétone-hémine* de Nencki-Robert.

Méthodes hémo-spectroscopiques. — 1° *Réaction d'Hoppe Seyler.* — Longue et difficile, elle n'est pas à la portée du médecin et nécessite un spectroscope. On opère toujours sur l'extrait éthéro-acétique qui dissout l'hématine. Celle-ci possède un spectre à 4 bandes d'absorption dans le rouge, le jaune, le vert, le bleu.

2° *Réaction d'Hoffmann-Grünwald.* — A quelques centimètres cubes des fèces traitées par une lessive de chaux à 10 p. 100, on ajoute 5 à 6 centimètres cubes d'une solution concentrée fraîchement préparée de cyanure de potassium. On agite vigoureusement et on laisse reposer quelques heures. Le liquide filtré est additionné de sulfhydrate d'ammoniaque. On observe alors dans le spectre, au niveau du violet, deux bandes d'absorption de même largeur et très rapprochées.

	Spectroscope						
	Hoppe Seyler.	Grünwald.	Cristaux de Teichmann.	Gaïac.	Aloïne.	Benzidine.	Paraphényldiamine.
Boas et Kochmann	»	»	»	1/8 000	»	»	»
Schloss	»	»	»	1/8 000 à 1/6 000	»	»	»
Hartmann	»	»	»	1/50 000 à 1/10 000	»	»	»
Romani	1/13 000	»	»	1/13 000	1/950	»	»
Schumann et Westphall	»	»	»	1/25 000	»	1/200 000	»
Ewald	»	»	»	»	»	1/250 000	»
Œttinger et Girault	»	»	»	1/10 000 extr. chlorof.	1/20 000	1/250 000	»
Schumm et Remstedt	»	»	»	1/100 000 faible.	»	»	1/100 000 faible.
Jaworski et Korolewicz	»	»	»	1/25 000	»	»	»
Grünwald	1/5 000	1/5 000	»	1/2 000	»	1/150 000	»
Hager	»	»	1/20 000	»	»	»	»

Nous avons d'après les données des auteurs établi un tableau comparatif de la valeur de ces différents procédés (voir ci-dessus).

II

Etude clinique. — Les hémorragies occultes gastro-intestinales ont une haute valeur séméiologique. Elles confirment ou annihilent un diagnostic délicat quand les principaux signes cliniques de l'affection sont peu marqués et même font défaut. Il est surtout bon de rechercher leur présence dans les cas chroniques.

Les *maladies de l'estomac* furent d'abord l'objet des recherches de Boas.

Cet auteur considère comme constantes dans le *cancer* les « okkulten Blütungen ». Ewald ne partage pas son avis et cite des cas avérés de carcinome gastrique où les recherches de sang furent négatives. Les travaux des divers auteurs ont néanmoins confirmé la fréquence des hémorragies occultes du cancer de l'estomac. Joachim les a retrouvées dans 17 cas. Hartmann, sur 17 cancers, eut 14 fois une réaction positive. Deux de ses cas négatifs se rapportaient à des sténoses très serrées du pylore avec vomissements incoercibles ; le troisième était un squirrhe non ulcéré. MM. Mathieu et Roux sur 14 malades ont décelé chez 13 le sang dans les selles ; le cas réfractaire était un cancer du cardia où deux fois seulement les selles avaient été examinées. MM. Œttinger et Girault ont eu 11 cas tous positifs. L'hémorragie occulte dans le cancer de l'estomac est donc la règle.

Il ne faut pas se contenter d'une seule recherche

qui pourra être négative, mais il est nécessaire de répéter maintes fois l'examen. Le sang se retrouve toujours dans les selles dès que le cancer gastrique est ulcéré, et si toutefois n'existe pas une sténose pylorique très serrée qui empêcherait l'évacuation du contenu gastrique par l'intestin. On ne tiendra pas compte de l'examen du liquide stomacal. Outre que le sang peut en être absent, l'évacuation par la sonde risque de provoquer de petites hémorragies traumatiques, deuxième cause qui fausserait les résultats. De même dans l'intervalle des périodes d'examen des fèces il faudra s'abstenir de sonder l'estomac malade.

Les hémorragies occultes du cancer gastrique sont :

Presque constantes (si on fait des essais nombreux et répétés);

Peu intenses;

Rebelles à toute thérapeutique.

Quand apparaissent-elles ? — Pour Boas et Kochmann, Mathieu et Roux, Œttinger et Girault, ce symptôme peut être précoce et précéder la perception de la tumeur. Ewald le considère au contraire comme tardif et très postérieur aux signes physiques.

Mais si, dans des faits exceptionnels de cancer gastrique avéré, les réactions hémo-coprologiques font défaut, il est inversement des formes de carcinose vis-à-vis desquelles la réaction de Weber ou de Adler rend le diagnostic possible malgré l'absence d'un symptôme capital (tumeur, hémorragies).

L'*ulcère stomacal* s'accompagne aussi d'hémorragies occultes. D'après Boas et Kochmann, Mathieu et Roux, elles seraient intermittentes. Pour Hartmann, Œttinger et Girault elles sont constantes. Ces contradictions tiennent à l'emploi de réactifs différents (gaïac, benzidine) et de sensibilité inégale. En tout cas, Boas caractérise ainsi les saignements minuscules de l'ulcère. Ils sont :

Intermittents;

Assez intenses;

Ils cèdent aux méthodes thérapeutiques (régime lacté, pansements au bismuth).

Dans les *ulcères en activité* à chaque paroxysme douloureux correspondent des hémorragies occultes. Le sang ne se retrouve pas dans l'intervalle des périodes de souffrance.

Dans les *vieux ulcères calleux* il n'y a jamais d'hémorragie latente. La structure de ces formations avec réaction conjonctive, endartérite oblitérante, explique suffisamment l'insuccès des recherches qui, quelquefois aussi, tient à la guérison de l'ulcère.

Dans les *ulcéro-cancers*, l'hémorragie occulte se retrouve toujours et ne cède pas aux méthodes thérapeutiques. On comprend ici l'importance pronostique de la méthode.

Les *ulcérations gastriques* à cicatrisation rapide (exulceratio simplex) s'accompagnent d'hémorragies occultes tout à fait éphémères (Œttinger).

Pour les *sténoses pyloriques non cancéreuses* les cliniciens français sont aujourd'hui à peu près unanimes à admettre l'existence d'un ulcère prépylorique ou juxtapylorique latent ou cicatrisé. Dans les sténoses avec stase où intervient comme élément surajouté le spasme du pylore, l'hémorragie occulte se comprendra aisément. Point n'est besoin comme Boas de les interpréter par les expériences de Talma qui, en suite de la ligature du pylore, a observé chez l'animal de petites hémorragies de la muqueuse gastrique.

La *gastrosuccorrhée* pure avec liquide acide sans stase alimentaire semble comme celle avec ingesta résiduels devoir être rattachée à l'ulcère. MM. Œttinger et Girault en voient une preuve de plus dans la positivité intermittente de la réaction des selles à la benzidine chez deux malades qu'ils eurent occasion d'observer.

Cancer et ulcère mis à part, les affections de l'estomac ne présentent point d'hémorragies occultes. On ne les a mises en évidence ni dans les dyspepsies nerveuses, ni dans la ptose de l'atonie gastrique.

La réaction fait défaut chez les *hypochlorhydropeptiques* où l'on s'abstiendra d'employer la sonde, étant donnée la grande friabilité de la muqueuse (Lubarsch et Lenk). L'inobservation de ce détail a pu tromper maints expérimentateurs.

Les *maladies chroniques de l'intestin* accusent des hémorragies minimes. Celles-ci accompagnent l'*ulcère et le cancer duodénal.* Mais la symptomatologie de ces affections presque calquée sur celle de leurs congénères stomacales, rend parfois malaisé le diagnostic topographique de la lésion. Boas croyait au début que l'absence de la réaction dans le liquide gastrique, sa présence dans les fèces révélait une lésion duodénale. Il est revenu de cette opinion.

Le *cancer de l'intestin grêle* est rare; son diagnostic est difficile. La présence de sang dans les selles aidera à résoudre les cas embarrassants.

Le *cancer du côlon* donne lieu à des hémorragies occultes peu fréquentes. Sur 27 cas, Boas n'a retrouvé que 6 fois des signes positifs. M. Mathieu eut toujours des résultats négatifs dans un cancer du cæcum.

Les *néoplasmes de l'anse sigmoïde et du rectum* se compliquent d'hémorragies trop manifestes pour qu'il soit utile de rechercher la réaction de Weber.

Les *ulcérations tuberculeuses chroniques de l'intestin* vérifiées à l'autopsie se sont montrées à Joachim constamment négatives pour la recherche des hémorragies minuscules, malgré l'opinion inverse soutenue par Boas. Carletti dit avoir trouvé les réactions du sang dans la tuberculose pulmonaire, mais leur non constatation n'infirme en rien la possibilité d'une ulcération intestinale.

Il appert donc nettement ceci que l'hémorragie occulte très importante en pathologie gastrique perd de sa valeur dans les maladies d'intestin.

Il était pourtant logique de l'étudier là où s'observent des ulcérations aiguës de la muqueuse intestinale.

Petracchi a mis le premier en évidence des traces de sang dans les selles des typhiques. Sur 18 cas, il trouva 8 fois une réaction positive.

D. Steele et W. Butt ne la rencontrent que 3 fois pour 18 malades. Une fois elle fut négative aux jours qui précédèrent une entérorragie.

Tedeschi ne l'a pas observée, avant le troisième septénaire (3 malades sur 24).

Romani en fit une étude approfondie. Sur 50 cas il eut 18 réactions nettes, mais en déduisant 2 fièvres typhoïdes hémorragiques, il reste 16 cas positifs, soit 28 p. 100. Le plus souvent l'hémorragie occulte apparaît au troisième ou quatrième septénaire, à la période de chute des escarres. A cette époque l'administration d'un purgatif provoque l'apparition du phénomène. Romani ne partage pas l'opinion de Petracchi qui pense que la réaction du sang se voit dans les seules fièvres typhoïdes graves. C'est ainsi qu'elle fut totalement négative dans 11 dothiénentéries sérieuses et se manifesta dans 3 cas moyens et 4 de typhus levissimus. La réaction de Weber ne coïncide pas davantage avec une accélération du pouls. Comme Tedeschi l'avait déjà vu une fois, Romani observa dans 4 cas des traces de sang, prodromes d'une hémorragie intestinale.

De même l'hémorragie occulte se rencontre *toujours dans la péritonite par perforation*, *jamais* dans l'infection du péritoine *par propagation* (Tedeschi-Romani).

En opérant avec la benzidine Œttinger et Girault ont observé la réaction du sang dans 3 cas de typhoïde d'inégale intensité.

Pour le *cancer de l'œsophage*, Boas et Kochmann ont signalé l'hémorragie occulte, soit dans les fèces, soit dans les pseudo-vomissements. Œttinger et Girault ont reconnu vrai ce fait de grosse importance diagnostique, puisque la réaction manque dans les rétrécissements non néoplasiques.

La *cirrhose du foie*, d'après Ewald, s'accompagnerait souvent d'hémorragies latentes; 3 fois sur 8, Œttinger et Girault les observèrent. Mais ces 3 cas positifs s'expliquèrent par l'autopsie : le premier présentait trois ulcères latents de la région pylorique; le second, outre 20 à 25 adénomes gastriques, se compliquait d'un adénome intestinal et d'une ulcération apparemment tuberculeuse de l'intestin. Le troisième cas, au dire même des auteurs, est sujet à caution et entaché d'erreur. Ils concluent donc « que la plupart des hémorragies occultes observées dans la cirrhose reconnaîtraient une tout autre cause que la cirrhose elle-même ».

Pour la *lithiase biliaire* la réaction semble toujours négative.

Joachim la signale dans un cas d'*ictère catarrhal*.

Les *maladies du pancréas* provoqueraient des hémorragies minuscules (Boas). Joachim les a mises en évidence dans une pancréatite hémorragique. Klemon les vit accompagner un cas de cancer, mais Joachim les rechercha en vain dans deux autres néoplasmes.

La *néphrite interstitielle avec urémie* s'accompagnerait de la présence de sang occulte. Œttinger et Girault, qui la signalent 3 fois sur 9 cas, réservent cette question encore à l'étude.

De tout cet exposé, il est permis de conclure que l'hémorragie occulte des fèces est un symptôme d'une importance capitale dans les maladies du tractus gastro-intestinal, mais surtout de l'estomac. Son absence est constante dans les gastropathies bénignes. Sa présence au contraire imprime certitude à un diagnostic hésitant d'ulcère ou de cancer. Comme tous les *signes de laboratoire* elle doit passer après les *signes cliniques*; comme tous, elle constitue un adjuvant de valeur; mais qu'il faut se garder de pathognomonifier. La facilité et la rapidité de sa mise en évidence la mettent à la portée des cliniciens et doivent la faire entrer dans la pratique au même titre que la recherche de l'albumine dans les urines.

BIBLIOGRAPHIE

WEBER. Ueber den Nachweis der Blutes in den Magen und Darminhalt, *Berl. klin. Wochens.*, 1893, n° 19, p. 441.

SCHAER. Neuere Beobachtungen über Blutnachweiss mittels Gayacprobe, *Arch. f. Pharm.*, 1898, t. CCXXXVI, n° 8.

BOAS. Ueber Magenblutungen, *Deuts. med. Wochens.*, 1901, n° 20, p. 315.

BOAS et KOCHMANN. Weitere Beiträge zur Lehre von den occulten Magenblutungen, *Arch. f. Verdaüngskr.*, 1902, Bd. VIII, S. 54.

ROSSEL. Beitrag zum Nachweiss von Blut bei Anwesenheit anderer anorganischer und organischer substanzen in Klinischen und gerichtlichen Fallen, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1903, Bd. LXXXI, p. 505.

JOACHIM. Ueber die Bedentung der Nachweises von Blutspüren in den Fäces, *Berl. klin. Wochens.*, 1904, p. 466.

SCHLOSS. Weitere erfahrungen über Nachweis und Vorkommen von okkulten Magenblutungen, *Arch. f. Verdaüngskr.*, 1904, Bd. X, p. 267.

HARTMANN. Ueber Anwendung und diagnostiche Verwertung der Weber'schen Blut probe bei okkulten Magen und Darmblutungen, *Arch. f. Verdaüngskr.*, 1904, Bd. X, p. 48.

D. STEELE and W. BUTT. Occult blood in the feces and its clinical signifiance, *Amer. Journ. of med. Sc.*, juli 1905.

PETRACCHI. *Zeits. f. klin. Med.*, 1905, Bd. LVI, n° 2.

TEDESCHI. *Gazz. degli Ospedali e delle Clin.*, 22 fév. 1905, n° 10.

SCHUMANN et WESTPHALL. Ueber den Nachweis von Blutfarbstolt mit Hilfe den adlerschen Benzidinprobe, *Zeits. f. physiol. Chemie*, 1905, Bd. LXVI, p. 510.

ROMANI. *Riforma med.*, 1906, n° 5.

A. MATHIEU et J.-Ch. ROUX. Les hémorragies latentes du tube digestif. La réaction de Weber et sa valeur séméiologique, *Bull. de la Soc méd. des hôpit. de Paris*, 27 avril 1906, p. 417.

ŒTTINGER et GIRAULT. De la valeur séméiologique des hémorragies occultes dans les affections de l'estomac, *Semaine méd.*, 11 juillet 1906, n° 28, p. 325-327.

SCHUMM. *Die Untersuchung des Fäzes auf Blut*, Gust Fischer, Iéna 1906.

BOAS. Ein neues Reagens f. den Nachweis okkulter Blutanwesenheit in Mageninhalt und in den Fäzes, *Centralbl. f. inn. Med.*, 16 juin 1906, n° 24, p. 601-603.

FALLOISE. Les gastrorragies frustes, *Presse méd.*, 16 juin 1906, p. 382-385.

GIRAULT. *Les hémorragies occultes du tube digestif*, Th. de Paris, 1906, p. 148.

GUYOT. La reazione di Weber-Rossel (per la demostrazione del sangue nelle feci) in rapporto dell'azione catalitica dei metalli pesanti, *Gazz. degli Ospedali*, 1906, n° 75.

JAWORSKI et KOROLEWICZ. Ueber okkulte Blutungen aus dem Verdauungs kanale, *Wiener klin. Wochens.*, 1906, n° 38.

H. F. GRÜNWALD. Zur Frage der Blutnachweises in den Fäces, *Centralbl. f. inn. Med.*, 26 janv. 1907, n° 4, p. 105-111.

CARLETTI. La ricerca di minime tracce di sangue nelle feci degli ammalati di tubercolosi polmonare, *Gazz. degli Ospedali*, 1907, n° 51.

SCHROËDER. Untersuchungen über die Guayakprobe für Blut, *Berl. klin. Wochens.*, 1907, n° 43.

DÉLÉARDE et BENOIT. Sur un nouveau procédé chimique de

recherche du sang, *Bull. de la Soc. de biol.*, 6 juin 1908, p. 990-992 ; — De la recherche chimique du sang dans les sécrétions organiques, *Bull. de la Soc. de biol.*, 13 juin 1908, p. 1048-1050.

XXIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 5-10 OCTOBRE 1908 (1)].

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NÉVRALGIES FACIALES

La discussion qui a suivi la lecture des rapports (2) a amené à la tribune M. DOLLINGER (de Budapest). Il rappelle qu'il a déjà insisté sur les difficultés d'extirpation du ganglion de Gasser qui, dans les 22 cas où il l'a pratiquée, a été suivie aussitôt d'une hémorragie considérable du sinus caverneux, qu'on ouvre ordinairement en extirpant le ganglion. Pour éviter cet accident, il a, chez deux patients, extrait les racines du trijumeau, après avoir décollé le ganglion, excepté sur la surface interne, ce qui a réussi facilement. Il a coupé les troisième et deuxième branches, et ensuite a recherché à trancher, près du ganglion, le nerf ophtalmique, sans ouvrir le sinus caverneux, dans la paroi externe duquel ce nerf s'engage. Cela a réussi dans un cas, tandis que dans l'autre, où il n'avait pas sectionné le nerf assez près du ganglion, il a ouvert le sinus et déterminé ainsi une assez forte hémorragie. Ces deux faits ayant prouvé que l'on peut extraire les racines du trijumeau, indépendamment de l'extirpation du ganglion de Gasser, il espérait pouvoir guérir la névralgie faciale grave, par la seule extraction des racines.

Il a eu trois fois l'occasion de mettre ce projet à exécution. Dans un premier cas, après avoir lié la carotide externe, pour diminuer l'hémorragie du lambeau ostéo-musculo-cutané, et l'artère méningée qui donnait du sang, malgré la ligature de la carotide, il saisit avec une pince les racines du trijumeau et les coupe au point où elles entrent dans le ganglion, sans toucher celui-ci. Immédiatement après l'opération, il a constaté que le resserrement de la pupille du côté opéré et la diminution de la tension oculaire, qui s'étaient produites chez plusieurs de ses précédents opérés, n'existaient pas dans ce cas. Quant aux douleurs névralgiques, elles avaient cessé dès l'intervention.

Il a opéré deux autres malades dans les mêmes conditions. Il doit avouer que dans l'un de ces cas il a plutôt pu broyer les racines et en extraire des lambeaux. Ce résultat thérapeutique a été parfait dans ce troisième cas ; l'hémorragie l'a empêché de voir si réellement les racines avaient été enlevées. Mais après l'opération la sensibilité était restée intacte.

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 118, p. 1410, et n° 119, p. 1425.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 113, p. 1349.

M. VILLAR (de Bordeaux) est surtout partisan de la gassérectomie qu'il a pratiquée 4 fois avec 3 succès et 1 mort. Il insiste sur ce fait que le perfectionnement de la médecine opératoire a amélioré le pronostic de cette opération délicate.

M. TÉDENAT, par contre, préfère les opérations périphériques, car les lésions vont de la périphérie au centre. L'arrachement violent des branches périphériques du trijumeau n'est pas sans retentir sur le ganglion de Gasser, et quand les récidives se manifestent, elles sont en général tolérables.

M. DE ZAWADZKI (de Varsovie) pense aussi que les altérations trouvées dans le ganglion de Gasser sont secondaires et consécutives à l'extirpation des branches périphériques.

M. SOREL (de Dijon) relate un cas de récidive — quoique très atténuée — survenue dix-huit mois après une gasserectomie chez une malade qui avait subi sans succès des opérations sur les branches périphériques.

M. BROECKAERT (de Gand) a recours à l'arrachement brusque des grosses branches de la cinquième paire à la base du crâne, dans le sens de leur axe, de façon à entraîner la mort des cellules correspondantes et la destruction totale de la voie sensitive périphérique, depuis les filets cutanés jusqu'aux fibres de la racine descendante bulbo-spinale.

Le procédé le plus simple est celui qui, par la voie zygomatique, permet l'arrachement des deux nerfs maxillaires supérieur et inférieur. L'arrachement doit se faire avec violence, brusquement; l'arrachement extracranien doit être préféré à l'arrachement intra-cranien. Si l'on ouvre la boîte cranienne, il vaut mieux procéder d'emblée à la résection sus-gassérienne du trijumeau.

L'extirpation anatomique du ganglion de Gasser est beaucoup plus grave que son extirpation physiologique. Tout récemment il a perdu une malade gassérectomisée, par suite de la blessure d'une carotide anormale dans sa portion intradurale.

M. GIRARD (de Grenoble) est aussi partisan de l'arrachement brusque des nerfs périphériques. On obtient ainsi la dégénérescence et du ganglion de Gasser et de la grosse racine du trijumeau.

M. BÉGOUIN (de Bordeaux) recommande d'associer les opérations périphériques d'arrachement des branches du trijumeau à la sympathectomie dont les excellents résultats sont tardifs et se font souvent atteindre un ou deux mois. De la sorte le résultat est immédiat et positif.

M. E. VIDAL (d'Arras) traite actuellement la névralgie faciale grave par l'ablation totale et bilatérale du sympathique cervical (3 cas avec 3 guérisons de trois et deux ans). Il joint à cette opération des arrachements des branches périphériques du trijumeau, destinés à procurer au malade une anesthésie temporaire, mais immédiate, qui lui permet d'attendre les effets généralement bons, mais tardifs (un à six mois, et plus) de la sympathicectomie. Cette dernière intervention a donné d'incontestables et assez fréquents succès, mais aussi d'incontestables échecs, même lorsqu'elle fut chirurgicalement et physiologi-

quement bien pratiquée (extirpation bilatérale et bien totale, notamment au niveau du ganglion supérieur).

M. Princeteau a étudié l'anatomie du trijumeau intra-cranien et il s'est convaincu de la possibilité d'isoler la portion rétro-gassérienne du nerf sans grandes difficultés.

Voici comment il procède : un lambeau ostéoplastique, combiné de manière à donner le maximum d'accès sur la base du crâne ; l'ouverture systématique du sac dural ; l'écartement prudent du cerveau pratiqué au moyen d'un instrument approprié et favorisé par la position de Rose latéralisée, donnée à la tête du malade ; le mode de recherche du ganglion de Gasser et de la portion du nerf qui le précède par des repères précis (dont le plus sûr est constitué par le tubercule rétro-gassérien) ; enfin le mode d'isolement du nerf et du ganglion qui se pratique d'ici d'arrière en avant, en sectionnant tout d'abord le tronc du trijumeau à son entrée dans le cavum Meckelii.

M. Abadie cite un cas vite guéri en dix-huit heures par les injections d'alcool. Une récidive fut guérie par une deuxième série d'injections.

M. Sicard cite une statistique importante de névralgies faciales traitées par les injections d'alcool. Les résultats que donne cette méthode sont parfaits, mais la guérison dure seulement de quinze à dix-huit mois ; il suffit alors de recommencer le traitement, et l'on obtient une nouvelle sédation des douleurs. Il a appliqué cette méthode chez 71 malades, dont 25 avaient été auparavant traités chirurgicalement et n'ont que moyennement bénéficié de l'alcoolisation locale. Chez 7 malades, parmi les 46 autres, les trous ovale et grand-rond n'ayant pu être atteints, et les troncs nerveux ayant échappé à l'action directe de l'alcool, le résultat a été incomplet ; pour les 39 derniers, c'est-à-dire pour ceux chez lesquels les branches et les troncs nerveux ont pu être imprégnés directement par l'alcool, comme en témoignait l'anesthésie consécutive, la guérison a été absolument merveilleuse.

M. San Martin Y Sabrustegui (de Madrid) a imaginé de pratiquer l'oblitération des trous grand-rond et ovale après section des troncs nerveux. Il aurifie les trous de sortie des nerfs, après névrectomie intracranienne.

Il a pratiqué deux fois la gassérectomie avec succès, mais dans l'année même de l'opération ses deux malades ont succombé.

M. Novaro, qui a pratiqué il y a seize ans l'extirpation des ganglions de Gasser, a pu se rendre compte, en suivant ce malade, que le champ d'anesthésie allait en se rétrécissant progressivement, en allant de la périphérie vers le centre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1908-1909

Professeurs honoraires : MM. Jaccoud, Fournier, Farabeuf, Duplay, Guyon.

COURS ET CONFÉRENCES

DEUXIÈME SEMESTRE

Cours magistraux. — *Chimie biologique.* — M. Gautier : Le fonctionnement animal au point de vue chimico-biologique. — Mardi, jeudi, samedi, de cinq à six heures (amphithéâtre de physique et de chimie à la Faculté).

Histoire de la médecine et de la chirurgie (fondation Salmon et Champotran). — M. Gilbert Ballet : Histoire de la médecine. — Lundi, vendredi (petit amphithéâtre de la Faculté), mercredi (salle Nélaton), de six à sept heures.

Hygiène. — M. Chantemesse : Alimentation ; désinfection ; hygiène urbaine (eaux potables et eaux d'égout) ; hygiène maritime ; prophylaxie des maladies transmissibles par l'organisation et la législation sanitaires en France. — Mardi, jeudi, samedi, de cinq à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Conférences de médecine légale. — M. Thoinot. — Lundi, mercredi, vendredi, à deux heures (à la Morgue).

Opérations et appareils. — M. Quénu : Thérapeutique des affections chirurgicales du membre inférieur, de l'estomac, du foie, et, s'il est possible, de l'intestin. — Lundi, mercredi, vendredi, de quatre à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Bouchard : Réactions vitales en pathogénie et en thérapeutique (*suite*). — Mardi, jeudi, samedi, de cinq à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie interne. — M. Déjerine : Affections de l'appareil digestif ; affections du péritoine. — Mardi, jeudi, samedi, de six à sept heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Physique médicale. — M. Gariel : Notions d'acoustique appliquées à l'étude de la phonation et de l'audition ; électricité dans ses rapports avec la physiologie et avec la thérapeutique ; l'œil, la vision et les instruments d'optique. — Lundi, mercredi, vendredi, de quatre à cinq heures (amphithéâtre de physique et de chimie).

Cours complémentaires. — *Accouchements.* — M. Potocki, agrégé : Dystocie et opérations. — Lundi, mercredi, vendredi, de six à sept heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie externe. — M. Morestin, agrégé : Maladies de la tête, du cou et de l'abdomen. — Mardi, jeudi, samedi, de trois à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Conférences. — *Anatomie pathologique.* — M. Legry, agrégé : Anatomie pathologique spéciale (les divers systèmes et appareils, sauf l'appareil circulatoire). — Mardi, jeudi, samedi, de deux à trois heures (au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté).

Anatomie topographique. — M. Rieffel, agrégé : Le bassin et le membre inférieur. — Lundi, mercredi, vendredi, de six à sept heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Histologie. — M. Mulon, agrégé : Glandes à sécrétion interne ; organes nerveux et organes des sens. — Mardi, jeudi, samedi, de quatre à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Parasitologie. — M. Brumpt, agrégé : Helminthes ; athropodes et champignons parasites de l'homme. — Mardi, jeudi, samedi, de quatre à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Jousset, agrégé : Les bactéries pathogènes. — Mardi, jeudi, samedi, de six à sept heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie externe. — M. P. Duval, agrégé : Maladies des organes génito-urinaires de l'homme; maladies des membres. — Mardi, jeudi, samedi, de trois à quatre heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie interne. — M. M. Labbé, agrégé : Maladies du sang; maladies de la nutrition; intoxiations; — Lundi, mercredi, vendredi, de trois à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pharmacologie. — M. Richaud, agrégé : Parasiticides; modificateurs locaux; modificateurs du système nerveux central. — Mardi, jeudi, samedi, de trois à quatre heures (amphithéâtre de pharmacologie).

Physiologie. — M. Langlois, agrégé : Système nerveux; muscles. — Lundi, mercredi, vendredi, de cinq à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Travaux pratiques. — *Chimie biologique.* — M. Desgrez, agrégé, chef des travaux : Travaux pratiques de chimie biologique. — Tous les jours, d'une à trois heures (École pratique).

Chimie pathologique. — M. Desgrez, agrégé, chef des travaux : Travaux pratiques de chimie pathologique. — Tous les jours, d'une à trois heures (Ecole pratique).

Histologie. — M. Retterer, agrégé, chef des travaux : Travaux pratiques d'histologie. — Tous les jours, d'une à trois heures (Ecole pratique).

Manœuvres obstétricales. — M Potocki, agrégé. — Mardi, jeudi, samedi, d'une à deux heures (Ecole pratique).

Médecine opératoire. — M. P. Duval, agrégé, sous-directeur des exercices pratiques de médecine opératoire : Exercices de médecine opératoire. — Tous les jours, d'une à quatre heures (Ecole pratique).

Physiologie. — M. Langlois, agrégé, chef des travaux : Démonstrations de physiologie expérimentale. — Lundi, mercredi, vendredi, de deux heures et demie à cinq heures (Ecole pratique).

Physique biologique. — M. Weiss, agrégé, chef des travaux : Travaux pratiques de physique biologique. — Mardi, jeudi, samedi, d'une à trois heures (Ecole pratique).

Les musées Dupuytren et Orfila sont ouverts aux élèves tous les jours, de onze à quatre heures, pendant le semestre d'hiver, et de midi à cinq heures, pendant le semestre d'été.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours, de onze heures du matin à six heures de l'après-midi, et tous les soirs, de sept heures et demie à dix heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Médicaments microbiens. Bactériothérapie, vaccination, sérothérapie, par Metchnikoff, Sacquépée, Remlinger, L. Martin, Vaillard, Dopter, Salimbeni, Besredka, Wassermann, Leber, Dujardin-Beaumetz, Calmette. 1 vol. in-8 de 400 p., avec 26 fig., de la « Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot ». — Prix, cart. : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Conférences cliniques de chirurgie urinaire, par le docteur F. Cathelin, chirurgien en chef de l'Hôpital d'urologie, ancien chef de clinique et lauréat de la Faculté de médecine de Paris (service du professeur Guyon). Un élégant vol. in-8° écu de 244 p., avec 94 fig. dans le texte, relié toile anglaise, coins arrondis, tête rouge. — Prix : 5 francs. — Paris, Henry Paulin et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 2 AU 7 NOVEMBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 3 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Albarran et Marion; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 4 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Proust et Ombrédanne.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Thiéry et Potocki.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Richaud.

1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Brissaud, Gley et Mulon; — (2e série) : MM. Langlois, Rieffel et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 5 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

2e : MM. Pouchet, Prenant et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Morestin et Lenormant.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Richaud.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Gley, Launois et Marion; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 6 novembre, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Pouchet, Nicolas et Macaigne; — (2e série) : MM. Brissaud, Gley et Mulon; — M. Pierre Duval, suppléant.

Samedi 7 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Renon et Nobécourt; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gouget et Fernand Besançon; — 3e série) : MM. Alb. Robin, Jeanselme et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemon-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 4 novembre 1908, à une heure. — M. Paul Albert. La méthode de Bier dans les suppurations otitiques et mastoïdiennes. (MM. Segond, président; Walther, Gosset et Pierre Duval.) — M. Raymond. De la colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale grave. (MM. Segond, président; Walther, Gosset et Pierre Duval.) — M. Le Priol. Le cancer primitif de l'appendice vermiforme du cæcum. (MM. Segond, président; Walther, Gosset et Pierre Duval.) — M. Dubois. Contribution à l'étude de la résection suivie de réunion dans le cas d'étranglement herniaire ayant abouti au sphacèle d'une anse grêle dans la totalité ou la plus grande partie de sa circonférence. (MM. Segond, président; Walther, Gosset et Pierre Duval.) — M. Reinhold. Contribution au traitement opératoire de la tuberculose laryngée. (MM. Segond, président; Walther, Gosset et Pierre Duval.)

Jeudi 5 novembre, à une heure. — M. Cunnac. Rigidités spasmodiques de l'enfance (étiologie, formes cliniques et traitement. (MM. Hutinel, président; Chantemesse, Albert Robin et Castaigne.) — M. Duranton. La cholestérine et ses conditions de précipitation. (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Albert Robin et Castaigne.) — M. Cambornac. Etude sur l'assistance médicale gratuite en France. (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Albert Robin et Castaigne.) — M. Fressinger. Histogénèse des processus des cirrhoses hépatiques. (MM. Albert Robin, président; Hutinel, Chantemesse et Castaigne.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 123. — MARDI 27 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 27 OCTOBRE 1908. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 23 octobre 1908. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la coxalgie. »

MM. Gallet, 13; Grandjean, 15; Fey, 17; Féret, 14 1/2; Fontaine (Lucien), 14; Gras, 10; Giraud, 11; Fournier (Jacques), 16; Vauzanges, 9; Toutée, 15; Vinit, 10; Vincent (J.-B.), 10; Vallet, 11; Stepanoff, 13; Vacher (Albert), 7; Toulouse, 11; Wurtz, 6; Steibel, 9; Vallery-Radot, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à deux places d'interne intérimaire en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 17 décembre 1908. Les épreuves commenceront à neuf heures du matin, à l'Hospice général, salle des séances.

La Commission administrative se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours si de nouvelles vacances se produisaient avant le 26 novembre 1908. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice général, quinze jours avant la date fixée pour le concours, soit le 2 décembre 1908 au plus tard. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

— SAINT-ETIENNE. — Le lundi 15 février 1909, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour une place de médecin des hospices.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — Un concours pour deux places d'aide d'anatomie sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, le lundi 21 décembre 1908, à deux heures du soir. La durée des fonctions est de deux ans. Le traitement annuel est de 600 francs.

— BORDEAUX. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de M. Vincent comme aide d'anatomie titulaire, M. Boutin, aide d'anatomie suppléant.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 24 octobre 1908 publie une longue liste de médecins et de pharmaciens de réserve passant avec leur grade dans l'armée territoriale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'Ordre du mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Cannac (de Quins), Dubron (de Doullens).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Barthe de Sandfort, Fachatte et Mercier (de Paris), Billaudel-Oudet (de Clavy-Warby), Constantin (de Marseille), Duffaud (de Toulouse), Porte (de Brioude), Robin (de Reims), Vidal (de Pauchaquet).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés aux grades ci-après dans les corps de sapeurs-pompiers :

Au grade de médecin-major honoraire de deuxième classe à Lille. — M. le docteur Chotin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Satre à Grenoble et Rémy à Escaudain.

L'ENQUÊTE PARLEMENTAIRE SUR LA FIÈVRE JAUNE. — La délégation, qui avait été chargée par la commission parlementaire d'hygiène de faire une enquête sur les origines de la fièvre jaune à Saint-Nazaire, est rentrée à Paris ; son président, M. Villejean, s'est rendu aussitôt auprès de M. Clémenceau pour lui faire connaître les résultats de l'enquête.

Il a donné à ce sujet les renseignements suivants à un rédacteur du *Temps* :

« — Pour nous, la fièvre jaune a été communiquée à Le Goff, la première victime, par des moustiques quelque temps avant l'arrivée de la *France* à Saint-Nazaire. Le Goff était garçon de cabine ; mon sentiment est qu'il a été piqué par des moustiques qui devaient être cachés dans les régimes de bananes emportés par des passagers ; c'était pour eux un mets sucré qui leur a permis de vivre pendant la traversée ; les autres malades ont été atteints au moment du débarquement.

La seconde constatation faite par la délégation a été favo-

rable au capitaine de la *France* et au médecin du bord contre qui une instruction judiciaire vient d'être ouverte.

M. Mirman, qui accusait ces deux personnes de négligence grave pour n'avoir pas signalé les incidents sanitaires du bord, s'est trompé de bonne foi, car il a été trompé lui-même par les malades qu'il a interrogés.

En effet, d'après les renseignements recueillis par M. Mirman et que le *Temps* a reproduits, Le Goff, la première victime de la fièvre jaune, aurait eu une attaque de fièvre pendant la traversée, et cet incident sanitaire n'aurait pas figuré au livre du bord; ni le capitaine, ni le médecin ne l'auraient signalé au médecin du service de santé de Saint-Nazaire.

Or, les témoignages que nous avons reçus sous la foi du serment — car la délégation avait tous les pouvoirs d'enquête, la Chambre les ayant déférés à la commission d'hygiène lors de l'épidémie de Verdun — ces témoignages nous permettent d'affirmer que Le Goff n'avait pas eu d'accès de fièvre. Garçon de cabine, il avait des habitudes d'intempérance et se montrait grossier envers les passagers; on dut le relever de son service et le faire monter sur le pont. Pour masquer cette disgrâce, il dit à ses camarades qu'à la suite d'un accès de fièvre il avait été dispensé de service. Les témoignages du capitaine, du médecin, du maître d'hôtel sont formels à cet égard.

Une troisième constatation. Le service sanitaire a manqué d'acide sulfureux et la désinfection du bateau n'a pas été complète. Des moustiques ont dû survivre, cachés dans les cabines des passagers, et nous avons appris que plusieurs des garçons atteints ont couché dans ces cabines après le départ des passagers.

M. Villejean nous dit aussi que, malgré toutes les expériences faites en Amérique, les médecins de Saint-Nazaire croyaient à la contagion de la fièvre jaune; la commission, comme M. Chantemesse l'avait déjà fait, a démontré que la fièvre jaune ne se communiquait que par la piqûre du moustique.

— A quelles conclusions avez-vous abouti? demandons-nous à M. Villejean.

— La délégation, nous dit-il, a été unanime : il faut reviser le règlement sanitaire.

Actuellement, un paquebot, venant d'un pays contaminé, peut avoir la libre pratique si la durée de la traversée a été de neuf jours au moins. La délégation est convaincue que ce délai n'est pas suffisant; les moustiques peuvent vivre plus longtemps; il conviendrait de porter le délai à quatorze jours.

Il faudrait également trouver le moyen de détruire les moustiques à bord pendant la traversée; pour la cale et les marchandises, c'est relativement facile, l'acide sulfureux suffira; mais pour les cabines et les locaux habités, ce sera moins commode; on pourra se servir du formol ou d'un autre produit similaire.

Enfin, nous croyons que le service sanitaire devrait procéder lui-même à la désinfection, être en possession des appareils nécessaires au lieu de s'adresser à une compagnie privée.

Je vais soumettre les résultats de notre enquête à la commission d'hygiène; mais comme le règlement sanitaire peut être modifié par décret, on a tout le temps d'étudier la réforme avant le retour des grandes chaleurs. »

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — La séance solennelle aura lieu le 29 octobre 1903, à trois heures, au siège de la Société.

Ordre du jour : allocution de M. Lavalard, président; éloge de Pierre Charlier par M. Saint-Yves-Menard; compte rendu général des concours par M. Petit, secrétaire annuel.

Voici la liste des lauréats des concours :

Le *prix Paugoué* (1200 francs) a été partagé entre MM. Edmond Hue (de Paris) et Pécaud, vétérinaire militaire, détaché au Dahomey, qui recevront chacun 600 francs.

Le *prix Urbain Leblanc* (600 francs) a été décerné à M. Marotel, chef de travaux à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

Le *prix Weber* (700 francs) a été attribué à M. Chaussé (de Versailles) qui recevra une somme de 500 francs; M. Griffault, vétérinaire militaire en retraite au Passage d'Agen (Lot-et-Garonne), reçoit une somme de 200 francs.

Sur le *prix Trasbot* (2100 francs) une somme de 1200 francs a été accordée à M. Carougeau, chef du service vétérinaire à Madagascar, lauréat du prix; MM. Leduc, vétérinaire à La Ferté-Gaucher, et Lefebvre, vétérinaire en deuxième à la Garde républicaine, recevront chacun 200 francs.

MÉDAILLE DU PRIX EUGÈNE MATHIEU. — M. J. Bridré, chef de laboratoire au service de l'élevage à Tunis.

MÉDAILLE D'OR. — M. Cozette, vétérinaire à Noyon.

MÉDAILLES D'ARGENT GRAND MODULE. — MM. Duclaux, vétérinaire à Versailles; Pécard, chef de travaux à l'Ecole vétérinaire d'Alfort; Esclauze, vétérinaire en 1er au 25e dragons; Edmond, vétérinaire en 2e au 11e d'artillerie; Boquet, vétérinaire à Biskra (Algérie).

MÉDAILLES DE BRONZE. — MM. Villemin, vétérinaire à Bains (Vosges); Paul Esmieu, vétérinaire à Torigni-sur-Vire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. de Souza (de Paris) et Geslin-Labonnotte (de Saint-Macaire).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — SEMESTRE D'HIVER 1908-1909. — Les travaux d'anatomie, d'histologie et d'anatomie pathologique commenceront le mercredi 4 novembre, sous la direction de M. le docteur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques.

Sont admis à disséquer dans les pavillons : 1° MM. les internes et externes des hôpitaux à titre gratuit; 2° MM. les docteurs et étudiants en médecine, français et étrangers, moyennant le versement d'un droit de 50 francs par mois pour les docteurs et de 30 francs pour les étudiants. Comporte également le versement d'un droit, l'admission dans le laboratoire du directeur.

M. le directeur reçoit le mercredi, d'une heure et demie à trois heures, 17, rue du Fer-à-Moulin, à Paris.

RENSEIGNEMENTS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis des maladies des enfants, par le docteur APERT, médecin des hôpitaux de Paris, avec une introduction sur l'exploration clinique dans l'enfance, par le docteur MARFAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 524 pages avec 75 figures. — Prix : cartonné, 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LE DIAGNOSTIC DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE [1]

Par M. O. JOSUÉ
Médecin des hôpitaux de Paris.

Le diagnostic de l'artério-sclérose tire sa difficulté de la multiplicité même des symptômes de cette affection et des combinaisons diverses qu'ils peuvent présenter. C'est pourquoi nous avons cherché à grouper ces symptômes suivant leur valeur diagnostique, de façon à donner en quelque sorte l'impression des aspects cliniques de cette affection si polymorphe. Aussi ne reviendrons-nous pas sur les petits et les grands symptômes de l'artério-sclérose. Nous ne signalerons pas à nouveau les signes physiques qui permettent de soupçonner ou d'affirmer les altérations du système artériel, ni l'hypertension, ni les grandes manifestations cardio-rénales, cardio-aortiques, cardiaques, rénales, nerveuses, etc. Beaucoup de ces symptômes valent plus par leur association et leur groupement que par eux-mêmes.

Aussi bien, deux sortes d'erreurs sont à éviter. On peut croire à l'artério-sclérose dans des cas où cette affection n'existe pas, ou l'on peut ne pas reconnaître cette affection alors qu'elle existe en réalité.

1° Le diagnostic artério-sclérose est porté dans des cas où cette affection n'existe pas. — Certains ont tendance à admettre trop facilement ce diagnostic, dès qu'un examen minutieux du malade a permis de reconnaître certains des symptômes de la série de l'artério-sclérose. Or la plus grande prudence s'impose dans l'interprétation des manifestations cliniques de cette affection, et il faut se garder de conclure trop hâtivement à la présence des lésions artério-scléreuses avec toutes les conséquences thérapeutiques, hygiéniques et pronostiques que comporte ce diagnostic.

C'est surtout à la période de début de l'affection, alors que le malade présente les petits signes de l'artério-sclérose, que l'erreur serait facilement commise. On se gardera de prendre de simples TROUBLES NEURASTHÉNIQUES avec vertiges, palpitations, arythmie, etc., pour les premières manifestations d'une artério-sclérose commençante. C'est par la recherche des conditions dans lesquelles sont apparues les manifestations neurasthéniques, par l'examen complet et répété du système vasculaire, qu'on arrive, dans la plupart des cas, à se rendre compte de la véritable nature des troubles observés. Mais pareille appréciation est souvent fort délicate, et il ne faudrait pas trop se hâter de conclure. Le diagnostic repose souvent, en pareil cas, sur des nuances.

Dans un autre ordre de faits, on évitera de commettre l'erreur qui consiste à prendre pour des accès d'ANGINE DE POITRINE plus ou moins typiques des DOULEURS CARDIAQUES ou précordiales qui n'ont aucun rapport avec le syndrome angineux. Il est parfois difficile d'apprécier le véritable caractère de symptômes subjectifs, qu'on ne connaît que d'après la description du malade. De plus, on rencontre, comme nous l'avons noté plus haut, un grand nombre de cas où la symptomatologie est plus ou moins différente du tableau classique et typique de l'angine de poitrine. Cependant l'angoisse ne manque jamais dans l'angine de poitrine, quelque fruste que soit l'accès; il arrive même que l'angoisse le constitue à elle seule. Mais cette angoisse, il faut encore en déterminer la nature d'une façon précise. On ne la confondra pas avec la crainte qu'éprouvent souvent des malades névropathes quand ils éprouvent des sensations douloureuses dans la région précordiale. De simples névralgies intercostales siégeant au voisinage de la région du cœur sont parfois cause d'une anxiété plus ou moins marquée qui disparaît quand le malade est rassuré sur la nature des douleurs. Des palpitations d'origine gastrique sont parfois le point de départ d'une anxiété émotive qui cesse quand le malade ne craint plus d'être atteint d'une maladie de cœur. Cette anxiété par crainte est très différente de l'anxiété profonde et spontanée de l'angine de poitrine. Néanmoins la distinction peut offrir quelque difficulté.

Il ne faudrait pas conclure non plus à l'artério-sclérose parce qu'un malade présente des BATTEMENTS ÉPIGASTRIQUES. Cette erreur a été parfois commise. En réalité, les battements épigastriques, les pulsations exagérées de l'aorte abdominale, que l'on constate chez certains neurasthéniques, ne sont nullement un indice d'artério-sclérose.

Les manifestations des CARDIOPATHIES VALVULAIRES ont pu donner lieu à des confusions. L'examen complet du malade permettra le plus souvent d'éviter cette erreur; nous avons montré ailleurs, en quoi diffèrent les affections du cœur qui sont l'expression de vices valvulaires à l'état de pureté, de celles où évoluent en même temps des lésions artério-scléreuses. La présence de manifestations artério-scléreuses concomitantes au niveau d'autres appareils, les caractères de l'asystolie des artério-scléreux, permettront dans la plupart des cas de faire le diagnostic.

Parfois, on se trouve en présence d'une asystolie irréductible, sur laquelle les toni-cardiaques n'ont aucune prise. On pense à la coexistence de lésions artério-scléreuses avec les lésions valvulaires, alors qu'il n'en est rien. Si l'on précise l'évolution des accidents, on remarque que la congestion du foie est singulièrement persistante et fixe. En pareil cas, ce n'est pas l'artério-sclérose qui doit être incriminée. Les accidents sont dus en réalité à la SYMPHYSE CARDIAQUE, que permet d'affirmer l'immobilité de la pointe du cœur dans les différentes positions du malade, associée ou non à d'autres symptômes, notamment aux mouvements de roulis de la région précordiale. A un examen superficiel on aurait pu attribuer à l'artério-sclérose l'évolution chronique de l'asystolie, alors que celle-ci est le fait de la symphyse cardiaque.

D'autres fois, il s'agit d'un MALADE DYSPEPTIQUE qui se plaint de PALPITATIONS. On constate de la tachycardie et de l'arythmie. On pourrait penser que le malade présente des troubles cardiaques liés à l'artério-sclérose, alors que ceux-ci sont simplement

(1) Extrait du *Traité de l'artério-sclérose* par M. JOSUÉ, qui doit paraître prochainement à la librairie Baillière.

sous la dépendance de la dyspepsie. Le fait que les troubles sont plus marqués pendant la première partie de la nuit, quand le malade vient de se coucher, les heureux effets du traitement approprié permettront en général de reconnaître la vraie nature des troubles morbides. Mais, dans certains cas, les faits sont plus complexes et plus difficiles à situer à leur vraie place, les malades étant à la fois des artério-scléreux et des dyspeptiques. Il n'est pas toujours aisé de reconnaître si les accidents cardiaques sont l'effet de l'artério-sclérose ou des troubles digestifs. L'épreuve thérapeutique permettra en général d'établir la distinction, si importante au point de vue du pronostic. Les accidents s'amendent sous l'influence d'un régime approprié quand ils sont sous la dépendance de l'appareil digestif.

Une erreur plus grave serait d'attribuer à l'artério-sclérose des accidents qui sont dus en réalité à la SYPHILIS NERVEUSE. Il en résulterait en effet que le malade ne serait pas soumis au traitement susceptible d'amener une guérison parfois rapide. En présence de phénomènes cérébraux récents, il faut toujours, en l'absence de renseignements précis, songer à la possibilité de la syphilis cérébrale et soumettre le malade au traitement d'épreuve. Le diagnostic de syphilis cérébrale devient encore plus probable, et celui d'artério-scléreux plus douteux, s'il s'agit d'un individu jeune. Inutile d'ajouter qu'un examen complet et minutieux du malade s'impose dans tous ces cas, et que l'attention devra être particulièrement éveillée sur la recherche des stigmates de syphilis acquise ou héréditaire. On passera en revue tous les organes, on recherchera les cicatrices cutanées, on ne négligera pas de palper les testicules et d'examiner la bouche et la gorge; des cicatrices caractéristiques, la présence de leucoplasie buccale ou d'une perforation du voile du palais, un testicule syphilitique, ont permis, dans certains cas, de reconnaître la vraie nature de l'affection.

Nous pourrions multiplier les exemples et nous n'avons pas la prétention de passer en revue toutes les circonstances où on a diagnostiqué l'artério-sclérose, alors qu'elle n'existait pas. Les faits précédents montrent cependant qu'il ne faut pas tomber dans l'erreur qui consiste à voir de l'artério-sclérose partout et à diagnostiquer trop facilement l'affection du système artériel.

La description que nous avons donnée des symptômes, ainsi que les considérations précédentes, mettront en garde contre l'erreur et fourniront les moyens de l'éviter.

2° L'artério-sclérose est méconnue. — Un diagnostic autre est parfois porté alors que les accidents sont en réalité causés par cette affection.

C'est ainsi que LES PETITS SIGNES DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE ne sont pas toujours appréciés à leur véritable valeur. Tel indice n'attire pas l'attention qui cependant devrait mettre sur la voie. Il est nécessaire d'examiner les malades de la façon la plus minutieuse, de peser tous les symptômes qu'ils présentent; il faut songer à la possibilité de lésions artério-scléreuses et se rendre compte de leur probabilité.

Pour éviter de croire à l'artério-sclérose quand elle n'existe pas, il ne faudrait pas tomber dans l'erreur inverse et se refuser à porter ce diagnostic, alors qu'il est corroboré par l'histoire clinique du malade. Il arrive aussi que l'on commette l'erreur de considérer comme atteints d'une simple CARDIOPATHIE VALVULAIRE des malades qui sont porteurs d'une cardiopathie artérielle. Nous n'insisterons pas à nouveau sur les symptômes qui permettent de distinguer ces deux variétés d'affections cardiaques.

Nous avons vu que l'artério-sclérose donne parfois lieu, pour toute manifestation symptomatique, à une CACHEXIE PROGRESSIVE qui peut être le point de départ d'erreurs de diagnostic. Après avoir passé en revue les autres causes de cachexie pouvant survenir à l'âge du malade, après avoir écarté le cancer, on songera à l'évolution possible de lésions artério-scléreuses. La présence de signes physiques en rapport avec les lésions artérielles est évidemment en faveur du diagnostic d'artério-sclérose. On n'oubliera pas cependant que les altérations artérielles coïncident parfois avec le cancer. Somme toute, on ne s'arrêtera à ce diagnostic que par élimination et en faisant des réserves sur l'apparition possible des symptômes d'une autre affection cachectisante.

La CLAUDICATION INTERMITTENTE et la GANGRÈNE SÉNILE sont parfois l'occasion d'erreurs de diagnostic. Erb donne les caractères qui permettent de distinguer ces manifestations de diverses affections des extrémités.

En présence de cas de claudication intermittente, on pourrait penser qu'il s'agit de *paralysie bulbaire asthénique* d'Erb Goldflam. Mais l'erreur sera facilement évitée si l'on se rappelle que, dans la paralysie asthénique, les manifestations apparaissent d'abord et surtout dans le domaine des nerfs craniens; il n'y a pas de douleurs, les pulsations sont conservées, il n'y a pas de troubles vaso-moteurs; l'impotence fonctionnelle est causée par la fatigue et l'épuisement et non par l'apparition de crampes et de douleurs. On constate la réaction électrique myasthénique de Jolly (diminution, puis disparition des contractions musculaires par épuisement après plusieurs excitations faradiques).

On ne confondra pas les douleurs de la claudication intermittente avec celles de la *sciatique*, avec les *douleurs articulaires*, etc.

On ne confondra pas non plus cette affection avec la *gangrène symétrique*. Celle-ci siège surtout aux membres supérieurs; on voit apparaître, au niveau des doigts, des troubles vaso-moteurs avec sensation d'onglée, puis de la gangrène superficielle et circonscrite des extrémités digitales. Le pouls est conservé. L'affection atteint rarement le nez ou les oreilles et très exceptionnellement les membres inférieurs. Ces symptômes sont très différents de ceux de la claudication intermittente et de la gangrène sénile.

Il en est de même de l'*acroparesthésie* de Schultze avec ses douleurs, ses paresthésies, ses troubles vaso-moteurs, siégeant souvent aux membres supérieurs, mais aussi aux membres inférieurs, indépendants de la marche et de la fatigue, surtout marqués

la nuit et le matin. Les pulsations artérielles sont conservées. L'affection est plus fréquente chez la femme.

L'*akinesia algera* de Möbius Erb, où il n'y a ni crampes, ni parésies, ne donnera pas lieu, en général, à de grandes difficultés de diagnostic avec la claudication intermittente. Les malades sont dans l'impossibilité de marcher après quelques minutes, à cause de la douleur ou plutôt par crainte de la douleur. Cette douleur ne siège pas dans les membres qui fatiguent, mais à distance (par exemple dans la tête, le dos, les oreilles, le bras, l'épigastre). Ici encore il n'y a pas de lésions vasculaires.

L'*érythromélalgie* de Weir Mitchell est caractérisée par des douleurs et de la rougeur de la peau des pieds, parfois aussi des mains; en même temps il y a du gonflement de la peau, une sensation douloureuse de chaleur, la température cutanée est au-dessus de la normale, il y a une abondante sécrétion sudorale, les battements des artères sont énergiques. Les troubles sont exagérés par la station debout et par la marche; les douleurs sont le plus souvent spontanées et surtout nocturnes. Souvent on trouve, en même temps, des signes d'affection des centres nerveux ou de névrose. Si cette affection présente quelque analogie avec la claudication intermittente, les caractères des troubles vaso-moteurs, l'augmentation des pulsations artérielles qui ne sont pas modifiées par les mouvements, l'absence de troubles moteurs et de signes d'oblitération artérielle, tous ces caractères, qui doivent être recherchés avec soin, permettront de faire le diagnostic entre les deux affections.

Il n'est pas jusqu'aux douleurs de la *tarsalgie*, ou les douleurs des articulations ou des ligaments des pieds que l'on observe chez les sujets atteints de *rhumatisme chronique* ou de *goutte*, ou à la suite de la *blennorragie*, qui ne puissent parfois amener des confusions. Il suffira en général d'un examen attentif pour éviter l'erreur, car, en pareil cas, on ne trouve pas d'anomalie du pouls.

Nous n'insisterons pas à nouveau sur les signes qui distinguent la claudication intermittente des membres de la claudication médullaire. Qu'il nous suffise de rappeler que Dejerine considère la conservation du pouls de la pédieuse et la tibiale postérieure et l'exagération des réflexes rotuliens, comme appartenant à la *claudication intermittente d'origine médullaire*.

On a signalé la claudication intermittente occasionnée par *des lésions des veines des membres inférieurs* (Vaquez). En pareil cas, les pulsations de la pédieuse et de la tibiale postérieure n'ont pas disparu.

Aussi bien peut-on observer tous les signes de la claudication intermittente, à l'exception de la disparition des pulsations artérielles chez des *hystériques*. L'hystérie, qui prend l'apparence de tant d'affections, peut aussi emprunter l'aspect clinique de l'oblitération des artères des membres (Erb, Oppenheim, Ollivier et Halipré).

Si nous avons si longuement insisté sur le diagnostic de la claudication intermittente, c'est que ce syndrome est souvent méconnu, surtout quand le tableau clinique est incomplet. La claudication intermittente est en effet moins rare en France qu'on ne pourrait le croire. Mais il faut savoir reconnaître les *formes légères* ou *frustes* de l'affection, et il n'est pas toujours facile d'apprécier la véritable nature des phénomènes douloureux dont se plaint le malade. Celui-ci les considère souvent comme des douleurs rhumatismales, et il n'est pas rare que le médecin se contente de cette appellation vague sans chercher à préciser davantage. Quand le sujet se trouve dans les conditions étiologiques habituelles (grand fumeur, sujet exposé au froid humide), ou quand il s'agit d'un artério-scléreux présentant des manifestations ailleurs, ou bien lorsque quelques caractères particuliers des douleurs attirent l'attention, il est indispensable de rechercher l'état des artères et des pouls du pied. Il serait d'ailleurs inexact de penser que tous les cas de claudication intermittente aboutissent à la gangrène sèche. Les phénomènes peuvent rester indéfiniment stationnaires. Mais il arrive aussi qu'ils rétrocèdent et que la guérison survienne, surtout si le malade veut bien se soumettre à un traitement approprié, ou même spontanément.

Nous avons cherché à mettre en lumière quelques-unes des difficultés cliniques que rencontre le médecin quand il s'agit de reconnaître l'artériosclérose. Nous avons vu combien ce diagnostic est parfois délicat, puisqu'il repose, dans certains cas, sur l'appréciation de nuances cliniques.

* * *

Mais il arrive souvent que le diagnostic d'artériosclérose s'impose. L'affection est généralisée à presque tout le système artériel, et il n'y a vraiment aucune difficulté à reconnaître la véritable nature des accidents. Mais à cela ne se borne pas la tâche du médecin. Plusieurs organes sont atteints; souvent le cœur et le rein sont lésés simultanément. Il est alors nécessaire de reconnaître dans quelle mesure chacun de ces organes est altéré, afin d'agir d'une manière efficace sur l'appareil qui est surtout responsable des troubles. La question se pose souvent de savoir si c'est l'asthénie cardiaque qui occupe la première place ou si l'insuffisance rénale domine le syndrome clinique et tient sous sa dépendance l'affaiblissement du cœur.

On appréciera l'état du cœur (dilatation plus ou moins marquée du ventricule droit), des artères, de la circulation veineuse (dilatation des jugulaires, congestion du foie et des bases pulmonaires). On explorera les fonctions rénales par les méthodes habituelles, examen chimique, cryoscopie des urines, épreuve du bleu de méthylène, etc. On constatera les signes de petite ou de grande urémie. On se rappellera que l'insuffisance cardiaque est souvent la cause de phénomènes pathologiques chez les vieillards artério-scléreux, même quand il n'y a qu'un minimum de manifestations cardiaques appréciables. C'est ainsi que l'on voit s'amender des troubles qui semblaient sous la dépendance des reins, quand on soumet ces malades au traitement toni-

cardiaque. C'est ainsi que l'on voit guérir ou du moins s'améliorer certaines bronchites, certaines broncho-pneumonies des vieillards artério-scléreux, quand on relève l'énergie des contractions cardiaques. L'insuffisance cardiaque est parfois presque complètement latente chez ces malades, le pouls peut être assez fort et presque régulier, bien que le cœur soit insuffisant comme le démontre l'épreuve thérapeutique.

MÉDECINE PRATIQUE

LE MENTHOL DANS LA DYSENTERIE AIGUE

M. Marini recommande le menthol dans la dysenterie aiguë en employant la formule suivante (1):

Racine d'ipéca de Rio....... 4 grammes.

Faire décoction durant cinq minutes dans :

Eau..................... 200 —

Filtrez, ajoutez :

Menthol.................. 0g20

Teinture de cannelle....... } *ââ* 30 grammes.
Julep gommeux........... }

A prendre une cuillerée à soupe toutes les heures, sans craindre de provoquer la moindre nausée.

Le rôle du menthol, dans cette thérapeutique, est, en effet, d'apaiser les nausées et les vomissements que provoque souvent l'ipéca quand il est pris à intervalles rapprochés. Il désodorise, de plus, les selles fétides et provoque, par ses qualités antiseptiques, la cicatrisation des lésions intestinales. Enfin il est suffisamment anesthésique pour endormir les coliques violentes et relâcher les épreintes désagréables.

XXIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[Paris, 5-10 octobre 1908 (2)].

QUESTIONS DIVERSES

M. Peugniez (d'Amiens) a traité par la *splénectomie* 6 malades atteints de cirrhose. Il présente un de ces malades.

Il s'agit d'un alcoolique invétéré, chez lequel il constate un gros foie, de l'ascite, une teinte subictérique, et une légère augmentation de volume de la rate. Il pratiqua la splénectomie, et depuis cette opération, l'ascite ne s'est jamais reproduite, le volume du foie a diminué, la teinte subictérique a disparu, et l'état général du malade s'est rapidement amélioré.

M. Lapeyre (de Tours) préconise, ce qui est classique, l'*hystéropexie abdominale*, pour remédier au prolapsus utérin chez les vierges ou nullipares, dont le périnée musculaire est intact.

M. Barnsby fait une communication sur le même sujet, il préfère l'hystéropexie, la *ligamentopexie* qui permet de remettre l'utérus en antéversion normale et laisse à cet organe toute la latitude pour les grossesses futures.

Des 20 observations rapportées : 6 concernent des jeunes filles; 9 des jeunes femmes nullipares ; 5 des jeunes femmes multipares. Ces 20 malades ont été suivies, pendant trois ans au moins, interrogées et examinées en 1908. La plupart (15 sur 20) peuvent être considérées comme guéries. Les autres sont très améliorées et ne souffrent plus assez pour se plaindre.

Au point de vue fonctionnel, les douleurs lombo-sacrées constantes, les ménorragies abondantes tendent à disparaître dès les premiers mois. Sur 9 jeunes femmes nullipares, stériles depuis 3 à 7 ans environ, 5 sont devenues enceintes et ont bien accouché.

M. Poullet (de Lyon) a un procédé d'*hystéropexie* tout à fait inédit. La première condition de toute cure de prolapsus est, dit-il, de « décentrer l'utérus ».

A cet effet, par une laparotomie basse, M. Poullet va à la recherche de l'un des ligaments larges et, par deux incisions transversales de ce ligament, l'une supérieure, l'autre inférieure, situées à environ 3 centimètres l'une de l'autre, il découpe une sorte de lanière comprenant toute l'épaisseur du paramètre, lanière qu'il transforme en boucle en l'étirant progressivement à travers la plaie. Ceci fait, il désinsère du pubis le bord externe du tendon du muscle grand-droit correspondant, il fait passer ce tendon à travers la boucle créée aux dépens du ligament large, puis il le réinsère soigneusement au pubis. L'utérus, de ce fait, se trouve attiré fortement du côté opéré et, en outre, solidement fixé à la paroi abdominale.

M. Poullet n'a pratiqué jusqu'ici cette opération que deux fois, et il est très satisfait des résultats obtenus qui se maintiennent, sans tendance à la récidive depuis plusieurs mois.

M. Walther (de Paris) croit que, dans la simple rétroflexion de l'utérus sans prolapsus, l'*hystéropexie* est bien supérieure à la ligamentopexie, qui est souvent suivie de récidive. En employant des fils non résorbables et en les passant aussi bas que possible dans l'utérus (hystéropexie isthmique), il n'a jamais vu la rétroflexion se reproduire et plusieurs malades ont pu, dans la suite, mener une grossesse jusqu'au terme sans être aucunement incommodées.

Dans les prolapsus utérins, l'hystéropexie devient insuffisante et il faut lui adjoindre une opération complémentaire (colpo-périnéorraphie).

M. Lucas-Championnière emploie toujours, pour faire l'hystéropexie, des fils résorbables (catgut) et il fixe l'utérus sur toute sa hauteur : or, il n'a jamais vu, après cette manière de faire, survenir les récidives du prolapsus, non plus qu'aucun trouble de la grossesse, contrairement à l'opinion classique.

(1) *Journ. des prat.*, 10 mai 1908.

(2) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 118, p. 1410; 119, p. 1425, et 122, p. 1460.

M. DE ROUVILLE (de Montpellier) fait, en son nom et au nom de M. FLEIG, une communication sur un fait de *guérison de métrorragies hémophiliques chez une vierge, par des injections intra-veineuses du sérum de Fleig*, à minéralisation complexe et à fer insoluble. La formule du sérum est la suivante : chlorure de sodium : 7,5; chlorure de potassium : 0,3; chlorure de calcium : 0,2; sulfate de magnésie : 0,3; bicarbonate de soude : 1,0; glucose : 1,0; chlorure ferrique : 0,055; eau distillée = q. s. pour 1 000 centimètres cubes ; oxygène dissous à saturation.

Sous l'influence unique de six injections intraveineuses de 500 centimètres cubes de ce sérum, on a constaté la disparition complète des métrorragies, une amélioration rapide et toujours croissante de l'état général, une augmentation de la sécrétion urinaire et, fait remarquable, le retour progressif de la formule hématique vers la normale, le taux des globules rouges s'étant élevé en un mois de 1 400 000 à 3 800 000, et en un mois et demi à 3 950 000. Ainsi que le prouvent les recherches expérimentales, ce sérum est un excitant de la nutrition spéciale du système hématopoiétique par le fer insoluble qu'il permet d'introduire directement dans le sang sans le moindre danger ; il agit, d'autre part, en augmentant la coagulabilité du sang ; il agit enfin puissamment sur la nutrition générale de l'organisme.

M. JAYLE recommande la *position basse* dans la laparotomie, quand les malades ne supportent pas bien la forte inclinaison de la position de Trendelenburg. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1908)

Influence du chauffage des urines sur la toxicité urinaire. — MM. Ch. BOUCHARD, BALTHAZARD et Jean CAMUS. Il existe dans l'urine des substances toxiques que détruit l'action de la chaleur à 57 degrés ou qui du moins sont rendues inactives après ce chauffage. Il est même remarquable de constater combien est régulière la diminution de toxicité consécutive au chauffage, puisque dans les expériences des auteurs cette réduction a oscillé entre 29,1 et 32 p. 100 de la toxicité initiale.

Il résulte de ces expériences que la part de toxicité qui revient aux substances thermolabiles (au moins lorsque les urines sont émises après le repas de midi et proviennent de sujets normaux) est égale presque au tiers de la toxicité totale.

Il est peut-être excessif d'invoquer seulement l'influence du chauffage pour expliquer la diminution de la toxicité, car l'expérience démontre qu'un autre facteur intervient; l'oxydation de certaines substances urinaires à haute et même à basse température.

Sur l'affection connue sous le nom de botryomycose et son parasite. — MM. Gustave BUREAU et Alphonse LABBÉ. La botryomycose humaine primitivement attribuée à un champignon puis, à la suite des travaux de l'Ecole de Lyon, à un coccus spécial, semblait avoir perdu ces dernières années tout caractère spécifique lorsque récemment M. Letulle revenant sur ce sujet (*Journ. physiol. pathol. gén.*, t. X, 1908, p. 256-266) lui attribua une origine amibienne.

L'étude d'un cas de botryomycose typique du doigt a permis aux auteurs de conclure dans le sens de M. Letulle.

La botryomycose, disent-ils, redevient donc cliniquement et histologiquement spécifique : ce n'est point une mycose, mais une amœbiose dont l'ancien botryomyces n'est qu'un stade plastogamique.

De la tonalité du son de percussion. — M. Gabriel ARTHAUD. La percussion digitale du thorax reste encore, malgré toutes les méthodes nouvelles, le moyen le plus pratique et le plus sûr de l'exploration du poumon. A l'état normal, la percussion fournit un bruit presque dépourvu de caractère musical. Cependant si, à l'exemple des anciens et suivant la technique si admirablement précisée par Woillez, dans son *Traité d'auscultation*, on pratique la percussion dite *profonde*, on arrive avec un peu de pratique à obtenir un son suffisamment prolongé et à caractère musical assez tranché pour qu'on puisse le soumettre à l'analyse acoustique au point de vue de ses caractères essentiels : tonalité, intensité, timbre.

Donc, pour mettre en évidence la tonalité du son de percussion, il convient de percuter avec force, de manière à prolonger la durée et à augmenter l'intensité, conditions favorables à l'appréciation de la hauteur du son qu'il s'agit de mesurer.

En employant deux méthodes techniques particulières, M. Arthaud démontre notamment que la tonalité du son pulmonaire est fonction linéaire de la taille et dépend uniquement de la longueur du tuyau bronchique.

Partant de ses expériences, M. Arthaud montre que dans tous les états pathologiques la tonalité se modifie.

Dans deux lésions seulement cette tonalité diminue et ce sont justement celles dans lesquelles la longueur du tuyau bronchique est augmentée, c'est-à-dire l'emphysème *vrai* de Laënnec et le pneumothorax. En outre de la variation de tonalité, il se produit d'ailleurs une augmentation sensible de l'intensité et une altération profonde du timbre.

Dans tous les autres cas, qui au contraire, par inflammation, congestion ou sclérose, diminuent la longueur du tuyau bronchique, l'augmentation de la tonalité est la règle.

Autres communications :

Nouvelles recherches sur la radio-activité des sources goitrigènes. — M. RÉPIN.

Détermination numérique de l'excrétion urinaire de l'azote sous diverses formes chez l'homme normal. — M. L.-C. MAILLARD.

Action des produits de la réaction sur le dédoublement des graisses par le suc pancréatique. — Mlle KALABOUKOFF et M. Emile TERROINE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1908)

La petite hémophilie familiale. — MM. P.-Emile WEILL et BOYÉ rapportent l'histoire d'une famille de trente-neuf membres dont douze présentent des accidents hémorragipares de type hémophilique ; mais ces accidents sont bénins et l'on peut opposer à cette morbidité de 30 p. 100 la mortalité qui est nulle. Trois des membres ont subi l'examen hématologique. On trouve chez tous des altérations sanguines,

minimes d'ailleurs, qui n'apparaissent pas lorsqu'on examine le sang des tissus, mais sont manifestés dès qu'on examine le sang veineux : léger retard de la coagulation, sédimentation des hématies, début de coagulation plasmatique, rétraction imparfaite, émiettement secondaire et partiel du caillot. Ces lésions sanguines sont semblables à celles qu'on voit chez les femmes apparemment saines dans les familles d'hémophiles.

Cette observation permet d'opposer ce type clinique de petite hémophilie familiale qu'on rencontre assez rarement à la forme habituelle d'hémophilie familiale qui se manifeste sous forme de grands accidents hémorragipares et avec des lésions hématiques considérables.

Un cas d'hémophilie spontanée à type d'hémophilie familiale. — M. P.-Emile Weill rapporte l'histoire d'un enfant, atteint de grands accidents hémorragipares, dont l'aspect clinique et l'évolution sont semblables à ceux de l'hémophilie familiale. Cependant, cette hémophilie est apparue comme un cas isolé dans une famille. Se fondant sur la clinique, sur l'étude des lésions sanguines, sur l'action du traitement par les injections de sérums sanguins, sur la comparaison d'autres faits, où l'hémophilie, comme ici non héréditaire, se montre cependant familiale (deux frères sur trois, trois frères sur trois dans des familles antérieurement saines), l'auteur considère que le cas rapporté appartient à l'hémophilie de type familial, et qu'on assiste au début de la malformation sanguine, transmissible ou non, dans les générations ultérieures.

Nouvelles remarques sur le signe thyroïdien dans le rhumatisme aigu. — M. H. Vincent. Rappelant ses précédentes communications sur le signe thyroïdien qu'il a décrit le premier, M. Vincent fait ressortir que l'absence de ce symptôme au cours du rhumatisme aigu, implique l'évolution souvent longue et rebelle du rhumatisme, à moins que la médication thyroïdienne et iodée ne vienne au secours de l'organe défaillant. Mais dans ces cas, il est nécessaire de faire prendre simultanément au malade du salicylate de soude. Il importe donc de rechercher l'état du corps thyroïde chez tous les rhumatisants. Si l'inspection et la palpation dénotent, avant tout traitement, un organe peu développé, parfois à peine perceptible et indolore, il y a lieu de recourir à la thérapeutique ci-dessus.

Presque inséparable des formes sévères du rhumatisme aigu, le signe thyroïdien demande à être recherché par la palpation méthodique de chaque lobe et par la mensuration quotidienne du cou. Il peut être fugace, incomplet; la douleur au pincement parfois extrêmement vive, cède assez rapidement au salicylate de soude. Mais le gonflement thyroïdien est plus résistant.

Le nombre des cas de rhumatisme chez lesquels M. Vincent a retrouvé ce symptôme s'élève actuellement à 128 chez 191 malades. La proportion moyenne de sa fréquence oscille entre 66 et 68 pour 100 rhumatisants aigus, adultes.

Sur 100 malades porteurs du signe thyroïdien, 11 l'ont à un degré très accusé (tuméfaction du cou égale à 2-3 centimètres, vive douleur au pincement des lobes thyroïdiens ; tremblement des doigts; parfois troubles du rythme cardiaque ; souffles extra-cardiaques; battements visibles des vaisseaux du cou ; sueurs profuses, etc.) Sur le même nombre de rhumatisants à signe thyroïdien positif, 44 fois ce dernier a revêtu une moyenne intensité : augmentation de 1 à 2 centimètres du volume du cou ; douleur assez vive ou modérée au pincement. Parfois léger tremblement des doigts, transitoire.

Le signe thyroïdien a été unilatéral ou à prédominance d'un côté chez 13 malades sur 100 porteurs de ce signe. Il a été léger ou très léger chez 32 d'entre ces derniers.

La constatation de ce symptôme a conduit M. Vincent à l'interprétation pathogénique de certaines complications ou suites du rhumatisme, telles que la maladie de Basedow et la sclérodermie.

Ictères hémolytiques d'origine paludéenne. — M. Sacquépée. Qu'il s'agisse d'ictères hémolytiques congénitaux ou acquis, la cause immédiate des altérations globulaires échappe jusqu'ici.

Dans le paludisme, on peut voir survenir des ictères aigus, tout à fait passagers, durant quelques jours seulement, nettement provoqués par les accès de fièvre intermittente, et présentant les caractéristiques cliniques et hématologiques des ictères hémolytiques : au point de vue clinique, ictères acholuriques, peu intenses ; au point de vue hématologique, anémie, présence en quantité anormale (6 et 7 p. 100) des hématies granuleuses du type Chauffard, diminution de la résistance globulaire à l'égard des solutions salées, cette diminution étant beaucoup plus marquée pour les hématies déplasmatisées que pour le sang total. Ces faits montrent d'une part qu'on peut parfois préciser la cause exacte des ictères hémolytiques ; ici, c'est le paludisme ; d'autre part, que certains d'entre eux peuvent être fugaces. Par ailleurs, les malades ont présenté des accidents qu'il est impossible de ne pas qualifier accès bilieux, malgré leur bénignité relative ; il faut attendre avant de se prononcer sur les caractères hématologiques d'autres syndromes voisins, en particulier de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Un cas de vomissements périodiques chez l'adulte. — MM. Carnot et Descomps. Les auteurs rapportent l'histoire d'un malade présentant des crises périodiques, caractérisées par de la fièvre, de la leucocytose, de la rétention hydro-chlorurée, de l'azoturie et de l'hypersécrétion salivaire, œsophagienne, gastrique et biliaire. Ce syndrome rappelle par beaucoup de points les vomissements périodiques de Leyden et les vomissements acétonémiques de l'enfance. Mais l'étude de la nutrition générale de leur malade et notamment l'examen systématique des formules sanguines et urinaire leur a montré qu'il s'agissait là essentiellement d'un syndrome périodique dans lequel les phénomènes généraux dominent le tableau clinique. L'hypersécrétion des premières voies digestives ne résume donc pas à elle seule toute l'affection ; encore moins les vomissements périodiques peuvent-ils suffire à la définir. Du reste les variations du métabolisme et notamment la déséquilibration si extrême de l'organisme en eau, en chlorures, en urée, en poids, etc., avec rétentions brutales et décharges soudaines montrent bien qu'il s'agit de crises généralisées.

La fièvre, l'hyperleucocytose, les types leucocytaires rencontrés sembleraient indiquer la nature toxi-infectieuse de ce syndrome. Mais il se rapproche d'autre part de certains phénomènes nerveux tels que les équivalents de la migraine, de l'épilepsie, de la tachycardie essentielle paroxystique, si bien que les auteurs estiment qu'il serait prématuré encore de tirer de cette observation autre chose que la constatation, si intéressante en elle même, des faits cliniques.

MM. Nobécourt et Harvier rapportent un cas d'**urémie convulsive au cours d'une néphrite aiguë, probablement post-scarlatineuse. Etude des modifications de la pression artérielle et du cœur.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1908)

Action du méningocoque et des bactéries similaires sur les milieux sucrés au neutralroth. — MM. DOPTER et KOCH ont étudié tout d'abord l'action fermentative de ces germes en bouillon-ascite sucré au neutralroth. Les résultats sont trop tardifs pour pouvoir être utilisés à une différenciation rapide.

A l'aide de la gélose (3 p. 100) additionnée d'ascite, des divers sucres à 1 p. 100, et d'une solution très étendue de neutralroth (1 centimètre cube d'une solution à 1 p. 100, dans 100 centimètres cubes du mélange), le tout étant réparti en boîtes de Petri, les résultats peuvent être observés au bout de vingt-quatre heures. Le milieu, préparé suivant la technique des auteurs, présente une coloration jaunâtre. Si la fermentation est positive, la culture obtenue prend une teinte carminée, très nette; si elle est négative, elle prend la teinte du milieu (jaune ou jaune légèrement rosé).

Les 9 races de méningocoques étudiées à ce point de vue font fermenter le dextrose et le maltose seuls. Des pseudo-méningocoques, les uns (micr. catarrhalis) restent inactifs sur tous les sucres expérimentés; sur d'autres (Flavus I et II) font fermenter le lévulose, le dextrose, le maltose. Le pseudo-méningocoque de Jæger fait fermenter en même temps le saccharose, le galactose, le lactose. Le gonocoque n'a d'action que sur le dextrose.

Ces résultats sont parallèles à ceux qu'ont obtenus V. Lingesheim sur le méningocoque, et Rothe sur le gonocoque, à l'aide de milieux tournesolés.

Action de la gélatine sur les globulins. — MM. ACHARD et AYNAUD. Certains auteurs font jouer aux globulins un rôle dans la coagulation du sang ou dans la rétraction du caillot. Pourtant la lymphe, dépourvue de globulins, se coagule comme le sang; de même la sérosité péritonéale du lapin; de même aussi le liquide pleurétique. De plus, dans des recherches antérieures, M. Achard a montré que, sous l'influence de la peptone, le sang reste incoagulable non seulement pendant la disparition des globulins, mais encore après leur retour.

Inversement on peut obtenir un excès de coagulabilité du sang malgré l'absence de globulins. En injectant de la gélatine dans les veines, ce qui a pour effet de rendre le sang plus rapidement coagulable et le caillot plus rapidement rétractile, M. Achard a vu, comme avec la peptone, les globulins disparaître de la circulation, puis reparaître avec leurs caractères normaux.

La presence des globulins n'est donc nécessaire ni à la coagulation du sang, ni à la rétraction du caillot.

L'acétylanilarsinate de sodium dans la syphilis. — M. P. SALMON. En acétylant l'atoxyl, on obtient un composé arsenical plus aisément maniable que l'atoxyl, chez l'homme et chez les animaux. C'est un médicament spécifique dans la syphilis, mais ce produit est moins actif que l'atoxyl tant au point de vue préventif qu'au point de vue curatif.

Les échanges nutritifs chez un obèse soumis au traitement thyroïdien. — MM. LABBÉ et L. FURET. Le traitement thyroïdien détruit les muscles, empêche la combustion des graisses et ralentit la cure d'amaigrissement. Il va donc à l'encontre du but qu'on se propose.

Etude du liquide céphalo-rachidien dans un cas mortel de méningite syphilitique aiguë. — MM. SCHNEIDER et SPICK ont étudié les manifestations méningées survenues au dix-septième mois d'une syphilis déjà marquée par des accidents tertiaires. Le liquide n'était ni virulent ni toxique; il ne contenait point le tréponème. Sa densité était très élevée (1,0031); il renfermait une notable quantité d'albumine; dès le début, de la sérine, plus tard, de la glucose. La formule cytologique était la suivante : petits mononucléaires, 60 p. 100; grands mononucléaires, 30 p. 100; polynucléaires, 10 p. 100, pas d'éosinophiles.

La stérilisation électrique de l'air. — M. A. SARTORY décrit un appareil qu'il nomme stérilisateur électrique d'air qui est destiné à débarrasser de tous microbes l'atmosphère viciée d'une salle ou autres locaux insalubres. L'appareil consiste en un long tube vertical en métal divisé en trois chambres dont une chambre médiane munie d'une prise de courant et comprenant des résistances électriques disposées d'une façon spéciale pour que l'air qui y est appelé soit divisé à l'infini et que toutes les molécules soient en contact avec les résistances dont la température est de 800 degrés, cette chambre communique avec une autre chambre à sa partie inférieure par des orifices d'admissions réglables pour l'introduction de l'air à aseptiser.

Enfin une chambre supérieure contenant des filtres d'amiante forme chambre de mélange. L'ensemble forme une cheminée d'appel de l'air frais et de distribution de celui-ci après stérilisation. La température de l'air à la sortie de l'appareil est de 180 degrés. L'auteur fera connaître le résultat de ses nombreuses expériences dans une prochaine communication.

Hémostase opératoire sans ligatures. — M. CHAPUT. Ayant été témoin à plusieurs reprises à l'occasion d'hémorragies post-opératoires de la puissance hémostatique merveilleuse de la gélatine en injections sous-cutanées, l'auteur a pensé qu'on pourrait obtenir par ce moyen l'hémostase opératoire sans ligatures, et le succès a justifié son attente.

La technique consiste à injecter sous la peau de la cuisse 200 grammes de gélatine à 5 p. 100 immédiatement avant de commencer l'opération.

Au cours de celle-ci les vaisseaux sont saisis avec des pinces de Kocher et laissés quelques minutes en place.

Au bout de ce temps on enlève les pinces et les vaisseaux ne donnent plus.

L'auteur a fait ces jours-ci sans aucune ligature les opérations suivantes : une résection du genou, une résection étendue du tarse, deux hystérectomies abdominales.

Il a fait aussi une amputation sous-trochantérienne de cuisse avec deux seules ligatures dont une pour la fémorale qu'il a liée par prudence, ce dont il aurait pu se dispenser. Aucun de ces malades n'a eu d'hémorragie.

Une dernière malade (hystérectomie) a eu des hémorragies secondaires peu graves arrêtées par la gélatine. Par prudence on a réouvert et lié un vaisseau.

On ne peut pas actuellement renoncer aux ligatures, mais il est utile d'injecter de la gélatine après les grandes opérations, comme tonique et pour prévenir les hémorragies secondaires.

Un procédé économique d'hémoculture. — M. LAFFORGUE. Le sang prélevé par ponction veineuse est rendu incoagulable par addition de citrate de soude (Artus) à raison d'une goutte de solution de citrate à 20 p. 100 pour un centimètre cube de sang. Après centrifugation du mélange pendant dix minutes

et décantation du liquide superficiel, on ensemence le culot seul en bouillon. En raison de l'exclusion du sérum, la quantité de bouillon employée peut être extrêmement réduite (de 10 à 20 centimètres cubes de bouillon pour un culot correspondant à 2 centimètres cubes de sang). Des résultats positifs ont été obtenus par ce procédé dans 10 cas de septicémie (5 cas humains et 5 cas expérimentaux) avec l'Eberth, le colibacille, le tétragène, le pneumocoque, le B. mesentericus.

Les géloses dites vaccinées. — MM. Remlinger et Nouri. Il est classique de dire que le bacille coli pousse sur les géloses où l'Eberth ou le coli lui-même ont été antérieurement cultivés et de tirer de là un caractère différentiel d'avec le bacille typhique. Les auteurs n'ont pu vérifier ce fait avec les échantillons de coli dont ils disposaient. Les réactions de coli et de l'Eberth sur géloses grattées se sont toujours montrées identiques. Le microbe qui vaccine le mieux les géloses est le bacille pyocyanique; aucun microbe ne pousse sur les milieux où il s'est développé. Les microbes qui vaccinent les géloses au minimum sont les bacilles de la morve et de la diphtérie. Les microbes qui poussent le mieux sur les géloses où d'autres microrganismes se sont antérieurement développés sont les bacilles pyocanique et prodigiosus; ceux qui poussent le plus mal dans ces conditions sont le bacille de Löffler, le coli et l'Eberth. Le phénomène dit des géloses grattées ne paraît pas relever d'une véritable vaccination mais d'un banal épuisement du milieu nutritif. Si on filtre sur bougie Chamberland une culture en bouillon de bacille d'Eberth et que le liquide obtenu serve à préparer deux sortes de gélose, l'une avec addition de peptone et l'autre sans cette addition, on voit en effet que l'Eberth et le coli se développent sur ceux de ces milieux auxquels de la peptone a été ajoutée et ne montrent sur les autres aucune trace de culture.

Processus mécaniques de l'hyperépinéphrie. — M. Sézary décrit, dans les glandes surrénales, plusieurs processus d'ordre mécanique liés à l'hyperépinéphrie. En dehors des formations nodulaires et adénomateuses bien connues, ce sont : 1° l'émigration de cellules corticales, isolées ou groupées, à travers les fibres de la capsule fibreuse et la formation d'amas cellulaires ou de glandules dites accessoires, dans le tissu périsurrénal; 2° l'immigration de cellules corticales dans la substance médullaire; 3° la présence de cellules corticales dans la paroi fibreuse, sous la lame endothéliale et même dans la lumière de la veine centrale.

Ces processus persistent si la surrénale présente plus tard de l'hypoépinéphrie. Leur constatation permet alors le diagnostic rétrospectif de l'hyperépinéphrie.

Influence des lésions nerveuses expérimentales sur la prolifération de la moelle osseuse. — MM. L. Ribadeau-Dumas et G. Roussy. Deux séries d'expériences ont été instituées dans le but de rechercher si les lésions du système nerveux pouvaient influer sur la fonction myélogène de la moelle des os. On a recherché tout d'abord à énerver l'un des membres postérieurs d'un lapin ou d'un cobaye, et on a comparé les moelles osseuses du côté intact et du côté opéré après avoir provoqué la réaction médullaire par des injections de collargol ou d'électrargol. La section isolée du crural ou du sciatique n'est suivie d'aucun effet. Une énervation plus complète obtenue en découpant dans les parties molles de la cuisse un cylindre musculo-nerveux, les gros vaisseaux étant respectés, a montré que dans le membre opéré la réaction médullaire était qualitativement et quantitativement inférieure à celle des autres os. D'autre part, à la suite d'une section de la moelle faite chez un chien et ayant amené une paraplégie avec contraction plus marquée d'un côté que de l'autre, l'examen des moelles osseuses a permis de constater une prolifération médullaire uniquement cantonnée dans les os du membre où l'atrophie était le moins marquée.

Echinococcose primitive expérimentale. Résistance vitale des œufs du ténia échinocoque. — D'expériences nouvelles, M. Dévé conclut que les embryons hexacanthes conservent, pour la plupart, leur entière vitalité après un séjour de dix, onze et seize jours dans l'eau, ou après dix et onze jours de dessication complète. Ces faits montrent le danger que présente, pour l'homme comme pour les animaux, la consommation d'eaux de boisson susceptibles d'être polluées par les matières fécales de chien, et l'aspiration de poussières des rues souillées par le germe du tænia échinocoque.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er oct. 1908.) Sieur : Du traitement des sténoses du larynx par la laryngostomie et la dilatation caoutchoutée. — Trétrop : Les troubles nasaux des chanteurs. — Rabé : Contribution à l'étude histologique de la tuberculose du larynx. — Cauzard : Ostéo-fibrome du maxillaire supérieur ou fibrome diffus des espaces médullaires du maxillaire supérieur ayant envahi et comblé la cavité de l'antre d'Highmore. — Cangé et Aboulker : Ostéome de la base du crâne. — Cartillet et Aboulker : Névralgie fronto-occipitale par fibrosarcome diffus latent du naso-pharynx. — Aboulker : Ozène nasal et laryngien. — Rabé : Traitement de la laryngite tuberculeuse,

Marseille médical. — (N° 19, 1er oct. 1908.) Roche : Chancre induré de la conjonctive. — Platon : Une mission en Europe (*suite*).

Province médicale. — (N° 39, 26 sept. 1908.) Pitres : Sur un cas de quadriplégie polynévritique. — Lafforgue : Les hémorragies intestinales précoces de la fièvre typhoïde : leur fréquence et leur pronostic.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 40, 3 oct. 1908.) Kanasugi : Contribution à l'étude de la région mastoïdienne de l'os temporal. — Réthi : Des indications de l'opération de la cloison nasale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 41, 8 oct. 1908.) Ganghofner : Sur la réaction à la tuberculine de Pirquet. — Monti : Recherches comparatives sur la valeur diagnostique des réactions à la tuberculine pendant l'enfance. — Dehe : L'application des réactions cutanées différentielles dans le diagnostic, la pathogénie et le traitement de la tuberculose. — Hartoch et Willim : Sur la disparition non spécifique des opsonines dans l'appauvrissement en complément du sérum des animaux atteints de trypanosomiases. — Kronenberg : Sur la claudication intermittente aux extrémités supérieure et inférieure. — Herz : Sur la phrénocardie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 124. — JEUDI 29 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 29 OCTOBRE 1908. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 26 octobre 1908. — Question donnée : « Lavements. »

MM. Vidal, 7; Trousset, 8; Vaquette, 14; Vincentelli, 12; Truffert, 16; Thouvenin et Vincant, 11; Toupance, 13; Tuloup, 9; Vaseux, 11; Ubago, 10; Wallon (Emile), 13; Tartois, 14; Teulière, 13; Tournadour d'Albay, 9; Walther, 6; Stiassnil, 13; Mlle Tasserie, 8.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 30 octobre, à quatre heures.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Alger. — Un concours s'ouvrira le 3 mai 1909, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

— Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 3 mai 1909, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— Limoges. — Un concours s'ouvrira le 3 mai 1909, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Un autre concours s'ouvrira le 3 mai 1909, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

— Marseille. — Un concours s'ouvrira le 7 juin 1909, devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — *Médecins-majors de première classe.* — MM. Vogelin passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Dijon; Ferrier, nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Cambrai; Billouet passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Verdun; Pouillaude, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Nice; Tricot, nommé médecin-chef de l'hôpit. de Blida; Delporte passe à l'hôpit. milit. Bégin à Saint-Mandé; Louis (P.), au 23e d'inf.; Blum, au 22e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Mennessier passe aux hôpit. de la division de Constantine; Gauthier (A.), au 42e d'inf.; Henriot (A.), à l'Ecole d'application de cavalerie; Bourgeois, au 8e d'inf.; Courvoisier, au 7e escadron du train des équipages; Lexa, affecté à l'hôp. milit. de Versailles; Battez, aux salles milit. de l'hosp. d'Arras.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Duvau passe au 29e d'inf.; Driancourt, au 28e d'inf.; Assailly maintenu au 77e d'inf.; Barthélemy passe aux hôpit. de la division d'Oran; Seigneurin, au 18e d'inf.; Renaud, au 3e chasseurs d'Afrique; Feyzeau, au 24e bat. de chass. à pied.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Walther passe au 2e étranger.

MARINE. — M. le médecin principal Robert est nommé professeur de physiologie et d'histologie à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort pour l'année scolaire 1908-1909.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés au grade de médecin aide-major dans les corps de sapeurs-pompiers :

MM. les docteurs Janvier à Bourges, Liautey et Charrière à Besançon, Kleinschmidt à Montpellier.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les médailles d'honneur pour actes de courage et de dévouement ont été décernées à MM. les docteurs :

Médaille d'or. — M. de Vernejoul, médecin-major de première classe.

Médaille d'argent de première classe. — M. Perrin, médecin-major de deuxième classe.

MONUMENT MICHEL SERVET. — Sous la présidence d'honneur de feu Marcellin Berthelot et de M. Antonin Dubost, président du Sénat et du Conseil général de l'Isère, un Comité a été constitué à Vienne (Isère), au commencement de 1906, pour élever un monument au grand savant et au penseur Michel Servet qui, pendant douze années, exerça la médecine à Vienne et fut « chéri et estimé de toute la population » (abbé d'Artigny, *Mémoires*, d'après les archives de l'ancien archevêché de Vienne, Paris, Debure, 1749).

Le Comité de patronage du monument compte parmi ses membres MM. les doyens de toutes les Facultés de médecine de France, MM. les docteurs Déjerine et Brissaud, professeurs à la Faculté de Paris, M. le docteur Kossel, professeur à l'Université d'Heidelberg, M. le docteur William Osler, professeur de médecine à l'Université d'Oxford, M. le docteur John Hemmeter, professeur de physiologie à l'Université de Baltimore, M. le docteur César Lombroso (de Turin), etc. M. le professeur Brouardel avait été également des premiers à donner son adhésion. L'adhésion et la souscription de M. le docteur Charles Richet sont également venues des premières.

Dans la personne de Michel Servet, la ville de Vienne entend honorer le médecin célèbre qui prodigua ses soins aux Viennois du XVIe siècle et leur rendit de si précieux services, surtout pendant la grande peste de 1542.

Le Comité s'adresse donc tout spécialement aux médecins, à tous les hommes de science, et leur demande de s'associer à l'œuvre de réparation et de justice qu'il poursuit. Michel Servet appartient à la science universelle et l'inauguration de son monument, dans la ville où il exerça avec tant de succès l'art médical, réunira des personnalités éminentes du monde entier. Elle est fixée au 14 août 1909 et les gouvernements français et espagnol y seront représentés. Des invitations spéciales seront adressées aux souscripteurs.

Prière d'adresser les souscriptions à M. J. Brenier, maire de Vienne (Isère), trésorier du Comité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE (hôpital Beaujon, M. le professeur Albert Robin). — Organisation de l'enseignement pour l'année scolaire 1908-1909 : Tous les jeudis, à dix heures du matin, leçon de clinique thérapeutique avec présentation de malades, par M. le professeur Albert Robin (grand amphithéâtre des cours).

Tous les matins, à neuf heures, au lit du malade, salles Louis et Axenfeld, enseignement pratique suivi d'interrogations.

Trois fois par semaine, les lundi, mercredi, vendredi, de dix heures et demie à onze heures et demie, un enseignement complémentaire de thérapeutique sera fait avec le concours et la collaboration de :

M. G. Bardet, assistant de thérapeutique à l'hôpital Beaujon : L'art de formuler.

M. Léon Bellin, ancien assistant du service de laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine : Maladies de la gorge, du nez et des oreilles.

M. Am. Bournigault, chef de laboratoire de la clinique thérapeutique : Chimie biologique appliquée à la thérapeutique.

M. Cathelin, ancien chef de clinique à la Faculté : Maladies des voies urinaires.

M. Henri Dominici, ancien interne des hôpitaux : Maladies du sang.

M. Delherm, ancien interne des hôpitaux : Electricité médicale.

M. Marcel Claret, chef de clinique à la Faculté : Maladies des poumons.

M. Am. Coyon, chef de clinique à la Faculté : Maladies de la nutrition.

M. Fiessinger, ancien interne des hôpitaux : Maladies du foie, des reins.

M. René Gaultier, chef de clinique à la Faculté : Maladies de l'intestin, du pancréas.

M. Leredde, ancien assistant à l'hôpital Saint-Louis : Maladies cutanées et syphilitiques.

M. Michel, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté : Maladies du cœur.

M. G. Robin, professeur à l'Ecole dentaire : Maladies de la dentition.

M. Ch. Sauvineau, ancien interne des hôpitaux : Maladies des yeux.

M. Paul Sainton, ancien chef de clinique à la Faculté : Maladies du système nerveux.

Un programme détaillé de ces conférences sera remis à chacun des élèves. Les élèves seront en outre exercés individuellement aux recherches de laboratoire.

(En dehors des stagiaires du service, le cours complémentaire est ouvert librement aux étudiants qui désireraient le suivre, avec prière de se faire inscrire d'avance à la clinique thérapeutique.)

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICALE (THÉRAPEUTIQUE ET DÉONTOLOGIE). — M. P. Le Gendre commencera ses conférences dans l'amphithéâtre de l'hôpital le samedi 7 novembre 1908, à dix heures et demie, et les continuera les samedis suivants.

SUJETS DES CONFÉRENCES. — *Thérapeutique.* — Comment on apprend et comment on applique la thérapeutique. — La question des purgatifs. — Les traitements de la douleur basés sur la pathogénie. — Les émissions sanguines. — Les convalescences. — La thérapeutique chez les enfants et chez les vieillards. — Les mauvaises odeurs du corps. — Les polyuriques. — Pituites et sialorrhées. — Incompatibilités médicamenteuses. — Intoxications diverses.

Déontologie. — Les principales difficultés de la vie professionnelle du médecin.

RENSEIGNEMENTS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Médecine opératoire des voies urinaires (anatomie normale et anatomie pathologique chirurgicale), par J. ALBARRAN, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker. Grand in-8 de XI-991 pages avec 661 figures dans le texte et en couleurs. Relié toile. — Prix : 35 francs. — Paris, Masson et Cie.

Conférences d'hygiène et de puériculture, par le docteur MERCIER, professeur à l'Ecole de médecine de Tours, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine. Ouvrage récompensé par la Société d'encouragement au bien, médaille d'or 1908. In-8 de 164 pages, avec figures. — Prix : cartonné, 2 francs. — Paris, A. Poinat.

LA COXALGIE DOUBLE

(ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE)

Par MM. GUILLAUME-LOUIS (de Tours),
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et J. CALVÉ,
Chirurgien assistant de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La coxalgie, dans ses manifestations cliniques, peut revêtir des formes très diverses. Spéciale dans son évolution, particulière dans son pronostic, chacune d'elles commande en même temps des indications thérapeutiques propres.

Parmi elles, la coxalgie double est une des plus importantes, non pas que les caractères symptomatiques de chaque coxalgie soient très influencés par l'association à elle-même de la coxo-tuberculose; mais, dans leur ensemble, la marche clinique et surtout le pronostic sont différents. Même lorsque la lésion est guérie au sens anatomique du mot, cette double localisation acquiert un intérêt spécial : ce sont là autant de raisons qui nous ont paru suffisantes pour isoler la coxalgie double dans le cadre général de la coxo-tuberculose.

Il semble, du reste, que cette question n'ait pas, jusqu'ici, beaucoup attiré l'attention des chirurgiens, surtout au point de vue clinique.

Les travaux les plus importants sont ceux de Ridlon (1) et du professeur Kirmisson (2) : ils portent presque exclusivement sur le traitement de l'ankylose double consécutive à la coxalgie bilatérale.

Volkmann (3), Ollier (4) et Vincent (5) ont également envisagé la question au point de vue thérapeutique. Nous-mêmes, alors que nous étions l'un et l'autre internes à l'hôpital maritime de Berck, nous avons, à l'instigation de notre excellent maître M. Ménard, publié une monographie sur l'étude clinique de la coxalgie double (6).

Depuis, quelques nouveaux travaux ont paru. M. Ménard a magistralement traité le sujet dans deux articles de la *Tuberculose infantile* (oct. et déc. 1903) et dans son livre récent sur la coxalgie. L'un de nous, enfin, en a fait l'objet de sa thèse inaugurale (7).

A l'heure actuelle, la question est bien mise au point, et il nous a semblé qu'il pouvait être intéressant de la résumer ici, d'autant qu'elle présente en pratique chirurgicale une grande importance.

II

Etude clinique. — « La tuberculose osseuse aime les points symétriques » et la coxalgie double n'est qu'une application de cette loi générale bien établie par notre maître Ménard. Dans la statistique que nous avions faite, en 1902, à l'Hôpital maritime de Berck, nous avions trouvé sur 150 coxalgies, 127 coxalgies simples et 23 coxalgies associées. Par ordre de fréquence, les associations dans ces 23 cas étaient :

Coxalgies doubles		11 cas.
—	et mal de Pott	9 —
—	et tuberculose du coude	1 —
—	et tuberculose tibio-tarsienne	1 —
—	et tuberculose du métatarse	1 —

La statistique, refaite récemment à Berck, par notre collègue Matry, confirme cette « polytopie » de la tuberculose et cette association relativement fréquente de la coxalgie à elle-même. « La physiologie pathologique n'est peut-être pas en état de fournir actuellement une interprétation du mode d'association de la tuberculose ostéo-articulaire. Il suffit de constater que, sur un même sujet, la tuberculose affectionne des localisations osseuses anatomiquement analogues. La symétrie des foyers n'a pas d'autre signification que la similitude ou du moins l'analogie du terrain » (Ménard).

Ce n'est pas tant au point de vue de son évolution clinique que la coxalgie double est intéressante à étudier. C'est surtout lorsque la coxalgie double est guérie, au sens anatomique du mot, c'est-à-dire lorsque les processus tuberculeux ont été arrêtés, étouffés par le tissu fibreux de cicatrice, que l'étude de cette affection présente un intérêt réel.

La guérison anatomique fixe, fige, pourrait-on dire, les deux membres inférieurs dans une attitude variable, selon la précocité du traitement institué, mais entraînant toujours, à des degrés divers, des troubles d'ordre statique et fonctionnel.

L'étude clinique de la coxalgie double se divise donc tout naturellement en deux périodes :

1° *Coxalgie double en évolution*;
2° *Coxalgie double guérie anatomiquement.*

I. Coxalgie double en évolution. — *Mode de début.* — Il paraît difficile d'établir un ordre chronologique invariable entre les deux coxo-tuberculoses. Il est exceptionnel que l'une et l'autre hanches se prennent simultanément; le plus souvent, pour M. Ménard, c'est six mois, un an ou deux ans après le début de la première coxalgie, qu'apparaît la seconde; et celle-ci, souvent, se développe sans qu'on puisse incriminer aucune circonstance occasionnelle.

Symptômes. — L'élément symptomatique, en lui-même, varie peu. Chaque coxalgie, prise en elle-même et isolée, a les caractères de toute arthrite tuberculeuse de la hanche. Aussi ne ferons-nous pas, à propos de la coxalgie double, la symptomatologie de la coxalgie en général. Ce qu'il faut, c'est montrer les conséquences de la bilatéralité de la lésion, c'est étudier les modifications qu'apporte à l'allure clinique générale l'apparition de la seconde coxalgie.

Tout d'abord, une distinction s'impose, selon que

(1) Ridlon. *Internat. Journ. of surgery antiseptics*, oct. 1887.
(2) Kirmisson. *Leçons cliniques.*
(3) Volkmann. *Centralbl. f. Chir.*, avril 1885.
(4) Ollier. *Traité des résections* et *Bulletin méd.*, mai 1889.
(5) Vincent. *Revue de chir.*, oct. 1902.
(6) Calvé et Guillaume (Louis). *Revue mens. des mal. de l'enf.*, oct.-nov. 1903.
(7) Calvé. Th. de Paris, 1906.

la première coxalgie est ou n'est pas traitée, lorsque se déclare la deuxième.

Dans le dernier cas, l'enfant n'est pas immobilisé, marche, le plus souvent, et on conçoit facilement que la deuxième coxalgie se développera comme une arthrite tuberculeuse ordinaire de la hanche.

Si, au contraire, la première coxalgie est déjà dans les meilleures conditions de guérison quand survient la seconde, celle-ci aura naturellement une évolution entravée, jugulée en quelque sorte, réduite au minimum par le traitement institué avant même qu'elle n'ait apparu, véritable traitement prophylactique, pourrait-on dire. La deuxième coxalgie bénéficie des soins donnés à la première; comme le dit très justement M. Ménard, celle-ci assure le traitement de celle-là.

La *douleur* ne présente guère de variations importantes à signaler. Lorsque la seconde coxalgie survient, la première étant déjà en traitement, elle est peu douloureuse. Au contraire, si elle se déclare presque en même temps que la première, on conçoit facilement que l'enfant souffre beaucoup plus et se trouve rapidement dans l'impossibilité de marcher.

Les *abcès* sont fréquents dans la coxalgie double. Pour M. Ménard, ils seraient presque la règle des deux côtés. Ponctionnés régulièrement, traités par des liquides modificateurs, ils guérissent, mais peut-être moins facilement que dans la coxalgie simple. Comme dans celle-ci, du reste, on peut rencontrer ces formes d'abcès fistuleux, depuis la fistule bénigne, temporaire, jusqu'à la fistule tenace, permanente.

Un point plus intéressant à étudier dans l'évolution de la coxo-tuberculose double est la *fréquence de la luxation*. Ici encore, nous retrouvons la distinction établie précédemment, selon que la première arthrite est ou n'est pas hâtée, quand survient la seconde. Si l'enfant marche, au moment où apparaît le deuxième foyer tuberculeux, si on ne l'immobilise pas ultérieurement, une luxation double peut se produire. Dans le deuxième cas, le plus communément observé, la première coxalgie est soignée quand survient la seconde. Ici alors, on retrouve un fait qui par sa constance pourrait presque être érigé en loi et sur lequel M. Ménard insiste fréquemment : *La luxation est la règle dans la première coxo-tuberculose, l'exception dans la seconde*. Et cela se comprend aisément : nos observations sont prises à l'hôpital, c'est-à-dire dans la classe pauvre. Chez ces enfants, la première arthrite a, presque toujours, été négligée au début; ils ont marché longtemps avant d'aller consulter à l'hôpital, où ils sont admis à une période avancée de leur foyer. A cette époque, la luxation est produite ou sur le point de se produire. Les conditions sont tout autres pour la seconde coxalgie traitée avant même qu'elle ne se soit manifestée. Aussi la luxation est ici exceptionnelle.

Cette règle comporte toutefois des exceptions : ce sont, d'une part, les cas dans lesquels les deux coxalgies se sont développées en même temps; ce sont, d'autre part, les cas où aucun traitement n'a été institué; ce sont, enfin, les cas dans lesquels la deuxième coxalgie, survenant très longtemps après la première, ne peut plus bénéficier du traitement appliqué à celle-ci.

Pronostic. — La présence de deux coxalgies apparues l'une après l'autre chez le même malade indique un terrain propice à la multiplication des foyers tuberculeux. Aussi, le pronostic, ici, doit-il être beaucoup plus réservé. La coxalgie double entraîne une mortalité élevée : 8 malades ont succombé à Berck dont 4 de méningite tuberculeuse et 4 de septicémie consécutive à la suppuration fistuleuse. De la statistique établie par M. Ménard lui-même, il résulte que la coxalgie double qui évolue d'une façon si laborieuse aboutit dans plus de la moitié des cas à une guérison incomplète.

II. Coxalgie double guérie anatomiquement. — « La coxalgie double, après sa guérison, laisse une grave infirmité. C'est moins une claudication qu'une difficulté de la marche. Comme les fonctions des membres inférieurs sont troublées par la déformation de l'une et de l'autre hanche, et que cette déformation souvent différente à droite et à gauche, varie aussi avec chaque malade, on peut prévoir que chaque cas de coxalgie double aboutit à un type particulier de claudication » (Ménard).

Il faut distinguer deux grandes classes parmi les coxalgiques doubles guéris : ce sont, d'une part, les malades qui présentent une incapacité presque absolue tant au point de vue de la marche que des diverses exigences de la vie courante, les infirmes, au sens exact du mot; ce sont, d'autre part, les malades dont les attitudes vicieuses sont peu accentuées ou telles qu'elles sont compatibles avec la marche même imparfaite.

A côté des déformations graves, complexes, échappant à toute description, il existe d'autres cas où l'infirmité peut être ramenée à un type défini; M. Ménard en distingue six :

1° *Ankylose des deux hanches avec bonne attitude et longueur égale des deux membres inférieurs*;

2° *Luxation bilatérale avec mobilité des deux hanches et longueur à peu près égale des deux membres inférieurs*;

3° *Luxation des deux hanches en mauvaise attitude avec flexion et adduction*;

4° *Ankylose bilatérale avec adduction des deux cuisses qui passent l'une au-devant de l'autre en se croisant comme les branches d'une paire de ciseaux* (*scissors legged*);

5° *Asymétrie des deux membres inférieurs*;

6° *Ankylose des deux hanches avec rotation en dehors très accentuée des deux membres inférieurs*.

Premier cas. — Ankylose des deux hanches avec bonne attitude et longueur égale des deux membres inférieurs. — M. Kirmisson, dans son livre sur les *Difformités acquises de l'appareil locomoteur*, rapporte une observation de Damaschino. Nous avons eu, plusieurs fois, l'occasion d'observer avec notre maître Ménard des exemples de cette ankylose des deux hanches avec longueur égale des deux membres. Cette attitude entraîne une gêne fonctionnelle spéciale, sur laquelle M. Ménard a encore récemment insisté. « Chez ces malades la marche est pos-

sible, la station assez difficile. Du fait de la double ankylose coxale, les mouvements utiles à la marche n'appartiennent plus qu'au genou et au cou-de-pied. Le type de la marche en devient spécial ; le malade se sert seulement de ses genoux et de ses cous-de-pied. Pour exécuter le pas, on le voit s'élever sur la pointe du pied posé; le cou-de-pied s'étend et le genou se fléchit, en même temps que la jambe oscillante se porte en avant. La jambe oscille au-dessous du genou, à peu près comme à l'état normal la cuisse oscille au-dessous de la hanche. Les pas sont courts, on le conçoit; ils s'accompagnent de fortes oscillations du tronc à droite et à gauche. Le mouvement de balancier des bras est très accentué » (Ménard).

Ces troubles de la marche dans l'ankylose double nous avaient déjà frappés en 1902, et nous avions essayé de l'étudier en détail dans le travail publié par la *Revue des maladies de l'enfance*.

Troubles de la marche. — On peut dire qu'au point de vue de la mécanique articulaire, chez le coxalgique double ankylosé, chacun des membres inférieurs ne commence qu'au genou.

La soudure du fémur au bassin maintient les deux genoux fixés l'un près de l'autre à tous les temps du pas, et celui-ci ne s'effectue que grâce à des mouvements de suppléance dans le genou, le cou-de-pied, et aussi dans le bassin.

Ce qui attire l'attention lorsqu'on fait marcher le petit malade devant soi, c'est cette démarche toute spéciale, dont le centre de mouvement est au genou. « Ces malades marchent avec les genoux, » a dit M. Ménard. De plus, par suite du peu d'amplitude des mouvements, la marche s'effectue avec lenteur, avec effort, à tout petits pas.

Nous avons cherché à étudier de plus près cette démarche toute spéciale de la coxalgie double guérie avec ankylose, en nous plaçant au point de vue de la décomposition mécanique du pas. Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de résumer en quelques mots l'étude du pas normal, de façon à établir ensuite une comparaison entre l'état sain et l'état malade, et à en déduire les différences.

Nous nous sommes reportés à l'épure de Marey qui représente les oscillations du membre inférieur d'un homme en marche.

C'est cette épure qu'il faut commenter pour s'expliquer le pas, période pendant laquelle l'un des membres partant de la position d'appui, y revient, après avoir effectué une oscillation autour de l'articulation coxo-fémorale. Lorsque le pas est régulier, ces périodes se succèdent, égales à elles-mêmes, une seule suffira donc à notre description (fig. 1).

Au début du pas, l'une des jambes, jambe portante ou active, est située au-dessous du centre de gravité du corps, le pied appuyé sur le sol par toute la surface plantaire, l'articulation étant dans l'extension. Puis l'articulation coxo-fémorale étant portée en avant, sans que le pied ait quitté le sol, le membre devient de plus en plus oblique, c'est-à-dire — et nous insistons sur ce point — se place en hyperextension sur le bassin, l'articulation du genou légèrement fléchie, « le pied se déroule sur le sol comme un secteur de la jante d'une roue de voiture en marche » (Marey). Puis, le pied quitte le sol par sa pointe, la jambe devient oscillante, à la manière d'un pendule, articulée en son milieu autour de l'articulation coxo-fémorale. La verticale est dépassée dans cette oscillation, la cuisse fléchit sur le bassin, point important sur lequel nous appelons

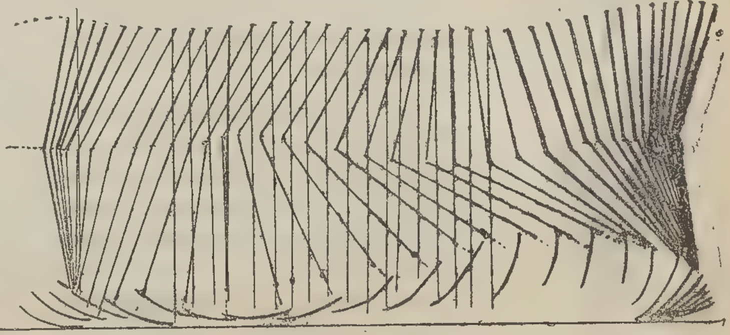


Fig. 1. — *Graphique du pas normal d'après épure de Marey.*

encore l'attention; la jambe, elle, s'étend de plus en plus sur la cuisse, jusqu'au moment où le pied prend contact sur le sol avec le talon. Le mouvement s'achève dans l'articulation tibio-tarsienne.

De cette description du pas normal que nous venons de faire, ce qu'il faut surtout retenir, c'est qu'il existe une oscillation du membre ayant comme extrêmes, d'une part une hyperextension, d'autre part un mouvement de flexion.

Dans les coxalgies doubles ankylosées, il est évident que la cuisse, soudée au bassin, ne saurait avoir le même mouvement pendulaire. Aussi est-il forcé de s'établir des mouvements de compensation du bassin et du genou.

Les photographies que, sur les conseils de M. Ménard, nous avons fait faire, montrent ce que nous voulons dire. Lorsque la jambe portante ou active commence à être ramenée en avant, l'hyperextension de la cuisse sur le bassin que nous avons signalée dans le pas normal, ne saurait exister (ankylose). Le malade y supplée par une flexion exagérée du genou, le pied reposant sur le sol par sa pointe (fig. 2). Et maintenant, lorsque le pied est détaché du sol et que



Fig. 2. — *Premier temps du pas. Flexion du genou. Pied repose par la pointe.*

le membre est devenu oscillant, nous avons vu qu'à l'état normal ce mouvement avait comme limite un degré de flexion assez marqué de la cuisse sur le bassin. Chez le coxalgique double, il ne saurait en être ainsi. Aussi, y a-t-il encore ici une nouvelle suppléance, cette fois par le bassin qui tourne autour de son axe vertical. L'épine iliaque correspondante est portée sur un plan antérieur à l'autre; le pied décrit un arc correspondant.



Fig. 3. — *Deuxième temps du pas. Mouvement de faux.*

Il y a un véritable mouvement de faux dans lequel le pied traîne sur le sol sur son bord interne, pour prendre enfin appui par toute la voûte plantaire (fig. 3).

Pendant ce mouvement de faux, le malade s'élève sur la pointe du pied du membre opposé (membre appui), de façon à l'allonger et à permettre ainsi au mouvement pendulaire du membre oscillant de s'effectuer plus facilement.

Le pas est ainsi achevé; naturellement ces mouvements sont peu étendus, et une autre caractéristique de ce pas, qui découle également de la double ankylose, est sa faible amplitude : le malade marche à petits pas.

Le graphique que nous reproduisons ici explique, schématiquement, la description que nous venons de donner du pas du coxalgique double ankylosé (fig. 4).

Nous avons représenté dans un plan vertical, l'oscillation d'une jambe quelconque, la droite, par exemple, depuis le moment où, partant de la période de repos, elle y revient.

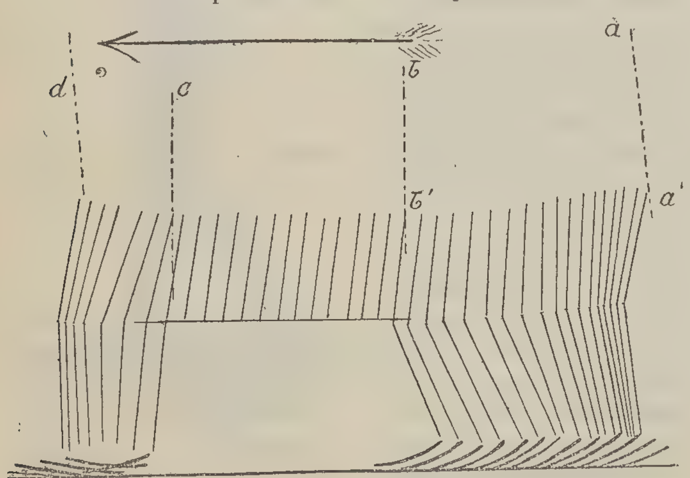


Fig. 4. — *Graphique schématique du pas du coxalgique double ankylosé.* (Projection verticale.)

Sur ce tracé vertical, on voit nettement que, pendant l'oscillation du membre, il existe trois temps.

Premier temps (*a b* de la figure). — C'est le début du pas. On voit, sur notre graphique, qu'à ce moment le tronc *a* s'est légèrement incliné en avant, son axe faisant, avec celui du fémur, un angle hypothétique de 80 degrés environ. Remarquons, dès maintenant, que l'inclinaison du tronc n'est pour rien dans cet angle. De par l'ankylose coxo-fémorale, celui-ci, pendant tout le pas, est invariable, quelle que soit la position du tronc.

Le genou, à ce moment, se fléchit pour suppléer, nous l'avons dit, à l'impossibilité de l'extension de la cuisse sur le bassin, c'est ce que nous montre notre tracé.

Le pied, qui portait sur le sol par le talon des doigts, se dérobe et quitte le sol par la pointe. On arrive alors à la période suivante *b c*.

Deuxième temps (période *b c*). — Le tronc, à ce moment, est vertical, *b b'* faisant toujours avec le fémur son angle fixe hypothétique de 80 degrés environ. Le bassin est soulevé, l'épine iliaque portée en avant.

La jambe alors décrit le mouvement de faux dont nous parlons dans notre description. C'est également à ce moment-là que le malade se hisse, en quelque sorte, sur la pointe du pied opposé, pour permettre à ce mouvement de faux de s'accomplir plus facilement.

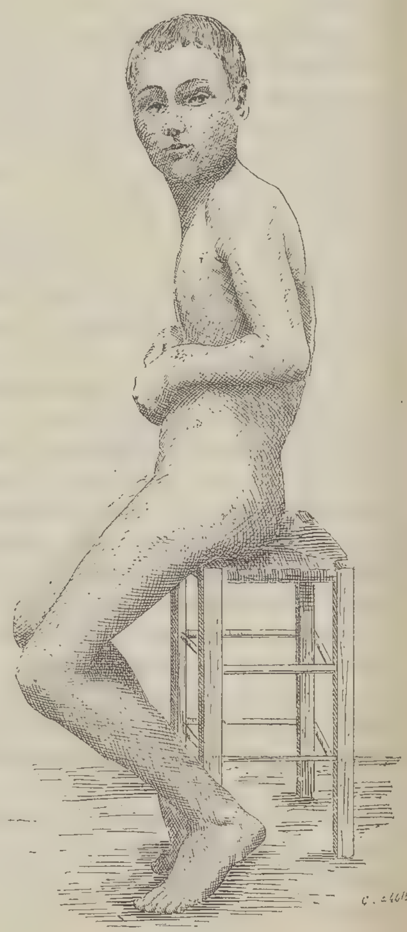


Fig. 5. — *Coxalgique double assis.*

Ce mouvement, impossible à représenter dans un plan vertical, ne pourrait être vu que sur une projection horizontale et aurait la forme d'une courbe à concavité inférieure. Sur notre dessin, ce mouvement de faux correspond au blanc que l'on voit à la partie inférieure et moyenne de la figure.

Dans cette période *b c*, le fémur, sur notre tracé vertical, reste toujours parallèle à lui-même, étant donné qu'il se meut autour d'un axe vertical passant par le talon opposé, et on arrive ainsi à la période suivante *c d*.

Troisième temps (période *c d*). — Le genou s'est étendu ; c'est la seule articulation qui soit mobile; le malade marche avec le genou. La jambe se place alors presque dans le prolongement de la cuisse. Le pied prend contact avec le sol, d'abord par la pointe et le milieu de la voûte plantaire, pour appuyer ensuite le talon.

Le tronc s'incline, faisant toujours un angle invariable avec le fémur, pour revenir à la position *a a'*. Et le pas recommence, la même oscillation se passant alors dans la jambe gauche, la droite devenant maintenant portante.

Autres troubles fonctionnels. — Les cuisses étant maintenues droites et ne pouvant être pliées, les malades ne peuvent s'asseoir. Ils arrivent, par artifice, à s'asseoir d'une façon spéciale en repliant les jambes sous la chaise et en se tenant tout à fait au bord de celle-ci (fig. 5).

Pour s'habiller, ces malades sont souvent très gênés. Par exemple, pour mettre des bas ils sont obligés de plier la jambe sur la cuisse, de prendre par derrière leur pied qu'ils glissent à tâtons dans leurs bas.

Enfin les fonctions génito-urinaires et la défécation sont très troublées. (*A suivre.*)

XXIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 5-10 OCTOBRE 1908 (2)].

QUESTIONS DIVERSES

M. ALBERTIN (de Lyon) rapporte 50 cas d'intervention pour *grossesse extra utérine.*

Dans une première série, traitée par la colpotomie, il a eu 3 morts, bien que, dans 2 de ces cas, il ait fait la laparotomie itérative. Ces décès sont attribuables, pour 2 cas, à des hémorragies secondaires et, pour 1, à l'infection. Dans une seconde série de 30 cas, portant sur ces trois dernières années, il a fait la laparotomie et n'a pas eu un seul décès. A la colpotomie, on peut reprocher la délivrance imparfaite, la possibilité d'hémorragie secondaire, l'infection tardive et la longueur des suites opératoires. La laparotomie permet d'emblée l'ablation de la trompe gravide, des caillots, des membranes, du placenta et donne une guérison rapide.

Considérant que souvent l'état de shock considérable dans lequel se trouvent les malades à la suite d'une rupture de la grossesse tubaire est dû aux réflexes péritonéaux autant qu'à l'importance de l'hémorragie intra-péritonéale. M. Albertin, en pareil cas, attend un, deux ou trois jours avant d'opérer : l'opération se fait alors dans de bien meilleures conditions de résistance de la part des malades. Par contre, la récidive de l'hémorragie au repos est une indication formelle d'opération immédiate et d'urgence.

En résumé, la grossesse extra-utérine doit être opérée par la laparotomie avec ablation partielle ou totale des organes génitaux internes, suivant leur état : c'est au chirurgien à juger de l'opportunité de la conservation. La colpotomie doit rester une méthode d'exception. M. Aubertin l'emploie encore dans les cas d'hématocèle infectée, quitte à compléter l'intervention par une laparotomie lorsque les grands signes d'infection seront atténués.

Cette communication a amené les protestations de différents orateurs. Il est en effet démontré que la rupture de ces grossesses peut tuer la malade d'hémorragie et que le chirurgien ne doit pas attendre pour intervenir.

D'autre part la colpotomie n'est indiquée que pour les cavités infectées et à hémorragies arrêtées; ouvrir par le vagin une cavité qui saigne est un contre-sens chirurgical.

M. FOURNIER (d'Amiens) relate des observations qui montrent, une fois de plus, que des *lésions rénales* provoquées par la présence de *gros fibromes*, en particulier des pyélonéphrites, peuvent rétrocéder et même guérir complètement à la suite de l'ablation du fibrome.

M. CHAVANNAZ (de Bordeaux) a eu l'occasion d'intervenir chez deux malades qui étaient atteintes de *perforations vésicales et rectales, suite de salpingites suppurées.* Chez toutes les deux, il a eu recours à l'hystérectomie et à la castration ovarienne avec drainage vaginal : l'une des malades a guéri, l'autre a succombé. La salpingite était nettement tuberculeuse dans un cas; pour l'autre, la tuberculose reste seulement probable en raison des antécédents et aussi des résultats de l'ophtalmo-réaction.

M. Chavannaz estime que, si certaines fistules vésico-intestinales restent encore justiciables des interventions par voie basse, celles qui sont dues à l'existence d'une trompe suppurée sont avant tout du domaine de la laparotomie.

M. ABADIE (d'Oran) rapporte l'observation d'une femme de dix-huit ans, jamais réglée, mais qui accusait des phénomènes douloureux et congestifs périodiques. Il y avait *absence de tout vagin* ou même d'infundibulum. M. Abadie fit la laparotomie afin de savoir s'il existait un utérus méritant d'être recherché par voie périnéale ; il trouva des trompes et des ovaires normaux ; deux renflements des trompes représentaient les ébauches paires non soudées de l'utérus. En position gynécologique, il procéda donc à un clivage prudent entre la vessie et le rectum, et qui devint facile au delà des releveurs. La cavité ainsi créée fut tapissée par des greffes de Tiersch étalées sur un mandrin volumineux glissé dans la cavité rendue béante par deux valves. Epidermisation complète après une légère retouche. Bon résultat. Le vagin néoformé a actuellement une profondeur de 12 centimètres.

M. Abadie insiste sur la nécessité de la dilatation quotidienne faite par la malade durant des années, afin de lutter contre la rétraction de la cavité. Sous ces réserves, la méthode de la colpoplastie par greffes de Tiersch doit être placée en première ligne, avant le clivage simple voué á un insuccès fatal, avant la méthode de remplacement de Snéguireff, qui remplace le vagin par le rectum, mais aussi une infirmité par une autre, avant les différents procédés d'autoplastie (lambeaux pivotants, dédou-

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n°s 118, p. 1410; 119, p. 1425; 122, p. 1460, et 123, p. 1470.

blement des lèvres, etc.), parfois insuffisants, de technique plus difficile.

Différents orateurs insistent sur le dédoublement des petites lèvres et sur les procédés autoplastiques permettant de donner un vagin artificiel suffisant.

M. Duret (de Lille) expose le résultat de ses recherches de laboratoire sur la *linite plastique* qui est un véritable épithélioma diffus avec adénopathie fréquente.

M. Jonnesco lit une *étude clinique et expérimentale sur l'exclusion du pylore.*

M. Patel (de Lyon) étudie le *traitement des fistules gastro-cutanées par la jéjunostomie.*

M. Patel a traité avec succès par la jéjunostomie un homme de trente-deux ans, qui présentait une fistule gastro-cutanée bas située sur l'estomac. Ce malade était entré à l'hôpital avec tous les signes d'un abcès sous-phrénique qui fut incisé; deux jours plus tard, l'existence d'une fistule gastro-cutanée était reconnue. M. Patel fit une jéjunostomie latérale : finalement la fistule gastro-cutanée guérit spontanément. Malheureusement, cet homme avait un cancer de l'estomac, et il a succombé six mois plus tard à la cachexie.

M. Gauthier (de Luxeuil) cite 2 observations de *perforation intestinale chez des tonneliers.* Ceux-ci, en effet, en portant à bout de bras des tonneaux relativement petits, qu'ils appuient sur les cuisses et sur le ventre, sont exposés à se faire, au cours de leur travail, une contusion de l'abdomen capable de provoquer une perforation de l'intestin.

Dans un premier cas, le blessé entra à l'hôpital quarante-sept heures après l'accident et mourut trois heures plus tard; à l'autopsie on trouva une perforation sur une anse grêle, à quelques travers de doigt au-dessus du pubis.

Pour le deuxième fait, il a eu recours à la laparotomie, mais le malade était arrivé trente-deux heures après l'accident et, malgré l'intervention, il a succombé le lendemain.

MM. Bérard et Patel (de Lyon) rapportent 9 observations de *tuberculose de l'intestin grêle*, traitée chirurgicalement. Huit malades sont guéris définitivement : le dernier est mort de granulie, deux ans et demi après. Sur ces 9 cas, 4 ont trait à des tuberculoses ulcéreuses progressives, 5 à des formes fibro-cicatricielles.

Dans les formes ulcéreuses progressives, seules des opérations palliatives ont été utilisées. La laparotomie simple a suffi pour faire cesser des phénomènes spasmodiques de l'intestin, liés à la présence d'ulcérations tuberculeuses. La section simple de brides péritonéales a été pratiquée deux fois. L'entéro-anastomose a amené, dans une forme intestinale, une survie de deux ans et demi. L'exclusion unilatérale du gros intestin a été suivie d'une guérison définitive.

Dans les formes fibro-cicatricielles, les opérations palliatives ont été utilisées deux fois; les lésions étaient trop adhérentes ou trop étendues pour être extirpées : le résultat a été parfait. La résection (faite deux fois) doit être exécutée, surtout lorsque la tuberculose occupe la région iléo-cæcale.

M. Le Dentu, pour établir *l'anus artificiel définitif*, a recouru au procédé d'Allingham, dans lequel, après avoir extériorisé et fixé l'anse sigmoïde à la plaie avec le mésocôlon, on résèque l'anse dans un délai de douze à soixante heures. Voici comment il règle le manuel opératoire de l'intervention qu'il préconise pour les cas où l'on reconnaît que le mésocôlon est très développé et le côlon flottant : après une incision des téguments de 6 centimètres en moyenne, on sectionne ou l'on dissocie les muscles, on incise le péritoine et l'on extériorise l'anse sigmoïde. On pratique alors une rapide colopexie avant de fixer les bouts et le mésocôlon, tandis qu'un aide maintient la traction sur toute l'anse. On peut éteindre fortement les bouts intestinaux, à 2 ou 3 centimètres en avant de la plaie, avec des ligatures ou des clamps, ou les laisser libres. Dans ce dernier cas, des clamps seront appliqués au moment de la résection. Il est à remarquer que la constriction de l'intestin ne donne pas lieu à des symptômes d'étranglement.

M. Dujon (de Moulins) relate un cas de *contusion de l'abdomen* par coup de pied de cheval avec section complète d'une anse grêle. Il pratiqua la résection de 12 centimètres d'intestin, fit une entéro-anastomose au bouton de Murphy et eut un plein succès.

M. Zawadski (de Varsovie) signale un cas intéressant de *vaste plaie pénétrante de l'abdomen* causée par un timon de voiture. La masse intestinale avait été mise à nu et le blessé était très malpropre. Après lavage des anses éviscérées à la solution physiologique chaude, après nettoyage du péritoine rempli de sang, M. Zawadski réséqua environ 1m20 d'intestin grêle absolument privé de son mésentère, et déjà noir, sutura en outre un orifice de perforation, draina, et son malade entrait en convalescence un mois après l'accident.

M. Psalloff (de Smyrne) cite une observation de *tumeur de la fosse iliaque droite* formée de 400 noyaux de prunes et de cerises arrêtés dans la portion terminale de l'intestin grêle. L'extraction par entérostomie amena la guérison. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 27 octobre 1908)

Diagnostic de la tuberculose. — M. Hutinel a fait connaître le procédé de diagnostic précoce de la tuberculose qui a été employé, avec succès, par M. Mantoux (de Cannes). Ce procédé consiste à injecter un centième de milligramme de tuberculine dans l'épaisseur du derme, d'où le nom d'intradermoréaction que lui donne M. Mantoux.

Des expériences que l'auteur a faites sur 372 sujets humains, il résulte qu'on peut formuler d'une façon certaine si le sujet est ou non tuberculeux. Il n'y a pas de fièvre, ni aucun retentissement sur les lésions tuberculeuses. M. Mantoux, en col-

laboration avec M. Moussu, a fait aussi des expériences très concluantes sur les animaux.

Voici en quoi consiste la réaction obtenue : autour du point injecté, il se forme, dans les cas positifs, une tache absolument caractéristique.

M. Hutinel fait remarquer qu'étant admis qu'il y a de nombreux tuberculeux ne présentant aucun symptôme appréciable aux moyens ordinaires de diagnostic, il faut se montrer très circonspect dans l'appréciation des résultats positifs.

Quant aux résultats négatifs, ils fournissent une certitude absolue sur la non-existence de la tuberculose.

Les faits produits par M. Mantoux méritent toute l'attention des praticiens.

Dosage du grisou. — M. Gréhant fait connaître un procédé très simple de recherche du grisou dans les mines. Voici en quoi consiste ce procédé : Un volume donné d'air chargé de grisou est débarrassé de son acide carbonique par la potasse. Puis à l'aide d'un fil de platine on fait passer dans l'endiomètre un courant électrique. En cas de présence du grisou, il se forme 1 p. 100 de formène.

De l'enseignement du chant. — M. Weiss communique une note de M. Bonnier qui s'élève avec énergie contre l'habitude des professeurs de chant qui consiste à pousser les élèves à grossir leur voix. Comparant ce qui se passe dans les instruments à corde, avec ce qui se passe dans l'émission de la voix, l'auteur fait observer que les constructeurs de ces instruments se conforment toujours à cette règle que les cordes doivent s'amincir du grave à l'aigu pour éviter les tensions dangereuses qu'exigerait le maintien constant à une même épaisseur. Les professeurs de chant semblent ignorer cette règle. L'épaisseur du son varie avec celle des cordes. Chez l'homme les sons aigus, trop grossis, trop poussés, ne portent pas. La préoccupation de registrer la voix, c'est-à-dire de donner la même épaisseur de corde à l'aigu qu'au grave, est une erreur physiologique et une cause de destruction de la voix.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 24 octobre 1908)

Epithélioma cutané de la région temporale. — M. Bizard présente un malade atteint d'une tumeur saillante de la région temporale droite, traitée par son procédé de fulguration et en bonne voie de guérison.

Rhumatisme tuberculeux (*Suite de la discussion*). — M. Ozenne estime que l'on ne peut accepter cette doctrine du rhumatisme tuberculeux et de l'inflammation tuberculeuse spécifique défendue par M. Poncet que le jour où celui-ci aura donné des preuves indiscutables de la nature tuberculeuse de cette inflammation.

Traitement du cancer du rectum par la fulguration. — M. Bizard présente l'observation d'un homme de quarante-trois ans, atteint depuis deux ans d'un cancer du rectum. Plusieurs chirurgiens consultés conseillaient l'anus artificiel, jugeant la tumeur inopérable. C'est dans ces conditions que le néoplasme fut traité par la fulguration au mois de novembre 1907, sans institution d'anus iliaque. Les suites opératoires furent parfaites, les troubles locaux disparurent en grande partie ; le malade a engraissé depuis l'opération chirurgico-électrique de 25 livres. Ce cas et d'autres semblables prouvent que la fulguration doit être considérée comme une des meilleures méthodes actuelles du traitement du cancer, permettant même d'atteindre des néoplasmes jugés jusqu'alors inopérables.

La psychothérapie graphique. — M. Bérillon. Dans toutes les psychonévroses, aux aboulies, aux phénomènes d'anxiété, s'ajoutent constamment d'autres symptômes plus définis au rang desquels il faut mentionner l'abolition du goût de la lecture et la dysgraphie. La cessation de la lecture a pour un esprit cultivé les conséquences les plus défavorables. Elle ne tarde pas à placer l'esprit dans un véritable état de régression mentale, caractérisée par une diminution notable des facultés intellectuelles.

Le principal objectif chez les neurasthéniques, les hypocondriaques, les malades atteints d'idée fixe, doit être de favoriser le retour progressif de l'aptitude à lire et à écrire.

Cette reconstitution de l'attention ne peut être obtenue que par des exercices d'écriture appliquée. M. Bérillon a donné à cette méthode le nom de psychothérapie graphique, car les exercices d'écriture d'abord dictée, puis copiée, auxquels succèdent enfin des exercices d'écriture volontaire, en constituent l'élément fondamental.

Prix Duparcque. — Ce prix d'une valeur minimum de 600 francs sera décerné en 1909.

Le concours est ouvert et le sujet est laissé au choix du candidat.

Les mémoires inédits et non encore récompensés devront parvenir au siège de la Société, 51, rue de Clichy, avant le 24 octobre 1909, portant une devise reproduite dans une *enveloppe fermée*, et sans désignation du nom de l'auteur.

Centenaire de la Société de médecine et de chirurgie pratiques. — La Société a nommé une commission de dix membres choisis dans le Conseil d'administration et dans le Conseil de famille pour organiser une cérémonie officielle en vue de célébrer d'une part le centenaire de la Société de médecine et de chirurgie pratiques et, d'autre part, la nouvelle et grandissante autorité scientifique de la Société de médecine de Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

NÉVRALGIE SCIATIQUE

La sciatique est « une affection douloureuse du membre inférieur, qui se caractérise avant tout par des douleurs à la fois continues et paroxystiques suivant le trajet du nerf sciatique, et accessoirement par certains troubles de la sensibilité, de la motilité et de la nutrition dans le domaine de ce nerf » (Bruhl). C'est Cotugno, qui, à la fin du XVIIIe siècle, a distingué la sciatique (*ischias nervosa postica*) de la coxalgie et des maladies de la hanche (*ischias arthritica*). Valleix, puis Lasègue en ont précisé les symptômes ; Landouzy a distingué les sciatiques-névralgies et les sciatiques-névrites.

ÉTIOLOGIE. — La sciatique est une névralgie fréquente, la plus fréquente après la névralgie intercostale. Les hommes sont atteints plus souvent que les femmes; la sciatique est exceptionnelle avant l'âge de vingt ans. Les causes sont locales ou générales.

Causes locales. — L'influence du *froid* et de l'humidité est très nette dans quelques cas; on voit la sciatique survenir chez des individus ayant couché sur la terre humide, étant restés longtemps assis sur un banc de pierre; aussi la sciatique est-elle plus fréquente en hiver dans les pays froids et brumeux.

Parmi les causes *traumatiques*, il faut citer les contusions, les blessures, les sections incomplètes du nerf par coup de feu, les corps étrangers. Plus importantes sont les *compressions*; sur le trajet fémoral du nerf les compressions sont rares, mais au dessus de l'échancrure sciatique et jusqu'au plexus sacré, le nerf peut être comprimé par toutes les tumeurs du petit bassin : affections péri-utérines, tumeurs diverses, constipation avec accumulation de scybales dans le rectum; une compression semblable peut avoir lieu dans les accouchements laborieux (tête fœtale volumineuse, forceps). La compression peut siéger encore plus haut aux racines du plexus sacré, dans les trous de conjugaison ou dans le canal rachidien (mal de Pott, cancer vertébral, méningo-myélite souvent de nature syphilitique).

On peut rapprocher des sciatiques par compression la sciatique des *variqueux* dont Quénu a montré la fréquence; les veines qui entourent le nerf sciatique sont dilatées et leur sclérose se propage au tronc nerveux.

Causes générales. — Le tempérament nerveux n'a pas l'importance qu'il a dans l'étiologie d'autres névralgies; ce sont plutôt les goutteux, les rhumatisants qui sont prédisposés à la sciatique. Il existe une sciatique *diabétique* souvent double et ayant quelques caractères spéciaux.

Des infections aiguës (grippe, fièvre typhoïde) peuvent provoquer l'apparition d'une sciatique; la *blennorragie* est une cause importante.

Parmi les maladies infectieuses chroniques, il faut citer le paludisme, la syphilis, la tuberculose.

Certaines sciatiques semblent avoir une origine réflexe et être sous la dépendance d'une autre affection siégeant dans un viscère, en particulier dans un organe innervé par les branches du plexus sacré et du plexus sympathique hypogastrique (rectum, vessie, utérus, testicule).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les examens anatomiques étant très rares, on est encore mal fixé sur les lésions de la sciatique; quelquefois le nerf examiné à l'œil nu et au microscope ne présente aucune lésion; dans d'autres cas, il présente des lésions inflammatoires : la congestion est fréquente, ainsi que l'œdème; Tripier a constaté de la sclérose interstitielle, mais les fibres nerveuses sont toujours intactes. Les sciatiques-névrites sont donc interstitielles et non parenchymateuses.

SYMPTOMES. — Le début est lent et insidieux dans la plupart des cas, quelquefois brusque, par exemple quand la sciatique est la conséquence d'un refroidissement. La *douleur* est le premier et principal symptôme. On distingue une douleur continue et des paroxysmes douloureux. La douleur continue est vague et profonde, siégeant le plus souvent à la fesse au niveau de la grande échancrure sciatique, ou le long du nerf à la partie postérieure de la cuisse. Elle est exagérée par le mouvement, les contractions musculaires, la marche et même la station assise; cependant certains malades, surtout dans les sciatiques chroniques, souffrent moins quand ils ont marché pendant quelques instants. La douleur continue est superficielle ou profonde, parfois contusive et sourde, occupant la peau, parfois semblant siéger au niveau des muscles; elle occupe le trajet du tronc et des rameaux du nerf sciatique, mais bien souvent elle se localise en des points distincts, ce sont les points douloureux de Valleix que l'on retrouvera en examinant le membre inférieur; quelques malades souffrent surtout au niveau de l'articulation sacro-iliaque, de l'échancrure sciatique, d'autres au niveau de la tête du péroné; quelquefois c'est le mollet qui est très douloureux.

Les *paroxysmes* douloureux ne s'observent guère au début, mais plus fréquemment dans la période d'état. D'après Valleix, ils n'apparaissent que tardivement, alors que les douleurs continues ont déjà presque complètement disparu. Ce sont des élancements douloureux qui sont provoqués par la marche ou le mouvement; ils constituent des accès qui peuvent aussi survenir sans cause, en particulier pendant la nuit, parfois si pénibles et si fréquents qu'ils rendent le sommeil impossible et que le malade passe la nuit à gémir; les paroxysmes sont quelquefois si intolérables qu'ils portent au suicide les malheureux qui en sont atteints. Le point de départ de ces exacerbations est au niveau des points douloureux de la sciatique; leur direction est surtout descendante; il est très rare que la douleur remonte le long du trajet du nerf, très rare également que l'exacerbation douloureuse reste localisée en un point du trajet du nerf; cependant des douleurs très vives peuvent être localisées à la hanche. Valleix cite un cas dans lequel l'exacerbation douloureuse était fixée au pourtour des malléoles. Les malades comparent ces paroxysmes douloureux à la souffrance que produirait un poignard qui s'enfonce, un fer rouge qui brûle. Quelquefois la douleur paroxystique éveille des douleurs dans la sphère des plexus sacré et lombaire, ou même plus loin par exemple dans les membres supérieurs.

On peut provoquer la douleur en recherchant les signes de Lasègue et de Bonnet; on recherchera ensuite les points douloureux de Valleix.

Pour rechercher le *signe de Lasègue*, le sujet étant couché, on soulève le membre malade maintenu en extension; l'élongation du nerf provoque une douleur vive à la fesse et à la cuisse. La douleur est nulle ou beaucoup moindre quand le genou se fléchit en même temps que la cuisse; mais, si en même temps, on place le membre dans l'adduction, ce mouvement est douloureux; au contraire l'abduction combinée à la flexion n'est pas douloureuse (*signe de Bonnet*).

Les points douloureux de Valleix sont nombreux; on ne les constate jamais tous chez un malade. Le *point lombaire* situé au-dessus du sacrum répond aux branches supérieures du plexus sacré. Le *point sacro-iliaque*, situé au niveau de l'articulation du même nom, est le plus fréquent; on peut même le considérer comme à peu près constant; l'étendue de ce point est assez considérable dans le sens vertical où il mesure 6 à 7 centimètres. Le *point iliaque*, vers le milieu de la crête iliaque, est surtout douloureux dans les sciatiques symptomatiques de lésions viscérales du petit bassin, chez les femmes. Le *point fessier*, au sommet de l'échancrure sciatique, est assez fréquent, mais il faut, pour le trouver, exercer une pression assez énergique. Le *point trochantérien* est situé vers le bord postérieur du grand trochanter. Les trois *points fémoraux*, échelonnés sur le trajet du nerf à la face postérieure de la cuisse, sont assez difficiles à limiter et à préciser; on détermine plutôt à la pression une douleur vague, profonde et diffuse; c'est seulement dans les névrites du sciatique que l'on constate le long du trajet du nerf une douleur bien vive (Lereboullet). Au genou, on constate un point poplité vers la partie externe du jarret, un point rotulien du côté externe de la rotule et un point péronéo-tibial au niveau de l'articulation de ce nom; ces trois points sont vagues et rarement bien délimités. Au contraire le *point péronier*, là où le sciatique poplité externe contourne l'os, est très fréquent et facile à reconnaître. A la jambe, on trouve deux zones verticales douloureuses, l'une au mollet, l'autre à la partie moyenne du péroné. Au pied, on trouve un *point malléolaire* à la partie postérieure et inférieure de la malléole externe, un *point dorsal* du pied et des *points plantaires*. Le point malléolaire est seul fréquent; les autres sont rares et mal définis. Enfin, Lagrelette a décrit un *point calcanéen*, et Trousseau un *point apophysaire* au niveau de la crête sacrée. Il est rare que ces différents points s'observent en même temps; mais par contre, bien souvent, la névralgie sciatique s'accompagne d'irradiations douloureuses dans le plexus lombaire, dans la sphère du plexus sacré, par exemple au nerf honteux interne, au nerf fessier (Jaccoud, Lereboullet).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *L'hiver à la Côte d'Azur.* — Billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes, valables jusqu'au 15 mai 1909.

Du 1er octobre au 15 novembre 1908, les gares P.-L.-M. délivrent aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes pour Cassis et toutes les gares P.-L.-M. situées au delà vers Menton. Le parcours simple doit être d'au moins 400 kilomètres. (Le coupon d'aller de ces billets n'est valable que jusqu'au 15 novembre 1908.)

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Des trains rapides et de luxe composés de belles voitures à boggies, desservent, pendant l'hiver, les stations du Littoral. Paris — La Côte d'Azur en treize heures, par train extra-rapide de nuit et par le Côte d'Azur — Rapide.

Nº 125. — SAMEDI 31 OCTOBRE 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 31 OCTOBRE 1908. — Nº 125

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Le concours de l'Internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Daussy, Lemoine, Maignien, Pasquier, Gaschignard, Collet, Machefer (Michel), Cassard, Barbier.

Internes provisoires. — MM. Bertet, Couturier, Machefer (Roger), Patoureau, Audouy, Mignon.

— Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Rabreau, Thoby, Manne, Malherbe, Korb, Deschamps Baron, Foucaud, Cado, Dehillotte, Le Lyonnais, Jaquier, Monnier, Raingeard, Luneau, Bréger, Rué.

GUERRE. — Un décret en date du 25 octobre décide que les officiers du corps de santé qui ont servi dans l'armée active, pendant au moins six ans à partir de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe, peuvent être autorisés par le ministre de la Guerre à occuper en temps de paix certaines fonctions civiles, savoir :

Les fonctions de professeur titulaire ou professeur agrégé, directeur de laboratoire ou chef de travaux, prosecteur ou chef de clinique dans les facultés de médecine, les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les écoles supérieures de pharmacie;

Les fonctions de professeur titulaire, de professeur suppléant dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine ou de pharmacie;

Les fonctions de professeur titulaire, de professeur suppléant ou de directeur de laboratoire dans les établissements d'enseignement supérieur, tels que l'Ecole pratique des hautes études, le Collège de France, le Muséum d'histoire naturelle, l'Ecole d'anthropologie;

Les fonctions de directeur ou de sous-directeur dans les instituts Pasteur et établissements analogues qui seraient fondés sous le patronage de l'Etat;

Les fonctions de directeur de laboratoire dans les instituts et établissements visés au paragraphe précédent.

Les officiers du corps de santé peuvent poser leur candidature après avoir adressé une demande au ministre.

Les médecins ayant obtenu au concours les titres universitaires spécifiés plus haut seront affectés au service hospitalier et astreints à toutes les obligations militaires de ce service.

Le ministre se réserve de placer dans la position hors cadres ceux de ces officiers du corps de santé auxquels leurs occupations universitaires ne permettraient plus de remplir toutes leurs obligations militaires.

La mise hors cadres peut également être prononcée sur la demande des intéressés.

Les officiers du corps de santé placés hors cadres par application du présent décret auront droit, pour leur réintégration dans l'armée, au quart des emplois devenus vacants dans le cadre des officiers du corps de santé de leur grade.

Ils conservent leurs droits à l'avancement dans l'armée au tour de l'ancienneté et sont tous remis, en temps de guerre, dès le premier jour de la mobilisation, à la disposition exclusive du ministre de la Guerre.

LA MAISON DU MÉDECIN. — Le Comité de haut patronage de la Maison du médecin est en bonne voie de formation. La presqu'unanimité des personnalités qui ont été pressenties pour donner à l'œuvre de la Maison de retraite leur précieuse adhésion a accepté avec empressement.

Figurent déjà dans le Comité de haut patronage :

Pour Paris : MM. les professeurs Landouzy, Besnier, Chantemesse, Fournier, François-Franck, Gilbert, Gariel, Gley, Guyon, Hérard, Hutinel, Lannelongue, Le Dentu,

Lucas-Championnière, Malassez, Motet, Peyrot, Porak, Ribemont-Dessaignes, Segond, Thoinot; Roux, directeur de l'Institut Pasteur; Vaillard, directeur du Val-de-Grâce; MM. Pierre Baudin, ancien ministre; Monod, conseiller d'Etat; Lépine, préfet de police; Mesureur, directeur de l'Assistance publique; Pédébidou, sénateur, etc.

Pour la province, un grand nombre de professeurs de Facultés dont les doyens MM. Hugonnencq, Mouret, Combemale, Duret, de correspondants de l'Académie de médecine, de vedettes médicales, telles que MM. Lacassagne, Testut, Calmette, Monprofit, Delagénière, Ledouble, Calot, etc.

L'organisation des moyens d'action nécessaires à l'édification de l'œuvre complexe et considérable, qui doit apporter aux membres du Corps médical le repos désiré dans l'infortune, la maladie ou la fatigue, s'étend chaque jour de plus en plus et se précise davantage. La Maison du médecin reprend sa tâche avec ardeur et confiance, soutenue qu'elle est par les personnalités déjà citées et par la plus grande partie des groupes professionnels; la question de temps seulement se pose pour la réalisation définitive de l'œuvre utilitaire.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-troisième semaine, 756 décès, au lieu de 773 pendant la semaine précédente et de 796, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 67 décès, au lieu de 78 pendant la semaine précédente et au lieu de 99, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 175 décès (moyenne 182).

HOPITAL « ACCIDENTS DU TRAVAIL » (136, rue Championnet). — Cet hôpital a été fondé en 1903 pour le traitement spécial des victimes des accidents du travail. Depuis sa fondation, une partie de cet établissement a été aménagée en maison de santé libre, à des prix excessivement réduits, ouverte à tous les médecins et chirurgiens qui peuvent soigner et opérer eux-mêmes leurs malades. Comme complément, on y trouve annexés les services suivants : Massages, mécanothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, thermothérapie (méthode Tallerman).

L'enseignement relatif aux accidents du travail a été organisé dès l'année dernière. Il consiste en conférences publiques et gratuites ayant lieu à cinq heures de l'après-midi. Ces conférences sont destinées aux médecins praticiens obligés de plus en plus, de par la loi de 1898, de connaître ces questions qui entrent pour une grande part dans l'exercice journalier de la profession médicale.

Voici le programme des conférences qui vont avoir lieu en novembre et décembre 1908 :

Vendredi 13 novembre. — M. Just Lucas-Championnière, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine : Fractures de l'humérus à la partie supérieure (accidents du travail).

Mardi 17 novembre. — M. Ozenne, chirurgien de Saint-Lazare : De la simulation et des accidents du travail.

Vendredi 20 novembre. — M. Brouardel, médecin des hôpitaux : De l'état antérieur des blessés accidentés du travail.

Mercredi 25 novembre. — M. Dagron, ancien interne des hôpitaux : Valeur de la rééducation circulatoire rapide dans les accidents du travail.

Samedi 28 novembre. — M. Raymond Petit, ancien chef de clinique de la Faculté : Luxations de l'épaule (accidents du travail).

Mercredi 2 décembre. — M. Brissaud, professeur de pathologie interne à la Faculté : Diagnostic différentiel des névropathies post-traumatiques (accidents du travail).

Samedi 5 décembre. — M. Mouchet, chirurgien des hôpitaux : Luxations du semi-lunaire en avant (accidents du travail).

Mardi 8 décembre. — M. Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste de l'hôpital Laënnec : Plaies pénétrantes du globe oculaire, corps étrangers intra-oculaires.

Vendredi 11 décembre. — M. Martha, ancien interne des hôpitaux : Le chancre syphilitique de l'oreille externe et moyenne.

Mardi 15 décembre. — M. Lapointe, chirurgien des hôpitaux : Fractures de Dupuytren (accidents du travail).

Vendredi 18 décembre. — M. Dagron, ancien interne des hôpitaux : Entorse tibio-tarsienne (accidents du travail).

Mercredi 23 décembre. — Me Tourey-Piallat, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel, ancien secrétaire de la conférence : Maladies constitutionnelles, notamment tuberculose, syphilis, hernie, devant la Jurisprudence.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 26 sept. 1908.) E. ZUNZ : Contribution à l'étude de la digestion et de la résorption des protéines dans l'estomac et dans l'intestin grêle chez le chien. — DELÉTREZ : Considérations cliniques sur treize opérations pratiquées sur les voies biliaires. — Gabriel CORIN : Origine des ecchymoses sous-pleurales dans l'intoxication par la strophantine.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 10, oct. 1908.) ENRIQUEZ et M.-E. BINET : Le pronostic de l'œsophagie chez les dyspeptiques. — MILLON : Rectalgie et névralgie anale. — LION et Marcel NATHAN : Estomac biloculaire.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 10, 15 oct. 1908.) H. BRUNET : Deux observations de lombricose. — P. RAMBAUD : Réflexions sur la réorganisation médicale présentées au ministre de l'Instruction publique et aux Chambres par les professeurs de l'Ecole secondaire de médecine de Poitiers en 1834. — MORICHAU-BEAUCHANT : Les anomalies de l'inspiration et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début.

Archives de médecine navale. — (N° 10, oct. 1908.) SISCO : Géographie médicale, Dakar. — DOUNARD : Etude hygiénique du croiseur-cuirassé *Victor-Hugo*. — REGNAULT : Notions récentes sur le chloroforme. — CAZAMIAN : Bursite profonde du coude. Déformations d'une tête fémorale anciennement luxée en haut et en avant. — GUÉGUEN : Du procédé voltaïque dans la méthode cuprométrique pour le dosage des réducteurs en général et en particulier des sucres. — GORRON : Les hôpitaux de New-York.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 oct. 1908.) LAUMONIER : La question de l'arthritisme par suralimentation. — CABANÈS : Des odeurs et de leur influence sur l'organisme. — (15 oct.) A. ROBIN : Traitement du rhumatisme blennorragique. — LAUMONIER : La question de l'arthritisme (*suite*). — (23 oct.) A. ROBIN : Traitement du rhumatisme blennorragique. — LAUMONIER : La question de l'arthritisme.

CONGRÈS INTERNATIONAL
DE
LA TUBERCULOSE

(*Washington, 21 septembre-12 octobre 1908.*)

Le discours officiel de M. Cortelyou, ministre des finances, représentant le gouvernement américain, a marqué la véritable ouverture du congrès le 28 septembre. M. Cortelyou retraça les ravages de la tuberculose. En cent quinze ans, la fièvre jaune, source de tant de paniques, n'a causé environ que 100000 décès; l'année dernière, aux Etats-Unis, 160000 personnes sont mortes de tuberculose. Dans les quatre dernières années, la tuberculose a tué aux Etats-Unis trois fois plus de victimes que les quatre années de la guerre de Sécession. Mais l'on s'organise.

Depuis 1892, année où le docteur Flick fonda la première ligue antituberculeuse, il s'en est établi plus de deux cent aux Etats-Unis; l'armée a son sanatorium; la marine également.

Après d'autres discours officiels, le Congrès se divisa en sections.

SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE BACTÉRIOLOGIE

M. Rosenau (du service sanitaire américain) discute la *vitalité du bacille tuberculeux* dans différentes conditions. On croit encore que le bacille tuberculeux a des moyens de protection spéciaux; ceux-ci n'existent pas en réalité. Il n'y a pas de criterium sûr de la mort du bacille, et il est très difficile de distinguer les lésions dues à des bacilles vivants de celles dues à des bacilles morts. L'inoculation secondaire est le meilleur moyen. Sur huit inoculations chez le cobaye avec des bacilles morts, trois amenèrent la mort de l'animal. La courte vie du bacille dans les milieux de culture les plus favorables contraste étrangement avec sa résistance extrême dans des circonstances très défavorables. Il vit longtemps dans les crachats desséchés. Cependant la dessiccation en tue beaucoup. Dans l'eau, on ne sait guère comment il se comporte.

En étudiant l'action directe, sans enveloppe interposée, de la lumière diffuse sur le bacille de la tuberculose, M. Weinzirl (de Seattle) a trouvé que ce dernier était tué en un laps de temps variant de vingt-quatre heures à une semaine; pour se rendre compte de la part que pourrait avoir la dessiccation dans ces résultats, des expériences de vérification furent faites dans des chambres humides, et presque toujours, le bacille fut trouvé mort plus rapidement dans la chambre humide que dans la chambre sèche; ce qui rend la question extrêmement complexe, et, comme le dit M. Lile (de Cincinnati), tendrait à renverser nos notions sur la climatothérapie de la tuberculose. Cependant, la preuve n'est point encore suffisante.

M. Hitchens (de Glenolden) montre une caisse dans laquelle on peut manipuler sans danger des bacilles tuberculeux desséchés, fort commode pour la préparation des tuberculines.

MM. Arloing et Courmont (de Lyon) décrivent la manière d'obtenir des cultures homogènes de bacilles dans du bouillon glycériné et les modifications de morphologie, de virulence et de coloration que le bacille subit dans ces conditions. Le professeur Arloing expose en outre les résultats de vingt-deux années de recherches sur les variations du bacille tuberculeux, quant à la virulence. Le cobaye est plus facile à inoculer que le lapin. Les tuberculoses chirurgicales sont généralement moins virulentes que la tuberculose pulmonaire, cependant certaines lésions osseuses le sont autant que cette dernière. Le bacille des bovidés montre des variations de virulence aussi grandes que le bacille humain. Les conditions de culture et de pression atmosphérique changent la virulence. On peut dire que tous les bacilles tuberculeux sont de la même espèce; les variations n'autorisent pas à créer des types distincts. En cela, il se sépare de Koch.

Ces mêmes variations ont été retrouvées par MM. Janeso et Elfer (de Hongrie). *Il est extrêmement facile de faire perdre ses caractères distinctifs à une culture; mais il est très difficile*, et jusqu'à présent on n'y a pas réussi, *de donner à une culture des propriétés spécifiques nouvelles.* Etudiant comparativement les bacilles dans la série animale, ils ont trouvé chez les bovidés, toujours le type bovin; chez les poules, toujours le type aviaire; une fois sur 93, chez l'homme, ils ont trouvé un bacille impossible à différencier du bacille aviaire. Jamais, même chez les jeunes sujets, ils n'ont trouvé le bacille bovin.

M. Szaboky (de Budapesth) étudie les milieux de culture les plus favorables au développement du bacille; les milieux les plus humides sont les meilleurs. La croissance du bacille change la réaction du milieu sur lequel il pousse. Sur tous les milieux, sauf sur somatose agar, les réactions se suivent dans cet ordre : alcalin, acide, de nouveau alcalin.

Le second jour, M. Bartel (de Vienne) expose l'état actuel de nos connaissances sur les *voies d'infections de la tuberculose* et accessoirement sur l'immunité. Il est difficile, à l'autopsie, de savoir quelle est la vraie porte d'entrée. Non seulement, les lésions nettement tuberculeuses doivent être prises en considération, mais aussi les lésions du stade « lymphoïde ». Il semble que l'infection à point de départ pharyngé, stomacal ou intestinal est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense; et il est difficile de faire les parts respectives de la déglutition et de l'inhalation.

M. Küss (d'Angicourt) cependant, croit à la *prépondérance de l'inhalation.* Il a fait des expériences en plaçant des cobayes à différentes distances de tapis battus; plus le cobaye est près, plus il s'infecte. Cependant, il ne nie pas l'infection alimentaire. Il a constaté aussi l'atténuation de la virulence par le soleil. Il suffit parfois qu'un cobaye soit exposé une seule fois, pendant vingt minutes, à l'infection pour qu'il s'infecte.

M. Bernheim aussi est un partisan convaincu de l'origine inhalatoire de la tuberculose et, pour lui,

l'anatomie pathologique, la clinique et des expériences faites depuis cinquante ans, sont des preuves suffisantes. L'origine intestinale est possible, mais reste l'exception.

L'hérédité tuberculeuse n'existe pas. La voie d'infection vasculaire est rare; la voie génitale est assez fréquente pour mériter l'attention.

Les muqueuses anale et buccale de la peau sont des portes d'entrée possibles, mais d'importance secondaire.

Mais l'origine alimentaire de la tuberculose trouve des défenseurs dévoués. Le professeur CALMETTE (de Lille) affirme que dans la tuberculose chronique ordinaire, l'infection digestive est le facteur habituel. Certaines tuberculoses de l'enfance sont des tuberculoses d'inhalation, cependant.

Les expériences de Küss ne sont pas applicables à l'homme et s'éloignent trop des conditions normales.

Le professeur LANDOUZY soutient la même opinion. L'infection par inhalation ne se voit que lorsqu'il y a lésion de l'arbre respiratoire. On peut la voir chez les enfants trachéotomisés.

M. RAVENEL (de Madison, Wisconsin) partage la même opinion. Il se base surtout sur la tuberculose spontanée et expérimentale des animaux, des porcs en particulier. La tuberculose du porc va en augmentant, et personne ne dira qu'elle est d'origine respiratoire. Seulement, remarque M. WELCH (de Baltimore), pour être tout à fait juste, il faut dire que la tuberculose du porc n'a pas les mêmes localisations que la tuberculose de l'homme.

M. HARBITZ (de Christiania) attire l'attention sur la tuberculose de l'enfance qu'il a pu déceler dans 42 p. 100 des autopsies, tandis qu'on trouve la tuberculose chez 70 p. 100 des adultes et la plupart de ces tuberculoses de l'enfant sont latentes. On ne peut dire si cette tuberculose de l'enfance accroît la susceptibilité ou donne une certaine immunité. Il se pourrait que certaines tuberculoses avérées de l'adulte ne fussent que la continuation d'une tuberculose latente de l'enfance, ce qui diminuerait beaucoup la force de l'argument invoqué par Bernheim, à savoir que la tuberculose est rare pendant la période de lactation.

M. HART (de Berlin) insiste sur la prédisposition congénitale, héréditaire ou acquise de certains sommets et M. STILLER (de Budapesth) essaye d'établir une relation entre la tuberculose pulmonaire et l' « asthenia universalis », dans laquelle on peut reconnaître notre « faiblesse de constitution », comprenant l'entéroptose, la dyspepsie atonique, la neurasthénie, l'insuffisance de nutrition des tissus. Le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose lui semble être plutôt un traitement direct de l'asthénie et pas un vrai traitement de tuberculose pulmonaire.

Le troisième jour vit reprendre cette question capitale de l'étiologie de la tuberculose. Il était naturel de voir M. BERNHEIM, après avoir réaffirmé la doctrine inhalatoire, préconiser les mesures destinées à débarrasser l'air de tous les microbes. Il voudrait voir une cheminée à double courant dans toutes les chambres.

M. PARK (de New-York) incrimine surtout les crachats desséchés, et les gouttelettes d'expectoration; le facteur le plus puissant d'infection, c'est le tuberculeux chez lui. Les matières fécales aussi peuvent être dangereuses, dit M. MAC WHARTHER (d'Alabama).

Puis, après cette discussion sur les modes majeurs de contamination, vinrent plusieurs communications établissant l'importance pratique de modes moins fréquents.

MM. COURMONT et LESIEUR (de Lyon) apportent une contribution à l'infection transcutanée. L'inoculation avec un bacille suffisamment virulent est possible. Il peut y avoir ou ne pas y avoir de réaction cutanée locale. Donc surveiller cette porte d'entrée.

M. SPITZSTEIN (de Budapest) n'a pas pu inoculer le lapin par voie transcutanée; il croit donc que c'est là la voie d'accès la plus défavorable pour le microbe.

M. ANDRÉ (de Lyon) a établi d'une façon concluante le rôle des mouches dans la dissémination des bacilles tuberculeux. Il a suivi l'histoire du bacille tuberculeux ramassé par une mouche sur un crachat ou des matières fécales. Donc, désinfecter les crachats et les fèces; exterminer les mouches et protéger les aliments par des grillages de fil de fer fin.

M. WOODS PRICE (de Saranac Lake, New-York) a envisagé la possibilité de contagion dans un sanatorium par l'intermédiaire des objets usuels. Sa série d'inoculations a été absolument négative. Il faut recommander la stérilisation de ces objets, mais le risque ne semble pas grand.

Les recherches de M. MATEJIN (de Budapesth) sur le même sujet aboutissent aux mêmes conclusions.

Dans l'après-midi de ce troisième jour, la section d'anatomie pathologique et de bactériologie se réunit à la section de tuberculose animale pour écouter M. KOCH exposer ses idées sur les rapports de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine. Il n'a pas changé d'un iota ses conclusions du congrès de Londres de 1901; le bacille bovin est différent du bacille humain; il peut infecter l'homme, mais donne rarement lieu à une maladie grave; donc, *le bacille humain; voilà l'ennemi*. Jusqu'à présent, l'on n'a jamais trouvé le bacille bovin dans un cas de tuberculose pulmonaire; on l'a trouvé dans des adénites cervicales et dans la tuberculose intestinale. Le fait que l'on prétend pouvoir transformer les bacilles l'un dans l'autre par des moyens artificiels n'a point grand intérêt au point de vue pratique.

M. SMITH (de Boston) admet que l'on peut faire varier le bacille dans certaines limites, mais la vraie transformation de l'un dans l'autre reste encore à être démontrée. La transformation en masse de bacilles bovins en bacilles humains dans le corps de l'homme ne lui semble guère d'accord avec le gros des faits connus.

M. WOODHEAD (de Cambridge), quoique moins affirmatif, déclare que de nouvelles expériences sont encore nécessaires avant que l'on puisse affirmer que la tuberculose des bovidés est transmissible à l'homme.

Avec le professeur ARLOING, nous revenons à l'unité de la tuberculose. Les variations sont nombreuses et M. Arloing les a longuement étudiées. Au

point de vue médical, les variations du bacille nous expliquent les variations cliniques de la maladie; il serait à désirer que nous eussions des moyens de pronostic aussi bien que des moyens de diagnostic. Au point de vue thérapeutique, *il faut se garder contre le virus tuberculeux, d'où qu'il vienne.*

MM. Fibiger et Yensen (de Copenhague) disent aussi que les différences entre le bacille bovin et le bacille humain ne sont pas si énormes et qu'elles peuvent s'atténuer.

M. Raw (de Liverpool) se rallie au contraire à l'opinion de Koch; le bacille bovin et le bacille humain sont deux types différents d'une même espèce. Le bacille humain produit la tuberculose pulmonaire, l'entérite ulcéreuse, la tuberculose laryngée. Le bacille bovin est l'agent de la péritonite tuberculeuse, des adénites tuberculeuses, de la granulie, de la tuberculose articulaire, de la méningite tuberculeuse et du lupus. Cela est important au point de vue du traitement. La tuberculine R de Koch n'a pas grande valeur dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, mais elle en a beaucoup dans le traitement des infections d'origine bovine. Eliminons la tuberculose des laiteries, et nous ne verrons plus de tuberculoses chirurgicales.

M. Duval (de Montréal) a étudié avec soin les bacilles de quatre cas d'adénite cervicale : un à bacille humain, un à bacille bovin, deux à bacilles atypiques, peut-être bovins et aviaires modifiés.

M. Dawson (de Newark) combat les idées de Koch; le bacille bovin est pathogène pour l'homme. C'est aussi ce que pense M. Ravenel.

En somme les deux camps sont toujours en présence et irréductibles dans leur attitude. Mais c'est l'attitude de la prudence qui triomphe dans les résolutions adoptées par le congrès ainsi qu'on le verra plus loin.

SECTION D'ÉTUDE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

M. Williams (de Boston) considère le *fluoroscope* comme un précieux moyen de diagnostic, destiné, non à prendre la place des moyens classiques, mais à les compléter. Le médecin qui a fait l'examen classique doit guider et interpréter la fluoroscopie, qui montre les conditions centrales, tandis que l'auscultation et la percussion ne décèlent que les conditions de surface. Le fluoroscope montre le pneumothorax avant qu'il ne soit devenu appréciable à l'examen ordinaire; il montre la mécanique respiratoire beaucoup mieux que n'importe quoi. De même pour les aires de calcification et de sclérose. Quand la fluoroscopie est négative à deux reprises à quinze jours d'intervalle, ne faire un diagnostic de tuberculose que si on a des raisons très sérieuses. Bien protéger le malade et le médecin, pendant les séances.

M. Hulst (de Grand Rapids) croit la radiographie meilleure que la radioscopie. La limitation de la course du diaphragme n'est pas toujours fonction de tuberculose et manque souvent dans des cas nets de tuberculose.

M. Rist (de Paris) ne croit pas que les rayons X aient atteint la valeur de la percussion et de l'auscultation; principalement parce que les rayons X sont dans les mains des spécialistes qui s'intéressent surtout au côté technique. Cependant ils donnent une aide précieuse au diagnostic précoce. Les expositions courtes sont les meilleures. Mieux que l'auscultation ou la percussion, les rayons X permettent de déterminer l'étendue et le degré de la lésion.

M. Minor (d'Asheville) croit qu'il y a là un moyen complémentaire, mais pas une méthode de diagnostic particulièrement précoce. Toujours commencer avec des rayons mous.

M. Leube (de Wurzbourg) a trouvé les rayons X surtout utiles pour rassurer l'esprit des malades dans les cas douteux dont l'examen fluoroscopique est négatif. Pour le médecin, la valeur est moindre.

M. le professeur Landouzy entretient ensuite le congrès d'un type morbide qu'il a bien fait connaître en France : la *typhobacillose.* Pas de taches rosées, séro-diagnostic négatif, pas de bacilles d'Eberth dans le sang ou les fèces, voilà les éléments de diagnostic; ce sont aussi des éléments de pronostic sombre.

MM. Ravenel (de Madison) et Klebs (de Chicago) ont étudié les *infections mixtes* de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. La formation de cavernes est toujours associée à la présence de streptocoques et se voit surtout chez l'homme et le singe : chez les animaux domestiques, il n'y a guère d'infections mixtes et pas de cavernes. La prévention des infections secondaires est donc capitale. A une question de M. Bernheim, demandant des détails sur la technique et rappelant que des travaux français semblent établir que le bacille tuberculeux n'a pas besoin d'aide pour faire des cavernes, M. Ravenel répond que puisque l'on ne trouve jamais de bacilles tuberculeux dans les cavernes, mais toujours des streptocoques, et que l'on peut produire une caverne chez l'animal en lui injectant du streptocoque, le rôle des infections mixtes lui paraît bien probable. La pire chose qu'un tuberculeux puisse faire, c'est de vivre avec un phtisique.

MM. Wilson et Rosenberger (de Philadelphie) en examinant les testicules et les canaux déférents de malades morts de tuberculose pulmonaire, en ont trouvé cinq sur quinze qui, quoique apparemment normaux, ont montré le bacille tuberculeux sur des coupes ou à l'inoculation. Ils ont trouvé les bacilles dans les fèces des animaux trois jours, et dans l'urine, huit jours après l'ingestion de crachats. Donc, la protection contre le crachat n'est pas tout.

En étudiant la *valeur comparée du traitement dans un sanatorium près de la résidence du malade, et dans un climat entièrement différent,* M. Knight (de Boston) se déclare en faveur du sanatorium ; l'hygiène est meilleure là, aussi la discipline. M. Williams (de Londres) croit au contraire que l'altitude seule peut guérir la tuberculose. Mais il est remarquable d'entendre Edson (de Denver), qui exerce dans la station climatérique d'altitude la plus renommée des Etats-Unis, venir déclarer qu'il faut plus que du climat pour guérir la tuberculose et que le changement de climat ne vaut qu'autant qu'il décide le malade à vivre davantage au grand air. Les conditions de vie sociale et domestique et le côté

pécuniaire doivent être envisagés soigneusement avant de conseiller un changement de climat. Souvent, il vaut mieux rester à la maison ou auprès.

MM. Lopez (de Mexico) prône l'altitude de Mexico, Pottenger (de Los Angeles) se rattache à l'opinion d'Edson, Woodcock (de Leeds) déclare qu'il est difficile à celui qui a été traité dans un sanatorium de se refaire à la vie domestique ordinaire. M. Amrein (d'Arosa, Suisse) signale l'influence heureuse des hautes altitudes de la Suisse sur la fièvre des tuberculeux.

M. Flick (de Philadelphie) étudie *le diagnostic et le traitement de la tuberculose à son stade précoce.* Flick a été l'un des pionniers du mouvement tuberculeux actuel; aussi ne faut-il pas s'étonner de voir sa communication énoncer des idées aujourd'hui absolument classiques. Classique aussi la communication de M. Anders (de Philadelphie) *sur la valeur de l'hémoptysie comme symptôme de début.*

M. Fisher (de Yale University) critique vivement les *régimes diététiques* de la plupart des sanatoriums, régime dont la valeur calorique varie de 2.100 calories, dose suffisante s'il n'y a pas de travail, jusqu'à 5.500 calories, chiffre toujours beaucoup trop considérable et nuisible. Il considère qu'un régime de 3.000 calories, avec 10 p. 100 d'albuminoïdes, est la bonne moyenne. C'est aussi ce chiffre que King (de Liberty) donne à ses malades, 130 grammes d'albuminoïdes, 110 grammes de graisse et le reste en hydrates de carbone. Ce régime a beaucoup diminué les troubles digestifs.

Suivant M. Hashings (de New-York), on ne saurait se fier à l'*index opsonique* dans la tuberculose; il ne concorde pas avec la réalité. Au contraire M. Sauborn (de Boston) le trouve un bon guide, et un bon aide pour le diagnostic précoce, moins désagréable que les tuberculines. M. Lincoln (de Chicago) a trouvé les résultats le plus souvent d'accord avec ceux de la cuti-réaction et de l'ophtalmo-réaction. MM. Kinghom, Twichell, Carter et Werry (de Saranac Lake) considèrent aussi la méthode comme utile pour contrôler le traitement par les tuberculines en vue de l'immunisation.

En somme, il semble que l'on accorde à l'index opsonique une certaine valeur, mais pas absolue et souvent discutable. Il n'en est pas de même de l'*ophtalmo-réaction* dont parle le Prof. Calmette (de Lille) et de la *cuti-réaction* qu'expose M. Von Pirquet (de Vienne). Naturellement chacun préfère sa méthode. Les travaux sont trop connus pour que nous ayons besoin d'insister.

M. Baldroin (de Saranac Lake) sur 1.087 cas d'ophtalmo-réaction a trouvé 70 p. 100 de réaction, et 2 p. 100 de réactions graves. Il ne faut pas répéter les instillations, sous peine d'erreur. La réaction n'a pas de valeur pronostique.

M. Arloing (de Lyon) ne trouve pas l'ophtalmo-réaction supérieure à l'agglutination, au contraire; celle-ci renseigne sur les défenses de l'organisme, tandis que l'ophtalmo-réaction ne renseigne que sur le degré d'intoxication de l'organisme.

M. Detre (de Budapesth) décrit une modification par lui employée de la cuti-réaction.

Discussion sur la sérothérapie de la tuberculose.

M. Béraneck (de Neufchâtel) parle de sa *tuberculine.* M. Denys (de Louvain) envisage la possibilité de se servir d'un *bouillon filtré de cultures du bacille humain comme agent de traitement spécifique de la tuberculose humaine.* Il a eu des guérisons en se servant de doses progressivement croissantes : plus la lésion est jeune, meilleures sont les chances. Les cas avancés ne donnent rien.

De même qu'il a essayé de classer les manifestations tuberculeuses chez l'homme en manifestations dues au bacille humain et manifestations dues au bacille bovin, de même M. Raw (de Liverpool) *a essayé plusieurs tuberculines différentes suivant l'origine supposée de la maladie.* La tuberculose pulmonaire, due au bacille *humain*, doit être traitée par la tuberculine *bovine;* inversement les tuberculoses chirurgicales, dues au bacille *bovin,* doivent être traitées avec la tuberculine *humaine.* La lésion doit être jeune; si elle est suppurée, pas de résultats. Les idées de Raw sont intéressantes, mais la place nous manque pour les développer.

M. Pottenger s'est servi des deux tuberculines; il les croit aussi antagonistes. La tuberculine bovine convient aux processus aigus; la tuberculine humaine, aux processus chroniques.

M. Philip croit que les tuberculines sont bonnes, mais leurs bons effets sont limités, anatomiquement et physiologiquement. Il préfère la tuberculine de Béraneck.

MM. Denys et Béraneck montrent l'inutilité du sérum antistreptococcique dans les infections associées.

M. Trudeau (de Saranac Lake) discutant la question de savoir si *l'immunisation donnée par le traitement par la tuberculine est antibactérien ou antitoxique* se déclare partisan de cette dernière théorie, bien qu'elle ne soit pas absolument satisfaisante sur tous les points.

M. Flick expose les *résultats donnés par le sérum de Maragliano* au Phipps Institute. Ils sont nuls. Pire que cela, M. Landis (de Philadelphie) a vu dans 17 p. 100 des cas traités avec ce sérum, des phénomènes d'intolérance survenant rapidement. Pas de mort, cependant.

M. René Gaultier (de Paris) a vu que dans certains cas l'hémoptysie chez des tuberculeux est due à une hypertension temporaire. L'extrait aqueux de gui, 30 centigrammes en vingt-quatre heures, 5 centigrammes toutes les deux heures sous la peau, réduit promptement cette hypertension.

Les *sanatoria et les dispensaires antituberculeux* furent le thème principal des deux dernières séances.

Le professeur Landouzy et le docteur Guinard (de Bligny) exposèrent les résultats de cette institution où le coût quotidien d'un malade est d'environ 3 fr. 50, dont 1 fr. 40 à 1 fr. 50 pour la nourriture seule. Résultats excellents aux deux premiers degrés, nuls dans les cas avancés, que l'on ne doit pas envoyer dans un sanatorium.

Dix ans d'expérience avec les sanatoria d'Alle-

magne ont appris à M. Pannwitz (de Berlin) que le sanatorium gratuit économise beaucoup d'argent au pays. M. Latham (de Londres) croit beaucoup à la valeur des sanatoria, mais il faut qu'un sanatorium soit un sanatorium, et non pas un hôtel.

M. Brown (de Saranac Lake) envisage les *résultats éloignés du traitement dans un sanatorium.* Des malades sortis depuis vingt-trois ans du sanatorium des Adirondacks, 41 p. 100 sont vivants et travaillent, ou sont en état de travailler. Il y en a parmi ce nombre 63 qui ont été traités il y a plus de quinze ans.

M. Paterson (de Frimley, Angleterre) plaide en faveur du proportionnement du travail à la gravité des cas. Tant qu'il y a de la fièvre, repos absolu, puis progresser peu à peu. Lorsque l'index opsonique ne varie plus après un travail dur, c'est que la maladie est arrêtée.

M. Bridge (de Los Angeles) plaide en faveur du repos du poumon tuberculeux, pour les mêmes raisons que l'on immobilise une jointure tuberculeuse. C'est vrai dans les cas avancés, répond M. King, mais, dans les cas de début, il faut essayer des exercices d'expansion du poumon malade.

M. Williams (de Londres) demande qu'il y ait un dispensaire central pour tuberculeux, d'où les cas de début, apyrétiques, seront envoyés dans un sanatorium, les cas avancés, dans un hôpital pour tuberculeux, et les cas intermédiaires seront soignés à domicile. M. Woodcock (de Leeds) demande qu'une colonie de travail complète le traitement du sanatorium, qui est toujours trop court.

M. Philip (d'Edimbourg) expose ses idées sur le *dispensaire antituberculeux*, bureau d'information pour tous ceux que la tuberculose intéresse ; centre où tous les cas sont diagnostiqués et dirigés sur la place de traitement ; centre aussi pour la surveillance des cas traités à domicile ; et trait d'union de toutes les œuvres pour la prophylaxie.

M. Calmette croit le preventorium, dispensaire de secours antituberculeux, absolument essentiel à la préservation de la société contre la tuberculose. Sa fonction n'est pas de traiter les cas ; c'est de rechercher, attirer et surveiller ceux que leur environnement prédispose à la tuberculose. A part cette distinction capitale, la conception est analogue à celle de Philip.

M. Kayserling (de Berlin) insiste sur le côté *examen des familles tuberculeuses* au dispensaire et M. Wilson (de Chicago) décrit l'œuvre de l'Institut central de la tuberculose de Chicago. M. Egger (de Bâle) montre la différence d'action du dispensaire et du sanatorium. Le dispensaire envoie au sanatorium et reprend à la sortie.

Cette conception du dispensaire est approuvée généralement.

M. Minor seul fait la réserve qu'il faut faire attention à ne pas miner de cette façon la moralité des malades. Selon lui, il vaut mieux qu'un malade meure non guéri, mais indépendant, que de le voir s'habituer à vivre perpétuellement bien aux frais de l'Etat.

Mais le tuberculeux avancé, qu'en faire ? De fait, il est aujourd'hui facile à un tuberculeux au début de se faire soigner, mais l'incurable, on le laisse aller et venir sans traitement. M. Meyer (de Berlin) veut que l'on se protège contre eux, tout en adoucissant leur période ultime, en établissant pour eux des hôpitaux spéciaux, qu'il ne faut pas faire trop différents des hôpitaux ordinaires, afin de ne pas créer de préjugé contre eux.

Entre les tuberculeux du début justiciables du sanatorium et les phtisiques que l'on ne peut que recueillir dans un hôpital spécial, il y a une grande classe de malades que jusqu'à présent on a laissé sans aide. Pour ceux-là, on a créé, à Boston, ainsi que le dit M. Townsend, des *camps de jour*, où on les fait se reposer et se nourrir. Le but est plutôt de les éduquer que de les guérir.

M. White (de Pittsburg) parle des *camps de nuit* qui, eux, s'adressent à ceux qui sont obligés de travailler pendant le jour.

M. Minor (d'Asheville) dit que les principes du traitement du sanatorium peuvent être appliqués à la maison, et M. Coleman (d'Augusta) pense que cela est heureux parce que c'est à la maison qu'il faut que la plupart des tuberculeux se soignent.

M. Carrington (de Fort Stanton) parle des conditions des tuberculeux dans le sud-ouest des Etats-Unis. Il y en a tant que les habitants sont atteints de phtisiophobie et que les tuberculeux sont réduits à coucher sous leur propre tente, ce qui n'est pas plus mal qu'autre chose d'ailleurs.

MM. Gardiner et Swan (de Colorado Springs) et King (de Liberty) parlent au contraire du *sanatorium pour gens riches*. Les principes sont les mêmes que ceux du sanatorium des pauvres ; l'application diffère. De petits pavillons détachés sont préférables. Il est plus difficile de faire prendre à la classe riche de l'exercice graduel et de la soumettre au régime alimentaire. Enfin le facteur psychique est le pire de tous.

M. Hutchings (d'Ogdensburg) déclare que la *mortalité par tuberculose dans les asiles d'aliénés* est très élevée. Les conditions actuelles peuvent être améliorées.

M. Exchaguet (de Leysin) étudie les *indications et contre-indications des hautes altitudes*. Tous ceux qui peuvent supporter l'air froid doivent aller aux hautes altitudes ; la faiblesse générale et celle du cœur avec pouls rapide sont les seules contre-indications ; aussi l'asthme et l'emphysème très marqués ; mais pas la tendance à la congestion pulmonaire, ni la fièvre, qui est plutôt une indication. Les hémoptysies sont très rares aux hautes altitudes. La tuberculose laryngée est peut-être irritée au début, mais les résultats ultérieurs sont bien meilleurs.

M. Liceaga (de Mexico) vante aussi les bons effets du climat du haut plateau de Mexico (2200 mètres) avec température peu variable.

M. Lopez (de Mexico) remarque que les hautes altitudes abaissent la pression sanguine, augmentent la capacité pulmonaire et l'expansion respiratoire.

M. Wright (de la marine des Etats-Unis) vante les bons effets du mercure ; 35 p. 100 des cas sont améliorés. L'année dernière, sa mortalité est tombée de

11 p. 100 pendant le premier trimestre à 4 p. 100 pendant le second, et 0,95 p. 100 dans le troisième. Il va presque jusqu'à prononcer le mot de spécifique. M. Liceaga approuve en se basant sur quarante ans d'expérience.

M. SCHRŒTTER (de Vienne) reconnaît qu'il y a certains cas de *pneumothorax* qu'il est impossible de déceler cliniquement. Mais le fluoroscope les trouve et le spiromètre accuse une chute brusque de moitié de la capacité respiratoire.

M. SPENGLER (de Davos) préconise la *production artificielle d'un pneumothorax* dans les cas de lésions unilatérales ou unilatéralement actives.

M. SOLIS-COHEN (de Philadelphie) a étudié la *coagulabilité du sang chez les tuberculeux*. Elle est de cinq minutes dix secondes à tous les stages de la maladie, contre huit minutes quarante secondes chez les gens normaux.

M. PASCHAL (de Leattle) prétend, dans sa communication sur les *rapports entre l'état des dents et le pronostic de la tuberculose*, que ceux qui ont les dents striées ou irrégulières ont de meilleures chances de guérir que ceux qui ont des dents parfaites, parce que ces défauts résultent d'une infection dans le jeune âge, infection qui a conféré une immunité partielle. — (*A suivre.*) F. GARDNER.

XXIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 5-10 OCTOBRE 1908 (1)].

QUESTIONS DIVERSES

M. CAZIN (de Paris) insiste sur *les avantages de l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë.*

Chaque fois que l'on se trouve en présence d'un malade atteint d'appendicite au début, chaque fois que le diagnostic est indiscutable, et, à plus forte raison, quand le malade a eu déjà une crise antérieure, ce qui enlève toute hésitation, il est extrêmement avantageux d'opérer dès le premier jour, aussi près du début qu'il est possible de le faire, attendu que, plus l'intervention est précoce, et plus elle se fait dans des conditions tout à fait analogues à celles de l'opération à froid.

Etant donné que, si rigoureusement appliqué que soit le traitement médical, nul ne peut dire, quand une appendicite commence, de quelle façon elle se terminera, et, d'autre part, le moindre inconvénient de la temporisation pouvant être un abcès, dont l'incision sera souvent suivie d'une convalescence fort longue, le malade, en acceptant l'opération immédiate, échappera tout d'abord aux risques que font courir les formes graves, et recueillera tous les bénéfices de l'opération à froid au point de vue de la rapidité de la guérison et de la solidité de la cicatrice. Un drainage de très courte durée est, en effet, parfaitement suffisant, lorsque l'on opère dans les vingt-quatre heures, même lorsqu'on trouve une perforation. Enfin, le malade sera dispensé de perdre cinq à six semaines à attendre l'opération à froid, qu'on décide en principe dès le début de la crise, et qu'on pourrait, par conséquent, réaliser immédiatement avec les mêmes avantages et sans le moindre inconvénient.

En résumé, on peut dire que, pratiquée le plus près possible du début de la crise, dans les premières vingt-quatre heures, si on peut l'obtenir, l'intervention précoce constitue le traitement idéal de l'appendicite. Après quarante-huit heures, en dehors des cas de péritonite généralisée pour lesquels la mort est certaine si l'on ne tente pas une intervention, et qui donnent encore des guérisons au troisième jour, il vaut mieux s'abstenir, en se bornant à ouvrir les abcès qui peuvent se produire, et pratiquer ultérieurement l'opération à froid.

M. KROFFT (de Lausanne) est, au contraire, très partisan du traitement médical sévère qui presque toujours évite les complications graves.

M. TAVEL (de Berne), par contre, est partisan de l'opération précoce et rapporte le cas suivant :

Il s'agit d'un homme qui, après une course de montagne, fut pris brusquement d'appendicite. Le pouls et la température étaient très voisins de la normale, et cependant M. Tavel crut devoir opérer sans retard; or, la laparotomie lui permit de constater l'existence d'une gangrène de l'appendice, de sorte que dans ce cas l'opération précoce a certainement sauvé son malade d'une mort inévitable.

M. ROUX (de Lausanne) est partisan de l'intervention immédiate, au premier signe d'appendicite aiguë, chez tout individu qui a déjà eu une crise d'appendicite, mais, pour les malades qui en sont à leur première crise, il se demande si l'on ne risque pas, en opérant ainsi « à l'américaine », de commettre une erreur de diagnostic. A son avis, il est, avant tout, nécessaire d'apprendre au public à faire comme les chiens qui ont mal au ventre, c'est-à-dire à se soumettre à une diète absolue, et à s'abstenir de toute purgation dès qu'ils ont la moindre douleur abdominale.

M. REYMOND a eu l'occasion d'opérer 47 appendicites par incision sur la ligne médiane.

Il n'a eu à regretter ni décès ni éventration consécutive.

Dans 19 cas l'intervention était commandée par l'appendicite elle-même. Dans 27 cas la laparotomie se trouvait indiquée en même temps par une autre lésion, fibrome, salpingite, etc.

Ces observations ne représentent qu'une partie de ses appendicectomies par voie médiane, étant donné qu'au cours de chaque laparotomie il enlève systématiquement l'appendice. Les 47 observations précédentes correspondent seulement aux appendicites manifestes présentant un des trois caractères macroscopiques : perforation de l'appendice, foyer purulent ou adhérences avec les organes voisins.

Les raisons qui font considérer l'incision sur la ligne médiane comme le procédé de choix dans un

---

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 118, p. 1410; 119, p. 1425; 122, p. 1460; 123, p. 1470, et 124, p. 1483.

grand nombre d'appendicites sont les suivantes :

1° Si l'appendicite présente une disposition classique, l'intervention est aussi facile par la voie médiane que par la voie latérale ; si la disposition est anormale la voie médiane a plus de chance de faciliter l'accès des lésions.

Les foyers secondaires sont d'un accès incomparablement plus aisé.

2° La ligne médiane facilite mieux que toute autre l'abord des lésions qui peuvent coïncider avec l'appendicite. Chez la femme elle permet l'exploration des organes génitaux, l'intervention au cas de lésions soupçonnées ou demeurées latentes.

Au cas possible où la lésion attribuée à l'appendice dépend des annexes, l'incision médiane enlève toute gravité à l'erreur de diagnostic.

3° Dans la majorité des cas, la cavité péritonéale est en plus grande sécurité. En principe il est plus chirurgical pour enlever un foyer infectieux intrapéritonéal d'ouvrir d'abord le péritoine et de le protéger avant d'attaquer le foyer lui-même.

Exception est faite pour les cas où l'abcès est nettement constitué et où l'intervention doit se borner à ouvrir cet abcès.

4° En ce qui concerne les chances d'éventration, nous constatons n'avoir pas eu à en regretter un seul cas.

Si le drainage doit être pratiqué, on peut choisir plus facilement la place du drain au niveau de la plaie ou d'une contre-ouverture.

MM. TOUBERT et JEANBRAU (de Montpellier) présentent des planches urétroscopiques figurant un *rétrécissement congénital de l'urètre* chez un homme de vingt ans. Ce rétrécissement avait la forme d'un diaphragme percé d'un orifice en forme de croissant, et siégeait à l'entrée de la portion membraneuse. L'urétrotomie interne à quatre sections permit de dilater très rapidement ce rétrécissement jusqu'au béniqué 54. Une planche représente l'aspect du canal après l'opération : la lumière du canal est devenue centrale et le diaphragme est réduit à une collerette circulaire. Les auteurs insistent sur la nécessité de pratiquer des sections multiples dans des cas de ce genre. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1908)

La tarsalgie. — On se rappelle que M. Poncet, dans sa communication sur les affections tuberculeuses, a parlé de la tarsalgie. MM. Kirmisson et Broca ont pris, à ce sujet, la parole pour protester contre l'opinion de M. Poncet sur la nature tuberculeuse possible de la tarsalgie.

M. REYNIER vient, à son tour, combattre les conclusions de M. Poncet et s'appliquer à déterminer les causes, encore bien obscures, de la tarsalgie. Elève de Gosselin, il a appris à connaître la tarsalgie, mais en entendant les leçons du maître il était surpris qu'il restât toujours des points obscurs dans l'histoire de cette affection. Pourquoi, par exemple, s'observait-elle particulièrement dans l'adolescence ? Gosselin ne répondait pas à cette question. Dans les nombreuses autopsies qui ont été faites chez d'anciens tarsalgiques, on ne trouvait jamais de lésions tuberculeuses. On trouvait des lésions d'arthrite sèche, quelquefois une légère érosion des cartilages. A côté de ces faits, Gosselin acceptait les lésions franchement tuberculeuses décrites par Maurice Raynaud. Quand on opérait les malades atteints de tarsalgie, on ne trouvait cependant pas de lésions tuberculeuses, mais on trouvait souvent les os friables, comme dans le pied-bot paralytique. Il s'agissait, dans la plupart des cas, de lésions d'ordre nerveux.

Des opinions bien disparates ont été émises par les auteurs qui se sont occupés de la tarsalgie, par Duchenne (de Boulogne), Gosselin, Verneuil, Le Fort, les uns admettant, avec Gosselin, l'arthrite sèche, les autres admettant, avec Duchenne (de Boulogne), les lésions musculaires.

Depuis l'époque où avaient lieu ces discussions, M. Reynier a continué à étudier la tarsalgie. Il possède aujourd'hui une statistique de 82 cas. Il préfère tout d'abord la dénomination de tarsalgie à celle de pied plat douloureux qui n'indique qu'un symptôme de la maladie.

Il y a, pour M. Reynier, plusieurs variétés de tarsalgie, la tarsalgie blennorragique, la tarsalgie avec lésions franchement tuberculeuses de Maurice Raynaud, la tarsalgie avec lésions d'arthrite sèche. Puis il reste la tarsalgie spéciale des adolescents. C'est sur cette variété surtout que veut s'arrêter M. Reynier.

Dans ces cas, il s'est toujours enquis de l'état général des malades soumis à son observation et presque toujours il a constaté des tares nerveuses, soit chez les parents, soit chez les malades eux-mêmes. Il s'agit d'enfants d'arthritiques, de paralytiques généraux, de névropathes. Il a constaté, en outre, que la tarsalgie des adolescents guérit par un traitement dirigé contre le nervosisme. D'ailleurs tous ces malades sont eux-mêmes des nerveux, des malades insupportables, indisciplinés, ainsi que le disent toutes les surveillantes. Si on examine de près ces malades, on leur trouve de l'anesthésie pharyngée, de l'anesthésie conjonctivale, des troubles de la sensibilité, des muscles faibles, des troubles vaso-moteurs.

Si on admet, avec M. Reynier, l'existence du nervosisme chez ces malades, bien des points obscurs des descriptions de Gosselin et de Duchenne (de Boulogne) se trouvent éclaircies. C'est, en effet, dans l'adolescence que l'on trouve l'hystérie, les troubles nerveux, les contractures musculaires, contractures qui, comme dans la coxalgie hystérique, disparaissent dans le sommeil chloroformique.

Il s'agit généralement d'enfants qu'on a fait travailler de bonne heure, de petits bouchers, de garçons marchands de vin, de jeunes filles employées dans les grands magasins, de blanchisseuses, toujours debout, travaillant plus avec leurs nerfs qu'avec leurs muscles, en état de déséquilibration musculaire.

Voilà, pour M. Reynier, les véritables causes de la tarsalgie. S'il y a, d'une part, la tarsalgie rhumatismale, la tarsalgie tuberculeuse, la tarsalgie blennorragique, il y a, d'autre part, la véritable tarsalgie des adolescents qui est d'origine nerveuse et qui n'a rien à voir avec la tarsalgie tuberculeuse.

Diverses observations chirurgicales. — M. FAURE analyse plusieurs observations adressées par M. Lop (de Marseille), dont les deux suivantes méritent l'attention :

1° Femme de trente ans, atteinte d'abcès récidivé du poumon, guérie après incision;

2° Un homme fait une chute sur la tête, signes de contusion cérébrale, ponction lombaire, évacuation de 40 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, disparition des accidents, guérison.

M. GUINARD fait observer que la dose de 40 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien est une dose exagérée, qui a donné lieu à des accidents graves et même à la mort subite. Il ne faut jamais dépasser la dose de 20 centimètres cubes qui doit être considérée comme un grand maximum.

Signalons un autre rapport de M. FAURE sur deux observations de prolapsus du vagin chez deux jeunes filles, adressées par M. Marion et dans lesquelles la guérison a été obtenue par une opération assez complexe, la suppression du Douglas par laparotomie.

M. Faure estime que la laparotomie doit être réservée pour des cas tirés de lésions très anciennes. Dans la plupart des cas, une bonne colporraphie postérieure donnant d'excellents résultats.

Etiologie du vaginisme. — M. RICHELOT nous rapporte une observation très intéressante et qui jette un certain jour sur l'étiologie de certains cas de vaginisme. Il s'agit d'un vaginisme intense et durable qui était dû à une appendicite chronique.

Le vaginisme essentiel et idiopathique n'existe pas. On a voulu expliquer le vaginisme par la présence de petites lésions locales. Celles-ci sont insuffisantes et d'ailleurs, la plupart du temps, n'existent pas. Quant à l'influence du nervosisme, on en a singulièrement exagéré l'importance. Il peut donc y avoir d'autres causes.

Voici, très résumée, l'observation de la malade de M. Richelot : jeune femme de vingt-huit ans, mariée depuis cinq ans, n'ayant jamais pu avoir le moindre rapport avec son mari par suite d'un vaginisme intense, atteinte d'entéro-colite, avec constipation, troubles nerveux, présentant, enfin, dans ces derniers temps, des crises douloureuses à droite qui furent reconnues pour être des crises d'appendicite chronique. M. Richelot enlève l'appendice qui était malade et enfoui dans des adhérences. Par le fait même de l'ablation de l'appendice, tous les troubles nerveux disparurent et, en particulier, le vaginisme.

En publiant cette observation, M. Richelot n'entend pas dire qu'il faudra désormais enlever l'appendice de toutes les femmes atteintes de vaginisme. Cette observation prouve tout simplement que l'appendicite chronique peut être la cause du vaginisme comme de beaucoup d'autres troubles nerveux.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que le vaginisme peut être dû à des causes multiples et complexes. Il a constaté un cas de vaginisme qui est survenu après une opération de Porro. Le vaginisme peut donc avoir aussi pour cause non pas une lésion de l'ère vaginale, mais bien une lésion de l'ère génitale. Dans le cas actuel, il s'agit maintenant d'une vieille femme qui a été opérée en 1878 et qui conserve toujours son vaginisme.

On pourrait donc discuter à l'infini sur les causes très disparates du vaginisme.

Présentations. — Il y a eu, paraît-il, plusieurs présentations intéressantes, mais comme, d'une part, les présentateurs ne croient pas devoir élever la voix, et que, d'autre part, les auditeurs se livrent, à haute voix, à des conversations particulières, il en résulte qu'on ne peut rien entendre et que nous ne pouvons en rendre compte.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA GOUTTE ATONIQUE

En présence d'une goutte rebelle, atonique, M. Huchard est d'avis de supprimer les médicaments antigoutteux habituels (colchique, quinine, salicylate de soude), le malade ne se trouvant plus en état de réceptivité médicamenteuse. Il conviendra :

1° De combattre l'état anémique du sujet (principale cause de la prolongation inusitée de la maladie) par une médication tonique (ferrugineux) et une alimentation fortifiante;

2° De solubiliser les urates et d'empêcher toute répercussion viscérale, par l'administration journalière de « Pipérazine granulée effervescente » (1 à 3 mesures par jour).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 NOVEMBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 novembre, à une heure. — 5ᵉ (chirurgie, 1ʳᵉ partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Pierre Duval et Proust; — (2ᵉ partie) : MM. Déjerine, Legry et André Jousset; — M. Gosset, suppléant.

Mardi 10 novembre, à une heure. — 5ᵉ (chirurgie, 1ʳᵉ partie), *Charité* (1ʳᵉ série) : MM. Pozzi, Quénu et Marion; — (2ᵉ série) : MM. de Lapersonne, Albarran et Auvray; — (2ᵉ partie) : MM. Raymond, Claude et Castaigne; — M. Carnot, suppléant.

Jeudi 12 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Lenormant.

1ᵉʳ (oral) : MM. de Lapersonne, Launois et Morestin; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 13 novembre, à une heure. — 5ᵉ (1ʳᵉ partie), *Necker* (1ʳᵉ série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Proust; — (2ᵉ série) : MM. Reclus, Lecène et Ombrédanne; — M. Lœper, suppéant.

5ᵉ (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1ʳᵉ partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 14 novembre, à une heure. — 5ᵉ (2ᵉ partie), *Beaujon* (1ʳᵉ série) : MM. Raymond, Renon et Claude; — (2ᵉ série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt.

5ᵉ (obstétrique), *Beaujon* (1ᵉᵉ partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Jeanselme, suppléant.

THÈSES

Mercredi 11 novembre 1908, à une heure. — M. PERNET. Le lupus érythémateux aigu d'emblée. Etude clinique. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Lœper et Zimmern.) — M. LAFFONT. Sur la syphilis tertiaire acquise ou héréditaire de l'utérus et de ses annexes (revue critique et étude anatomo-clinique). (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Lœper et Zimmern.) — M. WIPE LAUZUN. Contribution à l'étude de l'éléphantiasis. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Lœper et Zimmern.) — M. HONDÉ. Sur le traitement de la leucémie lymphatique par la radiothérapie. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Lœper et Zimmern.) — M. LEBENARD. Valeur diagnostique de la courbe alimentaire chez le nouveau-né hérédo-syphilitique. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Lœper et Zimmern.) — M. AUBAN. Des frottements pleuraux chez les hépatiques. (MM. Roger, président; Segond, Macaigne et Ombrédanne.) — M. TISON. Recherches sur l'anesthésie par l'éther avec l'appareil d'Ombrédanne. (MM. Segond, président; Roger, Macaigne et Ombrédanne.)

Le Directeur-gérant : Dʳ François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE SAMEDI 28 NOVEMBRE 1908

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à Paris, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'administration, pendant les années 1909, 1910 et 1911.

1er lot.	*Instrumts en gomme et caoutchouc.*	20 000 fr.
2e —	*Id. Id.*	20 000
3e —	*Gants en caoutchouc*	8 000
4e —	*Articles de caoutchouc*	20 000
5e —	*Thermomètres*	30 000
6e —	*Articles divers (irrigateurs, etc.).*	10 000

(Avant rabais et par année.)

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au bureau des marchés de cette Administration, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

LE SAMEDI 28 NOVEMBRE 1908

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, en 2 lots, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant les années 1909, 1910 et 1911. L'importance du marché est évaluée avant rabais à 55 000 francs pour chaque lot, par année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation de ladite administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 126. — MARDI 3 NOVEMBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 3 NOVEMBRE 1908. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 30 octobre 1908. — Question donnée : « Examen clinique des urines. »

MM. Pauvert, 9; Meugé, 11; Poulet et Philipps, 14; de Nabias, 9; Plotkin, 12; Mlle Miannée de Saint-Firmin, 16; MM. Pierquin, 19; Pilatte, 15; Plichet, 12; Picard, 13; Pataud Devallencienne, 12; Monceau, 13; Médot et Parcheminey, 14; Mozer, 15; Petit (Antoine), 13; Mlle Ourison, 9; M. Monprofit, 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de pharmaciens adjoints des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par les nominations suivantes :

Pharmaciens adjoints. — MM. Fornier, Silvestre, Poirson, Maisonneuve, Abry, Maret, Benoit-Besson, Froment, Bouquet, Béraud, Jouishomme.

Pharmaciens adjoints suppléants. — MM. Argellier, Dussaud, Sauzéat, Blanchard, Picolet, Vincent, Dupré, Buffet, Pauteix, Marquet, Lavocat, Dumontaux, Franc, Lévigne, Morand, Niquet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un arrêté ministériel en date du 31 octobre dispose que, à la Faculté de médecine de Paris, les aides d'anatomie sont autorisés à prendre, au cours de leur troisième année d'exercice, le grade de docteur en médecine.

Les dispositions contraires de l'article 2 de l'arrêté du 15 mars 1907 sont rapportées.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Concours du prosectorat.* — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Parcelier, prosecteur titulaire; Ferron, prosecteur adjoint.

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. Kéraval est nommé médecin en chef à l'Asile clinique.

M. Bonnet (de Ville-Evrard) est nommé médecin en chef à l'asile de Maison-Blanche.

M. Leroy est nommé médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chatard (de Bourg-Lastic).

CLINIQUE PSYCHOTHÉRAPIQUE. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez reprendront le jeudi 12 novembre, à onze heures du matin, leurs leçons de clinique psychothérapique à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts; ils les continueront le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

LA COXALGIE DOUBLE

[ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE (1)]

Par MM. GUILLAUME-LOUIS (de Tours),
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et J. CALVÉ,
Chirurgien assistant de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Deuxième cas. — LUXATION BILATÉRALE, AVEC MOBILITÉ DES DEUX HANCHES ET LONGUEUR A PEU PRÈS ÉGALE DES DEUX MEMBRES INFÉRIEURS. — C'est, au point de vue fonctionnel, le cas le plus favorable.

Les malades, debout, ont un aspect caractéristique. Une forte ensellure lombaire compense la flexion de la cuisse sur le bassin. Le genu valgum, sur lequel nous reviendrons, est constant. Il existe, de plus, un *raccourcissement des membres inférieurs* qui donne aux malades un aspect particulier, *simiesque*, résultant de la destruction du rapport normal entre la

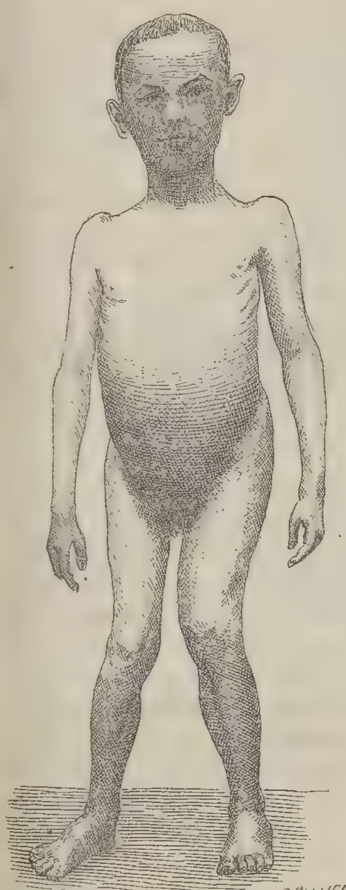


FIG. 6. — *Coxalgie double avec luxation bilatérale et longueur égale des deux membres inférieurs.*



FIG. 7. — *Coxalgie double avec luxation bilatérale* (genu valgum).

longueur du tronc et celle des membres inférieurs, plus courts que chez un sujet normal. Les mains descendent très bas; les bras paraissent trop longs (fig. 6 et 7).

La *marche* rappelle celle de la luxation congénitale, avec le double mouvement de déhanchement spécial à tous les cas dans lesquels il y a double insuffisance du moyen fessier [Ducroquet (fig. 8)].

La *station assise* est possible, sinon facile.



FIG. 8. — *La marche dans la luxation double avec longueur égale des membres.*

Troisième cas. — LUXATION DES DEUX HANCHES EN MAUVAISE ATTITUDE AVEC FLEXION ET ADDUCTION. — M. Ménard en a rapporté une observation intéressante. La *marche* est très laborieuse et exige l'usage d'une canne pour le moins. La *station debout* est possible, mais surtout la malade se tient facilement assise.

Quatrième cas. — ANKYLOSE BILATÉRALE AVEC ADDUCTION DES DEUX CUISSES QUI PASSENT L'UNE AU-DEVANT DE L'AUTRE EN SE CROISANT COMME LES BRANCHES D'UNE PAIRE DE CISEAUX. — C'est cette déformation qui a été décrite par les auteurs anglais sous le nom de « Scissors legged ». La pathogénie en est difficile à expliquer, et les malades, en tous cas, sont de véritables infirmes. « La marche, dit M. Kirmisson, ne peut s'exécuter que grâce à des mouvements de rotation du bassin autour de l'axe vertical, qui projettent alternativement en avant chacune des épines iliaques antérieures et supérieures. Pour que ces mouvements puissent aboutir à la progression du tronc, il faut nécessairement qu'ils s'accompagnent de mouvements anormaux de latéralité qui permettent à chacun des membres inéfrieurs de se placer alternativement au-devant de l'autre. Il est extrêmement intéressant d'étudier comment s'opère ce mouvement. Le malade veut-il porter en avant le membre inférieur gauche, par exemple, il incline le tronc vers la droite, de façon à faire porter entièrement le poids du corps sur le membre inférieur droit, puis il imprime au membre inférieur gauche un mouve-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 124, p. 1479.

ment de rotation autour du membre droit resté immobile, mouvement pendant lequel le malade, détachant le talon du plan du sol, s'élève sur la pointe des orteils; on voit par là que la démarche n'est pas sans analogie avec celle de la paralysie spasmodique. Quand le malade est au repos, les membres sont entrecroisés de telle façon que les orteils de chacun des pieds sont dirigés vers la ligne médiane. »

Cinquième cas. — ASYMÉTRIE DES DEUX MEMBRES INFÉRIEURS. — M. Ménard en a observé deux exemples. On conçoit facilement quelle gêne fonctionnelle doit résulter de cette asymétrie des membres inférieurs. La marche n'est possible qu'à l'aide de béquilles et, même ainsi, elle est encore pénible.

Sixième cas. — ANKYLOSE DES DEUX HANCHES AVEC ROTATION EN DEHORS TRÈS ACCENTUÉE DES DEUX MEMBRES INFÉRIEURS. — Cette déformation entraîne une impossibilité presque absolue de la marche. Dans une observation de M. Ménard, le bord externe de chaque pied s'appliquait sur le plan du lit et les rotules regardaient l'une et l'autre en dehors, de sorte que la flexion et l'extension de chaque jambe pouvaient se faire sur le plan du lit sans soulever le genou. Si le malade, debout, veut avancer le pied droit pour faire un pas, le pied s'avance à droite et non en avant. De même le pied gauche se porte à gauche. En sorte que les deux jambes tendraient à s'avancer de côté au lieu d'aller en avant. La station debout est, elle-même, à peine possible.

III. DÉVIATIONS COMPENSATRICES DU GENOU, DU PIED ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE. — Les déformations de la hanche, dans la coxalgie double, entraînent des déviations compensatrices du genou, du pied et de la colonne vertébrale. Ces déviations ont pour but de corriger l'attitude vicieuse de la hanche, de façon à mettre les membres inférieurs dans une position adéquate à leur fonction dans la statique et dans la marche.

Déviations de la colonne vertébrale. — Ce sont celles qu'on observe dans une coxalgie simple ou dans la luxation congénitale :

A la flexion de la cuisse sur le bassin, correspond une lordose compensatrice.

A l'adduction, une scoliose à convexité tournée du côté opposé.

A l'abduction, une scoliose à convexité tournée, au contraire, du côté malade.

Déviations du genou et du pied. — Le genou peut, dans la coxo-tuberculose, se placer en deux positions vicieuses différentes : *valgum* et *varum*. Nous laissons de côté le *recurvatum* susceptible d'autres explications. Ces déformations du genou n'ont pour but que de corriger l'attitude vicieuse de la cuisse sur la jambe. Elles sont en rapport avec les positions défectueuses primitives de la cuisse :

A l'adduction correspond le genu valgum. A l'abduction le genu varum.

C'est ce que déjà avait remarqué Bonnet. Dans son *Traité* (1), il signale incidemment cette difformité du genou :

(1) BONNET. *Maladie des articulations*, 1845, t. I, p. 273-274.

« Si, dit-il, dans la flexion avec abduction et rotation en dehors, on remarque bien la position où se trouve le membre coxalgique, on voit qu'il repose sur le côté externe du talon et que le genou n'est pas soutenu en dehors. Il y a dans ce cas distension du ligament latéral externe, compression des surfaces articulaires en dedans et tendance à la luxation du tibia en dehors et en arrière.

Au contraire, dans les cas où le membre coxalgique est en adduction et rotation interne, le ligament latéral interne est distendu et il y a compression en dehors des surfaces osseuses de l'articulation. »

En ces quelques lignes, Bonnet avait nettement posé le fait clinique dont il avait tenté l'explication. Dans la coxalgie, il y a une dystrophie portant sur toutes les parties constituantes du membre (peau, poils, tissu cellulaire): cette dystrophie atteint profondément les os, les muscles; elle n'épargne pas les ligaments: c'est grâce à elle que se produit le relâchement ligamenteux, expliquant l'exagération des mouvements de latéralité du genou dans la coxalgie.

C'est donc aussi grâce à elle que, pour corriger les attitudes vicieuses de la cuisse sur la jambe, le genou se déforme et se place dans la position la plus favorable à la marche ou à la station debout.

Le genu valgum, qu'on observe souvent dans la coxo-tuberculose bilatérale, est en rapport avec la fréquente adduction de la cuisse (1). L'ankylose en abduction et rotation externe est rare après la coxalgie, malgré les observations de Goldie et Schwartz (2).

MM. Patel et Cavaillon (3) ont repris, en détail, l'étude des phénomènes de compensation qui se produisent au cours des ankyloses coxo-fémorales, dans le segment sous-jacent du membre inférieur.

En ce qui concerne le genou, ils arrivent aux conclusions suivantes :

Les modifications observées sont les unes d'ordre anatomique et relèvent de la situation que l'ankylose a assignée au fémur, les autres sont fonctionnelles et n'ont d'autre but que de rendre au membre une mobilité dont l'articulation coxo-fémorale est privée.

1° *Modifications d'ordre anatomique ou statique.* — *a.* Au *raccourcissement* plus prononcé d'un membre correspond de ce même côté la formation de *l'équinisme, du pied creux et d'un certain degré de rotation externe du pied.*

b. A *l'adduction* du fémur sont liées la plupart des déformations fémoro-tibiales :

Le *genu valgum* permet au malade de reporter son pied suffisamment en dehors de l'axe du corps pour que la station debout soit possible.

c. A *l'abduction* correspond le *genu varum* et le report du pied en dedans.

d. A *la flexion*, qui tendrait à porter en avant le centre de gravité, correspond, outre l'ensellure lombaire, des modifications du fémur et du tibia destinées à reporter le pied en arrière.

(1) OLLIER. *Traité des résections.*

(2) GOLDIE et SCHWARTZ. *Revue d'orthop.*, 1892.

(3) PATEL et CAVAILLON. *Revue d'orthop.*, mai 1904.

Pour ce faire, l'*extrémité inférieure du fémur* s'enroule autour d'un axe transversal passant par le centre des condyles. L' *extrémité supérieure du tibia* subit une inflexion à concavité antérieure (tibia recurvatum). De plus, il se fait une véritable *subluxation postérieure*, la partie articulaire du tibia glissant en arrière des condyles fémoraux (fig. 9).



FIG. 9. — *Déformation du genou dans la coxalgie double. Subluxation postérieure et tibia recurvatum.*

Associée au genu valgum, cette déformation donne le *genou en baïonnette.*

2° *Modifications d'ordre fonctionnel.* — Elles donnent au sujet la possibilité de rendre à son membre inférieur une partie de ses mouvements.

Au niveau du genou, on observe des mouvements de latéralité, mouvements de rotation autour de l'axe longitudinal de la jambe.

Au niveau du pied, tous les mouvements normaux de rotation et de latéralité sont considérablement augmentés dans toutes les articulations.

III

Traitement. — I. COXALGIE DOUBLE EN ÉVOLUTION. — Le traitement de la coxalgie double en évolution est celui de toute coxo-tuberculose. Chaque arthrite doit être traitée séparément, comme si elle était seule. Deux points cependant doivent attirer l'attention : on doit, d'abord, s'appliquer à conserver la mobilité d'un côté tout au moins. On doit, ensuite, lutter contre l'adduction si l'affection marche vers l'ankylose double.

II. COXALGIE DOUBLE GUÉRIE. — Nous avons vu, à l'étude clinique, que la coxalgie double guérie laisse souvent après elle des déformations et nous avons vu que celles-ci, plus ou moins graves, peuvent quelquefois faire des malades de véritables infirmes. Depuis longtemps ces difformités acquises ont préoccupé les chirurgiens, et on a cherché à les atténuer ou du moins à les rendre compatibles avec les exigences de la vie courante.

En réalité cette question thérapeutique est très complexe, et il nous paraît qu'elle peut être divisée en trois classes :

1° *Cas dans lesquels on ne doit pas intervenir;*
2° *Cas dans lesquels on doit intervenir toujours;*
3° *Cas dans lesquels l'intervention peut être discutée.*

1° *Cas dans lesquels on ne doit pas intervenir.* — Ce sont ceux où la coxalgie double est guérie avec une luxation bilatérale, sans adduction trop marquée, sans inégalité des deux membres inférieurs.

Certes ici, tout n'est pas pour le mieux, la démarche est souvent très disgracieuse. Mais les attitudes vicieuses sont compensées et il subsiste une certaine activité fonctionnelle. L'intervention risquerait d'être nuisible ; il vaut mieux s'abstenir : le remède pourrait être pire que le mal.

2° *Cas dans lesquels l'intervention s'impose.* — Ce sont ceux où les malades sont de véritables infirmes, comme dans le scissors legged ou l'ankylose avec rotation en dehors très accentuée.

3° *Cas dans lesquels l'intervention est discutable.* — a. *Adduction bilatérale* marquée sans entrecroisement, accompagnée d'une inégalité très accusée des deux membres.

b. *Ankylose en rectitude.* — Les chirurgiens ne sont pas tous d'accord sur l'opportunité d'une intervention dans ces cas.

Les non-interventionnistes invoquent la facilité relative de la marche, la claudication minime et la sécurité, au point de vue des récidives, que donne une ankylose serrée. Ils mettent en parallèle les résultats souvent aléatoires, quelquefois déplorables, que donne la résection de la hanche, seule opération jusqu'à ces dernières années, pratiquée dans le but de procurer une certaine mobilité.

Les interventionnistes insistent sur l'infirmité que crée une double ankylose coxo-fémorale. Supportable chez l'enfant, elle devient intolérable chez l'adulte, dangereuse chez la femme, à cause de l'impossibilité de l'accouchement.

Il est juste d'ajouter que certaines opérations orthopédiques pratiquées depuis peu permettent d'envisager la question sous un nouveau jour : nous voulons parler des *ostéotomies énarthrodiales* et des *ostéotomies avec interposition musculaire* (Huguier, Th. de Paris, 1905).

Bref, quel que soit le degré de difformité qu'entraîne la guérison anatomique du double foyer coxal, le traitement orthopédique de ces attitudes vicieuses doit poursuivre un double but :

1° *Rétablir le parallélisme des membres inférieurs;*
2° *Créer un certain degré de mobilité dans les deux hanches, ou tout au moins dans une des deux hanches.*

A ces desiderata répondent un certain nombre d'opérations, ostéotomies ou résections, dont il ne nous appartient pas de faire ici la critique.

XXIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 5-10 OCTOBRE 1908 (1)].

—

QUESTIONS DIVERSES

M. BRAUER (de Marburg) étudie les opérations qui peuvent être dirigées contre les *affections soit anatomiques, soit fonctionnelles du poumon*, elles comprennent : 1° les opérations par lesquelles on pénètre dans le parenchyme pulmonaire pour ouvrir le foyer pathologique et le drainer ; 2° les résections plus ou moins étendues du poumon malade ; 3° les opérations qui ont pour but de provoquer le collapsus ou la compression du poumon ; 4° enfin, celles qui se proposent de modifier le jeu de la respiration et d'exercer, par conséquent, une influence purement fonctionnelle sur le travail du poumon.

Les opérations de la première et de la deuxième catégorie ont été définitivement abandonnées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Celles de la quatrième catégorie ont pour type l'opération de Freund (résection du cartilage de la première côte) ; elles prétendent, en réalisant l'élargissement du thorax ou seulement de son ouverture supérieure, donner plus de jeu au poumon et, par ainsi, favoriser les processus de cicatrisation des lésions tuberculeuses. Or, d'après M. Brauer, c'est aller, de cette façon, tout à fait à l'encontre du but qu'on se propose : en augmentant la ventilation dans les parties de poumon tuberculeux, on active inopportunément la circulation de la lymphe et on favorise ainsi la progression des lésions. En réalité, il faut tendre à mettre le poumon tuberculeux au repos. Dans ce but, il faut en favoriser le collapsus.

Le collapsus pulmonaire favorise au maximum l'induration et la rétraction des foyers tuberculeux, et il répond ainsi au processus naturel de guérison. Dans les poumons collabés, le microscope ne révèle plus que de rares tubercules nouveaux, mais, par contre, des lésions cicatrisées en grande quantité. Cliniquement, à l'auscultation et à la radiographie, les choses se traduisent par une sorte d'hépatisation diffuse du poumon. Ces résultats s'expliquent par ce fait que, sous l'influence du repos pulmonaire, la lymphe se trouve refoulée, par suite la résorption des toxines diminuée et ainsi l'état général amélioré ; en outre, sous l'influence de l'accumulation locale de lymphe et de toxine, il se fait une forte réaction locale favorable à la formation de tissu inflammatoire cicatriciel.

Le collapsus du poumon est réalisé soit par la production d'un pneumothorax artificiel, soit, quand des adhérences pleurales empêchent le pneumothorax, par une thoracoplastie extra-pleurale. M. Brauer communique une statistique étendue qui montre les succès obtenus à l'aide de ces deux méthodes thérapeutiques et présente trois malades chez qui on peut se convaincre par l'auscultation et la radioscopie de la réalité des guérisons ou améliorations obtenues.

En ce qui concerne les indications à l'opération, le pneumothorax n'est justifié que dans les tuberculoses unilatérales graves, dans lesquelles un traitement interne ne semble plus devoir donner un succès décisif. L'existence de lésions étendues de l'autre côté ainsi qu'une tuberculose intestinale ou d'autres complications tuberculeuses graves constituent une contre-indication formelle. Des processus tuberculeux légers existant dans l'autre poumon sont, au contraire, plutôt favorablement influencés par le pneumothorax.

Quant à la thoracoplastie, M. Brauer l'a faite 8 fois avec 3 morts.

On a dit que le pneumothorax opératoire présentait des dangers immédiats et secondaires.

Le danger immédiat est le danger d'asphyxie : pour le prévenir, il n'y a qu'à faire, au cours de l'opération, des inhalations d'oxygène sous pression.

Les dangers secondaires seraient : l'extension de la tuberculose au côté opposé et l'infection pleurale. Le premier n'est qu'une hypothèse gratuite, qui ne tient pas devant les résultats des recherches expérimentales. Quant au danger d'infection de la plèvre, M. Brauer n'a vu survenir que dans quatre cas un empyème tuberculeux, toujours chez des phtisiques ayant des processus de destruction très graves et très rapides dans le poumon. La plupart du temps, la cavité du pneumothorax reste sèche et ne présente que des exsudats séreux sans importance.

M. BAUDET (de Paris), étudiant le *traitement des plaies du poumon par la thoracotomie d'urgence*, rapporte 7 cas de thoracotomie avec 5 guérisons rapides, 1 mort par chloroforme et 1 mort en quarante-huit heures par myocardite et symphyse péricardique. Il a guéri 1 cas d'emphysème généralisé entraînant de la suffocation ; 1 cas de plaie pulmonaire double, 1 cas de plaie pulmonaire triple ; 1 plaie du poumon avec plaie du cœur ; enfin, dans un cas, il a fait une thoracotomie exploratrice parce que la plaie pulmonaire, légère, coïncidait avec un souffle du cœur, et qu'on ignorait si le souffle était dû à une plaie ou s'il était valvulaire.

M. Baudet insiste sur l'étendue et la gravité des plaies du poumon quand il y a symphyse pleurale. Une simple balle ou un stylet peuvent creuser une cavité dans le poumon à loger le poing. Or, dans ces cas, il n'y a pas de symptômes d'hémothorax ni de pneumothorax, puisqu'il n'y a pas de cavité pleurale. Enfin, elles sont très difficiles à traiter, car on ne peut extérioriser le poumon pour le suturer. Néanmoins, dans un cas, M. Baudet décolla toutes les adhérences pleurales, extériorisa le poumon et sutura la grande cavité pulmonaire par dix points de catgut : les sutures tinrent bon.

M. CECI (de Pise) vient préconiser sa méthode de *traitement de l'empyème chronique à ciel ouvert* qu'il considère comme étant jusqu'ici la plus logique et la plus sûre.

---

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 118, p. 1410 ; 119, p. 1425 ; 122, p. 1460 ; 123, p. 1470 ; 124, p. 1483, et 125, p. 1496.

Elle s'exécute à l'aide d'une incision en H renversée, dont le trait d'union se dirige obliquement de la région rétro-scapulaire vers la région latéro-inférieure du thorax, coupant la grande convexité costale ; dont la branche inférieure, plus longue, suit la huitième ou neuvième côte ; dont la supérieure, enfin, plus petite, est placée à une hauteur variable, suivant l'étendue de la cavité de l'empyème. On obtient ainsi deux grands lambeaux cutanés, un antérieur et un postérieur, qui, rabattus, permettent une large résection de la paroi thoracique — plèvre pariétale comprise — pouvant aller du sternum à la colonne vertébrale. Cette résection doit être pratiquée en plusieurs séances faites à intervalles plus ou moins éloignés de façon à permettre au malade de reprendre ses forces. Une fois qu'elle a acquis l'étendue voulue, on rabat les lambeaux cutanés par-dessus les extrémités des arcs costaux sectionnés, de façon à ce qu'ils recouvrent la surface interne de la paroi thoracique restante et on suture leurs bords à la plèvre viscérale. On obtient ainsi une gouttière ouverte dont le fond est constitué par le poumon recouvert de la plèvre viscérale. Celle-ci s'épidermise peu à peu par prolifération épidermique des bords des lambeaux cutanés. Au surplus, on peut hâter et compléter cette épidermisation en tapissant le fond de la gouttière de greffes de Thiersch.

Lorsque la guérison est complète, le segment thoracique antérieur se trouve presque appliqué au segment postérieur et le poumon se trouve ainsi parfaitement protégé. En écartant l'épaule en avant, on découvre une profonde fissure oblique, d'avant en arrière et de bas en haut, allant de la région antéro-inférieure du thorax jusqu'en arrière de l'omoplate. Les mouvements du membre inférieur du côté opéré ne sont nullement gênés ; la scoliose ne se produit, pour ainsi dire, jamais.

M. Ceci a opéré jusqu'ici par sa méthode 16 malades, dont 13 ont guéri et 3 sont morts (mortalité : 18,7 p. 100). Toutes les guérisons sont parfaites, sans fistule thoracique.

M. Raugé (de Challes). Parmi les *troubles oculo-moteurs survenant au cours des otites*, on a signalé ces derniers temps une forme de paralysie qui se présente, dans toutes les observations publiées, avec une très grande uniformité d'aspect.

Chez un malade ayant de l'otorrhée chronique et plus souvent aiguë, on voit brusquement apparaître du strabisme interne, de la diplopie homonyme, en un mot les signes classiques de la paralysie du droit externe.

Malgré le caractère inquiétant qu'il est traditionnellement d'usage d'attribuer à ces symptômes, on les voit le plus souvent, dans ce cas, s'atténuer et disparaître sans nécessiter aucun traitement chirurgical, sans même attendre la guérison de l'otite qui les a produits.

C'est cet ensemble symptomatique qu'on a récemment systématisé sous le nom de « syndrome de Gradenigo ».

Les deux traits caractéristiques de cette forme de paralysie, c'est d'abord sa prédilection singulière pour le moteur oculaire externe, et, d'autre part, sa tendance à la guérison spontanée, sans être accompagnée ou suivie des accidents méningés ou cérébraux dont elle paraissait l'avant-coureur.

Cette constance de localisation et cette bénignité imprévue ne sont pas encore expliquées malgré le nombre des théories proposées. Il paraît donc avantageux de réunir tous les faits d'observation capables d'apporter quelque clarté dans ce double problème pathogénique. C'est dans ce but que le docteur Rauzé rapporte et analyse quelques nouveaux exemples, qu'il a pu récemment observer, de « paralysie bénigne du droit externe » provoquée par une suppuration de l'oreille.

M. Louis Mencière (de Reims) expose une technique nouvelle de chirurgie orthopédique : *Le modelage par évidement des os et des articulations* qui se fait sous-cutané ou à ciel ouvert suivant l'âge du sujet.

On évide l'os qui se trouve réduit à l'état de coque plus ou moins volumineuse.

M. Calot (de Berck) dit que la meilleure technique du *traitement de la luxation congénitale* consiste à faire successivement deux appareils plâtrés. Le premier est mis dans les positions suivantes : 70 degrés de flexion, 70 degrés d'abduction et 0 degré de rotation ; le deuxième : 15 degrés de flexion, 30 degrés d'abduction et 60 degrés de rotation interne.

Le premier plâtre va de l'ombilic au mollet et est conservé deux mois et demi. Le deuxième va de l'ombilic aux orteils et doit être gardé pendant trois mois ; après quoi, l'enfant peut marcher.

Pourvu que l'on opère les petits malades de bonne heure, par exemple au dessous de neuf ans, pour les luxations simples, et de sept ans pour les luxations doubles, on est moralement sûr d'obtenir des guérisons parfaites en suivant la technique sus-indiquée. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1908)

Néphrite aiguë d'origine amygdalienne. — A propos de l'observation de M. Nobécourt, M. Léon Bernard conteste l'origine scarlatineuse, attribuée *a priori* par cet auteur au cas de néphrite aiguë qu'il a publié, et appelle l'attention sur les néphrites aiguës d'origine amygdalienne. Deux caractères leur sont particuliers : l'hématurie et l'évolution bénigne ; ils se retrouvent dans l'observation en question. Quant aux phénomènes cardio-vasculaires d'hypertension, ils paraissent dus à la diminution de la perméabilité rénale, conformément à la théorie défendue par M. Léon Bernard.

Deux cas d'ictère hémolytique. — MM. Chauffard et Troisier rapportent deux nouvelles observations d'ictère hémolytique. Le premier fait concerne un homme d'une trentaine d'années atteint d'un ictère hémolytique qui peut être considéré en quelque sorte comme une transition entre les ictères acquis et les ictères congénitaux ; cet ictère est sur-

venu nettement en 1902 à la suite d'un violent accès de colère, et depuis ce moment il n'a jamais tout à fait disparu. Il faut signaler qu'à trois reprises différentes le malade a eu des crises hémoglobinuriques. Dès le début, l'anémie s'est manifestée et a toujours augmenté, le nombre des globules rouges étant actuellement de un million et demi. En 1906, Kocher (de Berne) pratiqua l'ouverture de la vésicule biliaire. Il trouva une bile épaisse sans calculs; après l'opération, la jaunisse a d'abord augmenté, puis elle a un peu diminué et enfin elle est revenue comme elle était auparavant. En 1908, Murri soumit le malade à un traitement antisyphilitique intensif, sans meilleur résultat. C'est à ce moment que M. Chauffard vit le malade et constata qu'il s'agissait d'un type d'ictère hémolytique. Le deuxième malade est intéressant, car il est, sans doute, le cas le plus hémolytique connu en ce sens que jamais l'hémolyse, dans les observations publiées, n'a atteint un degré aussi élevé.

Corps thyroïde et poids corporel. Obésité thyroïdienne. — MM. Léopold Lévi et H. de Rothschild. La médication thyroïdienne employée dans les états thyroïdiens détermine une diminution de poids, en accroissant les processus métaboliques. Inversement, elle produit une augmentation de poids, chez les enfants, les adultes, même dans certains cas spéciaux de tuberculose pulmonaire. Ce résultat est la conséquence de l'augmentation de l'apport alimentaire par exagération de l'appétit.

Il y a là deux influences opposées, l'une endogène, l'autre exogène, qu'on retrouve exerçant leur influence sur le poids du corps dans le myxœdème et la maladie de Basedow.

En ce qui concerne l'obésité, on est conduit à admettre théoriquement qu'il existe une obésité thyroïdienne; en entendant par là une orientation nutritive qui favorise l'obésité, mais celle-ci reste subordonnée à ses autres causes habituelles ou particulières.

Au point de vue pratique, le traitement peut aller contre le but, être inutile, entraîner des troubles plus ou moins sérieux de thyroïdisme alimentaire. Il doit être rejeté en général. Tout au plus, à petites doses et sous surveillance médicale, pourrait-il être un adjuvant du régime alimentaire.

Pneumonie conjugale simultanée. — MM. Chauffard et Widal présentent la double observation d'un mari et d'une femme qu'ils ont soignés simultanément dans leurs deux services pour une pneumonie singulièrement identique chez l'un et chez l'autre.

Le 2 juin, ils avaient bu tous deux en abondance de l'eau d'un puits, au lieu de l'eau de la fontaine, comme ils en avaient l'habitude. Le lendemain, la maladie commence presque simultanément chez les deux époux à quelques heures d'intervalle.

Chez le mari et la femme, l'infection pneumonique a suivi, à quelques légères dissemblances près, une évolution identique. On a noté chez la femme une prédominance des phénomènes gastro-intestinaux. La défervescence s'est faite presque en même temps et la similitude des deux tracés thermiques est telle qu'ils sont presque superposables.

Il est embarrassant d'expliquer cette apparition simultanée des deux pneumonies. Une telle coïncidence n'est pas fortuite, mais la difficulté est de préciser la nature de cette connexion pathogénique.

On ne peut supposer que de ces deux pneumonies qui ont débuté à si peu d'heures d'intervalle, l'une ait engendré l'autre par contagion pneumococcique. Il ne s'agit pas, en un mot, d'une de ces épidémies familiales de pneumonies dans lesquelles les cas se succèdent et s'engendrent les uns les autres.

Il est difficile d'incriminer l'action d'influences communes, relevant de la fatigue, de la mauvaise hygiène, du défaut d'acclimatement. On ne comprendrait guère comment ces divers facteurs auraient pu juste, à la même heure, faire entrer en virulence les pneumocoques saprophytes dont étaient porteurs nos deux malades.

Dans une dernière hypothèse, on peut se demander si l'eau du puits ne peut pas être incriminée comme agent de contamination et si son ingestion n'a pas servi à l'inoculation synchrone du pneumocoque infectant.

Bien qu'aucune de ces conceptions pathogéniques ne permette de fixer avec certitude l'origine de ces deux cas, il est intéressant de mettre en relief ce fait très net de pneumonie conjugale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 31 octobre 1908)

Dosages de l'iode contenu dans le corps thyroïde des tuberculeux. — MM. H. Labbé, G. Vitry et G. Giraud. La quantité d'iode contenue dans le corps thyroïde des tuberculeux est des plus variables. Les auteurs ont trouvé parfois des augmentations énormes (26, 19, 17, 12 milligrammes), parfois au contraire des diminutions considérables (0mg6, 0mg3, 0mg2). L'étude clinique de chacun de ces cas permet dans une certaine mesure d'expliquer ces différences. L'augmentation d'iode s'observe surtout dans les cas de tuberculose à marche rapide; dans ces cas il y a hypersécrétion de substances actives dans le corps thyroïde pour lutter contre l'infection. La diminution de l'iode est surtout marquée dans les cas où la tuberculose a une marche très lente : dans ces cas le corps thyroïde est depuis longtemps vaincu par l'action des poisons tuberculeux et ne sécrète plus de substance active.

Stérilisation de l'air. — Dans une note récente, M. A. Sartory a décrit un dispositif pratique pour stériliser l'air au moyen de l'électricité. Il donne aujourd'hui les résultats de quelques-unes de ses expériences. La technique suivie par l'auteur est celle que préconise le docteur Miquel de l'Observatoire de Montsouris.

Vingt expériences ont été effectuées dans des circonstances diverses.

Voici les résultats moyens des expériences de M. A. Sartory pour des chambres de 100 mètres cubes :

Température...........	+ 177°6.
Tension..............	41.750 bactéries.
Après une heure.......	10 130 —
Après deux heures......	1 250 —

Ainsi donc le stérilisateur électrique d'air de l'auteur, placé dans une chambre de 100 mètres cubes, dont l'atmosphère contient 40000 à 50000 bactéries par mètre cube, possède un pouvoir bactéricide tel qu'au bout d'une heure le nombre des bactéries est réduit à 10000 et au bout de deux heures à 1000.

La stérilisation est complète en trois heures et dans la plupart des cas elle est terminée en deux heures. De nombreuses expériences en cours d'études seront publiées prochainement.

Transmission de la rage à la souris par ingestion. — M. Remlinger. Pour une raison qui n'est pas encore éluci-

dée, le tube digestif de la souris se comporte vis-à-vis du virus rabique d'une façon différente du tube digestif des autres animaux. Il est possible en effet de communiquer la rage à la souris en lui faisant ingérer, sinon le virus fixe de la plupart des Instituts Pasteur, du moins certains virus fixes spécialement adaptés à l'organisme des muridés et aussi des virus de rue naturellement renforcés, tels qu'il s'en rencontre assez fréquemment dans la pratique. Le fait peut être rapproché de la façon différente dont se comporte vis à-vis du même virus rabique le système vasculaire des herbivores et des carnivores. Il est de nature à faire supposer que les rats et les souris peuvent contracter la rage, non seulement lorsque mordus par un chien ou un chat ils survivent à leurs morsures, mais encore lorsqu'ils viennent à manger les parties virulentes du cadavre d'un animal enragé.

Rôle des phosphates dans la saccharification. — M. Roger. Si l'on ajoute à la ration humaine des quantités progressivement croissantes d'acétate d'urane, on voit diminuer l'action de la ptyaline sur l'amidon. Quand la totalité des phosphates est précipitée, la salive a perdu sa propriété fondamentale; elle ne peut plus transformer l'amidon en sucre. C'est ce qu'on observe quand on a ajouté de 3 à 4 milligrammes d'acétate d'urane à 1 centimètre cube de salive.

Pour rendre à la salive la propriété dont on l'a dépouillée, il suffit de lui ajouter une certaine quantité de phosphate de soude. Le pouvoir amylolytique réapparaît et finit par revenir à son taux initial.

On peut donc conclure que si le fer et le manganèse sont indispensables à l'action des oxydants, le calcium à l'action du fibro-ferment, les phosphates sont indispensables à l'action de l'amylase salivaire.

Effets des injections d'acides gras dans le péritoine. — MM. Jean Camus et Ph. Pagniez ont déjà étudié le rôle des acides gras du bacille tuberculeux dans sa colorabilité spéciale et dans les lésions qu'il détermine; ils ont depuis injecté des acides gras dans le péritoine de différents animaux et réalisé des lésions diverses de cette séreuse. Ces lésions varient suivant la dose injectée et la durée de la survie : on observe des péritonites initatives généralisées ou enkystées, de larges fausses membranes se développent autour des organes surtout du foie, le grand épiploon présente le maximum des lésions, les anses intestinales sont adhérentes, souvent rétractées et pelotonnées près de la colonne vertébrale.

Les auteurs ont recherché si, en injectant à plusieurs reprises de petites doses d'acides gras dans le péritoine d'animaux, on ne leur conférerait pas une certaine immunité locale contre la tuberculose. Les animaux ainsi préparés ont succombé comme les témoins, après l'inoculation intra-péritonéale de bacilles tuberculeux, mais ils présentèrent presque tous d'énormes lésions abdominales et peu de lésions thoraciques alors que le contraire fut observé chez les témoins. La différence remarquée entre les deux groupes d'animaux peut tenir à ce que la réaction provoquée par l'injection préalable d'acides gras a été assez forte pour arrêter les bacilles tuberculeux mais pas assez pour les détruire.

Déviation du complément par les sérums antitoxiques en présence des toxines correspondantes. — M. P. Armand-Delille, en appliquant la méthode de Bordet et Gengou avec une technique minutieusement déterminée à l'étude des sérums antidiphtérique et antitétanique, a pu obtenir très facilement la déviation du complément en présence des toxines correspondantes, et a montré ainsi qu'il existe dans les immunsérum, à côté des antitoxines vraies (coagulines de Nicolle), des substances nécessitant pour agir l'adjonction de l'alexine et appartenant par conséquent à la catégorie des Lysines (de Nicolle). Mais si au lieu de prendre un sérum global, on étudie individuellement le sérum des différents chevaux soumis à l'immunisation, on constate que les uns dévient fortement, d'autres faiblement et d'autres nullement. L'observation des premiers montre que certains d'entre eux ont présenté des œdèmes et des accidents d'anaphylaxie qui ont manqué chez les derniers. Il semble donc qu'il y ait un rapport entre la déviation du complément et l'état d'anaphylaxie.

Petites cellules surrénales (microcytes surrénaux). — M. A. Sézary décrit dans la corticale des surrénales provenant de sujets morts d'une maladie chronique, un état particulier des cellules, assez fréquent et caractérisé uniquement par leurs dimensions réduites. Ces éléments, qu'il dénomme microcytes, égalent le quart ou la moitié des cellules normales. Ils peuvent occuper la corticale entière ou se trouver localisés dans une région, sans systématisation. A plus d'un titre, ils se rapprochent des cellules de la glomérulaire. Sézary les considère, dans une surrénale en hyperfonction, comme caractérisant une hyperépinéphrie incomplète, dans laquelle l'hyperplasie seule est réalisée et non l'hypertrophie cellulaire. Dans l'hypoépinéphrie, s'ils ne sont pas le vestige d'une hyperépinéphrie incomplète antérieure, ils paraissent relever de la seule incapacité qu'ont les cellules germinatives de s'accroître pour former les gros spongiocytes. Les microcytes ont été à peu près méconnus jusqu'ici, malgré leur fréquence relative, parce qu'on a étudié surtout l'hyperépinéphrie, beaucoup moins l'hypoépinéphrie chronique.

Disparition du pouvoir lipasique dans le suc pancréatique kinasé. — Pour M. Terroine : 1° le pouvoir lipasique du suc pancréatique de sécrétion diminue très rapidement, lorsque le suc est rendu protéolytiquement actif par addition de kinase; 2° cette diminution ne s'explique pas par une modification de la réaction du suc, elle doit être rapportée à une destruction de la kinase; 3° la destruction de la lipase par le suc kinasé est beaucoup moins intense si le suc actif se trouve en présence d'une albumine à digérer.

Echinococcose primitive expérimentale de l'écureuil. — Pour M. Dévé, chez l'écureuil, les kystes qui succèdent à l'ingestion d'œufs de ténia échinocoque se développent presque exclusivement dans le poumon. Ce fait est à rapprocher des expériences qui ont établi, récemment, l'origine digestive d'une série d'affections pulmonaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 NOVEMBRE 1908

THÈSES

Jeudi 12 novembre, à une heure. — M. Assire. Traitement du cancer de l'S iliaque par la résection suivie de suture circulaire. (MM. Pozzi, président; Albert Robin, Bar et Nobécourt.) — M. Espinet. Polynucléose rachidienne et méningite tuberculeuse. (MM. Albert Robin, président;

Pozzi, Bar et Nobécourt.) — M. Bailleul. Ce qu'il faut penser des contre-indications de l'allaitement maternel. (MM. Bar, président; Pozzi, Albert Robin et Nobécourt.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (Nos 8 et 9, août et sept. 1908.) De Beurmann, Gougerot et Vaucher : Epididymite, orchite et vaginalite sporotrichosiques (contribution à l'étude des sporotrichoses internes). — J. Nicolas et A. Jambon : Contribution à l'étude de la pellagre et du syndrome pellagreux. — Zerebinski : Sur la signification des formes non acido-résistantes au bacille tuberculeux. — Tourneux : Etude d'un œil atrophié par syphilome uvéal.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 9, sept. 1908.) Launois : Tumeur villeuse du pharynx. — Hautant : Examen fonctionnel des canaux semi-circulaires par le réflexe nystagmique. — Watson Williams : Contribution au diagnostic de la pansinusite.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Oct. 1908.) Paul Adam : Hygiène des villes, fumées et odeurs. — Reille : Destruction par l'arsenic des insectes nuisibles à l'agriculture. — Rudorff : Moyens d'adapter la vente du lait en gros et en détail aux besoins hygiéniques. — Halberstadt : Les habitations à bon marché. — A. Tambour : Des dangers de contamination par la patène. — Thoinot : L'épreuve de Breslau, docimasie gastro-intestinale; — La défense sanitaire contre le choléra.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 10, oct. 1908.) Buy : De l'anesthésie locale dans ses applications à l'armée. — Prieur : Myosite traumatique du long supinateur et nodosité fibreuse consécutive amenant par compression la paralysie de la branche postérieure du nerf radial; ablation de la nodosité, guérison rapide. — Salesses : Abcès sus-diaphragmatique d'origine appendiculaire; ouverture par voie transpleurale : empyème de nécessité; abcès métastatique secondaire et tardif du foie. — Monégu : Un cas de tuberculome hypertrophique étendu à tout le gros intestin. — Bonnette : Empreintes des balles Lebel et des balles D faites sur les cibles dans les tirs de combat collectif.

Archives générales de médecine. — (N° 9, 7 sept. 1908.) Anglada : Anévrisme de l'aorte thoracique demeuré latent malgré les recherches les plus minutieuses et dont l'unique manifestation symptomatique fut une paralysie récurrentielle gauche, suivie secondairement d'une paralysie de la corde vocale droite. — Berthaut : Le mécanisme de l'accouchement physiologique et le fonctionnement du forceps Tarnier (*suite et fin*).

Bulletin médical. — (N° 80, 10 oct. 1908.) J. Teissier : Nouvelles recherches sur la sérothérapie des néphrites. — (N° 81, 14 oct.) Lannelongue, Achard et Gaillard : Application à l'homme d'un sérum antituberculeux. — (N° 82, 17 oct.) Raoul Brunon : Epilepsie et régime alimentaire. — G. Küss : Mobilité et dissémination des poussières infectantes dues au balayage de crachats tuberculeux desséchés. Durée de la virulence de ces crachats. — (N° 83, 21 oct.) Chauffard : Le cancer du corps du pancréas. — (N° 84, 24 oct.) Calmette : Les nouveaux procédés de diagnostic précoce de l'infection tuberculeuse.

Écho médical du Nord. — (N° 41, 11 oct. 1908.) Carlier : A propos de la prostatectomie transvésicale. — Ernest Gérard : Les métaux colloïdaux; leurs propriétés; leur action physiologique et leur emploi en thérapeutique. — René Le Fort : La durée du séjour au lit chez les laparotomisés. — (N° 42, 18 oct.) Paul Martin : Technique générale du massage et son application particulière aux fractures.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 41, 11 oct. 1908.) Sabrazès et Lafon : Le début de l'ophtalmo-cyto-réaction à la tuberculine. Nature de l'exsudat. — Firmin Carles : Sur quelques cas de paralysie des muscles de la paroi abdominale au cours de la poliomyélite aiguë. — Kuntzler : La rénovation du P. C. N. et les études médicales. — (N° 42, 18 oct.) Jacques Carles : Névralgie faciale traitée avec succès par les injections d'alcool stovaïné. — Kunstler : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1900 (*suite*).

Lyon médical. — (N° 41, 11 oct. 1908.) Ch. Vinay : Le pyramidon dans le traitement de la fièvre typhoïde. — (N° 42, 18 oct.) Bouveyron : Etiologie hépatique et traitement d'un cas de maladie de Dubring. — Spick : Plaie pénétrante méconnue de la région temporale gauche.

Montpellier médical. — (N° 40, 4 oct. 1908.) Vedel : Maladies de la peau chez le vieillard. — (N° 41, 11 oct.) Vedel : Maladies de la peau chez le vieillard.

Nord médical. — (N° 336, 1er oct. 1908.) Gallois et Millant : De l'hydronéphrose. — (N° 337, 15 oct.) P.-G. Carrière : Le problème thérapeutique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 41, 11 oct. 1908.) Fromaget : Traitement des phlegmons orbitaires dus aux sinusites fronto-ethmoïdes. — (N° 42, 18 oct.) E.-J. Moure : Considérations cliniques sur le vertige labyrinthique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 40, 3 oct. 1908.) Delobel : Considérations pratiques sur l'amygdalotomie. — Bertrand : Œdème de la glotte et spasme rebelle post-rubéolique. — (N° 41, 10 oct.) Choquet : Ulcère de l'estomac et abcès sous-phrénique. — D. Augier : Un cas de hernie étranglée de la trompe. — (N° 42, 17 oct.) Lemière : Action biologique de la lumière. — Graveline : Contribution à l'étude de la réduction des fractures du col fémoral.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 127. — JEUDI 5 NOVEMBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 5 NOVEMBRE 1908. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 2 novembre 1908. — Question donnée : « Technique des infections sous-cutanées et intra-musculaires. »

MM. Meyerson, 8; Morin, 11; Murger, 13; Nahan, 15; Piémont, 13; Plumey, 8; Mladenoff, 10; Michaniewski, 13; Mlle Noisicka, 14; MM. Papadato, 10; Perin, 14; Papillon, 16; Meyer et Placet, 14; Percepied, 15; Morlot, 12; Philipp, Mme Perl et MM. Petit-Dutaillis, 14; Narcy, 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — *Internat.* — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 16 novembre 1908 est ainsi composé :

MM. Hamelin, Tédenat, Rauzier, de Rouville et Mouret. — Juges suppléants : MM. Baumel et Jeanbrau.

Externat. — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 30 novembre 1908 est composé de MM. Grasset, Forgue et Truc.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Trambling est nommé chef de clinique chirurgicale.

MM. Fontan et Ruyssen sont nommés aides d'anatomie.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Un arrêté ministériel fixe, ainsi qu'il suit, les sujets de thèses que les candidats, prenant part au concours qui sera ouvert à Paris le 3 mai prochain pour la place d'agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris (section d'histoire naturelle et de pharmacie : pharmacie), pourront choisir : 1° Etude critique des modes d'essai des extraits pharmaceutiques; 2° Altérations et conservation des médicaments chimiques et galéniques; 3° Des ferments protéolytiques et des produits pharmaceutiques qui dérivent de leur action; 4° Phosphore minéral et organique. Applications pharmaceutiques; 5° Substances médicamenteuses colloïdales; 6° Les essences employées en pharmacie.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Conférences de pratique médicale (thérapeutique et déontologie). — M. P. Le Gendre commencera ses conférences dans l'amphithéâtre de l'hôpital le samedi 7 novembre 1908, à dix heures et demie, et les continuera les samedis suivants.

Sujets des conférences. — *Thérapeutique.* — Comment on apprend et comment on applique la thérapeutique. — La question des purgatifs. — Les traitements de la douleur basés sur la pathogénie. — Les émissions sanguines. — Les convalescences. — La thérapeutique chez les enfants et chez les vieillards. — Les mauvaises odeurs du corps. — Les polyuriques. — Pituites et sialorrhées. — Incompatibilités médicamenteuses. — Intoxications diverses.

Déontologie. — Les principales difficultés de la vie professionnelle du médecin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Cours de propédeutique et de technique clinique élémentaire a l'usage des étudiants de première année. — Le docteur P. Le Noir, assisté de MM. les docteurs Jean Camus, H. Courcoux et Ambard, anciens internes des hôpitaux et de M. l'interne du service, commencera le lundi 9 novembre 1908, une série de conférences à l'usage des étudiants de première année sur les premières notions de médecine (propédeutique et technique clinique élémentaire) et les continuera tous les matins, à neuf heures, salle Axenfeld, jusqu'au 25 décembre. Le cours est gratuit.

AVIS TRÈS IMPORTANT

Nous rappelons à nos abonnés que toute communication doit être accompagnée de l'une des dernières bandes du journal.

Cette formalité est indispensable pour éviter toute erreur due à une homonymie.

PARALYSIE FACIALE UNILATÉRALE

ET OPHTALMOPLÉGIE EXTERNE BILATÉRALE CONGÉNITALES

Par MM. L. BABONNEIX et P. HARVIER.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, le professeur Hutinel, suppléé par M. P. Nobécourt, une enfant présentant une paralysie faciale et une ophtalmoplégie externe congénitales. La rareté des cas de ce genre nous a paru justifier la relation de cette observation :

Léonie Des..., âgée d'un an, est l'unique enfant de parents bien portants. Le père, âgé de vingt-sept ans, la mère, âgée de vingt et un ans, sont tous deux sains et vigoureux. Dans leurs antécédents personnels et héréditaires, on ne relève aucune tare syphilitique, alcoolique ou nerveuse. La mère raconte qu'elle « louchait » dans son enfance; elle présente actuellement un léger strabisme divergent.

L'enfant est née à terme : la grossesse a été absolument normale. La durée du travail, affirme la mère, n'a pas dépassé deux heures; l'accouchement a été facile et rapide. Il n'y a pas eu d'application de forceps; l'enfant n'est pas née en état d'asphyxie.

Aussitôt après la naissance, la mère aurait constaté une déviation de la bouche, et dans les jours suivants, une convergence des globes oculaires. Cette enfant, nourrie au sein pendant six mois, puis au biberon, n'a jamais eu de maladies graves. Elle a eu à huit mois ses premières dents. La mère l'amène à l'hôpital à la fin de septembre 1908 parce que, depuis deux mois, l'enfant mise en nourrice est mal alimentée, a beaucoup maigri et présente des troubles intestinaux.

Actuellement, la petite malade mesure $0^{m}74$ et ne pèse que $6^{k}530$. Son état général est encore satisfaisant, elle n'est pas rachitique ; ses différents organes sont sains. Les selles, jaunes et glaireuses à l'entrée, ont repris leur caractère normal après quelques jours d'un traitement approprié.

Lorsque l'enfant est au repos et calme dans son berceau, on constate une *paralysie faciale gauche* évidente (fig. 1). Toute la moitié gauche de la face paraît immobile. Les fentes palpébrales sont également ouvertes des deux côtés, mais la queue du sourcil est plus basse du côté gauche. Le sillon nasogénien est à peine esquissé, l'aile du nez aplatie et l'orifice nasal rétréci, la commissure labiale nettement déviée et abaissée de ce côté. Cette paralysie devient plus évidente encore lorsque l'enfant dort, la paupière supérieure gauche ne recouvrant alors qu'à moitié le globe oculaire, ou lorsqu'elle pleure (fig. 2); la région frontale ne présente pas de rides et l'œil reste ouvert à gauche. Il existe de plus une *ophtalmoplégie externe* bilatérale (fig. 3); au repos, on note un strabisme convergent des plus nets ; lorsqu'on fait suivre des yeux à l'enfant un objet brillant, on constate que les mouvements d'élévation en haut et en dehors (petit oblique), d'abduction, de rotation en bas et en dehors (grand oblique) sont impossibles, tandis que les mouvements d'élévation et d'abaissement du globe oculaire sont corrects. Il existe ainsi *une paralysie des muscles droits externes, grands obliques et petits obliques.* Il n'y a pas de ptosis. Des deux côtés, on constate un nystagmus



FIG. 1.



FIG. 3.



FIG. 2.

continu et rapide, vertical ou rotatoire. Les pupilles sont légèrement dilatées, mais égales. Les réflexes iriens lumineux et consensuels sont normaux. La sensibilité de la cornée et de la conjonctive paraît normale; le réflexe cornéen existe.

L'examen du fond de l'œil, obligeamment pratiqué par notre collègue et ami M. Bourdier, montre « les papilles légèrement saillantes, les veines dilatées, les artères un peu rétrécies; le choroïde en voie d'atrophie, et l'absence congénitale de pigment oculaire rétinien ».

Le crâne est bien conformé, il n'y a pas d'hydrocéphalie; aucune autre malformation, en particulier de l'oreille externe et de la mastoïde. Les dents, au nombre de 4, sont saines.

La langue, la voûte palatine, le voile, la luette sont intacts; la déglutition est facile.

Les troubles de la sensibilité (autant que l'âge de l'enfant permet cette affirmation), les troubles trophiques et vaso-moteurs font défaut.

L'examen électrique, pratiqué avec l'assistance de M. A. Weill, nous a montré l'inexcitabilité complète faradique et galvanique du nerf facial à son point moteur. Des muscles faciaux, seuls les muscles du menton, de la commissure labiale et de l'aile du nez sont excitables; encore leur contractilité faradique et galvanique est-elle très diminuée par rapport à celle du côté droit. Il n'y a rien à noter aux membres inférieurs et supérieurs : pas de raideur, pas de déformations. Les réflexes tendineux sont normaux; le réflexe plantaire se fait en flexion des deux côtés.

En résumé, il s'agit d'une enfant, née à terme, issue de parents bien portants, atteinte dès la naissance de paralysie faciale gauche de type périphérique et d'une ophtalmoplégie externe incomplète bilatérale (droit externe, grand et petit oblique), présentant en outre une choroïdite atrophique congénitale.

Les paralysies congénitales des nerfs crâniens et, parmi celles-ci, les paralysies faciales ne sont plus exceptionnelles, et sont bien connues depuis le mémoire de Cabannes (1).

Plus récemment, Marfan et A. Delille (2), puis Souques et Heller (3), L. Lévi et H. de Rothschild (4) ont mis en relief un type spécial de paralysie faciale congénitale liée à une malformation de l'oreille, et il semble qu'on puisse actuellement distinguer deux classes de paralysies faciales congénitales : les paralysies par agénésie du rocher et les paralysies par agénésie du noyau du facial.

Ces dernières sont bilatérales le plus souvent (diplégie faciale congénitale), et isolées [Gierlich (5)] ou associées à une ophtalmoplégie externe [Gutzmann (6), Lagrange (7)], à une paralysie congénitale de la douzième paire, à une paralysie complète des deux droits externes et à une paralysie incomplète [Gierlich (8)], de l'oculo-moteur commun gauche [Möbius (9)].

Plus rares peut-être sont les paralysies faciales unilatérales partielles [Minor (10)], totales [Nonne (11), Comby (12)], ou associées à l'ophtalmoplégie externe.

Chez notre malade, l'inexcitabilité électrique du nerf facial plaide en faveur d'une agénésie des noyaux des septième, sixième et quatrième paires, d'une atrophie intra-utérine des noyaux du mésocéphale suivant la conception de Möbius.

Les rapports intimes du noyau de la septième et de la sixième paires expliquent sans commentaires la lésion simultanée des deux nerfs (fig. 4.). Le processus atrophique, s'étendant vers la protubérance, atteint le noyau de la quatrième paire et le centre du petit

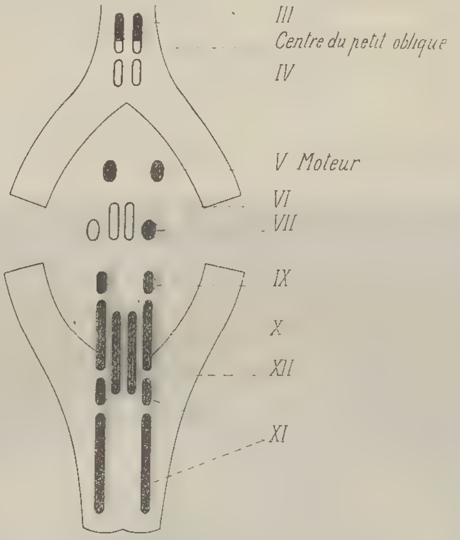


FIG. 4. — *Noyaux moteurs des nerfs crâniens, d'après Charpy* (in Poirier). *Les noyaux supposés atteints d'agénésie sont en blanc.*

oblique contigu au précédent. On sait, en effet, que le noyau du pathétique continue la colonne de substance grise, parallèle à l'aqueduc de Sylvius et étendue en avant jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, où se trouvent les origines de la troisième paire. Hensey et Vœlkers ont pu distinguer, dans ces origines du moteur oculaire commun, un certain nombre de petits centres, isolés et indépendants, et qui sont d'avant en arrière : le centre du droit interne, du droit supérieur et du releveur, du droit inférieur et enfin du petit oblique.

Il conviendrait d'admettre, dans notre cas particulier, une agénésie de la substance grise du côté gauche étendue en longueur de l'eminentia teres, en arrière, à la partie la plus postérieure du noyau du moteur oculaire commun, et, à droite, localisée aux noyaux de l'oculo-moteur externe, du pathétique, et à la partie voisine du noyau de la troisième paire.

En faveur de cette hypothèse, on peut encore faire valoir l'existence de choroïdite atrophique et l'absence de pigment rétinien, qui constituent, l'une et l'autre, des lésions dont l'origine congénitale est indiscutable. Seule toutefois, l'évolution de la maladie nous permettra de dire si nous ne nous sommes point trompés dans l'interprétation de notre cas.

(1) CABANNES. *Revue neurol.*, 1900, p. 1011.
(2) MARFAN et A. DELILLE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1901, p. 1007.
(3) SOUQUES et HELLER. *Ibid.*, 1903.
(4) L. LÉVI et H. DE ROTHSCHILD. *Ibid.*, 1903.
(5) GIERLICH. *Arch. f. Kind.*, 1907, p. 442.
(6) GUTZMANN. *Soc. de méd. int. de Berlin*, 15 nov. 1905.
(7) LAGRANGE. *Bull. méd.*, 1901, p. 530.
(8) GIERLICH. *Deuts. med. Wochens.*, 14 sept. 1905.
(9) MÖBIUS. *Soc. de méd. de Berlin*, mai 1900.
(10) MINOR. *Revue neurol.*, 1897, p. 483.
(11) NONNE. *Mitteil. aus den Hamburg Staatskrankenanstalten*, II, 2, 1899.
(12) COMBY. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1901, p. 1015.

CONSTIPATION ET SÉCRÉTION BILIAIRE

Par M. le docteur NEPPER,
Préparateur de physiologie pathologique (Hautes-Etudes, Collège de France).

DÉFINITION. — On entend par constipation la stase des matières fécales dans l'intestin.

Quand cette stase commence-t-elle, quand peut-on dire qu'il y a retard dans l'évacuation des matières fécales?

S'il existe des personnes qui n'ont de selles que

tous les deux ou même tous les trois jours et qui paraissent n'en pas souffrir, c'est une exception, et l'on peut dire que les personnes bien portantes ont une selle quotidienne et facile.

On peut donc considérer comme *normale* la durée de la traversée digestive chez eux. Elle est variable dans les limites de vingt à trente heures. On peut donc définir la constipation : le retard d'évacuation qui dépasse une durée de *trente* heures.

Ce sera la constipation *horaire* caractérisée par des *évacuations rares*.

Mais à côté de cette constipation évidente aux yeux du malade, il en existe une autre qui passe souvent inaperçue. C'est la constipation *quantitative*. Les évacuations sont *quotidiennes* mais de quantité *insuffisante*. Et il stagne dans le gros intestin une certaine masse fécale qui peut être le départ des accidents habituels de la constipation.

A notre avis chaque fois qu'on aura à examiner un intestin il faudra connaître la durée de la traversée digestive. En faisant prendre au patient, à l'un de ses repas, une poudre colorée quelconque, le temps qui s'écoulera entre la prise de cette poudre et l'évacuation des fèces colorées donnera la durée de la traversée digestive.

On saura alors facilement s'il y a retard et quelle en est la valeur.

Mais il arrive que la traversée digestive semble normale, alors que la quantité des matières évacuées est insuffisante. Dans ces cas, la ou quelquefois même les selles suivantes seront colorées, décelant ainsi une constipation quantitative.

Aussi lorsqu'on fera cette épreuve de durée de traversée digestive, il faudra toujours pour éviter une erreur demander au patient s'il a eu plusieurs selles colorées et à quel intervalle l'une de l'autre.

C'est là un moyen commode de reconnaître la constipation lorsqu'elle n'est pas évidente, et d'en connaître la valeur dans tous les cas.

Dans l'étude que nous allons tenter sur son mécanisme, nous ferons d'emblée abstraction de la constipation symptomatique :

(Lésions du tube digestif : ulcères ronds, rétrécissements du pylore, de l'intestin par lésion de la paroi. Compression exercée par des tumeurs ou des organes déplacés [rein, utérus], etc.)

Nous nous occuperons seulement de la constipation dite *primitive*.

Elle peut être *accidentelle*, *passagère*, et ses causes occasionnelles seront multiples.

L'impossibilité de se présenter à l'heure habituelle, un long trajet en chemin de fer amènent la constipation. Les chagrins, les soucis, un effort intellectuel exagéré, le travail sédentaire pourront la causer. Elle surviendra à la suite d'une sudation exagérée, d'une polyurie.

Elle disparaîtra avec la cause ou deviendra le point de départ d'une *constipation habituelle* chez des sujets *prédisposés* ; on entend habituellement par là les sujets atteints de neuro-arthritisme ; ceux qui auront une tendance à la goutte, l'obésité, le diabète ou l'une des multiples névroses.

Pathogénie de la constipation. — Les classiques réduisent à deux les éléments pathogéniques de la constipation :

1° *Diminution de la quantité de liquide contenu dans l'intestin.* — La diminution de liquide ingéré, l'augmentation des pertes par sudation exagérée ou polyurie abondante par exemple, diminueront le volume du contenu intestinal.

« Le défaut d'accès de la bile dans le duodénum, dit M. Mathieu, amène évidemment aussi un abaissement de la quantité de liquide versé dans l'intestin. »

2° *Diminution du péristaltisme ou spasme du gros intestin.* — « A l'état normal, dit Mathieu, les mouvements péristaltiques de l'intestin apparaissent sous l'influence du contact des aliments modifiés par leur séjour dans l'estomac, et aussi de la *bile*. »

Les troubles du péristaltisme pourront être de deux sortes :

1° Affaiblissement ;
2° Spasme.

1° L'Affaiblissement du péristaltisme intestinal en général, et colique en particulier, est dû à une insuffisance (*a*) *d'excitation* ou (*b*) *d'excitabilité*.

a. L'excitabilité insuffisante peut résulter de la diminution de sensibilité de la muqueuse intestinale (rectale en particulier), de l'affaiblissement des tuniques musculaires, *anatomique*, c'est-à-dire par amincissement des parois, ou *fonctionnelle*, c'est-à-dire par atonie ;

b. L'insuffisance d'excitation peut être le résultat d'une alimentation à résidus insuffisants (régime lacté, carné) ; nous croyons pouvoir ajouter et d'une diminution des sécrétions intestinales et en particulier de la *sécrétion biliaire*.

Insuffisance d'excitation et insuffisance d'excitabilité sont les causes de l'*atonie* que l'on considérait autrefois comme étant toujours la cause unique de la constipation.

2° Spasme. — Kussmaul et Fleiner ont invoqué à juste titre la contracture spasmodique. Elle reste presque toujours localisée à un segment du gros intestin, côlon descendant (corde colique de Glénard) ou S sigmoïde le plus souvent. Rarement fixées, ces contractions spasmodiques se déplacent et alternent avec de l'atonie au niveau d'un même segment.

En général, dans le même temps, on trouve du spasme et de l'atonie au niveau des différents segments.

Et les cas que l'on rencontre le plus fréquemment sont ceux où il y a mélange de spasme et d'atonie.

Ce ne sont là en réalité que les *modalités cliniques* du trouble du péristaltisme.

On en doit chercher la cause dans les troubles d'*excitabilité* et d'*excitation* de la motilité intestinale.

Les troubles d'excitabilité seront l'apanage de sujets prédisposés, les neuro-arthritiques, terrain sur lequel agiront avec le maximum de facilité, les troubles d'excitation.

Parmi les causes de trouble d'excitation, alimentaires d'abord et sécrétoires, il faut réserver une place spéciale à la sécrétion biliaire.

Influence excito-motrice de la bile. — Tout plaide en faveur de l'importance *primordiale* des troubles de la sécrétion biliaire dans la genèse de la constipation.

Rien que par son volume, la diminution de sa quantité amènera mécaniquement une diminution de la quantité de liquide déversé dans l'intestin, à supposer que l'on considère la bile comme sans action sur la fibre lisse intestinale. Mais ce n'est pas le cas.

« L'oblitération des voies biliaires et la non-pénétration de la bile dans le duodénum, dit Mathieu, sont également une cause de constipation ; la bile semble en effet avoir une véritable *action laxative*. »

On a, à plusieurs reprises, admis l'existence d'une diarrhée par hypersécrétion de la bile ou du suc pancréatique.

Après une purgation, une intense diarrhée, on peut voir succéder à des matières d'abord solides puis liquides un flux de coloration jaune, ocreuse, présentant les réactions caractéristiques de la bile.

En quantité beaucoup moins considérable elle imbibe des flocons de mucus, des débris de toutes sortes, et sa présence ne se révèle qu'au microscope par les réactions histo-chimiques des matières colorantes de la bile. Pour Nothnagel, les flocons de mucus colorés en jaune par la bile indiqueraient par leur présence non seulement une *exagération* des mouvements péristaltiques, mais même un véritable catarrhe de l'intestin grêle.

Dans la colite muco-membraneuse, où la coagulation du mucus et la constipation sont les deux symptômes cardinaux, nous savons que la coagulation est due à l'action du pouvoir *coagulant* d'extraits intestinaux et que la bile possède une action *anti-coagulante*. On pouvait penser que ce phénomène de coagulation avait pour corollaire indispensable une diminution de sécrétion biliaire (1), qui favoriserait en même temps la constipation, de telle sorte que ces deux symptômes seraient sous la dépendance de la sécrétion biliaire.

L'ingestion de sels biliaires produirait la diarrhée et les vomissements [Leyden Schülein (2)].

Eckard (3) chercha à résoudre la question de savoir si la bile a vraiment une influence excito-motrice sur l'intestin.

Sa méthode expérimentale, dont le principe était emprunté à Fubini et Luzzati, consistait à introduire un pois dans une anse intestinale de lapin baignée d'eau salée ; on notait la vitesse de translation de ce corpuscule avec ou sans injection de bile dans l'anse explorée. Les résultats furent assez discordants et Eckard les tint pour médiocrement démonstratifs. La technique, de l'aveu d'Eckhard, laissait beaucoup à désirer. Aussi avons-nous entrepris avec le docteur Hallion (4), à l'aide d'une autre méthode d'investigation beaucoup plus sûre, de nouvelles recherches à ce sujet dans le but de voir :

1° Si la bile possède une action excito-motrice sur la fibre intestinale ;

2° Quelles modalités cette action peut revêtir au niveau des différents segments de l'intestin et suivant qu'elle est introduite dans les veines ou mise au contact de la muqueuse intestinale.

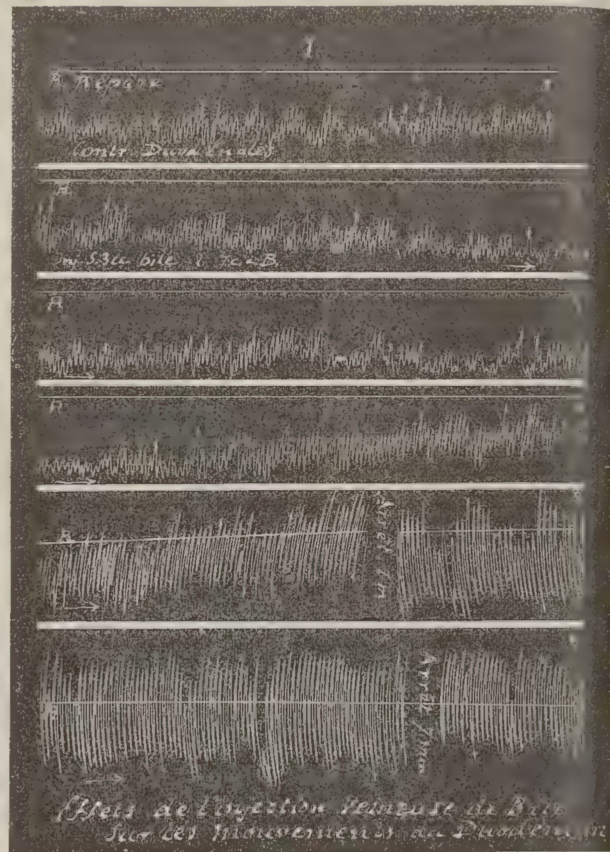
Nous ne reproduirons pas intégralement ici la technique de nos expériences, nous nous contenterons de l'indiquer dans son principe (une ampoule introduite dans l'intestin transmettait ses variations de pression, par l'intermédiaire d'un manomètre à eau, à un tambour inscripteur de Marey).

Nos recherches ont porté sur les différents segments de l'intestin et voici nos conclusions accompagnées d'une partie des tracés [publiés antérieurement (5)].

Le tracé I représente l'évolution du péristaltisme intestinal pendant quarante-sept minutes avec deux interruptions, la première d'une minute, la seconde de sept.

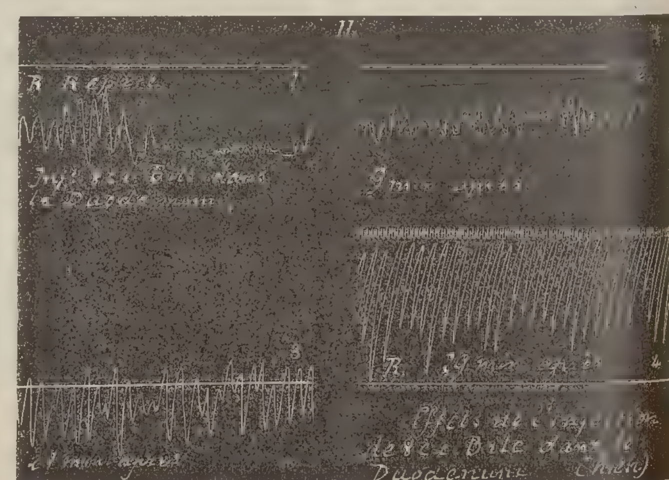
(1) *Gaz. des hôpit.*, 20 juin 1907.
(2) Leyden Schülein. Art. bile, in *Dict. de physiol.*, 1897.
(3) Eckard. *Centralbl. f. Physiol.*, 1899, n° 49.
(4) Hallion et Nepper. *C. r. de la Soc. de biol.*, 20 et 27 juillet 1907.
(5) V. *C. r. de la Soc. de biol.*, juillet 1907.

On voit qu'avant toute intervention les contractions intestinales s'exécutent avec une amplitude modérée autour d'un tonus moyen, sensiblement invariable. Il en était ainsi au surplus durant une longue période au début du tracé ci-joint (trois



heures). On injecte par une saphène, lentement, 3 centimètres cubes, puis 7 centimètres cubes de bile. Il se produit d'abord une diminution marquée du péristaltisme et un relâchement du tonus moyen. Puis, bientôt après, on voit les contractions s'amplifier progressivement à un degré considérable. En même temps le tonus augmente ainsi qu'une ligne de repère horizontale permet de s'en rendre compte.

Le tracé II représente les mêmes effets moteurs

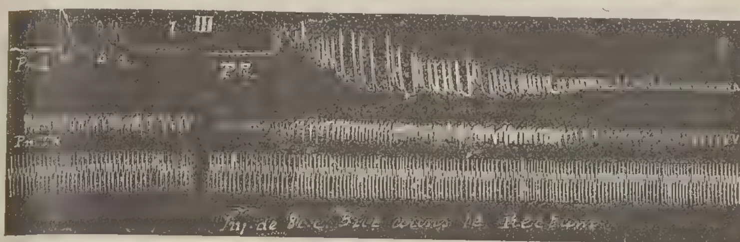


produits par l'injection directe de la bile dans le duodénum.

Enfin le tracé III montre les effets moteurs produits par la bile injectée dans le rectum.

La ligne médiane représente la respiration thoracique (*pn. th*); l'inférieure le temps en secondes.

Dans cette expérience pendant trois heures, on n'observe aucune contraction rectale, aucun mouve-



ment de défécation. On injecte alors 10 centimètres cubes de bile dans le rectum. Après quatre minutes mouvements répétés de défécation pendant huit minutes. Arrêt dix minutes. Mais pendant cette période, dont la partie gauche de la figure représente un fragment, il suffit d'un effleurement (*a*, *b*, *c*) de la région anale pour entraîner immédiatement une contraction du périnée toute semblable à celle qui accompagnait les mouvements de défécation dont la partie droite de la figure 3 représente le tracé. Nous ajouterons que chez l'homme les résultats sont identiques et à coup sûr on obtient une défécation chez les sujets les plus constipés. En cinq minutes en moyenne le sujet éprouve un besoin impérieux, parfois accompagné d'une colique passagère, qui cesse après l'expulsion d'un bol fécal (1).

Et voici nos conclusions générales :

1° La bile mise au contact de la muqueuse intestinale exerce une influence excito-motrice locale sur l'intestin grêle aussi bien que dans le rectum;

2° Introduite dans la circulation elle détermine une action de même ordre;

3° Cette terminaison semble consécutive (au moins pour une part) à une exagération de la sécrétion biliaire due à l'influence cholagogue de la bile injectée.

Notre expérimentation démontre donc l'*influence excito-motrice de la bile sur la fibre lisse intestinale*.

De cette action on peut facilement inférer que toute diminution de sécrétion biliaire aura pour effet de troubler le péristaltisme intestinal et par conséquent d'allonger la durée de la traversée digestive, autrement dit *d'instituer la constipation*.

Et l'on peut maintenant comprendre la pathogénie et le mécanisme de la constipation si l'on veut se souvenir des rapports intimes du foie et du tube digestif, du rôle de la glande hépatique comme barrière des poisons.

En effet depuis les travaux de Heger de Schiff, depuis les expériences consignées dans la thèse de Roger (2), on sait que les poisons amenés au foie sont arrêtés par la barrière hépatique et transformés en corps moins toxiques. Le rôle anti-toxique de cette glande nous apparaît aujourd'hui comme prépondérant dans la protection de l'organisme.

Ces poisons peuvent provenir d'une toxi-infection générale où le foie est ordinairement envahi par l'artère hépatique. Mais le plus souvent ces poisons ont une origine *intestinale*. Le foie communique avec l'intestin par l'intermédiaire de la veine-porte dont les racines s'étalent sur toute l'étendue du tube gastro-intestinal. C'est la voie de beaucoup la plus importante, et c'est grâce à elle que les poisons de toute provenance, entraînés par le cours normal du sang, sont directement transportés au contact de la cellule hépatique. Et ce mécanisme, suivant les facteurs qui entrent en jeu, peut engendrer dans le foie toute une série de modifications, soit fonctionnelles (1), soit cellulaires, depuis la congestion jusqu'à la cirrhose.

Le fonctionnement du foie est donc intimement lié à la fonction gastro-intestinale. Toute influence nocive sur ce dernier appareil retentira sur lui. C'est l'organe qui souffre le plus des troubles digestifs.

Et de même que *toute toxi-infection* générale retentira sur lui, de même toute intoxication d'origine alimentaire, toute inflammation superficielle de la muqueuse intestinale va donner au foie un surcroît de travail, le surmener et par conséquent diminuer en particulier sa sécrétion biliaire.

Et dans le cas qui nous occupe tout se ramène à la mise en état d'infériorité du foie surmené par une influence nocive quelconque.

Si l'intoxication est légère, l'organisme la peut vraincre facilement, ou passagère, la diminution de sécrétion biliaire sera passagère et la constipation insignifiante ou peu durable, c'est la *constipation accidentelle*.

Si l'intoxication est plus prolongée, si le sujet est *prédisposé*, la constipation s'établira durable.

La stase fécale, l'irritation superficielle de la muqueuse par la présence d'un bol fécal entretiennent et favorisent encore la production et la résorption de produits toxiques. Le surmenage du foie est continu, sa sécrétion biliaire est constamment en-dessous de la normale. La constipation entretient *par ce mécanisme* la constipation. C'est un cercle vicieux dont le malade sort fort difficilement. C'est la *constipation habituelle* dont on peut dire qu'elle est *causée par la diminution de la sécrétion biliaire*, cette dernière reconnaissant les multiples causes dont nous avons parlé au cours de cet article.

MÉDECINE PRATIQUE

LA MORPHINE DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE

MM. Triboulet et Boyé, à la suite des succès obtenus par MM. Lesage et Cléret, grâce à la morphine, dans les affections spasmodiques aiguës de l'enfance, croup et faux croup, ont été amenés à essayer la même médication dans une affection spasmodique chronique, la coqueluche.

Ils viennent d'exposer à la Société de pédiatrie (20 novembre) leur façon de procéder.

Ils donnent en injection sous-cutanée un quart de centigramme le premier jour, un tiers le second, un demi le troisième, puis ils arrêtent trois jours, et reprennent trois jours, et ainsi de suite, soit aux mêmes doses si l'enfant a moins d'un an, soit en augmentant peu à peu la dose journalière jusqu'à 1 centigramme, si l'enfant est plus âgé.

MM. Triboulet et Boyé ont eu la surprise de voir, avec ce traitement, les quintes diminuer rapidement de nombre et

(1) On introduit, à l'aide d'une sonde à 15 centimètres environ dans le rectum, 50 centimètres cubes de bile et dans les expériences faites depuis plus de deux ans le résultat a toujours été identique.

(2) Roger, *Action du foie sur les poisons*, Th. de Paris, 1887.

(1) François Franck, en particulier, a montré les réflexes vaso-constricteurs produits sur le foie par l'excitation des nerfs sensibles généraux, des splanchniques, la répartition de ces réflexes, les effets mécaniques, leur intervention en présence des poisons traversant le foie.

d'intensité, si bien qu'elles disparaissaient au bout de deux à douze jours, quand il s'agissait de coqueluches en pleine évolution. Quand la coqueluche était traitée par la morphine dès son début, elle ne durait pas plus de trente à quarante jours.

Il n'y a jamais eu ni constipation, ni morphinisme, mais seulement quelquefois des sommeils prolongés n'ayant, du reste, aucun inconvénient.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1908)

La déclaration obligatoire des maladies transmissibles. — M. KELSCH, dans un travail très documenté, discute, avec sa haute compétence, la question de la déclaration des maladies transmissibles, de la désinfection qui en est la conséquence directe et immédiate et des moyens de concilier la déclaration obligatoire avec les exigences du secret professionnel. Il demande, en conséquence, que cette déclaration soit faite par les intéressés.

M. LANDOUZY estime que l'honneur des médecins de nos jours aura été de s'ingénier à diminuer, contre leurs propres intérêts, le nombre des malades et des maladies par la prévention, par la prophylaxie, par l'hygiène. Mais cette prévention, cette prophylaxie doivent être organisées, pratiquées et surveillées.

C'est à ce but que tendent les conclusions du rapport de M. Widal, conclusions auxquelles se rallie M. Landouzy. Il rappelle avoir lui-même, dans plusieurs circonstances, soutenu les mêmes idées que celles que défend M. Widal dans son rapport. L'Académie, désormais éclairée, est bien prête à agir et à peser sur les conseils du gouvernement pour obtenir une application rigoureuse de la loi de 1902, pour obtenir enfin que ce soit le chef de famille, éclairé par le médecin, qui soit tenu à faire lui-même la déclaration.

M. Landouzy demande, avec M. Widal, que l'on ait recours à l'enseignement, que des notions d'hygiène soient données dans toutes les écoles et les lycées et que ces notions soient inscrites aux programmes des examens. Il est plusieurs moyens de former les citoyens au respect de la loi sanitaire. Le premier de ces moyens, en date comme en efficacité, est l'éducation. M. Landouzy appuie donc les observations présentées, à ce point de vue, par MM. Widal et Monod. L'enseignement de l'hygiène et celui de la morale doivent marcher ensemble. Il faut que la santé et la force soient enseignées, pratiquées et honorées comme des vertus sociales. C'est ainsi que l'enseignement de l'hygiène doit être fait dans l'école primaire du plus petit village, comme dans l'école supérieure de guerre, dans l'école normale supérieure.

Pour ce qui est de la phobie des microbes, M. Landouzy compte sur cette éducation pour la prévenir et la guérir. Il ne s'agit pas d'apprendre aux gens à fuir les tuberculeux, les diphtériques ou les éberthiens, mais bien au contraire il faut leur indiquer les moyens de les soigner en prenant certaines précautions contre la contamination possible.

Dans bien des cas, la maladie est fonction d'ignorance. Il faut développer chez le peuple les forces physiques et l'endurance. Imitons, en cela, les Américains, gens pratiques par excellence.

M. Landouzy s'associe donc aux conclusions de M. Widal, aux desiderata si justement formulés par M. Chantemesse au sujet de l'insuffisance des moyens d'enseignement de l'hygiène dans nos facultés.

Nos pères, dit en terminant M. Landouzy, cherchaient à être des guérisseurs de maladies, nous nous efforçons d'être des empêcheurs de maladies. Il exprime enfin l'espoir que le vote unanime de l'Académie ratifiera les conclusions de M. Widal.

Traitement des fractures du col du fémur par l'enchevillement. — M. Paul DELBET communique quatre observations de fractures du col du fémur traitées avec succès par l'enchevillement métallique, sans arthrotomie

Abcès du foie. — M. ROUTIER fait une communication sur un cas d'abcès du foie, compliqué de pleurésie purulente, guéri par plusieurs interventions successives sur le foie et sur la plèvre.

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FERMENTS DIGESTIFS

Dans le *Merck's Archives*, le docteur Caroll Chase, sous le titre : *La renaissance de la papaïne*, a étudié ce ferment digestif et a montré que ses indications et ses usages ont beaucoup augmenté pendant ces dernières années.

Nous allons résumer ci-après cette remarquable étude :

« On sait que cette substance se retire du fruit du papayer qui, incisé, donne un suc laiteux contenant le ferment. Ce dernier est purifié de diverses manières. La papaïne du commerce contient une quantité très variable de ferment pur. Pour cette raison l'auteur recommande d'adopter une marque sûre lorsqu'on prescrit la papaïne.

« La papaïne, à doses ordinaires, donnée à l'intérieur, est absolument inoffensive. Son action porte sur les voies digestives. Elle dissout le mucus et exerce une action tonique sur la muqueuse gastrique. Elle possède une action nettement antiseptique et antifermentescible, et il est important de remarquer qu'on peut la donner avec d'autres antiseptiques sans que son action soit troublée; même le bichlorure de mercure, en petite quantité, ne l'influence pas. La papaïne est encore un sédatif local.

« Mais tous ces effets cèdent le pas à son merveilleux pouvoir digestif.

« Elle agit mieux en milieu alcalin, mais elle est également active dans les liquides neutres et acides, au contraire des ferments animaux qui ne sont actifs que dans certains milieux. Son action sur les trois classes d'aliments est la suivante : elle transforme les albuminoïdes alimentaires en peptones après les avoir hydratées; elle transforme l'amidon en maltose et émulsionne les graisses; elle peptonise le lait de vache dont le coagulum devient floconneux, semblable à celui que donne le lait de femme dans l'estomac du nourrisson.

« Elle possède aussi une action désintégrante sur les aliments, en dehors de son pouvoir digestif. La bonne papaïne digère habituellement 200 fois son poids de fibrine, mais parfois elle en digère 1 000 fois son poids.

« D'après son action physiologique, sa principale application thérapeutique porte sur les troubles gastro-intestinaux, particulièrement sur ceux qui résultent d'une digestion incomplète des matériaux alimentaires. Dans les cas aigus et chroniques de dyspepsie, d'embarras gastrique, de catarrhe gastrique, d'entérite, d'entéro-colite, la papaïne constituera le principal médicament pour peptoniser les aliments et dissoudre le mucus souvent formé en abondance; il va sans dire qu'il ne faudra pas négliger le régime et les autres précautions ordinaires.

« Lorsque la dyspepsie est liée à l'hyperacidité, la papaïne peut être donnée avec du bicarbonate de soude après le repas; si au contraire il y a de l'hypochlorhydrie, la papaïne sera donnée de préférence avant le repas. Théoriquement la

papaïne serait très utile dans les cas de dyspepsie intestinale des amylacés. En pratique, elle s'est montrée très active dans ces cas, donnée une heure ou immédiatement après les repas. Les trois quarts des dyspepsies intestinales seraient des dyspepsies de farineux. La papaïne fait ici ce que ne peut faire aucun ferment animal, elle digère les hydrates de carbone dans l'estomac même. Il peut être avantageux de l'associer à quelque antiseptique intestinal, tel que le salol, le benzonaphtol, etc.

« Associée à l'oxalatate de cérium, la papaïne a été très utile contre le mal de mer et les états nauséeux analogues.

« On a aussi constaté souvent que les malades sont débarrassés de leur constipation ou de leur diarrhée pendant qu'ils prennent de la papaïne, le fait s'explique par l'amélioration de la fonction digestive. »

Les travaux du docteur Caroll Chase, que nous venons de résumer, montrent que la science moderne n'a pu que confirmer les résultats obtenus pendant trente années consécutives par Trouette-Perret.

Rappelons en effet que la papaïne avait été, dès 1878, l'objet d'expériences très complètes et de communications nombreuses du professeur Wurtz, à l'Académie des sciences, et qu'elle est depuis lors entrée dans la thérapeutique courante.

Afin d'avoir à sa disposition un médicament toujours identique et sûr, la préférence doit être donnée aux préparations de papaïne de Trouette-Perret. Elles contiennent toujours une quantité égale, strictement dosée, de papaïne active, point sur lequel nous insistons, et en outre, elles sont présentées sous différentes formes commodes, appropriées aux différents cas.

Tantôt on prescrira le sirop de papaïne de Trouette-Perret à la dose d'une cuillerée à soupe après chacun des repas; tantôt (lorsqu'on pourra donner sans inconvénient de petites doses d'alcool), l'élixir de papaïne de Trouette-Perret (qui n'en contient que 20 p. 100. Cette préparation est surtout agréable aux sujets qui ont le dégoût des médicaments; un petit verre à liqueur, après le repas, est la dose habituelle.

Souvent aussi nous conseillons, surtout chez les personnes qui ne prennent pas toujours leurs repas chez elles, les cachets de Trouette-Perret à la papaïne (un ou deux après chaque repas).

Et nous devons insister surtout sur la merveilleuse action de la papaïne dans les troubles gastro-intestinaux de l'enfance. Elle agit sûrement et rapidement dans les diarrhées de l'enfance, et il faut en donner quand bien même l'enfant n'aurait que quelques jours. Dans ce cas, prescrire une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la papaïne à prendre immédiatement avant ou après chaque repas ou tétée.

LIVRES NOUVEAUX

Neurasthénie et psycho-névroses (1), par Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

La neurasthénie n'est pas une entité morbide; sous ce nom, on décrit des troubles psychiques, nerveux et fonctionnels divers. Il faut distinguer :

Des névroses ou psychoses, par dynamisme nerveux pur. D'origine émotive ou auto-suggestive, elles sont justiciables de la psychothérapie; c'est à elles qu'il faut réserver le nom de névroses ou psychonévroses (la névrose d'angoisse est une névrose constitutionnelle, non une psychonévrose, elle est due à un état natif, et n'est pas, d'ordinaire, influencée par la suggestion).

Les neurasthénies simples sont, au contraire, caractérisées par des symptômes nerveux et fonctionnels divers, et peu ou point de symptômes psychiques; elles sont dues à une infection ou intoxication, auto-intoxication principalement. Elles ne sont pas justiciables de la suggestion; les troubles somatiques qui les accompagnent sont, non d'origine psychique, mais dus à l'intoxication causale. L'auteur cite un certain nombre d'observations, où la neurasthénie s'est accompagnée de signes d'une détermination nerveuse organique, tantôt légère, curable; parésie, exagération des réflexes patellaires, clonus, dilatation inégale des pupilles, parfois aussi, plus définitives : tabes dorsal spasmodique, névrites, psychoses dépressives; les neurasthénies toxiques sont la majorité.

Les deux éléments : psychose et neurasthénie peuvent se trouver réunis. Alors, la suggestion agit sur le premier, non sur le second.

Enfin, au lieu de donner des signes généraux, la neurasthénie peut être partielle, c'est-à-dire localisée à certaines fonctions. Il est, de même, des psychoses partielles, et, sous ce nom, l'auteur désigne les troubles sensitivo-sensoriels, etc., communément rapportés à l'hystérie (qui, pour lui, se réduit aux simples crises convulsives). Naturellement, ces troubles sont justiciables de la suggestion, les troubles viscéraux et vaso-moteurs sont de nature organique. De même, certaines douleurs, persistant toute la vie, et non influençables par la suggestion, ne sont pas des psychoses, mais des manifestations constitutionnelles, par cyto-toxines. Bien entendu, des psychoses obéissant à la suggestion peuvent venir s'y ajouter.

L. Alquier.

(1) In-8 de 75 pages. — Paris, O. Doin.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 247, 10 oct. 1908.) H. Bordier et Nogier : A quoi faut-il attribuer l'odeur prise par l'air sous l'influence des radiations ultra-violettes? — Georges Maingot et Henri Béclère : Le réglage à distance et le réglage automatique des ampoules à osmo-régulateur de Villard.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 41, 8 oct. 1908.) Van Neck : Le refoulement automatique de la mâchoire pendant la narcose. — O. Libotte : Thérapeutique électrique de l'artério-sclérose et de ses déterminations. — (N° 42, 15 oct.) Weymeersch : Gastro-entérite grave guérie par l'administration du régime sec. — A. Lorand : De l'influence des glandes sexuelles sur la vitalité et la longévité.

Pédiâtrie pratique. — (15 oct. 1908.) Weill et Mouriquand : Sur un nouveau cas de conjonctivite diphtérique après la rougeole. — Roque et Chalier : Valeur diagnostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans les méningites. — Clément Delfosse et J. Sabblé : Scarlatine. Laryngite pseudo-membraneuse tardive. Inhalation d'oxygène. Tubage. Guérison. — Glatard : Un cas de méningite traité et guéri par la méthode de França (lysol intra-rachidien).

Revue de chirurgie. — (N° 10, 10 oct. 1908.) Pierre Duval : Amputation sus-malléolaire (procédé Félix Guyon) avec ostéoplastie calcanéo-tibiale (9 fig.). — V. Ball et H. Alamartini : Ostéo-arthropathies hypertrophiantes d'origine tuberculeuse chez l'homme et le chien (8 fig.). — Damany : Le traitement rationnel de la luxation congénitale de la hanche. En quelle attitude doit-on placer et maintenir le fémur pour en obtenir la détorsion (22 fig.).

Revue de médecine. — (N° 10, 10 oct. 1908.) Claude et Gougerot : Les syndromes d'insuffisance pluriglandulaire.

Leur place en nosographie. — DEVIC et TROUILLEUR : Deux cas mortels de fièvre typhoïde, contractée probablement à l'hôpital et faisant immédiatement suite à un rhumatisme articulaire aigu (2 tracés). — J. CARLES : Les staphylococcémies atténuées non suppuratives (3 tracés). — LAFFORGUE : Étude clinique sur le typhus récurrent, à propos de vingt-deux observations recueillies en Tunisie (5 tracés). — L. MARGAIN : Contribution à l'étude de la flore microbienne intestinale du nourrisson.

Revue neurologique. — (N° 18, 30 sept. 1908.) Alfred GORDON : Troubles vaso-moteurs et trophiques de l'hystérie (2 fig.) — (N° 19, 15 oct.) C. VINCENT : Deux cas de méningite chronique syphilitique.

Tribune médicale. — (N° 41, 10 oct. 1908.) A. BROCA : Syphilis héréditaire tardive. — (N° 42, 17 oct.) MOUCHOTTE : Remarques concernant une série de 14 opérations césariennes conservatrices.

NOTES POUR L'INTERNAT

NÉVRALGIE SCIATIQUE (1)

Avec les douleurs, on peut constater d'autres troubles de la *sensibilité*. La sensibilité cutanée est souvent altérée; on trouve au début de l'hyperesthésie puis de l'anesthésie en plaques ou en large nappe dans les sciatiques graves; cette anesthésie a une topographie périphérique; dans quelques cas, elle a une topographie radiculaire, occupant le territoire des racines lombo-sacrées, particulièrement de la cinquième lombaire, des première et deuxième sacrées; ce sont les sciatiques radiculaires (Lortat-Jacob et Sabaréanu). Le malade a quelquefois des sensations de froid ou de chaleur, assez souvent des picotements, de l'engourdissement.

Comme troubles de la *motilité*, les plus fréquents sont les contractions fibrillaires des muscles, les crampes douloureuses, parfois de véritables convulsions toniques ou des convulsions avec tremblements et secousses au moment des exacerbations douloureuses. La plupart des malades ont une difficulté de la marche par suite de la douleur; la douleur se réveille au moment où le pied du malade se pose sur le sol et alors le malade fléchit sur sa jambe qui paraît paralysée. Dans quelques cas graves, il s'agit d'une parésie véritable.

Quelques *réflexes* tendineux et cutanés du membre inférieur sont modifiés; le réflexe rotulien est quelquefois affaibli ou exagéré, le plus souvent normal, ce qui se comprend puisqu'il s'accomplit dans le domaine du nerf crural (Hallion); le réflexe achilléen est fréquemment affaibli ou aboli (Babinski); l'exagération du réflexe crémastérien est fréquente; celle du réflexe plantaire et du réflexe fessier quelquefois notée.

Parmi les troubles trophiques, l'*atrophie musculaire* est le plus intéressant. Dans les sciatiques névralgies, l'atrophie ne survient que très lentement; l'amaigrissement du membre et la flaccidité des tissus sont surtout la conséquence du repos forcé. Dans les sciatiques névrites, l'atrophie est précoce; elle porte exclusivement sur les muscles et peut être masquée par un certain degré d'adipose. Guinon et Parmentier ont montré que l'atrophie musculaire se localise souvent à une seule branche du sciatique poplité externe. Comme autres troubles trophiques, vaso-moteurs et sécrétoires, on a signalé le développement exagéré des poils, l'érythème, des éruptions furonculeuses ou phlycténoïdes, plus rarement de véritables poussées de zona le long du trajet du nerf, et même le mal perforant (Duplay). La peau du membre malade est souvent livide et violacée, surtout quand le malade est debout. La peau est sèche et épaissie, plus rarement pâle, amincie et flasque. Souvent la sécrétion de la sueur est altérée en plus ou en moins. La température du membre inférieur est tantôt plus élevée que celle du membre opposé, tantôt au contraire abaissée; ce dernier cas est plus fréquent.

Les *réactions électriques* des muscles sont quelquefois modifiées. Dans les sciatiques récentes et les sciatiques névralgies, ce qui frappe le plus c'est la douleur déterminée par les courants faradiques; dans les sciatiques névrites avec atrophie musculaire on peut observer la réaction de dégénérescence.

Charcot et Babinski ont attiré l'attention sur les déformations de la colonne vertébrale dans la sciatique; elles sont le résultat de l'attitude du malade; pour éviter l'élongation du nerf sciatique, le malade tient son genou fléchi et compense cette flexion en inclinant le bassin du côté malade, mais, pour que le poids du corps ne porte pas sur la jambe atteinte, le tronc s'incline du côté opposé, la colonne vertébrale présente alors une courbure dont la concavité est dirigée du côté sain; c'est la *scoliose croisée*. Dans d'autres cas plus rares, le tronc est incliné vers le côté malade; la concavité de la courbure vertébrale est dirigée du côté malade; c'est la *scoliose homologue* (Brissaud) qui survient surtout dans certaines sciatiques spasmodiques. D'après Brühl et Soupault, la scoliose croisée s'observe dans la sciatique qui rend douloureux tout le membre inférieur; la scoliose homologue survient lorsque la névralgie affecte le plexus lombo-sacré et la partie supérieure du sciatique, le malade se penchant du côté atteint pour mettre les muscles pelviens dans le relâchement. Les déviations vertébrales peuvent se montrer très rapidement après le début d'une sciatique intense; le plus souvent elles apparaissent dans les formes longues et graves; ces scolioses sont légères et disparaissent, sauf de rares exceptions, quand la sciatique guérit.

La sciatique peut retentir à la longue sur l'*état général*. Le malade, tourmenté par la souffrance et l'insomnie, devient irritable, perd l'appétit; d'autres symptômes généraux peuvent survenir qui sont sous la dépendance des maladies qui ont déterminé la sciatique. On a signalé quelques cas de pyolurie (Debove et Rémond), l'irritation nerveuse déterminant une augmentation de la tension artérielle; souvent, c'est une polyurie hystérique.

FORMES CLINIQUES. — Lasègue a distingué une forme bénigne et une forme grave; ces deux formes correspondent le plus souvent à la sciatique-névralgie et à la sciatique-névrite de Landouzy. La *forme bénigne* peut se manifester par des douleurs très intenses en accès; mais la douleur continue n'est pas très violente; il ne survient aucun trouble de nutrition; l'intervalle qui sépare les accès devient de plus en plus long et les douleurs cessent assez brusquement.

La *forme grave* se traduit par une douleur continue de caractère engourdissant et gravatif; les paroxysmes au contraire ne sont pas très aigus; mais on trouve des troubles de la sensibilité objective, de l'atrophie musculaire; on sent quelquefois, au palper, une augmentation de volume du nerf sciatique (Fernet).

Il faut remarquer toutefois que cette distinction schématique ne répond pas toujours à la réalité clinique et qu'on rencontre beaucoup de variétés intermédiaires (Hallion).

Quand la sciatique s'accompagne de phénomènes de contracture, c'est la *sciatique spasmodique* (Brissaud); on note une exagération du réflexe rotulien, le phénomène du pied, une contracture des muscles de la hanche. La contracture gagne jusqu'aux muscles fléchisseurs du rachis du côté malade, ce qui explique la scoliose homologue.

La *sciatique double* est assez rare; on l'observe plus particulièrement dans certaines circonstances étiologiques, aussi elle a un grand intérêt pour le diagnostic. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 124, p. 1485.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 128. — SAMEDI 7 NOVEMBRE 1908. 81e ANNEE. SAMEDI 7 NOVEMBRE 1908. — Nº 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 812-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 4 novembre 1908. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la fièvre tyhoïde au huitième jour. »

MM. Nette, 8; Meaux-Saint-Marc, 18; Lory, 12; Minvielle, 15; Mlle Moskoff, 10; MM. Quercy, 15; Poisvert, 12; Poissonnier, 9; Paillard, 13; Morel, 8; Paraf, 12; Meignen, 11; Parturier, 10; Mora, 9; Mérine, 12; Petit-Louis, 11; Ollier, 7; Pérol, 8; Plaisant, 11; Pigney, 10.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira le 10 mai 1909 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — A la suite des examens qui ont eu lieu les 26 et 27 octobre, ont été proposés à M. le ministre de l'Intérieur pour être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes :

MM. Biétrix, Canceil, Dollard, Dublet, Gibert, Goudard, Guérido, Guibert, Jaubert, Lemaire, Montagnac, Murat, Piettre, Policard, Pujol, Riquez, Sépet, Silice, Soupier.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — PRIX RAMPAL. — Le prix Rampal est biennal, de la valeur de 120 francs; il consiste en livres de médecine ou en instruments de chirurgie, au choix du lauréat. Il est décerné dans l'assemblée générale annuelle d'avril du Comité médical, à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de sciences médicales, au choix du concurrent. Sont seuls admis à concourir les étudiants en médecine régulièrement inscrits à l'Ecole de médecine de Marseille.

Les mémoires pour le prochain concours devront être adressés, avant le 31 décembre 1908 (terme de rigueur), au secrétaire général du Comité, marché des Capucins, 3, à Marseille. Ils ne devront pas être signés, mais porter en tête une légende reproduite avec le nom de l'auteur dans une enveloppe cachetée qui sera jointe au mémoire.

Ne seront pas admis à concourir les mémoires dont les auteurs auront pris le titre de docteur avant le jour de la clôture du concours.

PRIX SIRUS-PIRONDI. — Prix biennal de 300 francs. Ce prix sera décerné à l'assemblée générale de 1910. Tous les docteurs en médecine français peuvent concourir. Les mémoires, *inédits*, devront être adressés au secrétaire général du Comité, avant le 31 décembre 1909, dans les mêmes conditions que ceux pour le prix Rampal.

PRIX ANNUELS. — Des prix annuels seront décernés par le Comité médical pour récompenser les étudiants en médecine ou en pharmacie de l'Ecole de Marseille qui présenteront à la Commission scientifique, réunie régulièrement tous les vendredis, des pièces d'anatomie normale ou pathologique (*prix des étudiants en médecine*) ou des communications sur des travaux pratiques de pharmacie et de chimie (*prix des étudiants en pharmacie*).

HOPITAL TENON. — M. F. BEZANÇON, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, commencera le jeudi 19 novembre 1908, à dix heures et demie du matin, une série de leçons sur la tuberculose pulmonaire. Les lundis et vendredis, à dix heures et demie, examen des malades.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE — Une série de cours pratiques à l'usage des médecins praticiens et des étudiants seront donnés en novembre, décembre 1908 et janvier 1909, sous le patronage de l'Institut catholique de Paris par un groupe de médecins et chirurgiens des hôpitaux, d'anciens chefs de clinique, d'anciens internes et de praticiens spécialistes. Ces cours au nombre de 20, essentiellement pratiques avec examens de malades et applications de traitement par les élèves, comprendront les principales spécialités : chirurgie générale et traumatique, maladies des voies urinaires, gynécologie, accouchements, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, chirurgie infantile et orthopédie, chirurgie dentaire, électrothérapie et radiologie, méthode de l'examen clinique médical, thérapeutique pratique, hygiène alimentaire et régimes, médecine infantile et puériculture, maladies du système nerveux, maladies de la peau et syphilis, hydrothérapie et physiothérapie, massage, accidents du travail, hydrologie, méthodes de laboratoire.

L'inauguration des cours aura lieu le lundi 16 novembre.

Droit d'inscription : 20 francs pour deux cours; 40 francs pour l'ensemble des cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Rondeau, 18, rue du Luxembourg.

CONFÉRENCE PRIVÉE D'INTERNAT. — MM. Sézary, interne à l'hôpital Laënnec et Jean Berger, aide d'anatomie et interne à la Salpêtrière, commenceront le 16 novembre une conférence privée d'internat. S'inscrire à Laënnec ou à la Salpêtrière, le matin.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ABCÈS SYMPTOMATIQUES

DU

CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

Par M. C. THÉVENET,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Nous n'avons en vue dans cette étude que les abcès survenant au début du cancer du gros intestin, alors que le néoplasme est latent, ou ne s'est encore manifesté que par des troubles vagues, ne permettant pas d'affirmer le diagnostic de néoplasme. Nous laisserons de côté les péritonites généralisées dues à une perforation intestinale, pour ne nous occuper que des processus inflammatoires limités.

Bernütz en 1850, dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine*, est le premier auteur qui fasse ressortir la valeur diagnostique de ces abcès. Wedrychowski (Th. de Paris, 1879) signale les tumeurs de l'intestin comme cause des abcès de la paroi abdominale. Thiéry, en 1859, rapporte à la Société anatomique deux observations de phlegmons de l'abdomen, consécutifs à un cancer de l'intestin. Le premier travail d'ensemble, paru sur la question, est la thèse d'Opin, inspirée par Gangolphe. Opin réunit onze observations de cancers du gros intestin débutant par un abcès. Puis les observations se multiplient surtout à la suite de l'article de Tuffier, et dues surtout à Reverdin, Kessler, Wittner, Guinard, Clog....

I

Étiologie. — Pour la plupart ces abcès surviennent sans cause; d'autres fois le début des phénomènes inflammatoires est rattaché à un traumatisme, coup, chute sur l'abdomen, ou bien à l'absorption d'un purgatif.

Cette complication n'est pas rare, car dans ces dernières années on en a publié de nombreuses observations. Ce sont les néoplasmes du cæcum, du côlon ascendant et surtout de l'S iliaque qui se manifestent le plus souvent par des abcès et il est courant de dire que les néoplasmes de ces régions aiment le pus. Il faut ajouter que c'est à ce niveau que les cancers sont le plus fréquents et il n'est pas étonnant d'y rencontrer fréquemment des abcès.

II

Pathogénie. — Au point de vue pathogénique ces abcès peuvent se diviser en deux groupes : abcès stercoraux d'emblée, abcès secondairement stercoraux.

Les premiers sont sans doute dus à une perforation de l'intestin. Cette perforation est lente et se fait dans un foyer d'adhérences, ce qui écarte le danger d'une péritonite généralisée. En réalité il est très probable que ces abcès ne communiquent que secondairement avec l'intestin. Il se produit là un processus analogue à celui que l'on voit se dérouler dans les abcès urineux par exemple, où par infection partie de la muqueuse, on voit se former un abcès péri-urétral, qui perfore la paroi du canal de dehors en dedans pour devenir un abcès urineux.

Pour les abcès secondairement stercoraux la pathogénie ne peut être discutée. Ce sont toujours des adéno-phlegmons ou des abcès péri-lymphangitiques. L'infection a pour point de départ les ulcérations siégeant au niveau du néoplasme et baignant au contact des matières fécales. Ce sont, soit des abcès purement infectieux, soit des abcès mixtes, à la fois infectieux et cancéreux. Certains abcès appendiculaires seraient dus simplement à la présence dans la cavité de l'appendice de la sanie putride élaborée par un cancer du cæcum (Guinard).

Dans des cas plus rares, l'infection se fait à distance du néoplasme, beaucoup plus haut. Certaines appendicites sont sous la dépendance d'un néoplasme de l'S iliaque. L'infection se fait alors par les ulcérations et les érosions de la muqueuse qui se produisent au-dessus du rétrécissement (Coste, Leclerc) et dont l'irritation est entretenue par la stase et les fermentations anormales des matières fécales.

III

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomique nous diviserons encore ces abcès en abcès stercoraux d'emblée et abcès secondairement stercoraux.

Les premiers sont rares, ils sont ordinairement voisins du néoplasme, ont un volume considérable, une évolution rapide. S'ouvrant en général à la paroi abdominale antérieure, ils donnent issue à du pus, mélangé de matières et de gaz. Au fond de l'abcès on trouve une large perforation de l'intestin.

Les abcès du deuxième groupe sont de beaucoup les plus fréquents. Ils occupent le voisinage du néoplasme et prennent naissance, soit dans les ganglions du mésentère, soit le long des troncs lymphatiques contenus dans cet organe, exception doit être faite pour les appendicites à distance. Cette localisation exclusive au niveau de l'appendice des phénomènes inflammatoires à distance doit être expliquée par la plus faible résistance des tuniques cæcales. Les lésions intestinales déterminées par la sténose ont leur maximum à ce niveau et favorisent ainsi l'infection.

Suivant leur siège ces abcès peuvent se diviser en :

1° Abcès antérieurs ou iliaques, ce sont les plus fréquents. Ils sont sous la dépendance du cancer du cæcum ou de l'S iliaque;

2° Abcès des hypocondres, dus à des néoplasmes des angles ou des côlons ascendant ou descendant;

3° Abcès péri-ombilicaux, dus à des cancers du côlon transverse;

4° Abcès pelviens, dus à des cancers de l'S iliaque et s'ouvrant souvent dans la vessie.

L'abcès est souvent intra-péritonéal, il peut être cependant tout entier rétro-péritonéal, comme dans

---

une observation où le pus avait envahi toute la fosse iliaque interne d'un côté, s'était propagé à la fosse iliaque externe du même côté pour s'étaler sous le grand fessier.

En général la collection purulente est unique. Parfois après l'ouverture d'un premier abcès, on est surpris de voir que la température ne tombe pas, c'est qu'il existe une autre collection. Ou bien la nouvelle collection ne se forme que quelques semaines après. Dans un cas où un cancer du cæcum avait donné une généralisation au niveau de l'S iliaque, il existait autour du cæcum plusieurs abcès et au niveau de la tumeur iliaque, un autre abcès volumineux qui avait passé inaperçu lors de l'intervention.

Le volume est très variable, pouvant atteindre celui d'une tête de fœtus; souvent dans les abcès aigus, l'incision donne issue à quelques cuillerées seulement d'un liquide sanieux et fétide.

Le contenu est représenté dans les cas rapides par de la sanie fétide, dans les cas ordinaires on a du pus bien lié, présentant l'odeur fétide du pus d'origine abdominale, mais il n'y a ni matières, ni gaz.

Les parois de l'abcès varient avec la rapidité de l'évolution. Dans les cas à marche rapide, elles sont formées par les anses intestinales agglutinées et l'épiploon. Dans les cas anciens, on a une véritable coque très épaisse, dure, avec en un point une induration spéciale, que l'évolution ultérieure a montré répondre au néoplasme latent.

Les phénomènes inflammatoires peuvent évoluer de diverses façons. Ils peuvent aboutir à la résolution, même lorsqu'ils ont revêtu une grande intensité (Bernütz). D'autres fois ils aboutissent à la suppuration après avoir présenté une série d'oscillations qui ont pu faire espérer la guérison spontanée. Enfin dans quelques cas les phénomènes infectieux sont des plus dramatiques et l'on peut être appelé à intervenir trois ou quatre jours après le début des phénomènes inflammatoires.

Le pus une fois évacué, rarement la plaie se referme, il se produit une fistule qui, au bout de quelques semaines, donne issue à des matières fécales. Puis les bords de la fistule sont envahis par des bourgeons cancéreux et durs, la plaie donne quelquefois issue à de la matière colloïde (Gangolphe).

D'autres fois l'abcès se ferme. Pendant un certain temps le malade se croit guéri, une nouvelle crise d'obstruction intestinale apparaît, et il se forme un nouvel abcès.

Enfin, il est un mode d'évolution qui doit être fréquent, c'est l'ouverture de l'abcès dans une anse intestinale voisine. Cette ouverture passe souvent inaperçue et ce n'est que lorsque l'abcès est volumineux et qu'il est possible de constater la présence de pus dans les selles, que l'on a l'explication des phénomènes inflammatoires qui se sont déroulés.

IV

Signes et formes cliniques. — Les phénomènes inflammatoires éclatent souvent brusquement et semblent être le début de la maladie. En réalité, si on interroge soigneusement les malades, il est rare que l'on ne trouve pas quelques troubles vagues dénotant une affection latente, les prodromes sont variables : phénomènes douloureux, localisés à une partie de l'abdomen, irradiés aux lombes, ou douleurs en ceinture; coliques survenant après le repas; troubles dyspeptiques accompagnés d'amaigrissement et d'une altération notable de l'état général; crises d'occlusion aiguë, persistant un jour ou deux, survenant sans cause et disparaissant de même. Ces troubles de la circulation fécale, survenant chez un sujet âgé, ont une importance capitale.

Les phénomènes inflammatoires éclatent de façon brusque et dramatique. Le premier signe (Bernütz) est souvent un frisson intense, prolongé. La douleur apparaît en même temps, ou précédant de peu le frisson. Douleur vive en une région de l'abdomen qui se généralise rapidement en gardant son maximum au point initial.

En même temps apparaît le syndrome péritonéal avec la fréquence et la petitesse du pouls, l'anxiété, les troubles respiratoires. Les signes locaux sont très marqués, tension et rétraction de la paroi, limitées en un point, ballonnement du reste de l'abdomen.

Les vomissements se produisent avec une fréquence et une intensité variables, mais ils diminuent rapidement.

La *constipation* est opiniâtre.

Le melæna est rare.

La température peut monter à 38, 40 degrés.

Forme à résolution. — Après cette première phase, l'affection peut évoluer de différentes façons. En général les signes de réaction péritonéale disparaissent les premiers, les signes généraux sont moins alarmants. Les coliques et la constipation s'en vont, les signes locaux s'atténuent, la température tend à redevenir normale.

Cette terminaison rapide est rare; en général même dans la forme à résolution, on assiste à la formation d'un plastron. La paroi est envahie. L'inflammation péritonéale s'étant limitée, on sent en un point une tumeur qui se rapproche de plus en plus de la peau. Les différents plans qui constituent la paroi cessent de glisser les uns sur les autres et font corps avec la partie indurée. La peau seule garde sa mobilité. Puis, peu à peu, tous ces signes s'amendent, la tumeur diminue de volume. Les signes généraux ont tous disparu, sauf la température qui persiste encore quelque temps. On peut voir ainsi des malades vaquer à leurs occupations.

Ou bien la résolution est incomplète, une nouvelle poussée inflammatoire se produit qui s'atténue à son tour, laissant le malade avec un plastron plus étendu et un état général plus grave. Dans ces cas il est rare de voir la fièvre disparaître complètement. Le malade est en proie à la fièvre hectique et se cachectise progressivement. Cette évolution peut être très longue et donner lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic, jusqu'au jour où une nouvelle poussée détermine franchement la suppuration.

Formes suppurées. — a. Forme suraiguë. — Les signes généraux persistent extrêmement graves. Au

bout de trois ou quatre jours, les phénomènes phlegmoneux deviennent superficiels. Si une incision précoce ne donne issue à quelques cuillerées de sanie fétide, de pus mal lié, on peut voir en moins d'une semaine la suppuration envahir une grande partie de la paroi abdominale (Macquet).

La température est élevée, les signes généraux extrêmement graves, la mort peut survenir en quelques jours.

b. *Forme suppurée commune.* — L'orage péritonéal du début ne tarde pas à disparaître. Il se produit une amélioration apparente. Les troubles digestifs disparaissent en partie. Il ne reste plus qu'en un point une induration profonde, douloureuse spontanément et au palper, qui est le siège d'élancements douloureux. Le reste de l'abdomen est souple.

La tumeur cesse de diminuer, son pourtour est induré, le centre présente une fluctuation de plus en plus marquée, à mesure qu'une plus grande partie de la tumeur est suppurée et à mesure que le pus se rapproche davantage de la peau. Puis les plans superficiels sont envahis, la peau s'ulcère et il s'écoule un pus bien lié, d'odeur fétide et d'abondance variable.

V

Evolution. Pronostic. — *Forme à poussées successives.* — C'est la forme la plus intéressante, elle est particulière à ces abcès. Elle peut durer très longtemps. Ces malades ont un état subfébrile pendant un temps parfois très long, jusqu'à six mois. Ils sont en proie à la fièvre hectique, aux sueurs nocturnes et présentent un amaigrissement et une perte des forces rapides. Les signes locaux varient rapidement, d'un jour à l'autre ; il se produit des poussées successives d'accroissement de la tumeur, coïncidant avec une recrudescence des signes généraux, et laissant chaque fois la tumeur plus volumineuse jusqu'au jour où se produit la suppuration.

Forme suraiguë. — Elle est très grave, c'est la forme septique de l'infection et si une incision précoce ne vient enrayer la propagation de l'infection, le malade est emporté rapidement.

Forme suppurée commune. — La suppuration se produit dans les quinze premiers jours, ou bien elle est l'aboutissant de la forme à poussées successives. Le pus est bien lié, d'odeur fécaloïde. En général l'abcès reste fistuleux, et au bout de quelques semaines on constate l'issue de matières fécales par la plaie. Ou bien l'abcès se ferme pour s'ouvrir de nouveau à quelque temps de là, quelquefois par un nouvel orifice, donnant ainsi à la plaie l'apparence d'un clapier. Puis la fistule est envahie par les bourgeons cancéreux. On a noté plusieurs fois l'issue précoce par la fistule de matière colloïde (Gangolphe), ce qui ne laisse plus de doute sur le diagnostic.

La valeur pronostique de ces abcès est considérable. On voit généralement la mort survenir dans l'année qui suit l'apparition de l'abcès, souvent même dans les six premiers mois. En eux-mêmes ces abcès sont ordinairement peu graves.

VI

Diagnostic. — Quelques signes ont une grosse valeur et doivent immédiatement orienter le diagnostic.

L'*occlusion aiguë*, survenant sans cause apparente chez un individu ayant dépassé la cinquantaine et *s'accompagnant de phénomènes inflammatoires*, doit d'emblée donner l'idée d'un néoplasme de l'intestin. De même une *appendicite* chez un sujet âgé doit faire songer à un néoplasme du cæcum. L'occlusion aiguë a une grosse importance, qu'elle domine le tableau clinique ou qu'elle soit plus ou moins masquée par les phénomènes inflammatoires.

Le *mélæna* est un très bon signe, mais dans ces formes de néoplasmes avec abcès, il est rare.

La *tumeur* devra être recherchée avec soin, par le palper abdominal, le toucher rectal et le palper bimanuel, mais souvent elle ne pourra être perçue soit à cause de sa profondeur, soit à cause de la douleur. Il faudra alors baser son diagnostic sur les troubles digestifs antérieurs, qui souvent n'avaient pas suffisamment retenu l'attention du malade et qui peuvent affecter soit le type gastrique, soit le type entérique, les alternatives de diarrhée et de constipation, la formule hématologique, la recherche du sang dans les selles.

Le diagnostic différentiel est très difficile avec certaines affections inflammatoires à allure subaiguë, telles que l'appendicite et la périsigmoïdite suppurée. Il variera suivant le siège de l'abcès.

Au niveau du cæcum ou du côlon ascendant, on devra éliminer l'*appendicite* et se souvenir dans ce cas du début de la douleur au point de Mac Burney (Delagenière). En réalité le diagnostic est presque impossible, quelquefois même après l'intervention. D'ailleurs certaines appendicites, à répétition, d'allure subaiguë et chronique, sont sous la dépendance d'un néoplasme. On devra peut-être pencher pour l'appendicite simple en présence d'un début brusque, avec douleur vive au point d'élection, mais cette forme est l'exception chez les gens âgés et l'on aura le plus souvent une forme d'abcès chronique avec cachexie (Th. de Gand). Si l'on ne relève pas des troubles digestifs antérieurs, et surtout des accidents d'occlusion aiguë, le diagnostic reste en suspens.

Au niveau des coudes du côlon, on a souvent pris pour un *phlegmon périnéphrétique*, ou une *cholécystite*, un abcès dû à un cancer du côlon. On éliminera le phlegmon périnéphrétique par l'absence d'accidents antérieurs du côté de l'appareil urinaire, tuberculose ou lithiase. D'ailleurs dans cette affection, la réaction péritonéale est moins marquée.

La *cholécystite* sera écartée par l'absence d'ictère et d'accidents hépatiques antérieurs.

Les abcès dus à un cancer du côlon transverse s'ouvrent plutôt à la région ombilicale. Là encore il faudra songer à la cholécystite. Le diagnostic avec le *cancer de l'intestin grêle* est difficile, et se basera surtout sur ce fait que ces tumeurs sont rares. Enfin il faudra rechercher si cet abcès n'est pas dû à la *périgastrite* consécutive à l'ulcère. Les abcès périgastriques sont rares à ce niveau.

L'absence d'histoire gastrique antérieure et d'hématémèse empêcheront l'erreur.

Dans les cancers du côlon descendant et ilio-pelvien, il faudra songer à la *périsigmoïdite* suppurée et à la *cystite*.

« Dans la sigmoïdite, l'S iliaque est induré uniformément, semblable à un manche à balai; dans la périsigmoïdite, la tumeur est diffuse, régulière, sans bosselures, douloureuse, alors que dans le cancer elle est plus limitée, plus arrondie, plus irrégulière dans sa surface et aussi moins douloureuse » (Patel). En réalité le diagnostic est extrêmement difficile; Lejars fait remarquer que ce sont des sujets souvent jeunes, des constipés chroniques, qui présentent de la sigmoïdite chronique. D'autre part ces tumeurs ne s'accompagnent pas du ténesme habituel au cancer du gros intestin. Les malades n'ont jamais de melæna et ne présentent rien qui rappelle un trouble fonctionnel mécanique de sténose. Le traitement, par son efficacité presque immédiate, constitue un véritable moyen de diagnostic. Il consiste en repos au lit, régime lacté absolu, absorption quotidienne d'une cuiller à café d'huile de ricin. On voit alors la tumeur disparaître progressivement et complètement.

Enfin dans certains cancers du côlon pelvien, l'abcès est venu s'ouvrir dans la vessie après une phase plus ou moins longue, caractérisée par des troubles urinaires et de la dysurie. L'examen attentif des urines, de la vessie et des reins, la cystoscopie montreront l'absence de toute lésion de l'appareil urinaire, les troubles digestifs et la fièvre permettront de penser à un néoplasme du tube digestif.

Certains abcès par leur allure chronique éveillent l'idée de l'*actinomycose* (Poncet), ce diagnostic sera très difficile. Il faudra, par des examens répétés, rechercher les grains jaunes caractéristiques et tenir compte des chances de contagion qu'a pu courir le malade, soit par son entourage, soit pendant son séjour dans une région où cette affection est fréquente.

VII

TRAITEMENT. — Dans les formes suraiguës, aussitôt que l'on aura des signes nets de localisation, il faut inciser et drainer. Dans les formes ordinaires il faut attendre quelques jours, que le pus soit bien collecté. Quant à l'ablation du cancer, elle devra être tentée dans un second temps, une fois les phénomènes inflammatoires disparus. L'ablation immédiate comporte une mortalité opératoire considérable. Si la tumeur ne peut être enlevée on fera soit l'exclusion de la partie malade, soit un anus contre nature pour parer aux phénomènes d'obstruction.

BIBLIOGRAPHIE

AUSTIE. *Clin. Soc. of London*, 1884.

BARDIN. *Tumeurs inflammatoires de l'S iliaque*, Th. de Lyon, 1906-1907. — BEC. Th. de Lyon, 1896-1897. — BÉRARD. *Lyon méd.*, 1903. — BERNE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1881. — BERNÜTZ. *Arch. de méd.*, 1850. — BITTORF. *Münch. med. Wochens.*, 1904; — *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1906.

CHARRIER. Soc. de chir., Paris 1900. — COSTE. Th. de Lyon, 1905. — CAVAILLON. Th. de Lyon, 1906. — CHABANON. Th. de Lyon, 1906-1907. — CLOGG. *The Practionner*, 1904.

GAND. Th. de Lyon, 1906-1907. — GANGOLPHE. *Lyon méd.*, 1894; — Soc. de chir., Lyon 1907. — GUINARD. Soc. de chir., Paris 1903.

HARTMANN. *Chir. anat. clin.*, Paris 1907.

JOUFFRAY. Th. de Lyon, 1906-1907.

KESSLER. Th. d'Iéna, 1902.

LANCE. Th. de Paris, 1903. — LECÈNE. Th. de Paris, 1903-1904. — LAVERAN. *Progrès méd.*, 1875. — LEJARS. *Semaine méd.*, 1906. — LECLERC. Th. de Lyon, 1906. — LEGUEU et BOUSSENAT. *Revue de gyn.*, 1898. — LEPETIT. *Centre méd.*, 1906.

MAYOR. *Semaine méd.*, 1903; — *Revue de la Suisse romande*, 1893. — MONOD. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898. — MACQUET. Soc. anat., 1846.

OKINCZYC. Th. de Paris, 1907. — OPIN. Th. de Lyon, 1894.

PAL. *Wien. klin. Wochens.*, 1889. — PATEL. *Revue de chir.*, 1902, 1907. — POTHERAT. Soc. de chir., Paris 1906.

REVERDIN. *Arch. prov. de chir.*, 1893.

SCHLOFFER. *Beit. f. klin. Chir.*, 1904. — SORENSEN. *Verhdl. d. Clin.*, Berlin 1903.

TUFFIER. *Semaine méd.*, 1904. — THIÉRY. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889 et 1890.

WITTMER. *Inaug. Dissert.*, Bonn 1902. — WITHBOURN. *London med. Gaz.*, 1845. — WALSHAM. *The Lancet*, 1901 et 1903. — WINDSCHEID. *Deuts. Arch. klin. Med.*, 1889. — WEDRYCHOWSKI. Th. de Paris, 1879.

ZIMMERMANN. *Beit. f. klin. Chir.*, 1900.

XXI[e] CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 5-10 OCTOBRE 1908 (1)].

QUESTIONS DIVERSES

M. SABADINI (d'Alger) a recours depuis quatre ans à l'*ostéo-synthèse avec les agrafes de Jacoël-Dujarier*. Il a appliqué cette méthode aux fractures de jambe, du cubitus, du fémur, de la rotule, et même du maxillaire inférieur. Les résultats qu'il a obtenus sont très satisfaisants. Pour les fractures de la rotule, en particulier, ses observations sont au nombre de 10, et elles montrent d'une façon uniforme que l'agrafage, pour ces fractures, constitue un procédé facile, rapide et sûr, applicable aux cas où l'intervention est appliquée.

M. VAN STOCKUM (de Rotterdam) proteste contre cette *généralisation de la méthode sanglante appliquée au traitement des fractures* et, avec M. Championnière, qui vient l'appuyer de son autorité, il rappelle que même avec une réduction incomplète le résultat fonctionnel peut être absolument satisfaisant.

M. DURET présente une malade, qui était atteinte d'une *volumineuse tumeur de la région cervico-maxillaire*, qui avait été jugée inopérable et qui, après morcellement de tous les tissus pathologiques acces-

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n[os] 118, p. 1410; 119, p. 1425; 122, p. 1460; 123, p. 1470; 124, p. 1483; 125, p. 1496, et 126, p. 1506.

sibles, fut traitée en deux séances par la *fulguration*. La cicatrisation fut complète en six semaines.

M. Jacques (de Nancy), se basant sur 6 observations personnelles entièrement concordantes, et, à l'encontre de l'opinion classique, récemment étayée de l'autorité de M. Tédenat, qui veut que, d'une façon pour ainsi dire constante, les *fibromes naso-pharyngiens* s'attachent au trousseau basilaire au niveau du toit du cavum, estime que l'insertion de ces tumeurs se fait le plus souvent à l'intérieur de la fosse nasale dans la région la plus reculée du toit, au niveau du récessus sphéno-ethmoïdal. De ce mode de fixation résulte l'envahissement précoce des annexes pneumatiques, en particulier du sinus sphénoïdal, et découle la nécessité d'aborder les polypes naso-pharyngiens par la voie antérieure, soit en utilisant pour les plus petits les voies naturelles, soit en se créant une brèche d'accès par réclinaison du réseau correspondant de l'auvent avec élargissement de l'orifice pyriforme.

M. Guisez relate les derniers cas de *corps étrangers* qu'il a extrait des bronches et de l'œsophage par les voies naturelles grâce à la *broncho-œsophagoscopie*.

Dans l'un d'eux il s'agissait d'un dentier, dans deux autres d'os enclavé *dans l'œsophage*. Dans deux cas le corps étranger était inclus dans la *bronche droite* (petit pois, drain en caoutchouc). L'extraction a suivi immédiatement le diagnostic, et les malades ont guéri sans complication.

A propos de la relation de ces faits, Guisez attire l'attention sur les *faux corps étrangers bronchiques* et sur trente malades qu'on lui a envoyés pour des corps étrangers bronchiques, dix-sept seulement en avaient effectivement. Dans tous les autres cas, bien que le diagnostic fût basé sur les commémoratifs, les signes fonctionnels et physiques, l'examen radioscopique, les bronches étaient tout à fait vides. Dans trois cas il s'agissait de corps étrangers œsophagiens qui, par les signes de suffocation, de dyspnée dont ils s'accompagnaient, pouvaient faire penser à un corps étranger des voies aériennes. Dans l'un d'eux on avait même pratiqué la trachéotomie.

La bronchoscopie permet de poser un diagnostic de certitude et empêche des interventions inutiles. Ici la thérapeutique est dans le bon sens.

Au point de vue *diagnostic des lésions œsophagiennes*, Guisez insiste sur le nombre relativement élevé en matière d'affection de l'œsophage des *pseudo-cancers*. Sur 350 cas examinés et présentant cliniquement tous les signes d'un cancer, 8 fois il s'agissait de compression externe et 6 fois de spasme pur, une fois de rétrécissement cicatriciel.

L'auteur montre toute une série de planches démonstratives d'aspect endoscopique de l'œsophage rendant toute erreur impossible.

Au point de vue de la cure des rétrécissements cicatriciels, l'auteur a guéri cette année quatre nouveaux cas de rétrécissements cicatriciels infranchissables, dont un était gastrostomisé depuis quatre ans. Ces malades peuvent actuellement s'alimenter comme tout le monde, l'œsophage ayant été ramené à un calibre suffisant que l'on maintient par de simples dilatations.

M. Ombrédanne considère le *chloroforme* comme un agent très dangereux. Avec raison du reste, pour ne pas terroriser les malades, on évite de publier les séries noires; mais chacun sait qu'elles existent. Incidemment, il accuse l'alerte chloroformique d'être la cause la plus vraisemblable des corps étrangers laissés au cours des laparotomies.

Au contraire, il semble qu'on soit heureux de charger la cause de l'éther : il n'y a pas de complication pulmonaire post-opératoire qu'on ne lui impute, alors que ces complications s'observent souvent après le chloroforme et même lorsqu'on n'a pas eu recours à l'anesthésie générale.

L'éther donne pourtant des bronchites assez fréquentes, on les évite presque complètement en administrant l'éther à doses faibles et continues, les vapeurs étant mélangées constamment et en proportions convenables avec de l'acide carbonique et de l'air frais. C'est ce que réalise l'appareil décrit et présenté antérieurement par l'auteur (voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 92, p. 1095). Il permet d'obtenir la résolution avec une période d'excitation, qui chez les hommes est très courte, qui manque complètement chez les femmes la plupart du temps.

Les vapeurs d'éther ne se répandent pas dans la salle et le danger d'explosion, s'il existe un foyer flambant, est supprimé.

Le masque laisse libre presque toute la face, il permet de surveiller l'aspect du malade qui jamais ne doit être cyanosé; la toux est un signe d'excès d'éther.

L'anesthésie se continue sans à-coup pendant une heure et demie sans recharger l'appareil. Les vomissements sont exceptionnels, le réveil facile; la bronchite est infiniment plus rare qu'avec tous les autres modes d'administration de l'éther.

L'auteur montre que cet appareil est en somme un carburateur non automatique, mais qu'on conduit d'une manière régulière et progressive.

Il admettait déjà la supériorité de l'éther sur le chloroforme; depuis qu'il a pu avec son appareil donner l'éther à doses faibles et continues, il estime que la comparaison n'est même plus possible.

L'exposition du Congrès de chirurgie de 1908 ne nous a montré que bien peu d'*appareils de mécanothérapie*. Cependant, l'attention des visiteurs a été retenue par l'arthromoteur général du docteur Gabriel Bidou (de Grenoble), qui fait entrer la mécanothérapie dans une ère nouvelle et va permettre de soigner les traumatismes en général et très parculièrement les suites d'accidents du travail d'une façon pratique.

On sait, en effet, que la mécanothérapie est devenue une nécessité thérapeutique de tout premier ordre. Malheureusement il était impossible jusqu'à présent de songer à des installations mécaniques en dehors des villes d'eaux et des grands instituts, en raison du prix excessif et de l'emplacement considérable qu'elles nécessitent.

Cette difficulté semble avoir été résolue par l'arthromoteur Bidou.

En effet, la définition même de l'appareil nous montre combien est devenue facile et peu coûteuse la thérapeutique mécanique. C'est « un appareil unique capable de faire exécuter activement et passivement tous mouvements à toutes articulations à n'importe quelle vitesse, à n'importe quelle amplitude, à n'importe quelle hauteur, que le malade soit debout, assis ou couché ».

L'emplacement de cet appareil d'une merveilleuse simplicité est de 1m25 carré et, si l'on compte la place nécessaire au malade, on arrive à un maximum de 2m50 carrés. Par d'ingénieuses combinaisons, les ajutages peuvent se compléter les uns les autres, et l'on peut produire, avec une dizaine de ces appareils extrêmement légers et faciles à manier, une trentaine de mouvements différents. Et si nous ajoutons maintenant qu'il est facile de passer instantanément du mouvement actif au mouvement passif et réciproquement sans détacher le membre du malade, que l'on peut faire varier la vitesse et l'amplitude, si doucement que le malade ne peut s'en apercevoir, que toutes les actions sont mesurées et indiquées sur des échelles graduées et à tout moment, nous aurons dit, dans cette courte note, combien l'appareil ingénieux du docteur Bidou mérite le succès qu'il a obtenu au Congrès de chirurgie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1908)

Association de l'eau oxygénée et du permanganate de potasse. — M. Villemin fait un rapport sur un travail de M. Claret (du Havre) qui a imaginé un appareil assez ingénieux pour se servir d'un mélange de permanganate de potasse et d'eau oxygénée. A l'aide d'un certain nombre de formules chimiques, M. Claret s'applique à démontrer que, par ce mélange, on augmente l'action antiseptique de l'eau oxygénée.

M. Villemin, rappelant en quelques mots l'histoire de l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie qui remonte aux expériences faites par Péan en 1883, expériences qui ont fait l'objet de la thèse de Larrivée (1884), fait remarquer que l'association de l'eau oxygénée et du permanganate de potasse n'est pas chose nouvelle (Th. de Coudray, 1904). D'ailleurs, M. Claret n'apporte à l'appui de son opinion qu'une seule observation prise sur un cheval.

M. Quénu fait observer qu'on s'applique plutôt à diminuer qu'à augmenter la puissance de l'eau oxygénée. Il ne voit pas bien alors l'avantage qu'il peut y avoir à lui associer le permanganate de potasse.

M. Lucas-Championnière ajoute qu'on possède aujourd'hui tous les degrés voulus d'eau oxygénée et qu'il ne voit pas l'utilité de compliquer ainsi son emploi.

Sigmoïdite et parasigmoïdite. — M. Schwartz fait un rapport sur une intéressante observation de M. Mériel (de Toulouse). Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans qui était atteinte d'une tumeur abdominale qui avait grossi très rapidement dans les derniers temps. Cette tumeur s'était accompagnée de douleurs vives dans le ventre et d'évacuation de pus par le rectum. On avait pensé à un kyste de l'ovaire compliqué d'appendicite. On fit la laparotomie, on trouva, en effet, un kyste ovarique adhérent à l'épiploon et au gros intestin. Le contenu de ce kyste était gélatineux. On rechercha le point de départ de la suppuration pelvienne. On trouva les trompes adhérentes et volumineuses, puis une sorte d'anneau fibreux enserrant une partie du côlon et déterminant un rétrécissement de l'S iliaque. M. Mériel après avoir enlevé le kyste et les trompes n'osa pas prolonger l'opération par une résection importante de l'intestin et referma le ventre.

Deux mois après il y eut une crise d'occlusion aiguë; on fit un anus cæcal. Quelques mois après, se produisit une suppuration de la paroi au niveau de la cicatrice. La malade s'affaiblit, s'amaigrit et finit par succomber à une broncho-pneumonie. Il s'agissait, dans ce cas, d'un kyste colloïde de l'ovaire et d'un rétrécissement sigmoïdien compliqué de crises douloureuses intestinales.

M. Schwartz rapproche de ce fait l'observation d'un homme de soixante et un ans qui avait présenté des accidents d'occlusion intestinale, ayant rendu du sang par le rectum. Ce malade se présenta à l'hôpital très amaigri et on sentait, chez lui, une induration manifeste dans la fosse iliaque gauche. M. Schwartz fit une laparotomie médiane exploratrice; il trouva une masse indurée à la partie supérieure du côlon descendant. Il fit une iléo-rectostomie et le malade guérit. Une parcelle de ce foyer de fongosités au niveau de l'S iliaque gauche fut examinée histologiquement. Il s'agissait de tuberculose.

La tarsalgie. — Nous revenons à la tarsalgie, avec M. Kirmisson, qui déclare de nouveau protester avec énergie contre la thèse soutenue par M. Poncet. Il proteste également contre l'opinion soutenue dans la dernière séance par M. Reynier qui, au point de vue de l'étiologie de la tarsalgie des adolescents, accorde une grande importance au nervosisme. Il y a là, pour M. Kirmisson, une grande exagération.

Il n'y a, ajoute M. Kirmisson, aucun rapport entre la tarsalgie tuberculeuse, la tarsalgie blennorragique et la tarsalgie vraie de Gosselin, tarsalgie essentielle des adolescents. Il en est de même pour la tarsalgie que pour la scoliose ou le genu valgum. A côté de la vraie tarsalgie, il y a une infinité de tarsalgies symptomatiques.

M. Reynier, en faveur de sa thèse, prétend que tous les malades atteints de tarsalgie ont une mentalité particulière, sont exigeants, difficiles. M. Kirmisson qui a vu plus de six cents tarsalgiques n'a jamais constaté cette particularité. Quant à la disparition de la contracture, sous le chloroforme, également invoquée par M. Reynier, il en est de même pour toutes les contractures, quelle que soit leur origine.

Il y a, dit M. Kirmisson, une part de vérité dans la thèse soutenue par M. Reynier; mais notre collègue a eu le tort de trop généraliser l'influence du nervosisme sur la production de la tarsalgie.

Au point de vue de l'étiologie de la tarsalgie des adolescents, c'est la théorie mécanique qui est vraie. La théorie musculaire de Duchenne (de Boulogne) est du pur roman. M. Kirmisson se sépare de Gosselin en ce qu'il ne croit pas que ce soit l'arthrite sèche la cause de la tarsalgie. Les déformations sont l'effet et non la cause de la tarsalgie. Quant au nervosisme indiqué par M. Reynier, c'est un élément étiologique accessoire.

Dans sa première communication, M. Reynier avait signalé l'hémophylie comme un accident d'ordre nerveux. M. Broca avait protesté contre cette opinion. M. Reynier y revient aujourd'hui et fait observer que beaucoup d'auteurs l'admettent. Il cite à l'appui plusieurs exemples.

M. Reynier se trouve d'accord avec M. Kirmisson sur bien des points; il admet, comme lui, que la tarsalgie n'est pas une affection tuberculeuse, que l'arthrite sèche est plutôt l'effet que la cause. Il ne se sépare de M. Kirmisson que sur deux points, en particulier sur une grande part à attribuer au nervosisme dans l'étiologie de la tarsalgie.

En terminant, M. Reynier fait passer sous les yeux de ses collègues un certain nombre de radiographies.

Traitement de la névralgie faciale. — M. Morestin présente deux malades qui étaient atteints de névralgie faciale rebelle, terrible et auxquels il a fait diverses et multiples interventions.

Chez l'un, dans la même séance, résection du ganglion cervical supérieur et de la plus grande partie du tronc cervical du grand sympathique, ligature de la carotide externe, arrachement du dentaire inférieur. Chez ce malade, dont l'opération est récente, les douleurs ont disparu le soir même de l'opération.

Chez l'autre malade, dont la névralgie était féroce, M. Morestin fit successivement la résection du dentaire inférieur, la résection intra-cranienne du maxillaire inférieur, du grand sympathique, du ganglion de Gasser, une opération d'Esmarch pour contracture permanente de la mâchoire, tout cela avec un résultat nul. Enfin, à l'exemple de M. Jaboulay, M. Morestin fit la trépanation cranienne du côté opposé. Le malade fut immédiatement soulagé.

M. Sébileau estime que les injections d'alcool peuvent donner un aussi bon résultat, sans faire courir aux malades les risques d'opérations aussi graves.

M. Quénu s'est très bien trouvé de ces injections d'alcool.

M. Reclus rappelle avoir, dans deux cas, obtenu des résultats durables à la suite de la simple ablation d'une partie restreinte du maxillaire inférieur.

La fulguration. — M. Tuffier présente une malade qui était atteinte d'un épithélioma du sein inopérable, qui a été fulgurée et dont la situation actuelle paraît très satisfaisante. Elle a été opérée en juillet dernier, sa plaie est complètement cicatrisée malgré la repullulation de noyaux de récidive.

M. Ricard fait observer que dans un cas de son service il y a eu, après la fulguration, une exsudation lymphorragique très abondante et une température de 40 degrés.

M. Delbet a vu une malade qui a eu un schock terrible après la fulguration et qui a succombé le sixième jour. Il pense qu'il y a tout intérêt à laisser les plaies ouvertes après la fulguration.

M. Pozzi insiste sur cette nécessité de s'abstenir de toute réunion.

Rétrécissement du rectum. — M. Zimmern présente un malade atteint de rétrécissement du rectum (ayant probablement pour origine une rectite dysentérique) que lui a confié M. Bazy et qu'il a traité avec succès par l'électrolyse circulaire. M. Bazy avait fait à ce malade une colotomie. En avril 1907, le rétrécissement situé à 8-10 centimètres, dur, douloureux au toucher, ne permettait pas le passage d'une sonde de 6 millimètres de diamètre. Pour éliminer l'élément spasmodique possible, on commença par des applications de haute fréquence. Celles-ci n'amenant aucun progrès, l'électrolyse circulaire fut instituée en juillet 1907. Peu à peu le cours des matières se rétablit par la voie rectale, et en janvier 1908, une bougie 22 passant facilement, M. Bazy put fermer l'anus iliaque. Actuellement, à la place de son rétrécissement étroit, douloureux, récidivant, le malade présente un tissu souple, non douloureux au toucher, admettant facilement une sonde de 27 millimètres de diamètre.

Election. — M. Auvray a été élu membre titulaire par 34 suffrages sur 37 votants.

CORRESPONDANCE

Dans l'analyse que nous avons fait paraître ici-même de l'ouvrage de M. Grasset, intitulé *L'Occultisme hier et aujourd'hui*, nous écrivions, en parlant des faits qui le constituent, télépathie, suggestion mentale et communication directe de la pensée, déplacements voisins sans contact, clairvoyance : « Leur démonstration scientifique n'est pas encore faite, mais elle n'est pas rationnellement impossible, si tous les expérimentateurs procèdent avec une méthode très rigoureuse ». Cette explication est critiquée par M. le docteur Dörner (de Ladismith, colonie du Cap) qui en propose une tout autre, dans l'intéressante lettre qui suit.

L. BABONNEIX.

Il semble que la méthode même la plus rigoureuse de recherches scientifiques n'aura que très peu de succès à faire l'éclaircissement de l'occultisme, tant que la physiologie ne nous aura pas donné de renseignements satisfaisants sur les deux questions suivantes :

1. Qu'est-ce que la raison ?
2. Comment se développe-t-elle ?

Parce que l'occultisme étant une manifestation de la raison, toute recherche scientifique doit échouer qui s'adresse aux fonctions de la raison, alors que l'essence en est encore ignorée.

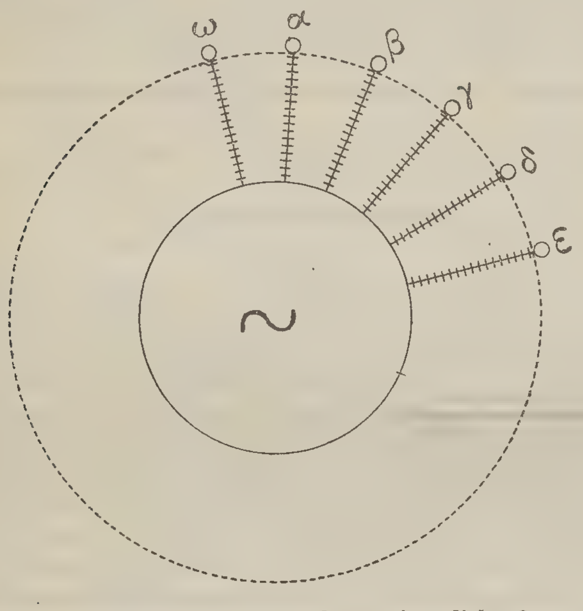
Si faute de meilleure explication sur l'essence de la raison, la physiologie se servait à cet égard d'une philosophie s'approchant de celle de la Bible, l'occultisme en serait éclairci tout d'un coup.

Pour voir comment il faudrait présupposer l'existence d'une force primordiale qui a inventé la formation de tout l'univers; et pour la raison, il faudrait supposer qu'elle fait partie de la force primordiale, puisqu'elle a fait, elle aussi, de ces petites inventions de tout genre sans lesquelles il ne pourrait y avoir de différence entre l'époque présente et l'autre qui précédait celle des Assyriens.

Si nous avions donc admis l'unité de la raison individuelle avec la force primordiale, force serait de faire les conclusions que voici :

1. Que la raison individuelle devrait se développer aux dépens de la force primordiale.
2. Que ce développement se ferait par des voies de rapport connectant les raisons individuelles avec la force primordiale.
3. Que ces voies de rapport établiraient une sorte de système nerveux entre la force primordiale comme organe central et les raisons individuelles comme des organes périphériques (voir la figure).

4. Qu'après la dissociation de la raison d'avec la matière, elle s'en irait par la voie de rapport particulière à elle se réunir à la force primordiale, ce qui constituerait en même temps une autre solide preuve physique de l'indestructibilité de toute énergie.



Explication des signes. — ∽ = force primordiale ; O marqué de α — ω = les raisons individuelles ; ++++ = voies de rapport entre ∽ et O.

La disposition des voies de rapport (entre force primordiale et raisons individuelles) expliquerait selon cette hypothèse la plus grande partie de l'occultisme, dont toutes les manifestations se présenteraient alors comme des communications indirectes entre les raisons individuelles par l'entremise de la force primordiale moyennant les voies de rapport ci-dessus nommées ; ainsi la télépathie ne serait qu'une sorte de réflexe au sens physiologique, c'est-à-dire une impression périphérique courant au centre nerveux pour se rendre à la périphérie après avoir changé de route au centre, comme par exemple le trajet entre : αO ++ ∽ ++ Oδ de notre figure.

Entre la télépathie d'un côté, la suggestion mentale et la communication directe de la pensée de l'autre, il n'y aurait pas d'autre différence que le hasard de la première opposé aux actions arbitraires des dernières. Les déplacements voisins sans contact pourrraient bien se ranger aux dernières.

La clairvoyance serait une manifestation perceptible de la force primordiale qui vient éclater dans une raison individuelle, par exemple :



La rareté relative des phénomènes occultes serait due au fait que nous ne développons que les facultés dont nous nous servons, et pour cette raison que nos facultés occultes se trouveraient à l'état atrophié.

Cette hypothèse n'est pas d'accord avec la façon de penser physiologique, mais faute de mieux, elle donne une explication convenable et rassurante de phénomènes surnaturels qui sans cela paraîtraient inquiétants.

Veuillez recevoir, etc.

F. DÖRNER (de Ladismith).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 NOVEMBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Pierre Duval et Lecène ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Sicard et André Jousset ; — M. Proust, suppléant.

Mardi 17 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, de Lapersonne et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Raymond, Carnot et Claude ; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 18 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Pierre Marie et Lœper.

2e (1re série) : MM. Gley, Desgrez et Macaigne ; — (2e série) : MM. Langlois, Mulon et Zimmern.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Segond, Potocki et Branca ; — (2e série) : MM. Walther, Rieffel et Couvelaire ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Richaud ; — M. André Jousset, suppléant.

Jeudi 19 novembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Thiéry et Morestin.

2e : MM. Prenant, Gley et Nicloux.

3e (oral, 2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Brumpt.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Carnot ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 20 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 21 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Alb. Robin, Jeanselme et Castaigne ; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Renon et Claude ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 18 novembre 1908, à une heure. — M. CHOCHON-LATOUCHE. L'amputation de Ricard. (MM. Kirmisson, président ; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. THUILLARD. Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis acquise. (MM. Reclus, président ; Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. BOUCAUT. Contribution à l'étude des plaies de l'artère vertébrale. (MM. Reclus, président ; Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne.) — Mlle BIDAUX. Etudes sur le traitement de la coxalgie. (MM. Reclus, président ; Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 19 novembre, à une heure. — M. JACOBÉE. Des fibromes sessiles et pédiculés du vagin. (MM. Pozzi, président ; De Lapersonne, Bar et Brindeau.) — M. PLEY. Névrites optiques et névro-rétinites au cours de la grossesse et pendant l'allaitement. (MM. De Lapersonne, président ; Pozzi, Bar et Brindeau.) — M. MONCANY. Les nouveaux emplois thérapeutiques du chlorure de calcium. (MM. Bar, président ; Pozzi, De Lapersonne et Brindeau.) — M. MUZAC. Instrumentation obstétricale. Une modification du ballon de Champetier de Ribes pouvant permettre de remplacer le liquide amoniotique écoulé prématurément. (MM. Bar, président ; Pozzi, De Lapersonne et Brindeau.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


Sirop Roche
Sirop Roche au Thiocol
Préparé par Ch. Weiss
30 Boulevard Magenta
Prix 4fr
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

N° 129. — MARDI 10 NOVEMBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 10 NOVEMBRE 1908. — N° 129

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 6 novembre 1908. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'appendicite aiguë. »

MM. Perrier, 10; Legrain, 16; Ledoux-Philippe, 9; Lemoine et Lesage, 13; Lépine et Marro, 17; Masson, 12; Marmier, 13; Le Rochais et Mathieu, 15; Mlle Lipkine, 13; MM. Liacre, 16; Malapert, 11; Leroy, 13; Legillon, 11; Lebreton, 12.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — Un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint de l'hospice d'humanité et d'un médecin-adjoint à l'hôpital Ruffi sera ouvert le 15 janvier 1909.

Le siège du concours sera porté à la connaissance des candidats huit jours seulement avant la date des opérations.

— Un concours pour la nomination d'un chirurgien-adjoint de l'hôpital Ruffi sera ouvert le mardi 16 février 1909.

Le siège du concours sera porté à la connaissance des candidats huit jours seulement avant la date des opérations.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hôpitaux un mois avant l'ouverture de ces concours.

HOSPICE CIVIL D'ALGER MUSTAPHA. — *Prix Poisson.* — Le prix Poisson est décerné à M. Costantini.

Concours de l'internat de première classe. — Le concours vient de se terminer par le classement suivant : MM. Masselot, Dana, Viallet, Boulard, Laffond et Lévet.

Concours de l'internat. — Sont nommés internes titulaires : MM. Coudray, Max, Bascoul, Sadoun, Mlle Garnier, MM. Cazenave, Coudray (Paul) et Narboni.

Ont réuni le nombre de points pour être titularisés : MM. de Gournay, Régnier, Richard et Poli.

Sont nommés internes provisoires : MM. Solacroux, Masselot, Rougé, Hamaoua, Lemoine, Laquière, Aboulker.

Concours de l'externat. — Sont nommés externes titulaires : MM. Sasportès, Trolard, Granger, Rebuffat, Huck, Aimard, Mlle Bercher et M. Maury *ex æquo*, M. Bernard.

Sont nommés externes provisoires : MM. Ricoux, Alberti, Biscos et Bit *ex æquo*, Stefanopoli, Cohen, Deshayes, Derieux, Bouchara, Marguerie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — M. le docteur Geoffroy est nommé, après concours, chef de clinique de dermatologie et vénéréologie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — A l'occasion de l'exposition de Tourcoing : MM. les docteurs Huriez et Lagache (de Tourcoing) et Wintrebert (de Lille).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille de bronze pour services rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le docteur Jules Boncour, médecin de l'asile Aulagnier à Asnières (Seine).

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — Le 23 octobre 1908, a eu lieu, dans un des salons de Véfour, galeries de Valois, l'Assemblée générale statutaire de l'A. J. M. F. Après lecture du procès-verbal de la précédente séance et de la correspondance, par le secrétaire général, il a été fait part à l'Assemblée d'une lettre de M. le docteur Courtin (de Bordeaux), demandant la mise à l'étude d'un « Office de renseignements médicaux », analogue à l'« Agence Havas », et appelé à rendre de nombreux services aux membres de l'Association. Une commission a été nommée pour examiner cette intéressante proposition. Le docteur Ausset, professeur à la Faculté de Lille, fut ensuite élu membre de l'Association, à la majorité des voix; puis on passa à la discussion de la question soulevée par M. le docteur Dieupart, sur les Pseudonymes médicaux.

Nous rappelons que pour faire partie de l'A. J. M. F., il faut être docteur ou étudiant en médecine et collaborer à un journal médical ou autre, depuis deux ans au moins. Le prix de la cotisation annuelle est de 6 francs, plus 1 franc, la première année, pour la carte d'identité. — Pour renseignements complémentaires, écrire 9, rue de Poissy, Paris, au secrétaire général.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Albert Goüel (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

UN POSTE DE MÉDECIN EN CHEF ALIÉNISTE est devenu vacant à l'hospice de Pontorson par suite du départ de M. le docteur François.

DE LA RÉACTION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

AU COURS DE QUELQUES DERMATOSES DES JEUNES ENFANTS (1)

Par Marcel FERRAND,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans un travail récent, M. Ravaut (2) a montré la fréquence de la réaction du liquide céphalo-rachidien chez les hérédo-syphilitiques et en particulier chez les enfants atteints d'accidents cutanés étendus.

Tobler (3) avait déjà remarqué l'importance que pouvait avoir la lymphocytose rachidienne dans le diagnostic de la syphilis héréditaire. Cette lymphocytose peut manquer, même en cas d'accidents importants, mais lorsqu'on la rencontre, « elle est, dit-il, un symptôme de grosse valeur parce qu'elle existe, non seulement en même temps que les accidents manifestes de la syphilis héréditaire, mais encore chez des sujets en apparence sains, n'ayant que des antécédents syphilitiques ou de très légères manifestations et qui, quelques semaines plus tard, succombent à leur syphilis ».

Nous avons étudié le liquide céphalo-rachidien d'un grand nombre d'enfants paraissant bien portants et sans aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Nous avons éliminé tous ceux qui, au moment de la ponction, présentaient de la fièvre, des phénomènes intestinaux, pulmonaires, otitiques ou méningés, susceptibles de produire *par eux-mêmes* une réaction.

Nous avons pour chacun de ces cas suivi une *technique* identique que nous exposerons rapidement : les faits que nous allons rapporter seraient trop aisément critiquables s'il restait quelque doute sur la valeur de nos examens.

Sans mettre en doute la valeur de la ponction lombaire *bien interprétée* dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis, nous voudrions montrer que les manifestations cutanées de la syphilis ne sont pas les seules, parmi les dermatoses de l'enfance, à s'accompagner de réaction méningée, et qu'il faudrait se garder, sur la constatation de cette réaction, de considérer un enfant comme *suspect*.

Au début de nos recherches, en effet, nous avions pensé que la lymphocytose méningée fréquente dans la syphilis cutanée, ferait défaut dans les dermatoses non spécifiques. Nous espérions trouver ainsi un moyen, indirect il est vrai, de différencier certaines lésions cutanées banales, mais difficiles à diagnostiquer des éruptions syphilitiques par le seul examen clinique.

La présence d'une lymphocytose méningée au cours d'une dermatose à caractère *syphiloïde* aurait rendu celle-ci plus suspecte encore et aurait pu dans certains cas, dans ceux entre autres où les antécédents de l'enfant sont ignorés, suffire à déterminer le diagnostic et le traitement.

Nous allons voir, au contraire, que la réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien se rencontre trop fréquemment dans quelques dermatoses des jeunes enfants, pour qu'il soit possible de lui attribuer, dans tous les cas et sans tenir compte des circonstances, une valeur dans ce diagnostic différentiel.

* * *

Technique. — L'appréciation d'une réaction méningée est facile pour un œil un peu exercé, quand les éléments cellulaires sont nombreux. La limite entre l'état normal et une réaction légère est plus difficile à établir. Pour pouvoir comparer entre elles ces réactions, pour apprécier leurs variations, nous avons cherché à obtenir une *représentation numérique* approximative, mais cependant suffisamment exacte de la *quantité* des éléments cellulaires que nous observions dans chaque cas.

Nos préparations ont été faites suivant la méthode de Widal et Ravaut : après centrifugation, le tube était vidé soigneusement; l'étalement fait, suivant les cas, sur une, deux ou trois lames; la gouttelette desséchée avait en général 6 à 8 millimètres de diamètre.

Sur chacune de nos préparations, nous avons *numéré* avec *l'objectif à immersion 1/16* et l'oculaire compensateur 6, *tous les éléments compris dans le champ du microscope*, pendant que nous faisions passer successivement sous la lentille, à l'aide de la platine mobile, toute l'étendue des *deux grands diamètres* de la goutte étalée.

C'est le résultat de cette numération, dans les cas où la goutte avait été étalée sur une seule lame, l'addition de ces résultats quand l'étalement avait été fait sur deux ou trois lames, que nous avons utilisés dans chacune de nos observations.

Nous disons que la goutte résiduelle provenant de la centrifugation de 4 à 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, montre une **lymphocytose légère** quand nous comptons dans chacun des grands diamètres, avec le grossissement indiqué, plus de 50 éléments. Il y a dans ces cas de 3 à 6 éléments par champ d'immersion.

Au-dessus de 100 éléments dans chacun des grands diamètres (8 à 10 éléments dans chaque champ d'immersion), nous disons qu'il y a **lymphocytose moyenne**.

Enfin, nous rangeons dans les **lymphocytoses fortes**, les cas où nous comptons plus de 20 éléments par champ d'immersion.

Notre terminologie correspond donc sensiblement

(1) Travail du service et du laboratoire du professeur Hutinel et du docteur Variot à l'hospice des Enfants-Assistés.

(2) P. Ravaut. Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques héréditaires, *Ann. de dermat.*, 1907. Chez des enfants paraissant ne présenter aucun symptôme nerveux, mais porteurs d'accidents cutanés étendus, une lymphocytose abondante est presque de règle. Quand les lésions muqueuses ou cutanées sont peu importantes, la réaction est en général légère. Enfin, chez les enfants issus de parents syphilitiques, mais ne présentant aucun symptôme cutané, l'absence de réaction est habituelle. M. Ravaut a confirmé ces recherches par une constatation de la plus haute valeur : la présence du spirochète dans les exsudats périvasculaires des méninges et dans les parois du canal épendymaire. (Soc. méd. des hôpit., 12 janv. 1906 et déc. 1907.)

(3) Tobler. *Jahrb. f. Kinderh.*, 1906, t. LXIV, fasc. 1. — Voir P. Ravaut, loc. cit.

à celle que M. Ravaut a adoptée dans ses différents mémoires. Elle n'a pas de valeur absolue, mais elle est indispensable à la comparaison des résultats (1).

Dermites des nourrissons (érythèmes infantiles). — Chez 72 enfants, le liquide céphalo-rachidien a été ainsi examiné une ou plusieurs fois.

Dermites papuleuses [*Erythèmes lenticulaires* (*Parrot*); *syphiloïdes post-érosives* (*Jacquet*)]. — 47 cas.

1. Dermites papuleuses à éléments bien développés, mais de toutes tailles, plus ou moins indurés, œdémateux et érosifs :

14 cas. Lymphocytose forte.......... 5
— moyenne 4
— nulle.......... 5

2. Dermites papuleuses à éléments de toutes tailles, mais épidermisés et déjà en voie de diminution :

13 cas. Lymphocytose forte........ 1
— moyenne 1
— légère....... 4
— nulle........ 7

3. Dermites papuleuses au déclin de l'éruption; éléments ne formant plus qu'une saillie peu appréciable, épidermisée; simple maculo-papule ou macule violacée :

16 cas. Lymphocytose légère........ 2
— nulle........ 14

4. Dermites simples avec ébauche de papulation congestive :

4 cas. Lymphocytose nulle 4

En résumé, sur 47 cas de dermites papuleuses, nous avons observé 17 fois une lymphocytose rachidienne légère, moyenne ou forte. De ces dermites, faisons maintenant deux groupes : l'un dans lequel rentreront toutes les dermites papuleuses quel que soit leur degré de développement, érosives ou non, mais encore nettement saillantes; l'autre, qui comprendra les dermites à leur déclin ou réduites à l'état de macules. Sur les 27 cas de la première catégorie, *15 lymphocytoses légères, moyennes ou fortes ;*

Sur les 20 cas de la seconde, *2 lymphocytoses légères seulement.*

Dermites vésiculeuses et érosives (Jacquet) [*érythèmes vésiculeux et érosifs, érythème de l'athrepsie* (Parrot)], *25 cas.*

1. Dermites vésiculeuses érosives très étendues :

8 cas. Lymphocytose forte......... 1
— moyenne..... 1
— nulle........ 6

2. Dermites assez peu étendues :

6 cas. Lymphocytose légère......... 2
— nulle........ 4

3. Dermites légères :

8 cas. Lymphocytose moyenne..... 1
— légère........ 1
— nulle........ 6

4. Traces de dermites simples ayant été plus ou moins étendues; téguments redevenus presque normaux :

3 cas. Lymphocytose forte.......... 1
— légère....... 1
— nulle.......... 1

En résumé, les lymphocytoses légères, moyennes ou fortes, 8 cas sur 25, ont été observées aussi bien dans les éruptions étendues que dans les éruptions restreintes. L'intensité de ces dermites est tellement variable d'un jour, d'un moment à l'autre, que l'on doit s'attendre à de grandes différences dans les réactions auxquelles elles peuvent donner lieu.

Ces faits nous paraissent devoir appeler deux remarques :

1° Au cours des *dermites* simples des nourrissons, légères ou étendues, au cours des *dermites papuleuses*, érosives ou non, on observe assez souvent des lymphocytoses rachidiennes appréciables et quelquefois très importantes;

2° Ce sont les dermites papuleuses *florides*, quelles que soient d'ailleurs les dimensions de leurs éléments, mais jeunes ou relativement récentes, qui s'accompagnent des plus fortes réactions. Lorsque l'éruption tend à diminuer, que les papules s'affaissent, on ne constate plus en général que des réactions légères ou nulles.

Dermatoses prurigineuses. — Les deux affections prurigineuses les plus fréquentes chez l'enfant sont le *prurigo* et la *gale*.

Prurigo. — Nous avons étudié l'état du liquide céphalo-rachidien chez douze enfants ou nourrissons atteints de prurigo simplex. Ces cas se répartissent ainsi :

6 prurigos récents et urticariens ou un peu plus anciens et légèrement eczématisés, mais de peu d'étendue = 6 réactions nulles.

5 prurigos simplex paraissant récents, à éléments nombreux, disséminés, très urticariens et prurigineux = 4 lymphocytoses fortes, 1 lymphocytose discrète.

Dans un de ces derniers cas, la ponction lombaire fut pratiquée plusieurs fois. La lymphocytose, forte d'abord, diminua assez rapidement, puis *reparut* abondante, lors d'une seconde poussée.

En résumé, dans un tiers des cas, et précisément dans ceux où l'urtication et le prurit étaient impor-

(1) Dans un grand nombre de cas, à l'aide du procédé de numération que nous avons employé, nous avons compté dans chacun des grands diamètres de la goutte, plus de 25 à 30 éléments. Ce nombre représente, nous nous en sommes assuré directement, environ 400 éléments pour la goutte tout entière. Nous n'avons pas considéré cette proportion comme anormale. La quantité des éléments cellulaires contenus *à l'état normal* dans le liquide céphalo-rachidien paraît, en effet, sensiblement supérieure à celle qu'on admet d'ordinaire. Le récent travail de MM. Nageotte et Léyy-Valensi prouve d'ailleurs le fait d'une façon indiscutable. (Numération directe des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien; limites physiologiques de la lymphocytose. Soc. de biol., 7 déc. 1907.)

tants et étendus, lymphocytose forte. Il est possible que les prurigos discrets s'accompagnent eux aussi de réaction, mais légère et vite disparue (1).

Gale. — Nous avons ponctionné 13 enfants atteints de gale en général discrète et assez peu prurigineuse. Quelques cas étaient déjà anciens, d'autres, infectés, d'autres légèrement eczématisés :

13 cas.	Lymphocytose moyenne.......	3
	— légère........	4
	— nulle...........	6

Parmi ces réactions nulles, 2 ont été constatées chez des enfants qui avaient été traités depuis six semaines ou deux mois par des bains et des pommades ; l'un même avait été frotté.

Ainsi, chez les enfants jeunes — 9 au-dessous de deux ans ; 16 de deux à quatorze ans ; la plupart entre quatre et six ans — certaines *dermatoses prurigineuses* peuvent s'accompagner d'une lymphocytose rachidienne importante.

Au contraire, dans la grande majorité des cas, nous allons le voir, les *infections cutanées banales* paraissent ne susciter aucune réaction méningée.

Dermatoses impétigineuses. — Dix enfants présentant, comme tout symptôme morbide, des infections cutanées d'origine diverse ont été ponctionnés.

Pyodermites, impétigos banaux, disséminés, plus ou moins superficiels, sans eczématisation (impétigos streptococciques ; pyodermites à staphylocoque, etc.) :

7 cas. Réaction nulle.................. 7

Impétiginisation et eczématisation accompagnant la phtiriase :

3 cas. Réaction nulle................ 3

Enfants a téguments normaux. — Enfin, à titre de comparaison, nous avons étudié l'état du liquide céphalo-rachidien chez 13 sujets (7 avaient moins de deux mois ; 6, moins de deux ans) dont les téguments étaient normaux au moment de la ponction.

Sur ces *13 cas.*	Réaction légère...	3
	— nulle.....	10

Des 120 observations que nous venons d'analyser, il se dégage, semble-t-il, l'impression suivante. De même qu'on s'est accoutumé à tenir compte pour apprécier à sa valeur une lymphocytose rachidienne, des antécédents du sujet, de la coexistence d'une toxi-infection intestinale ou pulmonaire, d'une infection otitique, ourlienne, zostérienne, herpétique, etc., de même chez les jeunes enfants, chez les nourrissons en particulier, on devra tenir compte dans une certaine mesure de l'*état des téguments*.

Nous avons voulu attirer l'attention sur ces faits qui ont une utilité pratique. Ils montrent une fois de plus, que l'apparition d'une réaction cellulaire, même importante, dans le liquide céphalo-rachidien, peut être banale. On ne saurait s'entourer d'assez de renseignements avant d'attribuer à cette réaction une valeur spécifique, avant d'en faire un symptôme de tuberculose ou de syphilis. M. Ravaut a d'ailleurs insisté à différentes reprises sur ces réserves nécessaires.

Une étude plus approfondie montrera peut-être entre ces diverses réactions, des différences. Dès maintenant, il nous semble que dans les dermites des nourrissons comme d'ailleurs dans les dermatoses prurigineuses que nous venons d'examiner :

1° Ces lymphocytoses sont plus souvent légères, plus variables suivant les moments, probablement aussi moins durables : sur 7 cas où plusieurs ponctions ont été pratiquées, la réaction avait disparu trois fois au bout de deux, trois et six semaines ;

2° Que si l'on considère la morphologie des éléments, on trouve assez fréquemment à côté des lymphocytes toujours prédominants, des éléments mononucléés volumineux et des cellules endothéliales en nombre plus considérable que dans la réaction des syphilitiques héréditaires, toujours essentiellement lymphocytaire [Ravaut (1)].

Conclusion. — Au cours de certaines dermatoses des jeunes enfants, dans les *dermites des nourrissons*, dans le *prurigo*, la *gale*, on observe assez fréquemment une réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien.

Cette réaction est *inconstante* ; elle ne prend en général une véritable importance — au moins dans les cas que nous avons rencontrés — que dans les dermites *papuleuses florides* (érythèmes lenticulaires) et les prurigos étendus et en pleine activité.

Elle est alors, objectivement, fort comparable à celle qu'on peut observer dans les manifestations cutanées de la syphilis acquise ou héréditaire.

Aussi, en l'absence de tout antécédent ou de tout stigmate de nature franchement spécifique, la constatation d'une lymphocytose méningée ne nous paraît avoir dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis qu'une valeur *relative*. Et même dans les cas où ces antécédents existent, il est de toute nécessité, pour que cette réaction garde une valeur sérieuse, qu'elle soit *interprétée*.

(1) Il est intéressant de rappeler, à ce propos, un fait établi par MM. Thibierge et Ravaut (*Ann. de dermat.*, nov. 1905, p. 890 ; — Soc. méd. des hôpit., 1er déc. 1905) ; et P. Ravaut (*Presse méd.*, 19 déc. 1906, p. 817) : la soustraction de quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien atténue ou fait disparaître le prurit dans certains cas de lichen de Wilson, de prurigo diathésique, de lichen circonscrit, d'eczéma sec prurigineux.

(1) Ravaut : Loc. cit., p. 106.

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

LA TUBERCULOSE

(*Washington, 21 septembre-12 octobre 1908* (2).)

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ORTHOPÉDIE

Tuberculose du nez, de la bouche et du pharynx. — M. Mosher (de Boston). Grâce au pouvoir protecteur de la muqueuse nasale, la tuberculose primitive du nez est rare. La tuberculose secondaire est plus fréquente. La syphilis est la grande cause d'erreur ;

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 125, p. 1491.

elle s'attaque surtout à l'os, la tuberculose au cartilage. La tuberculose de la bouche est le plus souvent ulcéreuse. L'importance de la tuberculose larvée des amygdales et ses rapports avec les adénites du cou sont soulignées. La communication est longue, mais tout cela est bien connu en France.

M. Casselberry (de Chicago) envisage la *tuberculose du larynx* et tâche de montrer qu'il y a un *type qui est susceptible de guérison* et de dégager *les principes de traitement*. Il y a des organismes qui ne résistent pas à la tuberculose du larynx. Cela se voit dans les 2/5 des cas et ce sont ces cas-là qui servent de type à la description. Mais certaines personnes ont une résistance plus grande et guérissent très bien. Elles forment 1/5 des cas. Dans les autres 2/5, la maladie a une marche fatale, mais lente. Les principes du traitement de toute tuberculose pulmonaire sont aussi ceux de la tuberculose laryngée : repos, air, suralimentation. De plus, dès qu'il y a participation laryngée, le tuberculeux pulmonaire doit passer sous la direction de quelqu'un versé en technique laryngologique.

La construction d'un hôpital pour tuberculeux. — M. Strum (de Chicago). Beaucoup de soleil, d'aération, pas de poussière, pas de fumée, pas de bruit : assez loin pour être hors des villes, assez près pour que les communications soient faciles. Doit pouvoir être agrandi.

M. Dodd (de Chicago) présente une étude sur une affection rare, la *tuberculose de la cornée*. Elle est presque toujours secondaire et précédée par un boursouflement de la marge de la cornée ressemblant à la conjonctivite phlycténulaire. Une injection diagnostique de tuberculine détermine toujours une poussée aiguë; de très petites doses, prudemment maniées, de TR amènent la guérison.

M. Verhoeff (de Boston) signale une forme aiguë, très rare, aboutissant à la fonte de l'œil. La forme chronique est très torpide et tend à la guérison. Le traitement de la tuberculose oculaire est satisfaisant. Il se sert de l'ancienne tuberculine. La réaction ainsi produite donne une idée des doses qu'il faudra employer pour le traitement. Verhoeff croit la conjonctivite phlycténulaire d'origine tuberculeuse.

M. Blake (de Boston) traite ensuite de la *tuberculose de l'oreille*. Quoique la carie du rocher ait été connue depuis longtemps, il n'y a guère plus de dix ans que l'on sait que certaines otites moyennes, rapidement destructrices, sans phénomènes subjectifs marqués, sont tuberculeuses. Ces otites sont moins dangereuses au point de vue intracranien que les otites à microbes pyogènes. Le diagnostic est assez facile quand il s'agit d'un tuberculeux avéré; mais l'examen direct du pus ne montre généralement qu'une infection mixte. Les tuberculines n'ont pas encore été usitées en l'espèce.

Le second jour débute par une étude de M. Painter (de Boston) sur *la tuberculose des ganglions rétro-péritonéaux et des rapports avec des symptômes médullaires* (*tabes mesenterica*). Les ganglions sont tout près de la colonne vertébrale, qu'ils peuvent éroder. La tuberculose est d'origine alimentaire; il peut n'y avoir aucune lésion intestinale appréciable. Les symptômes sont une raideur de la colonne vertébrale et une difficulté pour s'asseoir. Il peut y avoir un certain degré de cyphose, mais celle ci disparaît avec la guérison. La marche est lente, avec une bonne hygiène, le pronostic est bon. Il n'y a pas à opérer dans ces cas.

M. Dowd (de New-York) a opéré dans des cas graves de tabes mésentérique et a été surpris de la facilité d'extirpation de grosses masses et de la rapidité de la guérison consécutive.

M. Robinson (de Boston) en abordant le sujet de la *tuberculose de la plèvre et du poumon au point de vue chirurgical*, convient que les résultats jusqu'ici sont plutôt décourageants. Mais la chirurgie intrathoracique marche. Avec la méthode de la pression négative, une thoracotomie exploratrice devient presque aussi inoffensive qu'une laparotomie exploratrice. Il y a eu beaucoup de travaux expérimentaux couronnés de succès ; mais il ne s'ensuit pas que la chirurgie de la tuberculose doive en prendre un grand essor. On ne fait pas opérer des cas jeunes, ceux qui seraient les plus favorables. Mais il y a là des possibilités qu'on pourrait développer.

M. Bellamy (de Wilmington) est enthousiasmé, mais M. Berlin (de Chattanooga) se demande quel bien la résection d'un ou deux lobes d'un poumon chez un tuberculeux pourrait bien faire au patient.

M. Beck (de Chicago) expose les résultats obtenus expérimentalement par Opie (du Rockefeller Institute de New-York). Opie infecte la plèvre de chiens avec du bacille de Koch; puis, quand la pleurésie tuberculeuse s'est développée, il injecte dans la plèvre des globules blancs retirés de la cavité pleurale d'un chien sain, après injection d'un simple irritant. Tous les chiens ainsi traités guérissent; les non traités meurent tous de tuberculose. Quant à lui, Beck, il traite les empyèmes tuberculeux et la pleurésie tuberculeuse par l'injection de pâte de bismuth comme on le verra plus loin.

La *tuberculose des ganglions cervicaux* occupe ensuite la fin de la séance. M. Dowd (de New York) considère l'affection comme grave, ayant une mortalité peu inférieure à 50 p. 100 dans les cas non traités. Mais elle s'adapte particulièrement bien au traitement chirurgical ; c'est la seule tuberculose dont l'éradication totale est possible sans toucher à un seul organe important. L'infection se montre presque toujours dans le groupe sous-parotidien en premier lieu. Le traitement médical ne donne rien. L'incision est transversale, parallèle à un des plis du cou. Depuis quatorze ans, 275 opérations avec une seule mort, d'hémorragie secondaire de la jugulaire, 80 p. 100 de guérisons, 10 p. 100 d'améliorations. Après l'opération, on sent souvent dans le cou des nodules durs assez difficiles à expliquer, mais qui ne sont pas tuberculeux.

M. Sala (de Rock-Island) vante les effets des rayons X. Si, pour une raison quelconque, on ne peut opérer, c'est à eux qu'il faut avoir recours. Ils font disparaître les nodules post-opératoires.

M. Mayo (de Rochester) croit qu'il y a peu d'indications opératoires avant l'âge de huit ans. Traiter les amygdales, les adénoïdes, le nez. Plus tard, il

convient d'opérer; et il ne faut pas enlever les seuls ganglions malades, mais tout le groupe auquel ils appartiennent. Les rayons X sclérosent trop les tissus.

M. Beck (de Chicago) a, ici aussi, des résultats merveilleux avec sa pâte de bismuth, dans le traitement des abcès et fistules.

M. Dowd, en clôturant la discussion, remarque que les rayons X donnent de très bons résultats dans les cas très virulents, où l'étendue du mal est telle qu'il est difficile d'opérer. Pour les autres, les indications ne sont pas toujours absolues; il y a beaucoup de cas qui guériraient sans opération, peut-être 50 p. 100, mais il y en a 85 ou 90 p. 100 qui guérissent après opération, ce qui fait une différence très appréciable.

Puis, la *méningite tuberculeuse* fut représentée par la communication de M. Stites (de Paducak) rapportant deux cas intéressants montrant les possibilités chirurgicales dans cette affection. Chez un enfant de dix ans, il fit une opération décompressive; il s'écoula du liquide dans lequel on trouva des bacilles. La fermeture de l'incision fut suivie de la reprise des accidents; une réouverture de la cessation, puis de la guérison. Les bacilles furent aussi trouvés dans le second cas (homme de vingt-neuf ans, guérison). M. Stites croit que l'on pourrait sauver ainsi bien des vies.

M. Rodman (de Philadelphie) s'occupe ensuite de la *tuberculose du sein*, plus fréquente qu'on ne le croit. Le traitement doit être radical. Quelquefois, chez les jeunes, il faut se contenter d'une résection plastique.

M. Wirth (de Saint-Paul) a vu une tuberculose mammaire infecter un enfant au sein.

M. Ochsner (de Chicago) précise les conditions dans lesquelles la *vaccinothérapie* peut rendre des services dans le traitement des arthrites tuberculeuses. Elle doit être contrôlée de près par l'index opsonique. Elle permet une meilleure *restitutio ad integrum*, parce qu'elle réduit au minimum la sclérose nécessaire à la guérison. Bien entendu, ce n'est qu'un adjuvant d'un autre traitement.

M. Willard (de Philadelphie) prêche devant une assemblée de convaincus quand il vient défendre la cause du *traitement au grand air des tuberculoses chirurgicales*. Et ils le lui disent.

La plus importante des tuberculoses articulaires, la coxalgie, fut le sujet de trois communications. M. Wilson (de Philadelphie) ne croit pas à l'immobilisation au lit, qui favorise l'atrophie. La marche avec le spica plâtré de Lorenz et des poids pour tirer donne de bien meilleurs résultats. M. Calot (de Berck) décrit la technique des ponctions et injections de la mixture d'éther (25), d'iodoforme (7), de créosote (3) et d'huile d'olive (50). M. Weeks (de Portland) déclare que le traitement local, repos et immobilisation, est plus important que le traitement général qui est pourtant extrêmement nécessaire.

M. Willard ne croit pas que les résultats de M. Wilson soient meilleurs que ceux d'autres méthodes. Il ne faut pas avoir *un* moyen de guérir la tuberculose, il faut les employer tous en conjonction. M. Beck se méfie des injections quand on a des chances d'atteindre une veine; la mort peut en résulter. Il conseille l'emploi de la pâte de bismuth. M. Caravia (de New-York) emploie le sérum de Cuguillière; enfin M. Cabot (de Boston) insiste pour que l'on désinfecte les pansements de tuberculoses chirurgicales aussi soigneusement que les crachats de tuberculeux. M. Willy Meyer (de New-York) qui s'est fait en Amérique le propagateur de la méthode de Bier avoue qu'elle est difficile à appliquer à la hanche où les ventouses ne peuvent tenir. Il a essayé, ne pouvant comprimer la veine iliaque interne, de comprimer la veine cave inférieure. C'est douloureux. M. Lindahl (de Denver) clôt la discussion en observant que les nerfs qui fournissent à une articulation ses filets sensitifs, innervent aussi les muscles voisins. C'est l'explication des spasmes musculaires, surtout marqués la nuit, et qu'il faut supprimer. Un bandage fermement appliqué y réussit ou une gaine en toile que l'on boucle. Un spica plâtré ne supprime les spasmes que pour trois ou quatre jours, car il se relâche toujours.

Après la tuberculose articulaire, la *tuberculose génito-urinaire et péritonéale*. La *tuberculose de la vessie*, d'après M. Karo (de Berlin) est presque toujours d'origine descendante. Il faut distinguer entre la tuberculose de la vessie et la cystite tuberculeuse. Dans chaque cas de tuberculose urogénitale, il faut trouver le siège primitif aussi vite que possible. L'image cystoscopique n'est pas en elle-même absolument caractéristique. La meilleure prophylaxie et le meilleur traitement, c'est l'extirpation du rein malade. La tuberculine rend des services, ainsi que le sublimé localement. Le traitement chirurgical direct ne sert à rien.

Un peu différentes sont les conclusions de M. Bransford Lewis (de Saint-Louis). Il est d'accord sur le manque de pathognomonicité de l'image cystoscopique, mais il estime que le sublimé est irritant. Il préfère la créosote et le gaïacol. Il croit le traitement local plus important que le grand air et l'hygiène, si l'on ne peut avoir les trois ensemble. Naturellement, l'ablation du foyer primitif est la première chose à faire toujours, surtout quand il s'agit du rein. L'intolérance au nitrate d'argent est un bon signe.

M. Hunner (de Baltimore) croit que toute cystite qui ne répond pas au traitement doit être soupçonnée tuberculeuse. De même, l'association d'une cystite avec une lésion rénale est suspecte, car l'infection ascendante du rein est très rare. Il est partisan du sublimé. Il combat la distension de la vessie au moyen d'air, que prône Lewis; cela aggrave les ulcères et la maladie. Il a vu aussi que le nitrate d'argent est mauvais dans ces cas.

M. Willy Meyer (de New-York) attire l'attention sur la tuberculose primitive de la prostate comme cause de cystite tuberculeuse.

MM. Sala (de Rock Island) et Schmidt (de Chicago) relatent chacun un cas démontrant les avantages d'une néphrectomie précoce. Schmidt rapporte un cas mettant en lumière les inconvénients auxquels

un médecin s'expose en refusant une néphrectomie précoce. M. KORSELL (de Chicago) cite un cas de tuberculose de la vessie sans tuberculose rénale, mais M. KARO ne se laisse pas ébranler. Il n'y a pas dans ce cas de preuve suffisante de l'intégrité du rein. M. LOWER (de Cleveland) affirme lui aussi, une fois de plus, la nature toujours secondaire de la tuberculose vésicale. Après néphrectomie, le meilleur traitement est celui de Rowing; injection une fois par semaine dans la vessie d'une solution d'acide à 5 p. 100 que l'on y laisse de vingt à trente minutes. Pour finir, M. LEWIS ajoute à ce qu'il a dit qu'il n'est point nécessaire de faire la néphro-urétérectomie, la néphrectomie suffit.

M. STONE (de Washington) défend l'*origine secondaire de la tuberculose génitale chez la femme*, bien que la porte d'entrée soit souvent difficile à trouver. Les infections mixtes sont nombreuses, mais cela ne veut pas nécessairement dire qu'une infection préalable appelle la tuberculose. La preuve directe de l'entrée du bacille par le vagin n'a jamais été fournie. Certains gynécologistes pensent que certaines érosions du col, associées à la leucorrhée, sont de nature tuberculeuse. Le traitement doit être la laparotomie qui permet d'examiner tous les organes. La voie vaginale ne permet pas cela. Les résultats sont bons après ablation des foyers, pourvu que les lésions ne soient pas trop étendues.

M. LUND (de Boston), après une revue générale rapide de la *tuberculose du péritoine*, insiste sur le point capital au point de vue chirurgical, le traitement. La laparotomie, purement empirique d'abord, doit avoir pour but aujourd'hui de découvrir et d'enlever le foyer initial (ganglion lymphatique, appendice tuberculeux par exemple).

M. HUNNER remarque que certains malades en apparence très bas se relèvent merveilleusement après opération. Il cite trois cas.

M. BECK conseille, dans les cas très avancés, de laisser dans le péritoine une dizaine de grammes de pâte de bismuth.

M. LUND, en finissant, déclare que tout traitement local expose à former des adhérences là où l'on n'est pas maître d'en régler la formation. La seule idée vraiment scientifique jusqu'à présent dans le traitement de la tuberculose péritonéale est d'aller à la recherche du foyer primitif

M. WALKER (de New-York) passe en revue la *tuberculose du canal déférent, de l'épididyme et du testicule* et se déclare en faveur de l'épididymectomie. La castration doit être réservée aux cas avancés. Même quand le déférent et la prostate sont pris, l'épididymectomie ou l'orchidectomie amènent la régression des symptômes. M. LOWER (de Cleveland) distingue entre ceux qui, croyant la tuberculose toujours descendante, veulent une extirpation radicale, et ceux qui, la croyant hématogène, recommandent de simples opérations. Il a passé de la première classe à la seconde et s'en trouve bien.

La communication de M. BEVAN (de Chicago) sur la *tuberculose du rein* n'apporte rien de neuf.

M. BECK (de Chicago) qui a pris plusieurs fois la parole déjà pour célébrer les bienfaits de la pâte de bismuth (33 p. 100 dans de la vaseline) résume maintenant l'histoire et les résultats de la méthode dans la *prévention, le diagnostic et le traitement chirurgical des fistules et cavités d'abcès tuberculeux*. C'est incidemment, en employant la pâte dans un but de diagnostic radiologique qu'il découvrit ses vertus curatives. Il présente un tableau de 192 cas avec 123 guérisons, 55 améliorations, 11 insuccès et 3 morts. Il traite les abcès froids et les empêche de devenir fistuleux en leur faisant une courte incision et remplissant la cavité de pâte immédiatement. Cela évite l'infection secondaire.

M. Willy MEYER (de New-York) compare la tuberculose chirurgicale de l'enfant à celle de l'adulte, plus grave : on obtient dans les cas compliqués des résultats très bons en combinant chez l'adulte, qui jusqu'ici a été plutôt traité opératoirement, le grand air avec la méthode hyperémique.

Les organes non encore mentionnés reçurent aussi leur part d'attention : il y eut une étude sur la *tuberculose des muscles, des tendons et des aponévroses*, par M. MITCHELL (de Washington); sur les *formes aiguës de la tuberculose abdominale*, par M. EISENDRATH (de Chicago); sur la *tuberculose de la vésicule biliaire, du pancréas, de l'estomac et du foie*, par M. HOTCHKISS (de New-York); des communications thérapeutiques sur la *méthode rationnelle de soutenir la colonne vertébrale*, par M. FRAUENTHAL (de New-York); sur le *traitement de la tuberculose chirurgicale en général*, par M. BRADFORD (de Boston); sur l'*éducation des infirmes de la tuberculose chirurgicale*, telle qu'elle a été inaugurée par l'Etat de Minnesota, par M. GILLETTE (de Saint-Paul); sur l'*influence des hautes altitudes et du soleil des Alpes dans la tuberculose chirurgicale*, par M. ROLLIER (de Leysin). Et c'est ainsi qu'il serait difficile de trouver dans le corps un organe de la tuberculose chirurgicale, duquel la section de chirurgie et d'orthopédie du congrès de Washington ne se soit pas entretenu.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCES DU 26 OCTOBRE ET DU 2 NOVEMBRE 1908)

Mobilité et dissémination des poussières infectantes dues au balayage des crachats tuberculeux desséchés. — M. G. KÜSS. Quand un tapis est contaminé par des crachats tuberculeux desséchés restés virulents, un seul balayage de quelques minutes suivi de battage, produit des poussières infectantes pour le cobaye qui les respire.

La quantité de ces fines poussières infectantes est très minime par rapport à la quantité des crachats.

Ces poussières sont projetées par le balayage et le battage à une faible distance du tapis, mais elles sont suffisamment légères pour rester en suspension dans l'air pendant un certain temps (dix à quinze minutes), et pendant ce temps elles peuvent être transportées à distance par les courants d'air et les remous aériens.

Sur une infection à corps de Leishman (ou organismes voisins) du Gondi. — MM. C. NICOLLE et LE MANCEAUX.

Sur le rôle prépondérant de la géométrie dans les examens topographiques. — M. CONTREMOULINS.

Sur l'acide glycocholique. — M. Maurice PIETTRE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1908)

A propos des néphrites amygdaliennes et de la communication de M. L. Bernard. — M. COMBY a été frappé comme M. Bernard de la fréquence de la néphrite au cours des amygdalites. Il insiste sur l'importance des infections d'origine pharyngienne chez l'enfant.

Pneumonie conjugale. — M. NETTER apporte une nouvelle observation de pneumonie conjugale. Il pense qu'il faut attribuer une grande importance au froid qui exalte la virulence du pneumocoque contenu dans la bouche.

Ictère hémolytique développé au cours d'une anémie post-hémorragique. — MM. WIDAL et JOLTRAIN. Chez un sujet anémique et souffrant depuis trois ans d'hémorragies consécutives à une tumeur de la vessie, les auteurs viennent d'observer une jaunisse présentant les deux caractères propres aux ictères hémolytiques : la diminution de la résistance globulaire et la présence d'hématies granuleuses. Il leur a paru intéressant de rapporter cette nouvelle observation dont l'origine post-hémorragique paraît bien précise; elle entre dans le groupe des ictères hémolytiques acquis dont l'un d'eux a rapporté plusieurs exemples avec MM. Abrami et Brulé.

La déglobulisation était considérable (2080000 hématies) et la leucocytose était très marquée; la présence de myélocytes et d'hématies nucléées témoignaient d'une forte réaction myéloïde.

L'ictère s'était développé avec splénomégalie, sans décoloration des matières fécales, sans bradycardie, ni xantélasma, ni prurit. La fragilité des érythrocytes était telle qu'avec les globules déplasmatisés l'hémolyse commençait au tube 60. Les hématies granuleuses se trouvaient dans la proportion de 8 p. 100. Le lien étroit qui dans cette observation paraît bien unir l'ictère à l'anémie préalable en est une des particularités les plus intéressantes. Une telle filiation est exceptionnelle; les auteurs ont cherché, en effet, la fragilité globulaire au cours de divers autres états post-hémorragiques sans jamais la rencontrer. Le fait que chez leur malade actuel les pertes sanguines revenaient fréquemment et en abondance depuis trois années explique peut être pourquoi les globules rouges sans cesse en voie de rénovation intensive avaient fini par acquérir une fragilité anormale.

Note sur l'action du radium dans le traitement des néoplasies — MM. DE BEURMANN, WICKHAM et DEGRAIS. Si le radium peut guérir les petits épithéliomas de la peau, s'il est capable de modifier dans des proportions telles qu'il est juste de penser à la guerison probable de grosses tumeurs étendues en profondeur, les résultats de MM. de Beurmann, Wickham et Degrais montrent l'action du radium dans les néoplasies épithéliomateuses étendues en surface.

Un épithélioma trabéculaire à petites cellules polyédriques répondant au type sarcome épithélioïde de MM. Danlos et Gastou, mesurant 5 centimètres de diamètre et en voie d'extension en surface et en profondeur, s'est arrêté dans son évolution et la grande cavité qu'il avait creusée s'est comblée de bourgeons de bonne nature.

Chez la même malade un autre petit épithélioma ulcérocroûteux a guéri rapidement sous l'action du radium.

Une autre malade qui présentait un épithélioma ulcérocroûteux de 5 centimètres et demi de long sur 3 de large a guéri rapidement sous l'action massive des β et une énorme tumeur rétro-auriculaire a fondu sous l'action lente des β et γ atténués. De violentes douleurs ont cédé à l'action analgésique du radium.

Enfin, un vaste épithélioma mesurant 15 centimètres de long sur 8 centimètres de large à fond bourgeonnant et bardé de grosses perles a cédé à l'action des rayons β et γ du radium.

Emploi du radium dans le traitement des épithéliomas de la peau et des muqueuses. — MM. WICKHAM et DEGRAIS établissent leurs conclusions sur l'observation de 100 cas traités au cours des quatre dernières années.

On sait que les petits épithéliomas, les cancroïdes ulcérés ou non de la peau, guérissent avec une facilité et une régularité remarquables; mais le radium s'adresse aussi à des épithéliomas plus graves soit par leur siège, soit par leur nature ou leurs dimensions. Les auteurs montrent à l'appui plusieurs malades à la Société.

L'un de ces malades avait à la joue une tumeur à caractères histologiques malins, de dimensions énormes et d'origine parotidienne. Cette tumeur d'extrême dureté faisait corps avec les parties profondes. Le traitement a amené une régression rapide.

MM. Wickham et Degrais présentent d'autre part, pour mettre en évidence la valeur esthétique et la résistance des cicatrices, des malades traités et guéris depuis plus de deux années dont plusieurs étaient porteurs d'ulcérations de grande surface.

Ces conclusions confirment et amplifient celles qu'ils ont établies depuis deux ans, à savoir que le radium a une action particulièrement élective sur les cellules épithéliomateuses, et que par des dosages suffisamment radio-actifs et bien réglés on peut faire rétrocéder les lésions sans qu'il soit indispensable de déterminer à leur surface de l'inflammation surajoutée.

Elles justifient l'emploi du radium dans le traitement de nombre de tumeurs épithéliomateuses.

Séro-diagnostic des formes atypiques de la lèpre. — MM. E. GAUCHER et P. ABRAMI. Le diagnostic des formes atypiques de la lèpre ne peut être, dans bien des cas, porté avec certitude, par suite de l'absence de lésions cutanées ou muqueuses où l'on puisse déceler le bacille de Hansen. Il en est ainsi pour la forme tropho-névrotique de la lèpre, dont la similitude peut être extrême avec la syringomyélie, la maladie de Morvan, la sclérodatylie.

Les auteurs ont pensé que l'établissement d'un séro-diagnostic de la lèpre pourrait permettre de reconnaître, avec certitude, ces formes atypiques de la maladie et de les différencier des affections qui donnent lieu à des syndromes cliniques voisins.

Tout d'abord, la recherche de l'agglutination, effectuée sur l'émulsion obtenue en délayant dans l'eau chlorurée à 8 p. 1000 le centre caséeux de lipomes ramollis, a montré que le sérum des malades atteints de lèpre tuberculeuse agglutine le bacille de Hansen à des taux variant entre 1 p. 100 et 1 p. 400. Par contre, l'agglutination est restée négative avec le sérum de tous les sujets non lépreux. Quatre syringomyéliques n'ont fourni aucune réaction; un sujet atteint de lèpre à forme nerveuse a au contraire agglutiné le bacille de Hansen à 1 p. 300. Toutefois cette recherche d'agglutination ne doit pas être considérée comme un moyen pratique de diagnostic; l'observation du phénomène est rendue très délicate par la tendance spontanée que présentent les bacilles de Hansen de s'agglutiner spontanément au bout d'un temps assez court.

Il n'en est pas de même de la recherche de la réaction de fixation qui a fourni des résultats d'une très grande précision. Eitner avait constaté, dans le sérum d'un lépreux, l'existence d'une sensibilisatrice, par la méthode de Bordès-Gengou. Tout récemment, MM. Glatineanu et Danielopolu ont fait les mêmes constatations, chez 24 lépreux sur 26 qu'ils ont examinés. Les recherches de MM. Gaucher et Abrami, poursuivies parallèlement à celles de ces derniers auteurs, ont porté non seulement sur des cas de lèpre tuberculeuse, mais sur des cas de lèpre fruste, à forme nerveuse. Ils ont employé comme antigène une émulsion obtenue, en triturant dans le sérum physiologique le produit de broyage de lépromes desséchés. Le phénomène était observé après un contact de quatre heures entre l'antigène et le sérum éprouvé.

Ces cas de lèpre tuberculeuse examinés ont fourni constamment une réaction positive et très intense; les résultats ont été au contraire négatifs, avec de nombreux sérums de sujets non lépreux. Il en a été ainsi, en particulier chez sept malades atteints de syringomyélie et chez un malade présentant le tableau de la maladie de Morvan. Par contre, chez un sujet atteint de lèpre tropho-névrotique, de même que chez un sujet atteint de la maladie de Morvan, la réaction de fixation s'est montrée constamment positive.

Ce séro-diagnostic permettra donc de différencier, parmi les syndromes syringomyéliques et l'état apparenté, ceux qui ressortissent au bacille de Hansen, et ceux qui relèvent de toute autre étiologie. Les mêmes recherches appliquées à la

sclérodatylie, à la maladie de Raynaud, pourront montrer ce qu'il y a de fondé dans l'opinion de Zambaco-Pacha, qui a soutenu l'origine lépreuse de ces affections.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1908)

Nouvelles recherches sur le rôle des plaquettes dans la rétraction du caillot sanguin. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez apportent le résultat de quelques expériences qui s'ajoutent à toutes celles qu'ils ont déjà fait connaître pour établir le rôle des plaquettes ou hématoblastes dans la rétraction du caillot sanguin.

Ces expériences ont pour objet d'étudier comparativement l'influence sur les plaquettes et la rétraction de l'injection au lapin de sérum de cobaye normal, de sérum hémolytique et de sérum anti-plaquettes. L'injection de sérum normal ne modifie pas le nombre des plaquettes et n'influe pas sur la rétractilité du caillot sanguin. L'injection de sérum hémolytique provoque une chute brusque mais éphémère du nombre des plaquettes, chute qui est suivie d'un retour à la normale en une demi-heure environ. La rétractilité est diminuée ou absente pendant les premiers instants seulement.

L'injection de sérum anti-plaquettes entraîne une disparition durable des plaquettes du sang circulant qui peut persister pendant vingt quatre heures et plus.

Pendant tout le temps de l'absence de plaquettes consécutive à l'injection de sérum anti-plaquettes, le caillot est irrétractile.

Il y a donc une différence complète dans les phénomènes consécutifs à l'injection de ces divers sérums et l'ensemble de ces résultats vient à l'appui de l'opinion, soutenue par MM Le Sourd et Pagniez, qui admet que la rétractilité est fonction des plaquettes ou, comme l'ont formulé récemment Arthus et Chapiro, des plaquettes ou des produits qui en dérivent.

Toxicité des matières fécales. — MM. Roger et Garnier ont trouvé que la toxicité de matières fécales du chien était de 8,56 dans un cas, de 5,68 dans un autre par kilo de lapin; ces résultats représentent la moyenne de neuf et de dix expériences; en dehors de toute action coagulante, et en ne tenant compte que des résultats obtenus avec des matières fraîchement émises, la dose toxique est en effet variable suivant les jours. Si on appelle coprotoxie la quantité de matière nécessaire pour tuer un kilo de lapin, on voit que ces chiens émettaient en moyenne 12 à 37 coprotoxies par selle.

Cette toxicité n'est pas uniquement fonction de la putréfaction des aliments. En effet, si on ensemence une bouillie de viande avec une trace de matières fécales, on obtient un liquide extrêmement toxique puisqu'il tue à la dose de 1cc14 par kilo; de même si on ensemence une semblable bouillie avec un échantillon de bacille perfringens venant des selles d'un chien, on voit se développer dans les cultures un poison violent tuant le lapin à la dose de 2 à 3 centimètres cubes par kilo, et ayant à l'encontre des toxines microbiennes connues une action immédiate. Mais ces poisons résistent à l'action d'une température de 100 degrés et se retrouvent dans l'extrait alcoolique. Au contraire le poison des matières fécales est détruit au moins en grande partie par la chaleur et disparaît sous l'action de l'alcool.

Il y a donc dans les matières fécales à côté des poisons putrides d'autres substances qui semblent avoir un rôle important.

Action de l'acétate d'urane sur les ferments saccharifiants. — M. Roger. La salive humaine traitée par l'acétate d'urane perd son pouvoir amylolytique et le retrouve quand on lui ajoute un excès de phosphate de soude. La maltine, dans les mêmes conditions, subit des changements semblables. Au contraire l'amylase contenue dans le sérum sanguin et l'amylase contenue dans le jaune d'œuf ne sont pas influencées par les réserves d'urane. Voilà une différence assez curieuse entre des ferments exerçant une action semblable et notamment entre deux ferments qui paraissent très voisins, sinon identiques, l'amylase du sang et l'amylase de la salive.

Ces différences tiennent plutôt à une action inhibitoire des sels uraniques sur certains ferments, qu'à une précipitation des phosphates.

Lésions histologiques du corps thyroïde des tuberculeux; leurs rapports avec la teneur en iode. — MM. G. Vitry et G. Giraud. Dans une note précédente, les auteurs ont montré avec M. H. Labbé que l'iode thyroïdien était augmenté dans les cas de tuberculose rapide, et qu'il était diminué dans les cas de tuberculose à marche lente. Les données histologiques viennent se superposer à ces résultats : d'une façon générale, la sclérose est intense quand l'évolution a été lente et que l'iode est peu abondant, et la sclérose manque quand l'évolution a été rapide et que l'iode est augmenté. Il existe cependant quelques exceptions : en particulier dans les cas d'infection suraiguë, il y a peu de sclérose et cependant diminution de l'iode; dans ces cas, on peut penser que la sécrétion thyroïdienne a été normale comme quantité, mais peut-être anormale comme qualité; il y aurait non pas hypothyroïdie mais dysthyroïdie. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVE, RUE CASSETTE, 17.

N° 130. — JEUDI 12 NOVEMBRE 1908. 81e ANNEE. JEUDI 12 NOVEMBRE 1908. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de **10f par an.**
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.*— Séance du 9 novembre 1908. — Question donnée : « Hydrocèle vaginale. »

MM. Massart, 14; Lapique, 9; Lenoir, 19; Lebrun, 11; Mlle Lang, 15; MM. Marcassus, 14; Lucas, 16; Lantier, 13; Marx, 15; Lévi-Franckel, 14; Lévy, 15; Marechal, 11; Longevialle, 6; Lebossé et Malmezat, 12; Marchand, 10; Liénard, 11.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Prix décernés pour l'année 1907-1908 :

Prix de la Faculté. — Première année : médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Villar; première mention honorable, M. Chenut; deuxième mention honorable, M. Dussillol. — Deuxième année : médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Thomas; mention très honorable, M. Hamet; mentions honorables, MM. Melchior et Perruchot. — Troisième année : première mention honorable, M. Vincent; deuxième mention honorable, M. Rouiller. — Quatrième année : médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Hesnard; mention très honorable, M. Laurent; première mention honorable, M. Jean; deuxième mention honorable, M. Féret; troisième mention honorable, M. Prat.

Prix de la ville de Bordeaux. — Section de chirurgie : 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Jean Ferron. — Section de médecine : 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Jean; mentions honorables, MM. Desqueyroux et Féret.

Prix des thèses de l'année. — Premier prix : médaille d'or et 400 francs espèces, M. le docteur Husnot. — Deuxième prix : médailles d'argent et 120 francs espèces, MM. les docteurs Couratte-Arnaude, Mazière, Bonnard. — Troisième prix : médailles de bronze, MM. les docteurs Belley, Cazaux, Dartigolles, Guillemin, Imbert, Labeau, Lautier, Noble, Puyhaubert, Teulières et Vullien.

Prix de thèses d'histoire de la médecine. — Médaille d'or, M. le docteur Ahmed Chérif; médaille d'argent, M. le docteur Chabé.

Prix de médecine coloniale. — Médaille de vermeil, M. le docteur Bosredon.

Prix des étudiants en chirurgie dentaire. — Première année : médaille de bronze, Mlle Rouget; mention honorable, M. Bernard. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Lucas; mention très honorable, Mme Charbonneau. — Troisième année : médaille de vermeil, M. Mongrand; mention très honorable, M. Amiel.

Prix de prothèse dentaire. — Première année : médaille de bronze, M. Cometta; mention honorable, M. Bernard.

Prix des élèves sages-femmes. — Deuxième année : médaille d'argent, Mlle Lescure; mention honorable, Mme Boutai.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de première classe. — MM. Gazeau et Mercié.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. Girard et de Bonadona.

Au grade de médecin principal. — MM. Avrilleaud, Lefebvre, Caraës, Bonnefoy et Denis.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Marin, Lancelin, Donval, Ratelier, Roux et Gloaguen.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Cautru, médecin de la Croix-Rouge est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 1er février 1909.

Les candidats devront adresser leur demande de participation à ces épreuves au président du conseil, ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée; ils devront joindre à cette demande les pièces suivantes :

1° Acte de naissance; 2° Etat des services; 3° Exposé des titres; 4° Résumé sommaire des travaux; 5° Publications; 6° Pièces justifiant du stage; 7° Pièces établissant la preuve de l'accomplissement des obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), du 5 décembre 1908 au 5 janvier 1909.

Le nombre des places mises au concours est fixé à dix.

LE CHOLÉRA. — Un décret en date du 10 novembre abroge les dispositions du décret du 18 septembre 1908 qui a édicté des mesures sanitaires exceptionnelles applicables aux voyageurs, colis ou objets provenant d'une région contaminée de choléra.

CE QUE DOIT ÊTRE
LE
TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES

Par le docteur CALOT,
Chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin et de l'Institut orthopédique de Berck.

Il y a quelque chose de changé dans le traitement des tumeurs blanches depuis qu'on a eu l'idée de les traiter par des injections modificatrices intra-articulaires (1). Il faut avouer cependant que l'importance de ce grand progrès thérapeutique est trop méconnue, puisque cette méthode n'est pas encore entrée dans la pratique courante de tous les médecins.

SUPÉRIORITÉ DU TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS

Pour en bien saisir la valeur, il faut nous reporter à la *lésion tuberculeuse type*, à l'*abcès froid*.

Tous les praticiens savent, car il n'est plus permis de l'ignorer, la révolution profonde et bienfaisante qui s'est opérée dans le traitement des abcès froids par les *ponctions* et les *injections* modificatrices.

Sans doute, le *traitement conservateur pur* (repos et traitement général) peut guérir un assez bon nombre d'abcès froids; mais il est trop incertain et trop long.

Sans doute, l'*opération sanglante* largement conduite peut revendiquer de même d'assez fréquentes guérisons. Mais il reste un trop grand nombre d'abcès froids, comme ceux de la coxalgie par exemple, et plus encore ceux du mal de Pott, où l'*opération sanglante* « *guérit rarement, aggrave souvent* et *mutile toujours* ».

Au contraire, le traitement par les ponctions et les injections, s'il est soigneusement fait, guérit toujours ou presque toujours, 99 fois sur 100 peut-être, les abcès froids.

C'est ce qu'il faut répéter jusqu'à ce que tous les praticiens en soient bien convaincus.

Il guérit relativement vite et ne mutile jamais. C'est de plus un traitement bénin, simple, et d'application très facile.

Parmi les médecins et chirurgiens d'enfants, familiers avec cette technique, il n'en est pas un qui me démentira, si je dis que c'est là le traitement idéal de l'abcès froid, — en attendant que le vaccin antituberculeux ait été trouvé.

Pourquoi n'a-t-on pas déjà, comme la logique le commandait, étendu aux autres tuberculoses accessibles, aux tumeurs blanches en particulier, l'application de cette méthode de traitement de l'abcès froid ?

C'est ce que, pour notre compte, nous faisons depuis longtemps.

Depuis près de quinze ans, notre traitement habituel et même à peu près exclusif des ostéo-arthrites tuberculeuses est celui de l'abcès froid, c'est-à-dire le traitement par les *injections intra-articulaires*.

Aussi bien, une *tumeur blanche* n'est que l'*abcès froid des articulations*.

(1) Ce n'est que bien longtemps après que les chirurgiens d'enfants avaient fait des injections articulaires pour les tumeurs blanches, qu'on a songé à en faire aussi pour les autres affections es jointures.

LA TUMEUR BLANCHE ASSIMILABLE A L'ABCÈS FROID

Cette assimilation s'impose s'il s'agit d'une *tumeur blanche avec épanchement*. Et l'application à celle-ci du traitement de l'abcès froid est chose toute naturelle.

Mais ne voit-on pas, en y réfléchissant un peu, que l'autre forme de tumeur blanche, la *tumeur blanche sans épanchement*, celle qui n'est pas encore arrivée au stade de suppuration, est également assimilable à l'abcès froid, au point de vue anatomique et bactériologique ? La cavité virtuelle de l'articulation tuberculeuse représente la cavité de l'abcès froid. C'est un abcès froid vidé si l'on veut, mais un abcès vide n'en reste pas moins un véritable abcès froid de par la persistance de sa *paroi* proliférante, active, infectée et infectante, qui est comme chacun sait le *seul élément caractéristique de l'abcès froid*.

Le premier effet de nos injections intra-articulaires sera ici de fondre les fongosités et de provoquer un épanchement artificiel dans la jointure, c'est-à-dire de ramener ce deuxième cas au précédent ; de sorte qu'en fin de compte il ne reste plus une seule tumeur blanche qui ne soit justiciable en bonne logique du traitement par les injections.

Aujourd'hui, la logique de la théorie est passée dans les faits. Plusieurs milliers d'observations sont venues confirmer nos prévisions d'une manière éclatante. Ce qui était une probabilité est devenu une certitude.

Et c'est au nom de cette déjà longue expérience personnelle que nous venons dire aux praticiens : *Le traitement par les injections doit être celui des tumeurs blanches — dans la presque totalité des cas.*

Nous ne disons pas *la totalité*, nous gardant avec soin d'un exclusivisme absolu qui s'accorderait bien mal avec les indications si diverses de la clinique. Nous reconnaissons qu'il est quelques malades chez qui le traitement conservateur et le traitement sanglant demeurent, nous ne disons pas plus avantageux mais du moins très soutenables (1).

Il n'est nullement question de les bannir à jamais de la thérapeutique. Ce qu'il faut, c'est les faire passer au second plan et les considérer désormais comme des *traitements d'exception*.

VALEUR DU TRAITEMENT CONSERVATEUR PUR. — Le premier de ces deux traitements, en effet, (le *traitement conservateur*) peut guérir un certain nombre de tumeurs blanches. Ce n'est pas nous qui vivons à Berck qui allons le contester. Mais il ne guérit guère que les malades qui peuvent vivre à la mer ou à la campagne, et lorsqu'il guérit, c'est, généralement, après un très long temps, trois, quatre, cinq, six ans et même plus; c'est un inconvénient que tous ceux qui l'emploient sont obligés de reconnaître.

En somme, il est trop long, par suite trop coûteux, pour être à la portée de tous les malades. Il est de plus TROP INCERTAIN. Même dans les meilleures conditions, il ne guérit guère plus de la moitié des cas environ. Dans l'autre moitié, le mal progresse, la tumeur blanche suppure ou s'éternise.

Ce sont là des raisons suffisantes pour que le traitement conservateur pur ne puisse pas être adopté comme méthode générale de traitement.

Il doit être rejeté, en particulier, lorsqu'il s'agit de

(1) Nous ne parlons pas d'un quatrième traitement : LA MÉTHODE DE BIER, qui, bonne peut-être dans les inflammations aiguës (phlegmon, panaris, etc.), ne vaut rien contre la tuberculose externe.

malades de la classe ouvrière, enfants ou adultes, et des habitants des grandes villes qui ne peuvent pas quitter ce milieu malsain.

Mais il est acceptable, par contre, pour un enfant appartenant à une famille aisée qui nous arrive avec une arthrite bacillaire bénigne et récente.

Ses parents s'inquiètent à la seule pensée de la moindre injection à faire, ils déclarent qu'ils ne sont nullement pressés et que la question de durée est pour eux secondaire. Ils s'arrangeront pour que l'enfant vive au bord de la mer le temps qu'il faudra, trois ans, quatre ans et plus, dans les conditions d'hygiène et d'alimentation qui lui seront prescrites.

Les parents ont grand tort de redouter des injections bien anodines, c'est entendu ; mais enfin puisqu'elles ne sont pas toujours indispensables pour les tumeurs blanches récentes et bénignes, nous pouvons mettre tout simplement cet enfant au repos sans même lui appliquer d'appareil plâtré.

Dans tous les cas où le repos seul de la jointure suffit à assurer la disparition de la douleur, et la bonne attitude du membre, ce minimum de traitement local présente assez de chances d'amener la guérison, pour que nous ayons le droit de nous y tenir au début — sauf à l'abandonner pour recourir aux injections, lorsque la famille elle-même finira par s'impatienter, ou que, le mal s'éternisant et s'aggravant, la preuve sera faite, pour tous, de l'insuffisance du traitement conservateur pur dans ce cas particulier.

Valeur du traitement sanglant. — Quant au *traitement sanglant* des tumeurs blanches, traitement qui est encore malheureusement celui de presque tous les chirurgiens, nous allons essayer d'en déterminer la valeur.

Nous ne parlons pas de l'amputation, qu'il faut considérer comme une catastrophe, mais seulement de la résection.

On doit toujours rejeter la résection pour les sujets qui n'ont pas fini leur croissance. Tout le monde accordera que, *si elle est économique, elle est insuffisante* à guérir le foyer et elle peut par ailleurs laisser une fistule. *Pratiquée largement, elle mutile gravement* le sujet par la suppression des cartilages de conjugaison, et cette mutilation ne peut que s'aggraver par la suite.

Si l'inconvénient d'arrêter la croissance n'existe pas chez l'adulte, par contre chez l'adulte comme chez l'enfant, les opérations sanglantes faites contre la tuberculose entraînent avec elles des risques de fistule persistante sans compter un certain danger de généralisation bacillaire, petit, si l'on veut, cependant réel et qu'il n'est plus permis de nier, aujourd'hui.

Sachez que la *tuberculose n'aime pas le bistouri*.

Et néanmoins le traitement sanglant lui-même est soutenable dans quelques cas spéciaux, chez un *adulte ouvrier* par exemple, pour une *tumeur blanche non suppurée du genou*. Il n'y a pas de question de croissance qui puisse nous arrêter ici. D'autre part, cet homme est pressé de reprendre son travail. Au lieu de lui appliquer le traitement ordinaire des injections modificatrices qui mettraient de huit à douze mois à le guérir, avec une ankylose en fin de compte, nous pouvons le réséquer d'emblée ; la résection nous donne un résultat fonctionnel équivalent et réduira de moitié la durée du traitement, pourvu cependant que tout se passe bien, c'est-à-dire que, après avoir sûrement enlevé la totalité des tissus contaminés, nous ayons obtenu la réunion par première intention. En dehors de ces indications exceptionnelles, nous recourons toujours aux injections dans le traitement des tumeurs blanches.

Il est certains milieux où nous les employons dans tous les cas sans une seule exception.

Par exemple, dans un hôpital d'enfants payants, comme l'hôpital Cazin (de Berck), où la résection nous est moralement interdite par l'âge des malades ; tandis que, d'autre part, les modestes ressources des parents pressés nous font un devoir d'abréger le plus possible le traitement, nous ne recourons jamais ni à l'opération ni au traitement conservateur pur ; nous soignons *toutes* les tumeurs blanches par les *injections modificatrices*.

Et pour vous donner une idée des résultats des injections, nous ne pouvons mieux faire que de consigner ici la statistique intégrale des tumeurs blanches soignées pendant dix ans, de janvier 1895 à janvier 1905 dans cet hôpital Cazin (1).

Une statistique du traitement par les injections

Le nombre de ces tumeurs blanches atteint 311 (176 genoux, 77 cous-de-pied, 18 autres articulations du pied, 8 épaules, 15 coudes, 17 poignets ou autres articulations de la main).

Or, *tous* ces enfants sont guéris. Ils ont guéri dans l'espace d'une année (avec une série de douze injections), à l'exception de sept d'entre eux chez qui la guérison s'est fait attendre de deux ans à trois ans et a nécessité une deuxième série d'injections ; et même pour quatre d'entre eux, une troisième série a dû être faite, sans doute parce qu'il existait un ou plusieurs foyers indépendants du foyer articulaire, petits foyers qui n'avaient donc pu être atteints d'emblée par les premières séries d'injections.

Ainsi donc, pas une mort, pas une amputation ni même une résection vraie ; nous n'avons fait, dans cet hôpital, dans ces dix années, que trois résections du genou dans un *but purement orthopédique*.

Ces enfants ont guéri, disons-nous, dans un temps moyen de huit à douze mois, à savoir : deux mois pour les injections proprement dites, trois mois de compression et de repos à la suite des injections, et enfin de quatre à six mois de surveillance (encore au repos) pour bien vérifier et confirmer la guérison, avant la reprise de l'usage du membre.

Au point de vue de la qualité des résultats, non seulement nous obtenons des membres de longueur, d'attitude et de solidité normales, mais, dans les 9/10 des cas, la mobilité même est sauvegardée, si ce n'est cependant au genou où ceci est moins constant ; mais il faut dire que nous ne nous occupons pas immédiatement, dans les *hôpitaux*, de conserver cette souplesse au genou, parce que ces *enfants d'ouvriers*, peu ou pas surveillés dans la suite, ont davantage besoin, pour l'instant, d'un membre solide qui demeure bien guéri, que d'une jointure souple qui précisément parce qu'elle est souple, expose à des entorses et aux rechutes. Or, un peu plus tard, après un an et demi ou deux ans d'attente, la mobilité revient assez souvent *d'elle-même* dans ces genoux.

---

(1) Cette statistique de l'hôpital Cazin est la plus démonstrative de toutes celles que je pourrais citer :

1° Parce que dans cet hôpital, avons-nous dit, *toutes* les tumeurs blanches ont été traitées par les injections ;

2° Parce que la méthode y a été appliquée dans toute sa rigueur.

MODE D'ACTION DES INJECTIONS

On devine de quelle manière guérissent les injections modificatrices.

Elles guérissent tantôt comme le traitement conservateur pur, tantôt comme le traitement sanglant; c'est-à-dire tantôt par la transformation fibreuse des fongosités tuberculeuses, tantôt par leur expulsion hors de l'organisme (au moyen de la ponction) alors qu'elles ont été ramollies et liquéfiées par les injections. Cela dépend du liquide injecté.

Le premier mode de guérison est obtenu par les injections à « type sec »; nous appelons ainsi celles qui ne donnent pas d'épanchement articulaire : par exemple l'iodoforme et la créosote.

Le second, par les injections à « type liquide », c'est-à-dire celles qui amènent la fonte et la liquéfaction des fongosités et la formation d'un épanchement articulaire : par exemple le naphtol camphré.

Ces injections à type liquide, plus efficaces et plus sûres, amènent l'évacuation complète des produits tuberculeux par le minime orifice d'une aiguille aspiratrice, et par suite sans aucun des risques de fistule ou de généralisation tuberculeuse qu'entraînent toujours avec elles les opérations sanglantes.

Il n'y a donc là rien qui heurte les idées reçues, idées reçues et bien acquises depuis le jour où l'on a guéri les abcès froids par cette même méthode.

C'est manifestement un traitement rationnel qui concilie les indications de la bactériologie et de la clinique; la première réclamant l'expulsion des produits tuberculeux hors de l'organisme, la deuxième exigeant que cela se fasse sans aucun dommage pour le malade; — un traitement qui a déjà fait ses preuves dans plusieurs milliers de cas; — un traitement bénin, simple et d'application facile pour tous les praticiens.

Trop de fleurs!... direz-vous. Il a vraiment trop de qualités!... Pourquoi, si tout cela est vrai, n'est-il pas encore entré dans la pratique courante?... Car, en fait, ils sont en petite minorité, je l'ai dit, les médecins qui traitent les tumeurs blanches par les injections modificatrices.

Oui, et cela tient à deux raisons :

La première, c'est que ce traitement, sans être difficile, réclame cependant une technique précise, il veut être fait d'une certaine manière et non pas n'importe comment, avec tel liquide, et non pas avec tel autre, avec telle dose, avec tel nombre d'injections.

La deuxième, c'est que le nombre des séances nécessaires (une douzaine en général) rend ce traitement assez assujettissant, et s'il demande moins de temps au malade pour guérir, il faut avouer qu'il en demande au médecin bien davantage que les deux autres où l'on se borne, dans l'un (le traitement conservateur pur) à faire un appareil plâtré tous les six mois, ce qui demande un quart d'heure deux fois par an; et dans l'autre (le traitement sanglant) à exécuter une fois pour toutes une opération qui demande de vingt à trente minutes en moyenne.

Or, si l'on ne veut pas suivre la technique spéciale (très facile d'ailleurs) que nous dirons, si l'on ne veut pas y consacrer le temps nécessaire, en un mot si le traitement des injections est appliqué « à la diable », il ne donnera pas les résultats promis, il ne guérira pas.

C'est à cause de la mauvaise technique suivie par eux, que quelques médecins, qui ont essayé de traiter les tumeurs blanches par les injections, n'ont rien su en tirer (1).

Il nous faut donc préciser ici la technique à suivre.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS

Instrumentation. — *a.* Une aiguille n° 4 de Collin;
b. Un petit aspirateur, modèle Calot;
c. Une seringue aseptique quelconque s'adaptant à l'aiguille.

Les liquides à injecter. — Il en est un grand nombre, mais tenez-vous en aux deux suivants :

Le premier sclérose les fongosités et le deuxième les fond et les liquéfie.

1° *Huile créosotée iodoformée* :

Huile	75	grammes.
Ether	25	—
Créosote	4	—
Iodoforme	10	—

2° *Naphtol camphré glycériné* :

Glycérine	10	grammes.
Naphtol camphré	2	—

Il faut avoir soin de préparer ce dernier mélange séance tenante. On met les proportions indiquées de glycérine et de naphtol camphré dans un flacon, l'on agite très vigoureusement pendant une minute et demie et l'on injecte immédiatement.

Sous cette forme, le naphtol camphré est inoffensif, sans rien perdre de son efficacité.

Voici maintenant le SCHÉMA DU TRAITEMENT D'UNE TUMEUR BLANCHE.

Nous ne dirons rien du traitement général antituberculeux trop bien connu de tous, et nous ne voulons parler ici que du traitement local.

Aussitôt que le diagnostic est établi, on met les malades au repos dans la position couchée s'il s'agit d'une tumeur blanche du membre inférieur; on leur laisse la liberté de marcher pour les tumeurs blanches du membre supérieur.

On met un plâtre (2) qui embrasse non seulement la région malade, mais encore les deux articulations adjacentes.

Ce plâtre circulaire est fenêtré au niveau de la jointure (3) pour la pratique des injections.

1er cas. — TUMEUR BLANCHE AVEC ÉPANCHEMENT

On fait des ponctions et des injections dans la cavité de la jointure comme s'il s'agissait du traitement d'un abcès froid vulgaire.

On peut employer presque indifféremment l'un ou l'autre des deux liquides indiqués. Cependant si l'abcès articulaire est très mûr, on emploiera de pré-

(1) De même que ces médecins ou d'autres n'ont pas su guérir les abcès froids par cette méthode, et de même aussi que ces médecins ou d'autres déclarent encore la luxation congénitale de la hanche une maladie incurable, parce qu'ils n'ont pas su la guérir davantage.

(2) S'il existe une déviation, on commence par la redresser soit en une séance sous chloroforme, soit par étapes sans chloroforme, avec des plâtres successifs, à raison d'un plâtre tous les quinze jours. Si la déviation est assez rebelle, datant de plus de six mois, il est sage, pour éviter tout risque d'inoculation qui pourrait venir du traumatisme de ce redressement brusque, de commencer par faire les injections et de ne procéder au redressement qu'un ou deux mois plus tard, lorsque la jointure est déjà assainie et le foyer tuberculeux éteint ou presque éteint.

(3) Ou bien divisé en deux valves qu'on enlève et remet à chaque fois.

férence le premier liquide. Par contre, si l'abcès est incomplètement mûr, on se servira de naphtol camphré qui achèvera sa maturation en fondant toutes les fongosités de la paroi articulaire.

Doses à injecter des deux liquides : 3 à 10 grammes suivant l'âge du sujet.

Nombre des injections : une dizaine, si le contenu est d'aspect franchement purulent (moitié seulement, c'est-à-dire cinq ou six, s'il s'agit d'une hydarthrose tuberculeuse).

Intervalle d'une injection à l'autre : cinq à six jours.

Après la dixième injection (ou la sixième dans le cas d'hydarthrose) on fait encore une ou deux ponctions, mais *sans injections consécutives*. L'articulation bien vidée, la poche bien tarie, on fait une compression ouatée méthodique sur les parties accessibles de la jointure, à travers la fenêtre de l'appareil plâtré.

Cette compression dure deux à trois mois.

Puis on enlève le plâtre, on laisse le membre entièrement libre, mais encore au repos.

S'il s'agit du membre inférieur, on attend cinq à six mois (après l'enlèvement du plâtre) avant de mettre le malade sur pieds.

Celui-ci ne fera ses premiers pas qu'avec un appareil en celluloïd ou en cuir, que l'on supprime après quatre à six mois, pourvu que l'attitude se conserve bonne d'elle-même.

Pour ce qui est des mouvements, nous avons déjà dit qu'ils reviennent spontanément dans la grande majorité des cas; ils réapparaissent généralement pendant les six mois qui suivent la compression ouatée consécutive aux injections, mais en certains cas, ils ne reviennent qu'un ou deux ans plus tard.

2e cas. — TUMEUR BLANCHE SÈCHE OU FONGUEUSE

a. Si la tumeur blanche est *bénigne*, peu ou pas fongueuse, et relativement *récente* (quelques semaines), vous ferez des injections d'huile créosotée iodoformée, à la dose indiquée, jusqu'à concurrence de dix injections.

b. Si la tumeur blanche est *ancienne* (plus de six mois) ou de forme grave (synoviale bourrée de fongosités) vous ferez des injections de naphtol camphré glycériné à la dose dite. On répète les injections tous les jours jusqu'à ce que se soit produit un épanchement articulaire appréciable, ce qui arrive au cinquième ou sixième jour, après quoi l'on fait des ponctions et des injections à raison d'une tous les quatre jours comme dans une tumeur blanche avec épanchement apparu spontanément (voir plus haut, premier cas).

Le traitement qui suit la période des injections est le même que celui déjà dit pour ces tumeurs blanches suppurées d'emblée.

POINTS DE PÉNÉTRATION POUR CHAQUE JOINTURE

Au GENOU. — On pénètre en avant. Il est quatre points par lesquels on peut entrer :

a. Deux *supérieurs* à 2 centimètres au-dessus, et à 2 centimètres de côté, des angles latéraux supérieurs de la rotule;

b. Deux points *inférieurs* SUR L'INTERLIGNE, à 2 centimètres de chaque côté de la pointe de la rotule (l'interligne répond à l'horizontale passant par cette pointe).

Au COU-DE-PIED. — On pique en avant au niveau des angles latéro-antérieurs de l'interligne, en dehors à 2 centimètres au-dessus et en dedans de la pointe de la malléole externe, et en dedans à 1 centimètre au-dessus et en dehors de la malléole interne.

Au PIED. — Pour l'articulation médio-tarsienne, on pique en avant, soit par en dehors à 2 centimètres et demi devant la pointe du péroné, soit par en dedans à 22 millimètres en avant de la pointe de la malléole interne, ou bien à 15 millimètres en arrière du tubercule du scaphoïde.

A L'ÉPAULE. — En avant, à 1 centimètre en dehors de la pointe de l'apophyse coracoïde.

Au COUDE. — On pique en arrière, à 1 centimètre au-dessus du bec de l'olécrane et à 1 centimètre en dehors de la ligne médiane sur le bord externe du tendon du triceps.

Au POIGNET. — On pique en arrière à 6 millimètres et demi au-dessus de la ligne réunissant les deux apophyses styloïdes du radius et du cubitus.

(A noter que tous ces chiffres sont pris chez l'adulte.)

MÉDECINE PRATIQUE

PEUT-ON CHLOROFORMER LES ARTÉRIO-SCLÉREUX ?

Cette question se pose souvent. Voici comment y répond M. Josué dans son *Traité de l'artério-sclérose* (1).

Plusieurs cas doivent être envisagés. Tout d'abord, la réponse est évidemment positive chez les sujets qui ne présentent aucune manifestation d'artério-sclérose viscérale. Quand tous les symptômes se bornent à l'induration des artères radiales, il n'y a aucune contre-indication à l'anesthésie du fait de l'affection artérielle.

La réponse est déjà plus délicate s'il s'agit d'un sujet qui présente quelques indices d'atteinte des reins, du cœur ou des artères cérébrales. Cependant s'il n'y a pas de signes manifestes d'insuffisance organique avancée, si l'état général est relativement bon, le risque que fait courir l'anesthésie n'est pas trop considérable.

Il n'en est plus de même chez les aortiques, chez les malades ayant des crises d'angine de poitrine, chez les malades atteints d'insuffisance cardiaque ou rénale confirmée, ou sujets aux accès de dyspnée et d'œdème pulmonaire. L'opération ne sera permise chez de tels malades qu'en cas d'absolue nécessité. On attendra pour commencer l'opération que l'anesthésie soit complète. L'anesthésie par l'éther, préconisée par certains, est contre-indiquée chez les malades prédisposés à l'œdème pulmonaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1908)

La déclaration obligatoire des maladies transmissibles. — La discussion de l'importante question traitée dans le remarquable rapport de M. Widal s'est terminée par le vote des conclusions de son rapport quelque peu modifiées.

En effet, dans ses conclusions, M. WIDAL proposait que la déclaration fût faite non plus par le médecin, mais par le chef de famille, le chef d'institution ou le logeur.

Répondant à M. Chauvel qui a combattu la déclaration obligatoire et qui a préconisé l'hygiène par persuasion, M. Widal fait observer qu'on ne saurait compter sur l'efficacité de cette persuasion. Les faits sont là, d'ailleurs, pour démontrer que si la loi existante a été jusqu'ici si mal ob-

(1) Vient de paraître chez J.-B. Baillière et fils, édit. à Paris.

servée, on obtiendrait encore moins avec la persuasion seule.

M. Widal, dans son rapport, avait particulièrement insisté sur l'importance de l'éducation en matière d'hygiène. M. Chauvel lui a reproché de ne pas avoir indiqué les moyens d'assurer cette éducation. C'est là, répond M. Widal, l'affaire de l'Université. Mais M. Widal insiste de nouveau sur l'importance de cet enseignement de l'hygiène.

Il discute ensuite la question du secret professionnel. Tout en en tenant compte dans la mesure la plus large, il lui paraît impossible que l'autorité ne soit pas avertie en présence de maladies transmissibles afin qu'elle puisse prendre les mesures de désinfection indispensables. Donc la déclaration s'impose. La loi de 1902 est une loi de défense de la santé publique qui doit être appliquée.

La première conclusion du rapport de M. Widal était donc ainsi conçue : déclaration obligatoire des maladies transmissibles, non plus par le médecin, mais par le chef de famille, le chef d'institution ou le logeur.

M. Netter craint que la loi ne soit pas appliquée dans toute sa rigueur si le chef de famille seul est chargé de la déclaration. Il demande que la déclaration soit également imposée au médecin.

M. Lereboullet appuie la conclusion de M. Widal et demande que la responsabilité de la déclaration obligatoire soit imposée au chef de famille, au chef d'institution ou au logeur.

Il ne faut pas se dissimuler que la grande majorité des praticiens partage l'avis de MM. Widal et Lereboullet et nous espérions que l'appui autorisé de M. Lereboullet enlèverait le vote en faveur de la conclusion de M. Widal. Il n'en a rien été.

M. Chantemesse voudrait que la déclaration fût imposée au chef de famille et au médecin.

M. Vaillard fait observer qu'en médecine vétérinaire la déclaration doit être faite par le propriétaire de l'animal et, à son défaut, par le vétérinaire. On obtient ainsi une assez bonne application de la loi. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la médecine humaine?

M. Pinard fait remarquer qu'il y a des gens qui vivent seuls chez eux, qui n'ont pas de famille, qui ne logent pas à l'hôtel. Dans ces cas, qui fera la déclaration si on en décharge le médecin?

M. Barrier indique ce qui se passe en médecine vétérinaire. En principe, c'est le propriétaire qui doit faire la déclaration et il sait bien que, s'il ne la fait pas, le vétérinaire la fera. C'est pourquoi le plus souvent il consent à la faire lui-même. On arrive ainsi à obtenir une application assez exacte de la loi.

M. Lereboullet admet qu'on ajoute à la conclusion de M. Widal qu'à défaut du chef de famille, ce sera le médecin qui fera la déclaration.

M. Monod demande que la déclaration soit imposée à la fois au chef de famille et au médecin.

C'est, malheureusement pour les praticiens, ce dernier amendement qui a été adopté.

Le médecin sera donc, à l'avenir, obligé à la déclaration, si les vœux de l'Académie sont écoutés.

Voici les conclusions du rapport de M. Widal qui ont été adoptées à l'unanimité :

1° Déclaration obligatoire des maladies transmissibles inscrites dans l'article 4 de la loi et dont l'Académie a établi la liste, faite solidairement par le chef de famille, le logeur et le médecin;

2° Poursuite rigoureuse de toute infraction et application des peines prévues par la loi, peines dont la sévérité sera augmentée si l'expérience les montre insuffisantes;

3° Désinfection effectuée par des gens du métier pourvus de moyens de locomotion leur permettant de se rendre immédiatement au foyer infecté;

4° Obligation formelle de mettre en vigueur des règlements sanitaires communaux prévus par l'article premier de la loi;

5° Inspection sanitaire obligatoire pour chaque département et confiée à des fonctionnaires largement appointés, relevant de l'administration préfectorale, ayant initiative, autorité et responsabilité;

6° Création d'un enseignement pratique d'hygiène dans les facultés de médecine où puissent être éduqués et tenus au courant des méthodes nouvelles les agents chargés de la protection de la santé publique;

7° Des notions d'hygiène publique entreront non seulement dans le programme des études, mais encore dans le programme des examens des écoles, lycées et collèges.

Polioencéphalite syphilitique. Ophtalmoplégie totale et bilatérale accompagnée de symptômes bulbaires. Efficacité du traitement spécifique. — M. Dieulafoy rapporte l'observation d'un homme de vingt-neuf ans, atteint d'une ophtalmoplégie totale et bilatérale. Il ne s'agissait ni d'une ophtalmoplégie tabétique, ni d'une ophtalmoplégie diabétique, mais cet homme était syphilitique depuis six ans. Il s'agissait sans doute d'ophtalmoplégie syphilitique, mais en quelle région pouvait-on localiser la lésion? Il ne s'agissait pas d'ostéopériostite de la fente sphénoïdale, lésion qui n'aurait pas pu provoquer une ophtalmoplégie totale et bilatérale et qui aurait, au contraire, entraîné des troubles de la sensibilité dans la sphère de la branche ophtalmique du trijumeau. Il ne s'agissait pas davantage d'une lésion syphilitique de la base de l'encéphale, car cette localisation entraîne non seulement des paralysies oculaires, mais aussi des paralysies de membres, et il n'en existait pas chez ce malade. Il s'agissait, au contraire, de *polioencéphalite* protubérantielle. Mais l'association d'autres symptômes : polydipsie, polyurie, troubles palatopharyngés, glossolabiés, atrophie du sternocléidomastoïdien et du trapèze droits, vertiges, vomissements, montraient que la polioencéphalite était également bulbaire. Cette polioencéphalite ne s'accompagnait pas de poliomyélite, ni de taches, ni de paralysie labioglossolaryngée.

Elle était bien de nature syphilitique. Et le traitement en fournit la preuve dans des conditions remarquables. Les injections d'huile grise, de calomel et de benzoate de mercure, les frictions mercurielles répétées pendant sept à huit mois n'améliorèrent que très peu le malade. Il fallut faire des injections de biiodure de mercure longtemps prolongées pour obtenir la guérison du malade : l'ophtalmoplégie céda, la soif devint moins vive, la polyurie diminua et, chose remarquable, les atrophies musculaires disparurent. La polioencéphalite syphilitique est donc accessible au traitement mercuriel, à condition qu'il soit appliqué à temps et qu'il soit suffisamment intense et prolongé.

Que vaut la consultation de nourrissons dans la lutte actuelle contre la mortalité infantile? — M. Rousseau-Saint-Philippe dit que, de tous côtés, on travaille à préserver, à sauver l'enfance malheureuse par une surveillance incessante, par une sage direction. Parmi les institutions fondées dans ce but, il y en a une qui a fait fortune et qui a pris un essor considérable. C'est la consultation des nourrissons. L'auteur examine avec soin et dans les plus grands détails ses avantages et aussi ses inconvénients, les lapsus qu'elle peut présenter, et il arrive aux conclusions suivantes :

1° La consultation de nourrissons est, sans doute, une œuvre utile, excellente en soi et qu'il convient de propager, non pas partout et au hasard, mais dans des conditions précises et bien déterminées, là surtout où elle a des chances de réussir;

2° La consultation de nourrissons gagne à être complétée par un secours ou une prime aux mères et par la distribution aux enfants d'un lait pur et salubre;

3° A cette consultation doivent être appelés non pas seulement les nourrissons au sein et de première année, mais aussi les enfants plus âgés et élevés autrement, et non pas seulement les bien portants, mais aussi les malades atteints de troubles digestifs variés;

4° Ces consultations dites d'élevage pour les enfants élevés au sein et au biberon, méritent d'être encouragées par tous, soutenues et aidées par les Pouvoirs publics;

5° C'est là, dans les centres appropriés, que devra s'enseigner l'hygiène infantile, là que devront venir s'instruire dans l'art d'élever les enfants, non seulement les femmes et les mères, mais les étudiants en médecine eux-mêmes, qui seront appelés plus tard à combattre pour la conservation de l'espèce, à lutter contre la mortalité infantile, cet opprobre de notre époque.

Les sources de Vichy. — M. Hanriot fait un rapport sur le rendement des sources domaniales de Vichy qui, grâce aux travaux exécutés, est redevenu ce qu'il était.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1908)

Névrite appendiculaire. — M. COURTELLEMONT (d'Amiens) relate l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui, deux à trois jours après le début d'une appendicite, fut prise, dans le membre inférieur droit d'abord, de douleurs étendues à tous les nerfs, puis de paralysie avec atrophie et réaction incomplète de dégénérescence. Au bout de trois mois, l'appendicite fut opérée à froid; on trouva l'appendice, bas situé, tout près du nerf crural, le plus atteint cliniquement et entouré de nombreuses adhérences. A dater de l'opération, les symptômes de névrite s'atténuèrent progressivement; au bout de quinze mois, la guérison était complète. Il convient, dit l'auteur, de distinguer deux types de névrite appendiculaire; le premier, par propagation directe de l'infection, débutant par le membre inférieur droit; le deuxième, par infection générale, atteignant indifféremment tous les membres.

Deux cas d'oxycéphalie (crâne en tour des Allemands). — M. MERLE. Ces crânes sont très élevés, avec diminution de leurs principaux diamètres. L'intérêt de ces cas, c'est l'existence d'une névrite optique interstitielle, par compression du nerf dans sa traversée osseuse.

Maladie de Paget unilatérale avec nodosités d'Heberden. — MM. KLIPPEL et P. WEIL présentent une femme de cinquante-six ans, chez laquelle l'affection débuta à onze ans, par de vagues douleurs lombaires, transitoires. L'altération osseuse est localisée au squelette du membre inférieur droit, y compris l'os iliaque; aux points atteints, existe une élévation thermique d'environ 5 degrés. Les doigts de la main droite, augmentés de volume, présentent des nodosités analogues à celles de Heberden. La syphilis ne peut être mise en évidence.

Présentation de squelette de maladie de Paget. — MM. KLIPPEL et P. WEIL. Sur ce squelette, l'hypertrophie et l'incurvation sont des plus nettes; l'ostéoporose est particulièrement marquée au crâne, si bien que les os hypertrophiés ne pesaient pas plus que des os normaux.

Diplégie brachiale polynévritique à début apoplectiforme et troubles mentaux, au cours d'une intoxication saturnine chronique. — MM. CLAUDE et LÉVY-VALENSI. En juin dernier, à la suite d'une intoxication saturnine, la malade fut prise brusquement d'une paralysie à type névritique avec douleurs à la pression des troncs nerveux, dans le territoire des nerfs des membres supérieurs, sauf le cubital, sans troubles de la sensibilité objective. En même temps, ont existé de la confusion mentale, puis du délire de persécution, avec hallucinations et ébauche de systématisation.

Tabes fruste, avec crises gastriques, ponction lombaire positive. — M. ACHARD. La valeur diagnostique de la ponction lombaire est très grande dans les cas frustes, comme celui-ci, où les crises gastriques ne s'accompagnaient d'aucun autre signe de tabes que la dysurie sans signe d'Argyll. — M. DÉJERINE demande si la réaction lumineuse était aussi rapide pendant les crises que dans leur intervalle, car dans deux cas semblables observés par lui, il en était ainsi. — M. BABINSKI remarque qu'en pareil cas, il faut se méfier de l'action de la morphine, qui ralentit la réaction lumineuse. — M. DUPRÉ estime qu'il faut tenir compte de l'état de la pupille qui peut être dilatée par la douleur, comme Schiff l'a montré, ou en myosis par l'action des opiacés. — M. GUILLAIN remarque la grande fréquence des tabes frustes; il a notamment observé un cas de crises gastriques, avec, comme seuls signes de tabes, le signe d'Argyll avec inégalité pupillaire et lymphocytose céphalo-rachidienne. — M. SICARD se demande si ces deux signes: crises gastriques et lymphocytose indiquent le tabes ou une méningo-radiculite chronique localisée? — M. BALLET voudrait savoir si le traitement spécifique peut faire disparaître la lymphocytose? Son impresssion est à ce sujet négative, ainsi que celle de MM. Babinski et Dufour. — M. MILLIAN a rapporté des cas négatifs. — M. SICARD estime qu'on ne peut établir de parallélisme entre la marche clinique et la lymphocytose qui peut persister, par exemple, dans l'hémiplégie syphilitique guérie cliniquement. — M. BALLET fait remarquer que les hémiplégies syphilitiques qui guérissent, sont ordinairement observées à la période prémonitoire de la paralysie générale. — En pareil cas, réplique M. DUPRÉ, l'hémiplégie est très bénigne et de durée très courte; au contraire, l'hémiplégie par lésion en foyer dure des semaines. On revient ensuite à l'efficacité du traitement mercuriel. — M. CLAUDE a vu un malade guérir par le traitement, de son ataxie; l'autopsie montra qu'il s'agissait, non de tabes, mais de radiculite chronique. — Pour M. DÉJERINE, il est difficile d'établir la valeur curative du traitement spécifique, étant donné les nombreux cas de tabes fruste restant stationnaires sans traitement. — Au contraire, M. BABINSKI croit à l'heureuse influence du traitement sur le tabes. — Il est néfaste, déclare M. DUPRÉ, dans les cas où existent des signes encéphaliques. — Pour M. BRISSAUD, la lymphocytose, chez les syphilitiques, ne signifie pas tabes ni méningite chronique; il a vu de nombreux cas où la lymphocytose existait avec abolition des réflexes, rester longtemps stationnaires, en l'absence de traitement, et ne prescrit celui-ci qu'en raison des erreurs de diagnostic possibles. — M. GUILLAIN se demande s'il n'y a pas des cas de méningite syphilitique localisée, et d'autres où elle est généralisée?

Trophœdème du bras. — MM. ACHARD et RAMOND.

Les corps muriformes de la paralysie générale. — M. LHERMITTE. Ce sont des globes hyaloïdes, endo ou périvasculaires, acidophiles, avec vestige de noyau.

Méningite sarcomateuse: cyto-diagnostic par la ponction lombaire. — MM. SICARD et GY. Le diagnostic avait été rendu possible, grâce à l'existence, dans le liquide céphalo-rachidien, de grandes cellules néoplasiques, caractéristiques.

Radiographies d'os secs, dans l'ostéomalacie, la maladie de Paget et le rachitisme. — MM. LÉRI et LEGROS. Dans le premier cas, l'os présente un aspect « cotonneux »; dans le second, de grandes loges; dans le troisième, une texture normale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1908 [*fin*])

Expérimentation avec les eaux minérales. — M. le docteur Roger TRÉMOLIÈRES communique une note donnant les résultats de son expérimentation avec les eaux minérales suivantes, prises dans un des dépôts de Paris, et employées en injections hypodermiques, intra-péritonéales, intra-veineuses, chez le lapin, le chien et sous-cutanées sur lui-même:

La Bourboule (Choussy Perrière), Uriage, Vichy (Grande-Grille), Châtel-Guyon (Gubler), Contrexéville (Pavillon), Cauterets (La Raillère), Martigny (Source Lithinée), Plombières (Crucifix).

Ces sources, une fois ramenées à l'isotonie par addition d'eau de mer, stérilisées par filtrage dans une atmosphère d'acide carbonique, ne provoquent chez le lapin et le chien, ni réaction inflammatoire, ni accidents toxiques bien caractérisés: les animaux après plusieurs injections ont tous présenté une crise d'assimilation ou de désassimilation.

La Bourboule, Uriage, Vichy, injectées à lui-même dans la région des muscles fessiers ont été bien supportées par les tissus.

L'auteur estime qu'il y a lieu d'expérimenter en thérapeutique ce mode d'absorption. La faible toxicité de l'eau de la Bourboule et sa tolérance par l'organisme rend celle-ci précieuse dans tous les cas où les arsenicaux sont indiqués, et en l'espèce, l'arsenic colloïdal. On pourrait l'expérimenter dans les cas de trypanosomiase, étant donné les résultats déjà obtenus par l'atoxyl dans la maladie du sommeil.

Réactions thermiques consécutives à la piqûre du cerveau. — Pour M. BERGAMESCO, l'hyperthermie due à la piqûre du cerveau ne peut être attribuée à une lésion des centres thermogénétiques ou thermorégulateurs, mais constitue plutôt un effort secondaire dû à des irritations partant de la zone blessée ou des régions voisines, irritations que nous connaissons, et que provoquent des oscillations thermiques chez les animaux sains.

Action du suc pancréatique sur les éthers. — MM. Morel et Terroine. Le suc pancréatique possède la propriété de dédoubler faiblement les éthers. Cette propriété, disparaissant par l'ébullition, doit être rapportée à un ferment voisin de la lipase. L'intensité du dédoublement varie considérablement suivant les éthers considérés, suivant la nature de l'alcool et suivant celle de l'acide. Elle est maxima pour le butyrate d'éthyle et l'acétate de butyle.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT RATIONNEL DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE ET DE LA CONSTIPATION CHRONIQUE

L'entéro-colite muco-membraneuse est actuellement trop connue pour en refaire ici la symptomatologie. Il est cependant nécessaire de rappeler brièvement les signes capitaux de ce *syndrome* :

1° Douleurs variables avec le sujet d'intensité et de localisation;

2° Evacuations muco-membraneuses;

3° Constipation.

Les deux derniers signes de ce trépied symptomatique sont à retenir, car c'est sur eux que repose toute la pathogénie du syndrome.

1° Evacuations muco-membraneuses. — Il a été démontré expérimentalement que le mucus se coagule dans l'intestin sous *l'influence* d'un *ferment coagulant* appelé *mucinase* et que l'action de ce ferment est contrebalancée par l'action *anticoagulante* de la *bile*, de telle sorte que ce ferment ne peut agir que par *insuffisance de sécrétion biliaire* (1).

2° Constipation. — C'est, à n'en pas douter, le symptôme capital puisqu'on a pu dire que la faire disparaître équivalait à la guérison de l'entéro-colite muco-membraneuse. Or ce symptôme de *trouble* du péristaltisme intestinal est, lui aussi, *sous la dépendance de la sécrétion biliaire. La bile exerce sur la fibre musculaire de tout l'intestin une action excito-motrice indéniable primordiale expérimentalement démontrée* (2).

Ainsi donc constipation et évacuations muco-membraneuses ont un lien étroit, leur rapport avec la sécrétion biliaire, de telle sorte que l'on peut dire que l'entéro-colite muco-membraneuse est due à une *hyposécrétion biliaire*.

Et le mécanisme de l'entéro-colite est maintenant facile à saisir. Toute cause nocive qui atteindra le tube digestif (intoxication alimentaire, infection, etc.) retentira sur le foie et en diminuera la sécrétion.

L'entéro-colite pourra s'installer d'emblée ou succéder à une constipation qui sera *le premier signe de l'insuffisance biliaire*.

Constipation habituelle primitive et entéro-colite reconnaissent la même cause, *la mise en état d'infériorité du foie par une cause quelconque*. Ces deux affections ne sont séparées que par l'adjonction d'un symptôme, la coagulation du mucus; leurs complications seront connexes. Elles sont par conséquent justiciables d'un même traitement.

Traitement. — En présence d'un syndrome ainsi caractérisé, le problème thérapeutique se pose nettement de la façon suivante :

1° Augmenter la quantité de la masse fécale par un régime approprié laissant des résidus abondants (des celluloses : légumes verts à l'un des principaux repas, par exemple);

2° L'administration d'un cholagogue. — *Choix d'un cholagogue.* — De tous les cholagogues, le plus puissant, le seul à action nettement définie est la bile elle-même; elle ne présente aucun inconvénient dont on peut accuser les autres puisqu'elle est un produit *physiologique* excrété normalement dans l'intestin.

(1) Roger. Cours de pathologie expérimentale et comparée, nov. 1905. — Nepper. Soc. de biol., fév. 1906. — *Gaz. des hôpit.*, 20 juin 1907, n° 70, p. 831.

(2) Hallion et Nepper. Soc. de biol., juillet 1907. — Nepper. *Gaz. des hôpit.*, 5 nov. 1908, n° 127, p. 1516; — *New-York med. Journ.*, 23 mai 1908.

La bile administrée en nature après dessiccation présente des inconvénients, la quantité de substances inertes qu'elle contient en quantité variable en rend les effets incertains; les nucléo-albuminoïdes qui s'y trouvent peuvent se putréfier. Sa présence dans l'estomac n'est pas sans apporter des troubles dans la digestion stomacale, enfin elle n'est pas dans ces conditions *administrable par la voie rectale*. D'autre part, les sels biliaires sont insuffisants, car un extrait doit contenir *toutes les substances actives à l'exclusion des autres.*

Ce sont tous ces desiderata que l'on a rempli dans la préparation de l'antimucose.

Un extrait contenant toutes les substances actives, toujours comparable à lui-même, d'action constante, non soluble dans l'estomac, administrable par la voie rectale.

Mode d'emploi. — Dans le traitement d'une entéro-colite type ou d'une constipation ancienne, l'antimucose s'emploiera de la façon suivante :

Le malade absorbera dans la journée de six à douze dragées suivant les cas. C'est là une moyenne, la dose n'est, en effet, *limitée que par l'effet à obtenir*, et la quantité du cholagogue devra être dosée suivant les susceptibilités spéciales de chaque sujet.

La dose de six à huit dragées sera la plus commune et celle que l'on prescrira au début.

Mais nous n'avons pas affaire à un laxatif et la sécrétion biliaire pourra ne devenir suffisante qu'au bout de plusieurs jours de traitement.

Il est impossible de laisser le malade sans évacuations pendant ce temps et il ne faut pourtant employer ni laxatifs ni lavements. C'est alors que l'*action excito-motrice de l'antimucose sur les mouvements de défécation* deviendra précieuse.

Cet extrait mis en ampoules stérilisées, de concentration *identique* à celle des *substances actives* dans la bile *naturelle*, sera administré par la voie rectale.

Chaque ampoule de 40 centimètres cubes provoquera *infailliblement chez le malade* une envie impérieuse de défécation suivie d'effet.

On pourra de cette façon *à volonté* obtenir l'exonération de l'intestin en faisant une *véritable rééducation* des fonctions de défécations.

Les ampoules s'emploieront à n'importe quel moment, le matin de préférence, à quarante-huit heures d'intervalle; leur emploi cessera dès que l'effet excito-sécrétoire biliaire produit par les dragées sera suffisant pour amener une selle abondante et facile.

Le nombre d'ampoules variera donc avec les sujets et sera habituellement de quatre à huit.

Dans les cas légers où l'encombrement du gros intestin sera peu important, les dragées suffiront à rétablir les fonctions intestinales normales *d'une façon durable*.

Devant les succès obtenus par ce *traitement rationnel*, on ne peut que conseiller d'y recourir dans tous les cas d'entéro-colite muco-membraneuse et de constipation habituelle primitive.

FORMULAIRE

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

1° Combattre l'hypertension dans sa cause par la prescription d'un régime alimentaire qui réduise au minimum la quantité des toxines (Huchard); beaucoup de laitage et de légumes, viandes bien cuites en petite quantité et jamais le soir;

2° Combattre l'hypertension dans ses effets par la médication vaso-dilatatrice et hypotensive : trinitrine (de IV à X gouttes de la solution alcoolique au centième) ou nitrite de soude (10 à 20 centigrammes par jour);

3° Favoriser de bonne heure l'élimination des toxines par un agent diurétique qui soit inoffensif pour le rein : « Pipérazine granulée effervescente » (de 1 à 3 mesures pro die, quinze jours par mois).

NOTES POUR L'INTERNAT

NÉVRALGIE SCIATIQUE [1]

Verger a proposé récemment de distinguer plusieurs formes pathogéniques de sciatique. La distinction se fait par la méthode de Pitres qui consiste à rechercher le siège topographique des lésions par les injections de cocaïne. Les sciatiques d'origine *extra-fasciculaire* dépendent d'une irritation s'exerçant sur quelques filets terminaux et se réfléchissant dans tout le territoire du nerf; on trouve une douleur continue sans paroxysmes, sans points douloureux de Valleix et sans signe de Lasègue; ce sont des douleurs irradiées de fausse sciatique. Les sciatiques d'origine *fasciculaire* sont d'origine extra-tronculaire (compression du nerf) ou intra-tronculaire (lésions congestives de la sciatique rhumatismale ou lésions de névrite); leurs symptômes sont ceux de la sciatique classique dans sa forme bénigne ou sa forme grave. Les sciatiques d'origine *radiculo-médullaire* se manifestent par des douleurs en bandes radiculaires, peu exaspérées par la pression et par le signe de Lasègue; on constate des bandes radiculaires d'hypoesthésie ou d'anesthésie. Ce sont les sciatiques radiculaires de Lortat-Jacob et Sabaréanu, les radiculites de Déjerine. Dans certains cas l'irritation médullaire s'accompagne de phénomènes spasmodiques avec scoliose homologue; on a constaté parfois la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Enfin les sciatiques d'origine *centrale* sont des névralgies atypiques, des hallucinations sensitives dans les névroses.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la sciatique est facile. Le *rhumatisme musculaire* se distingue par l'étendue de la douleur, son siège diffus; Valleix a dit que, dans le rhumatisme, le malade indique avec sa main le siège de la douleur, tandis que dans la sciatique il l'indique avec le doigt.

La *coxalgie* sera reconnue par l'attitude du membre, par la limitation des mouvements de l'articulation, par le siège des douleurs que provoque la pression.

L'*arthrite sèche coxo-fémorale* peut s'accompagner de périarthrite avec retentissement douloureux sur le nerf sciatique; mais on perçoit des craquements articulaires; on ne constate pas le signe de Lasègue.

Certaines *névralgies métatarsiennes*, certaines douleurs du tendon d'Achille (achillodynie) sont à distinguer de sciatiques localisées.

On a décrit une *sciatique hystérique*; elle est susceptible de guérir par la suggestion; on ne constate pas d'abolition du réflexe achilléen.

La seule difficulté consiste à distinguer de la sciatique certaines douleurs dites *pseudo-névralgies* sciatiques et dépendant d'une compression de la moelle au niveau des racines sacrées ou d'une compression de la queue de cheval. Ces pseudo-névralgies sont habituellement bilatérales; il faudra donc surtout y penser en cas de sciatique double. On ne trouve pas alors les points douloureux de la véritable sciatique; on constate des troubles sensitifs à topographie radiculaire. On examinera la colonne vertébrale pour chercher quelque déviation indiquant un mal de Pott ou un cancer vertébral; mais il existe beaucoup d'autres causes de compression de la moelle, en particulier les tumeurs des méninges et les pachyméningites. Ces faits se rapprochent beaucoup des sciatiques d'origine radiculo-médullaire dans la classification de Verger, des radiculites de Déjerine; assez souvent il s'agit d'une pachyméningite syphilitique et le traitement spécifique guérit un certain nombre de sciatiques radiculaires.

Le *diagnostic étiologique* des sciatiques a une grande importance. On recherchera les causes locales de compression depuis les racines jusqu'aux terminaisons nerveuses. C'est ainsi qu'on sera amené à pratiquer le toucher rectal ou vaginal pour examiner les viscères du petit bassin pouvant comprimer le sciatique; on cherchera si le malade a des varices. Si on ne trouve aucune cause locale, on recherchera une cause générale. La *sciatique blennorragique* se montre le plus souvent dans les blennorragies avec manifestations rhumatismales; elle débute brusquement, atteint rapidement son acmé et décroît très vite.

La *sciatique diabétique* est souvent double, très vive, tenace, rebelle aux médications usuelles, mais se calmant sous l'influence d'un régime et d'un traitement antidiabétique. La sciatique des *goutteux* passe souvent à l'état chronique avec altérations de névrite; cependant Besnier a décrit une sciatique goutteuse fugace et mobile.

MARCHE ET TERMINAISONS. PRONOSTIC. — La sciatique est une maladie habituellement longue et difficile à guérir; sans doute certaines sciatiques névralgies cèdent après quelques jours ou quelques semaines, mais les récidives sont toujours à craindre; quelques malades souffrent presque toute leur vie. Les sciatiques névrites, après traumatisme ou compression grave du nerf, avec atrophie musculaire et troubles trophiques, sont d'un pronostic plus sombre. Il faut aussi tenir compte de la cause de la sciatique; si on peut intervenir médicalement ou chirurgicalement contre cette cause, le pronostic de la sciatique en bénéficie.

TRAITEMENT. — Il faut faire le traitement de la cause : syphilis, paludisme, diabète, goutte ou rhumatisme. Si la sciatique dépend d'une compression exercée sur le trajet du nerf par une tumeur, si elle dépend de varices du membre inférieur, une intervention chirurgicale peut avoir ses indications.

Pour ce qui est du traitement de la névralgie elle-même, il est impossible de passer en revue tous les médicaments préconisés : salicylate de soude, antipyrine, aspirine sont les plus employés.

Les agents physiques ont un rôle important dans ce traitement symptomatique : vésicatoires, pointes de feu, stypage, électrothérapie, bains de vapeur. On fait encore des injections de salicylate de soude, de cocaïne, de sérum artificiel, d'air, le long du trajet nerveux; on a préconisé les injections de cocaïne dans le canal rachidien ou les injections extradurales. On a fait aussi des élongations du sciatique, des névrotomies.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traités et Manuels de méd.*; — COLLET. *Précis de pathol. interne*; — LEREBOULLET. *Dict. encyclop. des sc. méd.*; — VERGER Congrès des neurologistes, Dijon 1908, et *Gaz. des hôpit.*, août 1908, no 93.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 124, p. 1485, et 127, p. 1533.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — A partir du 15 novembre, M. le docteur Mathieu, aidé de ses assistants, commencera une série de conférences sur les maladies de l'appareil digestif.

Les leçons auront lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous, dans le service de la consultation (20, rue de Citeaux).

Le mardi : Présentation des malades en traitement, salle Chomel, à neuf heures, et examen des malades de la consultation externe à dix heures et demie.

Le mercredi, à dix heures et demie : Conférence de M. J.-Ch. Roux sur les dyspepsies nerveuses et leur traitement, et sur les données nouvelles en pathologie intestinale.

Le jeudi, à dix heures et demie : Conférence de M. le docteur Albert Mathieu sur l'ulcère de l'estomac, ses formes, ses complications, son traitement, et sur le cancer de l'estomac.

Le vendredi à dix heures : Conférences de M. Laboulais sur la technique d'exploration gastro-intestinale; de M. Moutier sur l'anatomie pathologique du tube digestif; de M. Friedel sur le traitement des affections gastro-intestinales par le massage ou l'électricité.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 131. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 14 NOVEMBRE 1908. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 11 novembre 1908. — Question donnée : « Autopsie des cavités thoracique et abdominale. »

MM. Larozière et Lehmann (Raymond), 12; Lavalée, 14; Lefranc, 16; Lauriat, 13; Le Maux, 18; Mme Levin, 12; MM. Lemoussu, 16; Majour, 17; Masmontel, 15; Lepoitevin, 16; Dutheillet-de-Lamothe, 14; Léonetti, 11; Rey, 6; Romain, 13; Borand, 4; Mlle Germain, 11.

La prochaine séance aura lieu le lundi 16 novembre, à quatre heures.

Avis. — Les dernières séances pour l'épreuve de pathologie devant avoir vraisemblablement lieu les lundi 16, mercredi 18, vendredi 20 et lundi 23 novembre, MM. les candidats sont prévenus que le jury ne saurait admettre aucune excuse à partir du lundi 16 novembre.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — MM. Baudhuin et Fiévet sont nommés internes titulaires; MM. Dequidt et Poulin, internes provisoires.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Sont nommés externes : MM. Maignou, Defaux, Depierre, Beal, Landry, Anquez, Burnet, Bailliet, Bernard, Dubocage, Bourgeat, Perdrigé, Mercier, Frassaint et Lerouge.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La Société clinique de médecine mentale se réunira à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 16 novembre 1908, à quatre heures précises.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — COURS PRATIQUE DE MÉDECINE INFANTILE, sous la direction de M. le professeur Hutinel et de M. Nobécourt, agrégé, avec la collaboration de MM. Louis Martin, P. Lereboullet, G. Leven, Prosper Merklen, Babonneix, G. Vitry, Roger Voisin, Paisseau, Léon Tixier, Darré, Rivet, Marcel Ferrand.

Le cours commencera le lundi 16 novembre 1908, à quatre heures, et prendra fin le samedi 19 décembre. Il comprendra 60 leçons, faites tous les jours, à quatre et à cinq heures.

Seront admis au cours : 1° Les étudiants, titulaires de 16 inscriptions, inscrits comme stagiaires à la clinique, et les externes du service; 2° les docteurs français et étrangers, les étudiants, sur la présentation d'une carte d'immatriculation, délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), moyennant un droit de 100 francs. Un certificat d'assiduité sera délivré, sur leur demande, aux auditeurs qui auront suivi régulièrement le cours.

ENSEIGNEMENT MÉDICO-MUTUEL INTERNATIONAL, 1909. — Poursuivant le programme qu'elle a adopté en 1905, « l'Œuvre d'enseignement médical complémentaire par la visite des Universités étrangères », fera en 1909 son voyage d'études à travers l'Angleterre, l'Ecosse et l'Irlande.

Le programme est en préparation et paraîtra dans le numéro de janvier de l'*Enseignement médico-mutuel international.*

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 NOVEMBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 novembre, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Walther, Legry et Richaud; — (2e série) : MM. Delbet, Sicard et Zimmern; — (3e série) : MM. Desgrez, Pierre Duval et André Jousset; — M. Langlois, suppléant.

Mardi 24 novembre, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. A. Robin, Jeanselme et Marion; — (2e série) : MM. Hallopeau, Auvray et Richaud; — (3e série) : MM Ménétrier, Carnot et Morestin; — (4e série) : MM. Desgrez, Castaigne et Lenormant.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

Mercredi 25 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Legry.

2e (1re série) : MM. Gautier, Langlois et Branca; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Mulon.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Zimmern; — M. Rieffel, suppléant.

Jeudi 26 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Auvray.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Ricard et Morestin; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 27 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Lecène; — (2e série) : MM. Segond, Proust et Ombrédanne; — M. Gosset, suppléant.

Samedi 28 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Alb. Robin, Renon et Gouget; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Jeanselme et Fernand Bezançon.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Launois, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA CORRÉLATION DES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE ET LEURS SYNDROMES PLURIGLANDULAIRES

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Médecin des hôpitaux de Paris.

La connaissance des syndromes pluriglandulaires, ou mieux des syndromes dus aux perturbations concomitantes de plusieurs glandes à sécrétion interne, est très utile, car elle montre combien souvent les troubles des sécrétions internes sont associés les uns aux autres. Il semble même que ces troubles soient beaucoup plus fréquents que la constatation des syndromes pluriglandulaires le ferait croire, car beaucoup de ces perturbations sont trop minimes pour avoir une expression clinique cataloguée.

On voit donc l'intérêt de l'étude des relations interglandulaires qui doit servir de préface à l'exposé des principaux syndromes pluriglandulaires.

I

A. Corrélation des glandes à sécrétion interne. — Les faits, qui permettent d'étudier ces relations interglandulaires, sont d'ordre clinique et expérimental, anatomo-pathologique et opothérapique. Pour mettre un ordre logique dans le grand nombre des faits à classer, j'envisagerai chaque glande dans ses rapports successifs avec chacune des autres glandes. Ainsi seront étudiées les relations de la *thyroïde* avec les parathyroïdes, thymus, hypophyse, surrénales, ovaires, testicules, prostate ;

Des *parathyroïdes* avec les thymus, hypophyse, surrénales, ovaires, testicules, prostate ;

Du *thymus* avec les hypophyse, surrénales, ovaires, testicules, prostate ;

De l'*hypophyse* avec les surrénales, ovaires, testicules, prostate ;

Des *surrénales* enfin avec les ovaires, testicules et prostate.

Enfin, j'ajouterai un mot sur les corrélations glandulaires des *mamelles* et des *glandes salivaires*.

Ainsi, les rapports entre deux glandes déterminées seront tous exposés au même endroit, quelle que soit la nature de ces rapports et quelle que soit la glande particulièrement troublée. A dessein je n'envisage ici que des rapports couplés. Comme dans les leçons antérieures faites à Laënnec, sous la direction du professeur Landouzy, je n'ai envisagé que les troubles d'une glande à la fois, ici je n'étudie que les perturbations concomitantes de deux glandes à la fois. C'est seulement dans l'esquisse de quelques syndromes pluriglandulaires le plus souvent rencontrés que je dirai un mot de rapports plus complexes, tricouplés ou quadricouplés, qui, en raison de leur complexité, ne permettent guère de les considérer autrement que comme des co-effets d'une même cause ou de simples coïncidences.

I. Les relations glandulaires de la thyroïde. — Ce chapitre sera de beaucoup le plus long. Il se divise en autant de paragraphes qu'il y a de glandes envisagées.

1. *Les rapports thyro-parathyroïdiens.* — D'après Morat et Doyon, la thyroïde et les parathyroïdes ne peuvent pas se suppléer entre elles. Sans doute les parathyroïdes externes s'hypertrophient parfois chez le lapin après ablation de la thyroïde et des parathyroïdes internes (Gley, Moussu, Blumreich et Jacoby, Verstraeten et Vanderlinden, Hürthle, V. Ecke, Rouxeau). Cependant le fait n'est pas général.

Moussu et Pépère n'ont jamais constaté, après l'ablation de la thyroïde, la moindre transformation pouvant faire concevoir un acheminement des parathyroïdes vers la constitution du tissu thyroïdien adulte. Pour Kishi, quand les thyroïdes sont normales, les parathyroïdes ne remplissent aucune fonction ; elles ne jouent un rôle que lorsqu'on a extirpé la thyroïde, ou que ce qui en reste est insuffisant. Il est, de plus, important de tenir compte du régime, car la thyroïdectomie simple, bien supportée par les herbivores, tels que la chèvre (Moussu), est mal supportée par les carnivores. Enfin, fait paradoxal observé par G. Lusena, la tétanie, produite par la parathyroïdectomie, disparaît à la suite de la thyroïdectomie totale.

En clinique, on connaît l'opinion de M. Brissaud sur le myxœdème thyroïdien, le M. parathyroïdien et le M. total thyro-parathyroïdien.

Pour M. Moussu le syndrome de Basedow peut être secondaire à l'insuffisance parathyroïdienne. Il a vu, en effet, une tuberculeuse dont le S. de Basedow s'atténua sous l'influence de la médication parathyroïdienne, pour reparaître après cessation.

Dans le même ordre d'idées, S. G. Shattock a publié un cas de goitre exophtalmique où les parathyroïdes contenaient un grand nombre de vésicules graisseuses au milieu du tissu glandulaire. Ce dernier était très compact et ressemblait, à un faible grossissement, à du tissu lymphoïde.

En résumé, si, avec Pépère, on peut dire que thyroïde et parathyroïde sont des appareils anatomiques et physiologiques distincts, puisqu'elles ont embryologie, anatomie, physiologie et pathologie distinctes, cependant il n'est pas douteux qu'elles présentent entre elles une certaine corrélation, car les unes et les autres accumulent de l'iode ; toutefois la nature de cette corrélation, ainsi que le mode d'action de ces organes, nous échappent encore entièrement.

2. *Les rapports thyro-thymiques.* — « L'expérimentation montre, dit Ghika, que le thymus est en relation fonctionnelle avec la thyroïde et l'hypophyse, comme, d'ailleurs, avec la rate, l'ovaire, les testicules, les surrénales. Cette hypertrophie ne peut être considérée comme réellement compensatrice ; elle indique une simple réaction de défense, réaction en quelque sorte banale. »

Cependant la fréquence des réactions thymiques dans les perturbations thyroïdiennes expérimentales ou cliniques méritent de fixer l'attention.

Ainsi Cadeac et Guinard (1894), ayant enlevé la thyroïde à 2 agneaux, ont quelques mois après trouvé le thymus un peu plus gros que normalement.

Gley, à la suite de la thyroïdectomie (1894) chez le lapin, a trouvé aussi le thymus plus gros que normalement, mais il a constaté qu'il ne peut pas suppléer la thyroïde chez le chien nouveau-né. Inversement après l'ablation des thyroïdes, Jeandelize et Haushalter ont vu l'atrophie du thymus.

Cliniquement, dans le goitre ophtalmique, Rendu (1883), Johnstone (1884), Hale White (1886), Mœbius, (1891), Pierre Marie (1893), Joffroy et Schnitzler (1894),

Mackensie et Edmunds, Gayme (1898), Murray (1899), Benvenuti ont constaté la reviviscence du thymus, reviviscence épithéliale, comme l'a montré P. Marie.

Les faits d'amélioration du goitre exophtalmique par l'opothérapie thymique sont nombreux (David Owen, Mickulicz, Cunningham, Voisin, Solis Cohen, Charles Todd, Mande, Rushton, Parker, Nammak, Galdi, Boisvert, etc.). Ce traitement est inoffensif.

Chez des myxœdémateux infantiles Bourneville a toujours trouvé le thymus gros. Cette persistance pourrait être en rapport avec l'âge des malades. Mais P. Marie l'a observé dans un myxœdème acquis de l'adulte, ainsi que Souques et Stilling.

L'opothérapie thymique n'a pas réussi chez les myxœdémateux. Chez les goitreux simples, Gluck, Verdan, Güterbrock ont trouvé souvent de gros thymus.

Comment expliquer l'hypertrophie du thymus chez les myxœdémateux et les basedowiens ? On pourrait admettre chez ces basedowiens une insuffisance primitive d'une autre glande à sécrétion interne, parathyroïde ou ovaire, par exemple, contre laquelle réagirait aussi bien le thymus que la thyroïde. La réaction thymique serait donc une réponse à une insuffisance glandulaire, quelle qu'elle soit.

3. *Les rapports thyro-hypophysaires.* — Il existe une parenté entre la thyroïde et l'hypophyse. D'origine embryologique commune elles ont histologie et physiologie analogues. Comme la thyroïde, l'hypophyse contient de l'iode (Baumann, Schnitzler et Ewald). Comte, constatant des altérations hypophysaires dans tous les cas de dégénérescence de la thyroïde, admet un rôle vicariant de l'hypophyse. Rogovitch, puis Stieda et Hofmeister ont vu, après thyroïdectomie chez le lapin, une hypertrophie des cellules hypophysaires. Cimoroni a constaté la même hypertrophie hypophysaire après thyroïdectomie. Thaon, chez un jeune bélier thyroïdectomisé, n'a trouvé qu'une légère tendance à l'hyperplasie, mais des lésions cellulaires. Il voit là plutôt une lésion par trouble humoral créé par la suppression de la thyroïde, qu'une réaction de suppléance ou des phénomènes de corrélation fonctionnelle en rapport avec la « synergie des glandes vasculaires sanguines ». L'analogie des fonctions thyroïdiennes et hypophysaires paraît ressortir d'expériences de Caselli. Cet auteur a, en effet, montré que l'extirpation de l'hypophyse agit sur la tétanie parathyréoprive, comme le fait l'extirpation de la thyroïde. Ce qui tendrait, d'après l'auteur, à confirmer cette opinion, c'est l'aggravation des symptômes de la thyroïdectomie après l'hypophysectomie. Mais si l'ablation d'une seconde glande aggrave les symptômes résultant de l'ablation d'une première, ce n'est pas une raison suffisante pour admettre leur analogie. Quoi qu'il en soit, avec Cimoroni, Pépère croit probable que l'absence des thyroïdes provoque, dans la chromophilie complexe des cellules hypophysaires en général, une condition plus favorable à la phase sécrétoire plasmosomique (cyanophile) dans un plus grand nombre d'éléments glandulaires. Ce rapport donnerait peut-être, d'après Pépère, indirectement la raison des observations fréquentes de nombreuses cellules cyanophiles hypophysaires pendant la grossesse et les couches, époques où on a noté l'hyperactivité fonctionnelle de la thyroïde. On comprend mal ce raisonnement, car il paraît contradictoire que la grossesse, au cours de laquelle on admet une hyperactivité thyroïdienne, entraîne dans l'hypophyse la même réaction que la thyroïdectomie.

La réaction hypophysaire de la grossesse est d'ailleurs incontestable et bien connue depuis les travaux de Launois et Mulon. Toute la question est de savoir par quel mécanisme cette réaction se produit et si la thyroïde y intervient comme facteur. A ce point de vue les thyroïdectomies d'Alquier sont intéressantes, car les animaux chez lesquels il a constaté l'hyperhypophysie la plus marquée étaient des femelles pleines ou qui venaient de mettre bas.

Gley, Boyce et Beadles ont montré les relations physiologiques qui unissent l'hypophyse à la thyroïde, et qui se traduisent, en cas de lésion de l'une de ces glandes, par l'hypertrophie de sa congénère. Ces faits ont conduit Salmon à émettre l'hypothèse que le syndrome de Basedow était dû à un trouble hypophysaire intoxiquant le système nerveux. Cliniquement, dans certains cas de myxœdème, de crétinisme sporadique, rapportés par Boyce et Beadles, on note la coexistence d'une atrophie thyroïdienne avec une hypertrophie pituitaire. L'association de ces S. (1) hypophysaires aux S. thyroïdiens est donc assez fréquente. Murray (1897) a vu l'acromégalie coexister avec le S. de Basedow et la conservation du thymus, et Claude chez deux acromégaliques a constaté l'exophtalmie et la tachycardie, avec en plus dans un cas, hypertrophie thyroïdienne et claquement diastolique aortique et dans l'autre bouffées de chaleur et nervosité. M. G. Ballet a publié un cas de gigantisme avec goitre exophtalmique chez une jeune fille de dix-neuf ans. Il fait remarquer que l'hypertrophie thyroïdienne a été souvent notée dans l'acromégalie et le gigantisme. Hinsdale, cité par Launois et Roy, l'a relevée 13 fois sur 36 cas publiés par divers auteurs. Dans le cas d'Harlow Brooks l'acromégalie coexistait avec la persistance du thymus et l'hypertrophie thyroïdienne. Entre cette hypertrophie simple et celle avec S. de Basedow il n'y a vraisemblablement qu'une différence de degré ou de modalité.

Chez une femme de quatre-vingt-trois ans, acromégalique depuis trente-huit ans, Gauckler et Roussy ont trouvé un kyste gros comme une mandarine remplaçant l'hypophyse, des kystes dans les reins et le foie, un goitre plongeant, les surrénales énormes, l'une adénomateuse et l'autre cancéreuse et le pancréas présentant « une richesse et un développement tout particulier des îlots de Langerhans ». Avec M. G. Ballet j'ai observé, chez une acromégalique, des lésions hyperplasiques de l'hypophyse, de la thyroïde et des surrénales, caractérisées par une hypophysite parenchymateuse hypertrophique, une cirrhose thyroïdienne hypertrophique et une cirrhose surrénale hypertrophique avec adénomes. Claude a également constaté, mais sans autopsie, le syndrome de l'hyperfonctionnement des glandes vasculaires sanguines, hypophyse, thyroïde et surrénales, chez les acromégaliques. Inversement Burchard et Lymann Greene ont rapporté plusieurs cas d'acromégalie avec myxœdème. Ces faits ne sont d'ailleurs pas contradictoires, car on conçoit très bien qu'un organe, dont l'hyperactivité se manifeste ou non cliniquement, peut aboutir plus ou moins vite à l'insuffisance.

En résumé, tous les faits de corrélation glandulaire thyro-hypophysaire me paraissent rentrer dans un des deux groupes suivants, selon que les modifications fonctionnelles sont ou de même sens ou de sens contraire :

1° Avec l'hypertrophie thyroïdienne coïncide l'hy-

(1) Par abréviation, S. signifie syndrome.

pertrophie hypophysaire (acromégalie ou gigantisme avec goitre, exophtalmique ou non);

2° Avec l'atrophie thyroïdienne coïncide l'hypertrophie hypophysaire (acromégalie avec myxœdème, myxœdème avec hypertrophie hypophysaire).

Dans le premier cas il paraît s'agir d'une perturbation primitive, telle qu'une insuffisance génitale par exemple, étrangère à ces deux glandes. L'observation de Tandler et Gross montrant une selle turcique très large, une thyroïde infantile et une prostate petite chez un individu castré apporte un appui à cette hypothèse. Dans le second, ne peut-on admettre, suivant les cas, ou une réaction thyroïdienne devenue insuffisante ou une insuffisance primitive?

4. *Les rapports thyro-surrénaux.* — Ces rapports ne paraissent pas, jusqu'à présent, avoir beaucoup attiré l'attention des expérimentateurs et je ne connais pas de travaux importants à citer, à part les idées de Sajous sur l'appareil très hypothétique thyro-hypophyso-surrénal.

Les observations cliniques sont très rares. On ne peut pas, en effet, considérer comme telles les observations de basedowiens mélanodermiques publiées par Chvosteck, Drummond, Oppenheim, Eulenbourg, Kurella, Mackensie, Förster et Mœbius. En 1902, Pansini et Benonati ont publié l'observation d'un addisonien avec reviviscence du thymus et hypertrophie de la thyroïde et de l'hypophyse. L'année suivante, Moutard-Martin et Maloizel ont vu la coexistence des syndromes de Basedow et d'Addison. En 1904, Boinet a cité un cas analogue. Hunt, à l'autopsie d'un myxœdémateux par sclérose thyroïdienne a trouvé quelques tubercules dans les surrénales : simple coïncidence, comme le fait remarquer L. Bernard.

5. *Les rapports thyro-ovariens.* — Les corrélations étroites entre la thyroïde et les ovaires sont admises par tous les auteurs, qui depuis longtemps ont remarqué des changements de volume de la thyroïde au cours de la vie génitale de la femme. Les rapports thyro-ovariens, s'ils sont évidents, n'en sont pas moins encore extrêmement obscurs. Une double série de faits expérimentaux et cliniques permet leur étude.

Les rapports de l'ovaire et de la thyroïde ont été envisagés par Gomez, Ocana, Fischer, Freund, Lange, Latzko, Frascali, Dupuy, Dalché, G. Gautier, Hertoghe, Blondel, Lorand, Dupré et Pagniez, Parhon et Goldstein. Après ablation de la thyroïde chez l'adulte, les troubles sont favorisés par la gestation (Vassale, Christiani, Jeandelize) et l'allaitement (Vassale). D'ailleurs, on sait que la thyroïde s'hypertrophie lors des premiers rapports sexuels (Malgaigne, Heidenreich) et pendant la grossesse chez la femme (Lange) et les animaux, chiens, chats, chèvres (Lange, Moussu).

Expérimentalement, Cecca a vu la thyroïde s'hypertrophier après l'ablation des ovaires. Lange a constaté le même fait pendant la grossesse où la fonction ovarienne est très réduite. Réciproquement Hofmeister, chez les lapines thyroïdectomisées à six semaines et sacrifiées à sept mois trouva l'hypertrophie folliculaire des ovaires. Inversement des greffes de thyroïde peuvent faire réapparaître les règles (Horsley). La thyroïde favorise la croissance du squelette (Poncet, Jeandelize). L'action de l'ovaire est inverse. Fehling regarde l'ostéomalacie comme due à une exagération des fonctions ovariennes. Parhon et Goldstein admettent que cet antagonisme se poursuit dans l'action de l'ovaire et de la thyroïde sur le tissu adipeux, le système pileux, les appareils cardio-vasculaire et vaso-moteur, les sécrétions sudorale et lactée et l'élimination urinaire. Les bons effets de l'opothérapie ovarienne dans le S. de Basedow (Delaunay, Tillé, Moreau) viennent à l'appui de ces idées. Hallion, par injection intra-vasculaire d'extrait d'ovaire, produit la vaso-dilatation active de la thyroïde. L'ovaire agit donc sur la thyroïde par sa sécrétion interne.

Les faits cliniques, qui permettent d'étudier les rapports thyro-ovariens, ressortissent surtout au myxœdème, au S. de Basedow et à la ménopause. A la puberté la thyroïde n'augmente que chez les filles, quelquefois lors de la première menstruation (J. Fischer). Tout le monde connaît l'absence ou l'arrêt des règles chez les myxœdémateux. Les ovaires sont entravés dans leur développement, comme beaucoup d'autres organes. Il n'y a pas là de faits permettant de démontrer une corrélation spéciale.

Plus intéressante serait, si elle était confirmée, l'opinion de R. Pitfield que les formes complètes ou incomplètes du myxœdème sont la conséquence relativement fréquente des maternités répétées. Deux observations récentes de Rénon sont à l'appui de cette manière de voir (1).

Je passe aux faits signalés chez les basedowiennes. Pour certains chirurgiens, Bloch, Piqué, Tuffier, Guinard, les accidents basedowiens débutent avec les troubles génitaux et sont guéris par la castration ; des observations contraires, publiées par Jayle, Edward Sanderson, Mathieu, Perrin et Blum montrent que le S. de Basedow peut être provoqué par l'ovariotomie. Non moins variable est l'action de la grossesse sur l'évolution du S. de Basedow ; si des cas favorables sont dus à Charcot, Souzaleite et Hertoghe, plus nombreuses sont les observations de John Roberts, Lévêque, Ollivier, Lawson Tait, Parisot, Porchet, Plet, Bar, Beinne, Potain, Ellis, Christowitch, Bassot, Klopatowski, où les accidents ont augmenté. Dalché a observé un S. basedowiforme et un S. myxœdémateux, qu'il rapporte à des troubles ovariens. Muret, Jouin ont appliqué avec succès l'extrait d'ovaire à des basedowiennes, chez qui l'hyperfonction thyroïdienne paraît secondaire à une hyperfonction de l'ovaire. Delaunay (de Poitiers) a observé la guérison rapide par l'ovarine d'un S. de Basedow, survenu au moment précis de la ménopause. Il s'agissait d'une femme de cinquante ans présentant peu d'exophtalmie, mais une tachycardie extrême avec tremblement, agitation nerveuse intense, hypertrophie de la thyroïde, diarrhée, vomissements et amaigrissement très prononcé. Ces faits sont intéressants, car ils montrent que, parmi les variétés étiologiques du goitre exophtalmique, il faut faire une place à ceux qui résultent d'une réaction compensatrice thyroïdienne à l'insuffisance d'une autre glande à sécrétion interne, comme l'ovaire, l'hypophyse ou les parathyroïdes.

Il me paraît donc de bonne méthode clinique de suivre la conduite suivante dans le diagnostic des S. glandulaires. Quand il s'agit d'un S. lié à une insuffisance glandulaire, l'analyse consistera seulement à voir s'il n'y a pas d'autres insuffisances glandulaires associées à celle que l'on incrimine. Quand, au contraire, le S. paraît plus lié à une exaltation des fonctions d'une glande qu'à son insuffisance, il faut d'abord penser à une hyperfonction compensatrice d'une in-

(1) L. Rénon. Les syndromes polyglandulaires et l'opothérapie associée, *Journ. des prat.*, 25 juillet 1908, n° 30, p. 465-470.

suffisance glandulaire marquée, ainsi dans le goitre exophtalmique, chercher l'insuffisance parathyroïdienne, ovarienne, hypophysaire, etc., avant de chercher l'étiologie toxique ou infectieuse les déterminant.

Cette remarque émise, je reviens à la corrélation thyro-ovarienne. L'interprétation des faits précédents est assez obscure, car on ne les a pas encore parfaitement reproduits expérimentalement. La corrélation thyro-ovarienne est démontrée; elle paraît bien dépendre de sécrétions internes, mais ses détails sont discutés. A l'autopsie d'une femme, qui avait subi une castration double et mourut de péritonite tuberculeuse, Parhon et Goldstein ont trouvé les vésicules thyroïdiennes dilatées avec augmentation de la colloïde. Aussi estiment-ils qu'il y a antagonisme entre la fonction ovarienne et la fonction thyroïdienne. Ils s'appuient de plus sur la similitude qui existe entre les phénomènes d'excitation thyroïdienne et ceux d'insuffisance ovarienne. Vaso-dilatations, bouffées de chaleur existent dans les deux cas; chez les basedowiennes, il y a de l'aménorrhée, de la dysménorrhée et même de l'aplasie génitale (Fisher). Charrin et Jardry admettent, au contraire, une véritable synergie entre la fonction ovarienne et la thyroïdienne. En faveur de cette interprétation sont les résultats obtenus par L. Rénon et Arthur Delille, grâce à l'opothérapie associée thyro-ovarienne dans des cas que n'influençaient pas au même degré les extraits thyroïdiens ou ovariens donnés séparément.

6. *Les rapports thyro-testiculaires.* — Dans ces rapports étudiés par Ocana, Eiselberg, Richon et Jeandelize, Tandler et Gross, etc., le rôle prépondérant revient à la thyroïde, comme je l'ai déjà montré. La preuve de l'influence de l'insuffisance thyroïdienne sur le développement des testicules est fournie, non seulement par des cas cliniques déjà cités, mais par des expériences, telles que celles d'Eiselberg et Richon et Jeandelize qui virent la thyroïdectomie suivie d'atrophie testiculaire. La contre-épreuve, quoique moins péremptoire, car elle est d'ordre thérapeutique et partant plus difficile à dégager des causes d'erreur, est fournie par des observations analogues à celles d'Apert qui améliora l'infantilisme et la cryptorchidie par l'opothérapie thyroïdienne. Réciproquement on peut se demander quelle est l'influence des troubles testiculaires sur le fonctionnement de la thyroïde. Voici deux faits qui répondent à cette question. Tandler et Gross ont constaté chez un individu castré la selle turcique très large, la prostate petite et la thyroïde infantile. Et Lloyd Robert a vu l'extrait testiculaire amener de l'amélioration dans le S. de Basedow. Enfin dans certains cas cliniques, comme celui de A. Perugia, un véritable minétisme symptomatique fait qu'on ne sait s'il faut mettre en cause le testicule ou la thyroïde.

7. *Les rapports thyro-prostatiques.* — A priori la dépendance où est la prostate vis-à-vis du testicule, bien démontrée depuis Launois, fait penser que les rapports thyro-prostatiques ne sont qu'un cas particulier des rapports thyro-testiculaires. Il faudrait de nouvelles recherches pour démontrer définitivement les caractères de ce rapport, qui s'appuie actuellement sur des observations analogues à celle de Tandler et Gross, citée dans le paragraphe précédent.

II. Relations glandulaires des parathyroïdes. — Les rapports parathyro-thymiques, hypophysaires, surrénaux, ovariens, testiculaires et prostatiques ont, à ma connaissance, été peu étudiés. Tout ce qu'on peut dire actuellement, c'est que la thyroïde, la surrénale, les îlots pancréatiques ne paraissent pas se ressentir d'une façon visible de l'*extirpation* partielle, mais étendue, des *parathyroïdes*, tandis que l'hypophyse réagit lentement, avec une hypertrophie prononcée de sa portion glandulaire, par une augmentation très notable de la chromophilie de ses cellules.

III. Relations glandulaires du thymus. — Parmi ces relations, les rapports thymo-hypophysaires ne s'appuient encore que sur des faits cliniques; au contraire, les rapports thymo-surrénaux, ovariens, testiculaires sont basés sur des faits expérimentaux; restent les rapports thymo-prostatiques qui ne doivent être, comme les thyro-prostatiques, qu'un cas particulier des rapports thymo-testiculaires.

1. *Les rapports thymo-hypophysaires.* — Le thymus est à peu près constant dans l'acromégalie, dit P. Marie. Il a été signalé par Klebs, Murray (1897), Harlow Brooks, Percy Furniwall. Dans le cas de Murray il y avait coexistence de goitre exophtalmique et dans celui de Harlow Brooks la thyroïde était hypertrophiée.

2. *Les rapports thymo-surrénaux.* — Boinet (1899) chez six jeunes rats d'égout décapités a toujours trouvé le thymus hypertrophié.

3. *Les rapports thymo-ovariens.* — Le *thymus* s'atrophie à mesure que les ovaires se développent. On tend à admettre qu'il remplace l'ovaire dans sa fonction antitoxique jusqu'au moment où l'ovaire entre en activité chez l'adulte (Schedel et Flemming, Henderson). Cette idée est fondée sur l'analyse des effets sur la nutrition des extraits ovarien et thymique (Tarulli et Lo Monaco), sur l'influence exercée par la castration sur la structure du thymus (Goodall), et enfin sur l'apparition précoce d'anémie à type chlorotique chez des sujets atteints d'atrophie du thymus (Blondel).

4. *Les rapports thymo-testiculaires.* — Calzolari a démontré directement, par des expériences sur 6 lapins, que chez les animaux mâles castrés de bonne heure le thymus s'atrophiait beaucoup moins vite que chez les témoins. Inversement il a vu qu'après l'ablation du thymus les testicules s'hypertrophiaient. Ses recherches ont été confirmées, en ce qui concerne la persistance du thymus chez les animaux castrés, par Henderson et Goodall. Celui-ci, chez 9 cobayes, dont 4 mâles et 5 femelles, a vu que la castration produisait selon l'âge un accroissement du thymus ou retardait son atrophie. Réciproquement, U. Soli a recherché comment se comportent les testicules chez les animaux privés de thymus. Alors qu'il trouve constamment, en conformité avec les expériences précédentes, le thymus hypertrophié chez les chapons, il constate que les jeunes coqs, après l'ablation du thymus, ont les testicules plus petits que les témoins. On ne peut s'empêcher de rapprocher ces résultats de ceux de la thyroïdectomie.

IV. Relations glandulaires de l'hypophyse. — Les faits concernant les rapports glandulaires de l'hypophyse avec les surrénales, les ovaires, les testicules et la prostate sont encore peu nombreux. Je ne connais même aucun fait relatif aux rapports hypophyso-prostatiques.

1. *Les rapports surréno-hypophysaires.* — Chez 4 addisoniens par caséification tuberculeuse des surrénales, Thaon a trouvé deux fois l'hypophyse hypertrophiée avec prolifération cellulaire. Gaukler et Roussy, Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine ont trouvé

l'hypertrophie surrénale chez deux acromégaliques. Quant à la simple hypertension avec ou sans athérome, elle est extrêmement fréquente chez les acromégaliques. Labadie-Lagrave et Deguy l'ont signalée. Récemment Claude en a publié deux cas. Dans le même ordre de faits chez un athéromateux généralisé avec hypertension, Thaon a trouvé une hypophyse de 0gr60, sclérosée en îlots avec très peu de colloïde.

2. *Rapports hypophyso-ovariens.* — Ces rapports commencent à être connus. L'hypertrophie et la vascularisation anormale de l'hypophyse au moment de la menstruation et au cours de la grossesse sont des faits admis aujourd'hui. Particulièrement l'hypertrophie hypophysaire de la grossesse a été étudiée par Comte, Launois, Mulon, Thaon. Réciproquement les troubles ovariens, surtout l'aménorrhée manquent rarement chez les acromégaliques.

3. *Rapports hypophyso-testiculaires.* — Gaetano Fichera a remarqué que, chez le chapon et le bœuf, l'hypophyse est plus volumineuse, plus vasculaire et plus active que chez le coq et le taureau. Observant dans les mêmes conditions Thaon n'ose pas se prononcer.

En clinique la coïncidence des syndromes hypophysaires et testiculaires est fréquente. L'atrophie génitale dans l'acromégalie est commune. P. Marie a signalé l'impuissance; Sternberg la perte de l'instinct sexuel et l'atrophie des testicules, à tel point que Freund fait de l'affaiblissement sexuel le principal facteur étiologique de l'acromégalie. Pel a signalé l'infantilisme dans une acromégalie partielle. L'infantilisme est, on le conçoit, plus fréquent dans le gigantisme. Launois et Roy ont même fait du gigantisme infantile une forme clinique particulière. Dans ce type la dysharmonie morphologique et fonctionnelle caractéristique se traduit par la persistance, chez un sujet ayant atteint ou dépassé l'âge de la puberté, de caractères morphologiques appartenant à l'enfance: Le plus important, au point de vue de la croissance gigantesque, de ces caractères prébubéraux anormalement persistants est la non-ossification des cartilages épiphysaires.

V. Relations glandulaires des surrénales. — Des rapports surréno-ovariens, testiculaires et prostatiques, les deux derniers sont encore trop peu éclaircis pour que je les étudie à part. On pourrait tout au plus indirectement citer les expériences de Lortat-Jacob et Sabaréanu sur la facilité de l'athérome adrénalinique chez les animaux castrés et la fréquence de l'athérome chez les prostatiques, qui n'est peut-être pas seulement due à l'âge.

Quant aux rapports surréno-ovariens, ils peuvent être soupçonnés dans des faits cliniques nombreux, tels que l'hypertension artérielle et l'athérome post-ménopausiques; mais de plus ils ont été envisagés à un point de vue biologique plus général.

L'ovaire et les surrénales auraient, pour Loisel, une fonction épuratrice analogue. Cette opinion est basée sur l'embryologie (Miahlkowicz, Gottschau, Jannosik, Loisel) qui démontre l'origine commune des cellules des surrénales et de celles de l'ovaire et du testicule, et sur la ressemblance histologique (Greighton, Tourneux, Jannosik, Mulon) entre les cellules interstitielles de l'ovaire et du corps jaune et les éléments épithéliaux de la corticale surrénale (pigments lipochromes, graisses phosphorées). D'ailleurs il existe une corrélation fonctionnelle entre les glandes génitales et les surrénales, susceptible de se traduire, par exemple, sous forme d'hypertrophie vicariante des cellules surrénales dans l'atrophie des ovaires ou des testicules. Ainsi, en 1891, Marchand a décrit un cas d'hermaphrodisme féminin, où l'atrophie des ovaires coïncidait avec l'hypertrophie des surrénales. Plus récemment, N. Féodocev, faisant l'ablation des deux ovaires chez des chiennes, qu'il sacrifiait un temps variable ne dépassant pas dix mois après l'opération, a constaté l'hypertrophie des surrénales. Cette hypertrophie porte surtout sur la glomérulaire et la fasciculée de la corticale. Les éléments de la réticulée et de la médullaire s'atrophient plutôt. L'hypertrophie débute par la glomérulaire puis devient plus considérable dans la fasciculée. Cette hypertrophie se fait irrégulièrement par régions distinctes, qui tantôt se prolongent vers la médullaire, comprimant la réticulée, tantôt repoussent la capsule en forme de champignon. Dans les noyaux des cellules on constate un grand nombre de figures de karyokinèse.

VI. Appendice : relations glandulaires des glandes mammaires, salivaires, etc. — Je n'ai pas dans les groupements précédents fait figurer les mamelles et les glandes salivaires, parce que je ne connais pas d'expériences démontrant leur valeur comme glandes à sécrétion interne, et que les quelques faits cliniques, qui permettent de les envisager à ce point de vue, sont trop rares pour ne pas être réunis en un seul faisceau. Je citerai donc les faits établissant des rapports thyro, hypophyso, surréno-ovaro-mammaires et des rapports thyro ou testiculo-salivaires.

1. *Rapports thyro, hypophyso, surréno, ovaro-mammaires.* — Un myxœdème opératoire, déterminé par l'extirpation, dans un but esthétique, des deux mamelles hypertrophiées chez un homme atteint d'atrophie thyroïdienne latente (Djemil-Pacha), me paraît un exemple typique de rapport thyro-mammaire. De même le myxœdème fruste, avec croissance tardive et obésité publié par Apert. Il avait, comme on peut le voir sur la photographie qui accompagne le travail, une double hypertrophie mammaire.

J'ai observé, en 1907, dans le service du professeur Landouzy, un rapport *hypophyso-mammaire* chez une acromégalique, dont les seins assez fermes, quoique la femme eût subi la ménopause, contenaient du lait.

Le rapport *surréno-mammaire* découle des expériences récentes d'Ehrmann : chez les animaux en lactation l'extirpation des surrénales est suivie d'une survie de neuf jours, tandis que la mort survient après vingt-quatre ou quarante-huit heures chez les animaux, privés de mamelles, décapsulés dans les mêmes conditions.

Enfin le rapport *ovaro-mammaire* est connu depuis longtemps. Chez les femmes l'hypertrophie des mamelles est souvent accompagnée de manifestations de déficit ovarien. Bouchacourt, dans le dictionnaire de Dechambre, dit que l'hypertrophie des mamelles coïncide d'habitude avec la stérilité, qu'elle se développe à la puberté ou à l'apparition de la ménopause et qu'elle est toujours accompagnée de trouble des organes génitaux. Bardescu, qui a publié un cas d'hypertrophie énorme des mamelles, rapporte cette dystrophie à un trouble de la sécrétion ovarienne.

2. *Rapports thyro, testiculo-salivaires.* — Le S. de Mikulicz consiste dans l'hypertrophie chronique des glandes lacrymales et salivaires. Le S. fruste limité à l'hypertrophie salivaire a été signalé par Apert en

coïncidence avec le myxœdème fruste et par I. de Jong avec l'infantilisme. Il me paraît vraisemblable qu'il y a corrélation glandulaire entre l'insuffisance des unes, thyroïde ou testicule, et hypertrophie des autres, les glandes salivaires.

II

B. **Syndromes pluriglandulaires**. — Les faits précédents, cliniques et expérimentaux, ont démontré l'existence de corrélations plus ou moins étroites entre les diverses glandes à sécrétion interne.

Ces corrélations se marquent au maximum dans les S. pluriglandulaires, où les symptômes d'insuffisance ou d'hyperfonction d'une glande sont associés aux signes d'une activité inverse ou de même sens d'une ou plusieurs autres glandes à discrétion interne. Déjà on avait remarqué que, dans les S. d'apparence uniglandulaire, il n'était pas rare de trouver quelque perturbation d'une autre glande à sécrétion interne. C'est là le cas le plus simple des S. pluriglandulaires. Mais aujourd'hui on connaît des faits plus complexes, tels que ceux de L. Rénon, Claude et Gougerot, où plusieurs S. glandulaires sont nettement marqués et associés. J'indiquerai ici les mieux connus de ces faits. L'étude des corrélations des glandes à sécrétion interne nous a montré que les perturbations glandulaires les plus fréquentes et importantes sont les *thyroïdiennes*, les *hypophysaires* et les *ovariennes*. Je passerai en revue les S. pluriglandulaires à prédominance thyroïdienne, hypophysaire et ovarienne, terminant par les syndromes sans prédominance marquée.

I. Les syndromes pluriglandulaires a prédominance thyroïdienne. — Ces S. peuvent être divisés en trois groupes, selon qu'y prédominent les symptômes myxœdémateux, les symptômes basedowiens, ou des symptômes moins caractérisés, mais que beaucoup d'auteurs s'accordent à rapporter à des troubles thyroïdiens. Dans chacun de ces groupes, comme d'ailleurs dans tous les suivants, les S. peuvent être bi, tri, quadriglandulaires, etc...

Dans le premier groupe, je range les *basedowiens* avec hypertrophie du thymus, tétanie, acromégalie ou gigantisme, S. d'Addison, aménorrhée, sécrétion mammaire.

Les basedowiens avec *hypertrophie thymique* rentrent dans le cadre du S. de Basedow. Une basedowienne avec sclérodermie et tétanie que j'ai observée à la Salpêtrière dans le service du professeur Raymond, mérite mention. Le S. de Basedow, observé chez les acromégaliques, imprime au caractère de ceux-ci une nervosité marquée, comme dans la deuxième observation de Claude (Soc. de biol., 1905). J'ai signalé plus haut des géants basedowiens, de même que le S. d'Addison-Basedow. Un addisonien, étudié par Courmont et Lesieur, avait de l'exophtalmie, des secousses nystagmiformes, du tremblement des doigts, de la tête et de la langue; les réflexes rotuliens étaient forts, la parole traînante; il n'y avait pas de troubles intellectuels. Ils existaient, au contraire, dans un fait d'Achard (1900). Le malade de Moutard-Martin et Maloisel avait des troubles du caractère. Un addisonien de Boinet, qui eut successivemennt une variole hémorragique avec endocardite, des troubles mentaux nécessitant un internement et des symptômes de Basedow, mourut, après avoir déliré pendant un mois. Enfin Boinet chez un addisonien, vit apparaître, par opothéraphie surrénale exagérée, des symptômes basedowiens frustes : tremblement menu, bouffées congestives, irritabilité et colères violentes. Le S. de Basedow avec aménorrhée est tellement fréquent que beaucoup d'auteurs considèrent l'insuffisance ovarienne comme une des causes les plus communes du goître exophtalmique. En voici quelques exemples classiques.

A la Société de médecine de Nancy, Perrin et Blum présentèrent une femme devenue basedowienne après castration opératoire (1905). Chealde, Mathieu, Bouilly ont vu chez des basedowiennes des lésions utéro-ovariennes. F. Jayle a observé un goitre exophtalmique, après castration, amélioré par la médication ovarienne. P. Parisot a vu deux femmes chez lesquelles le goitre exophtalmique paraissait en relation avec la ménopause. Dans ces divers cas il existe des troubles psychiques. Il est difficile de discerner l'influence des troubles ovariens des thyroïdiens. Aussi comprend-on l'utilité, signalée par Renon et Delille, des opothérapies associées.

Dans le *deuxième groupe* je range les myxœdémateux avec hypertrophie thymique, tétanie, acromégalie, S. d'Addison, aménorrhée, infantilisme, hypertrophie mammaire.

L'intensité des troubles mentaux myxœdémateux donne toujours la note prédominante dans ces S. associés. Ainsi les *acromégaliques* avec myxœdème plus ou moins marqué, comme dans les observations Burchard et de Lymann Greene, ont une torpeur qui paraît bien ressortir à l'insuffisance thyroïdienne et l'on pourrait même se demander, étant donnée la fréquence des lésions thyroïdiennes des acromégaliques, si les troubles mentaux, très analogues à ceux du myxœdème, qu'on y a décrits, ne dépendent pas comme ceux-ci d'une insuffisance thyroïdienne concomitante. Cette hypothèse n'est pas contradictoire avec la constatation d'acromégaliques basedowiens, car c'est une règle en pathologie que souvent chez le même malade à une période d'hyperactivité d'une glande fait suite son insuffisance. L'aménorrhée, l'infantilisme sont des effets trop connus de l'insuffisance thyroïdienne, pour que je revienne ici sur les cas où ils sont associés.

Dans le *troisième groupe* enfin je rangerais les cas d'interprétation difficile, tels que ceux publiés par L. Lévi et H. de Rothschild, où l'insuffisance ovarienne et l'acromégalie se compliquent de troubles variés, psychiques, nerveux, vaso-moteurs et trophiques qui se rapprochent tantôt des signes de la série myxœdémateuse et tantôt de ceux de la série basedowienne.

II. Les syndromes pluriglandulaires a prédominance hypophysaire. — Ces S. se ramènent en somme à deux groupes.

Le premier comprend le *gigantisme* avec infantilisme et ses variétés : féminisme, eunuchisme, cryptorchidie. Je n'ai pas à revenir sur le puérilisme mental de ces géants infantiles. L'observation de Garnier et Sautenoise qui, d'après son titre : cas tératologique complexe d'un aliéné, gigantisme, féminisme, cryptorchidie, paraît ici à sa place, ne doit pas m'arrêter. Il s'agit, en effet, d'un pseudo-hermaphrodite féminin.

Le deuxième groupe correspond soit à l'*acromégalie* avec S. déficitaires : myxœdème, aménorrhée, soit au contraire à l'acromégalie avec S. d'hyperactivité de suppléance ou synergique, goitre simple ou exophtalmique, hypertension artérielle et

athérome par hyperépinéphrie et sécrétion lactée. On conçoit donc que, selon les cas, les symptômes cliniques pourront dépendre des troubles hypophysaires, thyroïdiens ou surrénaux et qu'il sera bien difficile en clinique de discerner les rôles respectifs de ces facteurs.

III. Les syndromes pluriglandulaires à prédominance génitale. — Ces S. pourraient ne pas être décrits à part, car les *féminins* rentrent surtout dans les thyroïdiens et les hypophysaires comme l'insuffisance ovarienne des basedowiennes et des acromégaliques, et les S. *masculins* ont été déjà décrits soit avec les S. thyroïdiens d'où ils dérivent comme l'infantilisme myxœdémateux, ou avec les hypophysaires qu'ils commandent peut-être, comme on peut se le demander à propos du gigantisme infantile. Je crois donc pouvoir ne pas revenir sur les S. pluriglandulaires à prédominance testiculaire.

Par contre, les troubles ovariens jouent un rôle trop considérable dans la vie de la femme et très vraisemblablement dans la pathogénie de plusieurs S. pluriglandulaires, pour que je ne rappelle pas l'association morbide ovarienne la plus fréquente de toutes, l'association thyro-ovarienne, simple ou compliquée d'associations secondaires.

Sans revenir sur les divers rapports thyro-ovariens, je n'envisagerai ici que la réaction thyroïdienne à l'insuffisance ovarienne. Elle vient d'être l'objet d'un bon travail de M. S. W. Bandler. Quand on étudie les symptômes présentés par les insuffisantes ovariennes, on trouve le plus souvent mentionnés la tachycardie, les palpitations, l'irritabilité nerveuse, la faiblesse des membres inférieurs, les céphalées, les vertiges, les insomnies, le tremblement, etc. On ne peut alors s'empêcher de remarquer qu'entre ces manifestations nerveuses et le tableau des formes atténuées du goitre exophtalmique les différences sont extrêmement faibles. Cette idée pathogénique permet des conséquences thérapeutiques importantes. On sait, en effet, que l'ovarine, qui soulage notablement les femmes quand il s'agit de ménopause opératoire et parfois même fait disparaître des goitres exophtalmiques consécutifs à la castration, a sur les accidents nerveux et psychiques de la ménopause naturelle une action beaucoup plus inconstante. Sans entrer dans la discussion de l'action synergique ou antagoniste de la thyroïde et de l'ovaire, on peut donc se demander si, contre les troubles nerveux et psychiques de la ménopause naturelle, qui rappellent trait pour trait les symptômes de la série basedowienne, il n'y aurait pas intérêt à instituer la thérapeutique antibasedowienne, par l'hémato-éthyroïdine par exemple. Un argument pratique en faveur de cette conception est que l'opothérapie thyroïdienne, quand on l'institue chez des femmes souffrant gravement de la ménopause, ne fait qu'augmenter leurs troubles nerveux.

IV. Les syndromes pluriglandulaires sans prédominance marquée. — Ce groupement, qui ne préjuge rien, permet de réunir des faits sur l'interprétation desquels on discute. Le plus bel exemple d'insuffisance pluriglandulaire est fourni par Claude et Gougerot. En 1904, un homme de quarante-sept ans, autrefois muni des attributs de la virilité, subit en 1898 une perte complète de tous les caractères sexuels, atrophie des testicules et des organes génitaux, chute des poils au pubis et aux aisselles, persistance de quelques poils de barbe rares et courts au menton et à la lèvre supérieure. La même année il eut une crise de *tétanie*, de l'œdème, de l'albuminurie et de l'asthénie. De 1904 à la mort survenue en 1907 par tuberculose pulmonaire, les symptômes précédents s'aggravent. De plus le visage a un caractère vieillot, la peau s'épaissit, se ride et se pigmente ainsi que les muqueuses, la frilosité accompagne l'absence de sudation, l'asthénie progresse avec l'abaissement de la pression artérielle. A l'autopsie, en plus de la tuberculose pulmonaire, on trouve la *thyroïde* petite, scléreuse et tuberculeuse, les *testicules*, très petits, sans cellules de la lignée séminale et avec quelques cellules interstitielles, la *prostate* et les vésicules séminales atrophiées, les *surrénales* petites et scléreuses, et l'*hypophyse* également scléreuse. Ce cas est à rapprocher de ceux de Rumpel, Dalché, Sainton et Dupré, Brissaud et Bauer, et Gandy.

Mais les lésions testiculaires étant plus prononcées et plus anciennes que les thyroïdiennes, Claude et Gougerot se refusent à voir dans l'altération thyroïdienne la cause des autres lésions glandulaires.

Ils se refusent également à étiqueter leur cas des termes d'infantilisme et de myxœdème, pour laisser à ces mots leur signification clinique. On conçoit que, dans des cas analogues, s'il survient des troubles psychiques, il soit extrêmement difficile et même impossible d'en établir la pathogénie. C'est alors que l'opothérapie systématique, avec toutes les causes d'erreur que comporte un tel criterium, peut néanmoins éclairer quelquefois le mécanisme morbide.

III

C. **Réflexions.** — Ces faits passés en revue sont doublement intéressants, au point de vue physiologique et psychiatrique.

Au point de vue *physiologique*, ils montrent qu'il existe entre les diverses glandes à sécrétion interne des corrélations, que n'explique pas le système nerveux et qui se manifestent par des phénomènes de synergie ou de suppléances fonctionnelles entraînant l'apparition de symptômes complexes, où l'on trouve associés des symptômes dépendant de perturbations, en sens inverse ou de même sens, de plusieurs glandes à sécrétion interne. Indépendamment des observations, où ces troubles glandulaires sont sous la dépendance de causes toxiques ou infectieuses qui les dominent et les régissent tous, il paraît impossible de ne pas admettre que, dans certains cas, c'est le trouble d'une première glande qui commande celui d'une seconde. Ce rapport peut d'ailleurs simplement résulter de la réaction de la deuxième glande au même titre que les autres, à une intoxication générale de l'organisme, conséquence de trouble glandulaire originel. C'est ainsi qu'on explique, par exemple, les lésions glandulaires multiples qu'on trouve à l'autopsie des animaux thyroïdectomisés. Mais il est impossible de nier un rapport beaucoup plus étroit, caractérisé par la réaction élective d'une glande à la perturbation d'une première, telle l'hypertrophie de l'hypophyse après la castration. Ces troubles paraissent bien démontrer que les glandes à sécrétion interne concourent à l'équilibre des fonctions organiques par les produits qu'elles déversent dans le milieu intérieur. Avec Starling on nomme *hormones* (de ὁρμάω, j'excite) les agents chimiques, encore pour la plupart inconnus, qui transportés par le sang assurent la coordination de l'activité d'organes éloignés. Ehrlich divise les

substances chimiques de l'organisme en deux groupes, selon qu'elles possèdent ou non un groupement chimique haptophore, au moyen duquel elles se fixent sur la molécule vivante et déterminent dans l'organisme la formation d'anticorps.

Auquel de ces deux groupes d'Ehrlich, se demandent Bayliss et Starling, doivent être rattachés les hormones? Si ces substances, disent-ils, étaient analogues aux toxines, par conséquent appartenaient à la première classe d'Ehrlich, elles devraient provoquer, chaque fois qu'elles sont injectées dans le sang, la formation d'anticorps spécifiques, qui auraient tendance à neutraliser leur action. Comme cette réaction n'existe pas, Bayliss et Starling pensent que les hormones doivent appartenir à la deuxième classe d'Ehrlich, être rangés à côté des drogues habituelles de la pharmacopée et présenter comme elles la propriété d'exercer souvent une action spécifique sur tel ou tel organe. Le fait que la sécrétine peut être bouillie sans perdre son action et qu'elle n'est pas une matière albuminoïde plaide en faveur de cette conception. La thyroïdine de Baumann, l'extrait hypophysaire de Schaffer, l'extrait fœtal de miss Lane-Claypon et Starling qui agit sur les mamelles maternelles, la gastrine d'Eclkins, l'adrénaline sont aussi thermostables et ont des analogies complètes avec les substances pharmaceutiques.

Les sécrétions internes jouent donc un rôle capital dans la régulation des fonctions de l'ensemble de l'organisme. Ces sécrétions internes ont probablement un caractère chimique simple; elles n'agissent pas comme un poison ou une substance alimentaire, mais comme une drogue; leur action dépend de la configuration physico-chimique de la molécule et non de la présence des groupes haptophores d'Ehrlich. Il en résulte, comme l'ont dit dès 1891 Brown-Séquard et d'Arsonval, que les diverses cellules de l'économie sont ainsi rendues solidaires les unes des autres, et par un mécanisme autre que par des actions du système nerveux.

En second lieu, au point de vue *clinique*, les corrélations des sécrétions internes et leurs perturbations concomitantes, synergiques ou non, font supposer que, dans le cas même où le trouble glandulaire interne paraît unique, il en entraîne peut-être d'autres qui ne se manifestent pas encore par des symptômes appréciables et que, par conséquent, les troubles cliniques observés, en admettant leur origine glandulaire, peuvent en avoir une multiple.

Si déjà dans un cas simple, la connaissance du rapport du trouble psychique au S. clinique et du rapport de ce S. au vice de sécrétion interne comporte plusieurs causes d'erreur, on conçoit la difficulté du problème dans un S. pluriglandulaire caractérisé et la presque impossibilité de la solution, quand les manifestations des troubles glandulaires internes ne sont qu'estompés ou ont disparu chez un malade, dont tous les troubles ne paraissent que psychiques. C'est justement ces faits dont j'ai essayé d'amorcer l'étude dans un travail récent (1).

BIBLIOGRAPHIE (2)

* ALQUIER. Sur les modifications de l'hypophyse après l'extirpation de la thyroïde, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1907, t. IX, p. 3. — * APERT. Traitement de l'infantilisme et de la cryptorchidie par les préparations thyroïdiennes, *Bulletin méd.*, 20 avril 1901; — Myxœdème fruste, croissance tardive, diabète, *Iconog. de la Salpêtrière*, 1904, n° 3.

* BALLET (Gilbert). Association de gigantisme et de goitre exophtalmique, Soc. de neurol. et *Revue neurol.*, 1905, p. 131. — * BALLET (Gilbert) et LAIGNEL-LAVASTINE. Un cas d'acromégalie avec lés. hyperplasiques du corps pituitaire, du corps thyroïde et des surrénales, *Iconog. de la Salpêtrière*, 1905, p. 176. — BARDESCU. Ipertrofia sânului la femele, *Spitalul*. 1899, n° 18. — BIEDL (A.). Innere Secretion, *Vors. ein Sommer-Semester*, 1902; *Wien. klin.*, 1903, p. 281-338. — BOINET. Soc. de biol., 1899. — * BOINET. *Arch. gén. de méd.*, 13 sept. 1904. — * BANDLER. *Amer. Journ. of Obst.*, mars-avril 1906. — BOUCHACOURT. Art. LACTATION. *Dict. Dechambre.* — BROWN-SÉQUART et D'ARSONVAL. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, juillet 1891. — * BURCHARD. Acromégalie et myxœdème, *Saint-Pétersbourg med. Wochens.*, 1901, n° 44, p. 481.

* CALZOLARI. Recherches exp. sur un rapport probable entre les fonct. du thymus et celle des testicules, *Arch. ital. de biol.*, 1898, XXX, p. 71-77. — CASELLI. Les rapports fonctionnels de la glande pituitaire avec l'appareil thyréo-parathyroïdien, *Riv. sperim. d. fren. e med. leg. d. alienaz. ment.*, juillet 1900, vol. XXVI, f. 2-3, p. 468-486. — CHEINISSE (L.). La mal. de Mikulicz. *Semaine méd.*, 25 janv. 1905, p. 37-39. — * CIMORONI. Sulla ipertrofia dell' ipofisi cerebrale negli animali stiroïdati, *Lo Sperim.*, 1907, LXI, f. 1-2. — * CLAUDE. S. d'hyperfonctionnement des glandes vasculaires sanguines chez les acromégaliques, *Bull. de la Soc. de biol.*, 28 oct. 1905, p. 362. — * CLAUDE et GOUGEROT. Insuffisance pluriglandulaire, *Ibid.*, déc. 1907, p. 785; et *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juin 1908. — * COMTE (L.). *Contr. à l'étude de l'hypophyse humaine et de ses relat. avec le corps thyroïde*, Th. Lausanne, Iéna 1898.

* DALCHÉ. Dystrophie ovarienne. S. basedowiforme. Pseudo-myxœdème, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 15 nov. 1901, p. 1157-1167. — * DJEMIL-PACHA. Myxœdème opératoire par l'extirpat. de deux mamelles hypertrophiées chez un homme, *Arch. internat. de chir.*, 1903, p. 81. — * DELAUNAY. Traitement de la mal. de Basedow par l'ovarine, *Presse méd.*, 21 janv. 1899, p. 35. — DUPRÉ et PAGNIEZ. Infantilisme dégénératif compliqué de dystrophie pubérale, *Iconog. de la Salpêtrière*, 1902, p. 124. — DUPUY. Soc. de biol., 2 nov. 1901.

* EHRMANN. Physiologie des surrénales. an., *Semaine méd.*, 1908, p. 155. — * EISELBERG. *Lang. Arch.*, 1894, Bd. XLIX.

* FICHERA. Sur l'hypertrophie de la glande pituitaire consécutive à la castration, *Il Polic. Sez. chir.*, 1905, n°s 6-7, p. 250 et *Arch. ital. de biol.*, 7 sept. 1905. — * FISCHER (J.). Ueber die Beziehungen zwischen der Schilddrüse und den weiblichen Geschlechtsorganem, *Wien. med. Wochens.*, 1896, n°s 6, 7, 8, 9, et *Deuts. Zeits. f. Chir.*, XVIII, f. III et IV. — FRASCALI. Dei rapporti fra le ghiandoli tiroïdi e gli organi genitali feminili, *Cron. mod.*, Pisa, 7 avril 1907.

* GARNIER et SANTENOISE. Note sur le cas tératologique complexe d'un aliéné (gigantisme, féminisme, cryptorchidie), *Arch. de neurol.*, mars 1898, p. 201. — GAUTHIER. *Les médications thyroïdiennes*, Paris 1902. — GHEFFI. S. de Dercum avec phénomènes basedowiens, *Boll. d. Clin.*, sept. 1904, p. 389-399. — GASTOU et BAGOLEPOFF. Lés. des glandes vasculaires sanguines, etc., Soc. de dermat., 6 juin 1907. — GLEY. Exposé des données expérimentales sur les corrélations fonctionnelles chez les animaux, *L'année biologique*, an. 1895, ch. XII, p. 313-331. — * GOODALL (A.). The post natal Changes in the Thymus of the Guinea-pigs and the Effect of Castration on Thymus structure, *Journ. of Physiol.*, 28 fév. 1905, XXXII, n° 2, p. 191-198.

* HENDERSON (J.). On the Relationship of the Thymus to the sexual Organs, *Journ. of Physiol.*, 1904, XXXI, p. 221. — HIRSCH (C.). Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Erkrankung der Thränen und Mundspeicheldrusen (Mikulicz), *Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir.*, 1898, III, 3-4.

JARDRY. *Sécrétion interne de l'ovaire. Synergie thyro-ovarienne,* Th. de Paris, 1907.

LANGE. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, n° 1. — LATZKO. *Ver. f. Psy. u. Neurol. Wien*, 12 fév. 1901. — * LLOYD (Roberts). *Brit. med. Journ.*, 2 janv. 1904. — LORAND. Congr. franç. de méd., 7e sess., Paris, oct. 1904, *Presse méd.*, n° 87. — * LUSENA (G.). Sui rapporti funzionali fra la tiroïde e le glandule parathiroïde, *Riforma med.*, 28-29 mars 1900, XVI, vol. I, n°s 72, 73, p. 855-867. — * LYMANN (Greene). Acromégalie

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. *Les Troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne.* Rapport au Congrès de neurologie, Dijon, 1908. In-8 de 160 pages. — Paris, Masson.

(2) Les travaux précédés d'un astérisque * sont cités dans la *Revue*.

associée à des symptômes de myxœdème, *New-York med. Journ.*, 21 oct. 1905.
MARTIN (A.-F.). Significat. de quelques hypertrophies de la thyroïde, *The Brit. med. Journ.*, an. *Revue med. chir.*, 15 janv. 1907. — * MATHIEU. Goitre exophtalmique consécutif à l'ablat. des ovaires, *Gaz. des hôpit.*, juin 1890, p. 643. — MIKULICZ (V.). Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg, 23 janv. 1888, in *Berl. klin. Wochens.*, 10 sept. 1888, p. 759. — MORAT et DOYON. *Physiol.*, t. I, p. 485. — MOUSSU. De la médicat. parathyroïdienne, *Bull. de la Soc. de biol.*, 25 mars 1899, p. 242. — * MOUTARD-MARTIN et MALOIZEL. Mal. de Basedow avec S. addisonien, Soc. méd. des hôpit., 17 déc. 1903.
* OCANA (G.). Associations fonctionnelles entre le corps thyroïde et les testicules et l'ovaire, *Interm. des biologistes et des médecins*, 1899, n° 1, p. 25. — * ODEYÉ. *Influence des modifications utéro-ovariennes sur les affections du corps thyroïde*, Th. de Paris, 1894-1895.
PAGNIEZ. Gigantisme et infantilisme, *Presse méd.*, 21 déc. 1904. — * PANSINI et BENONATI. Mal. d'Addison avec reviviscence du thymus et hypertrophie de la thyroïde et de la pituitaire, *Il Polic.*, Roma, 5 avril 1902, t. IX, p. 216. — PARHON et URECHIE. Note sur les effets de l'opothérapie hypophysaire dans un cas de S. de Parkinson, Soc. de neurol., nov. 1907; *Revue neurol.*, p. 1230. — * PARHON et GOLDSTEIN. Antagonisme des fonct. de l'ovaire et de la thyroïde, *Roum. med.*, 1904, n[os] 15 et 18 et *Arch. gén. de méd.*, 1905, n° 3, p. 142-157; — L'influence de la castrat. sur le corps thyroïde, *Spitalul*, 1906, p. 487. — PARISOT (P.). *Revue méd. de l'Est*, 1[er] janv. 1906. — * PATON (N. D.). I. The relationship of the Thymus to the sexual Organs. II. The Influence of Removal of the Thymus of the Growth of the sexual Organs, *Journ. of Physiol.*, 1904, XXXII, n° 1. — * PEL (P. K.). Acromégalie partielle avec infantilisme, *Nederl. Tijd. v. Gen.*, 1904, Deel II, n° 15, an. *Revue neurol.*, 1905, p. 402. — * PERRIN et BLUM. Mal. de Basedow consécutive à l'ablat. des ovaires, Soc. méd. de Nancy, 25 oct. 1905. *Revue méd. de l'Est.* 1[er] janv. 1906. — * PERUGIA (A.). *Gaz. d. Osped. d. Clin.*, 10 sept. 1905. — * PITFIELD (R. L.). Formes complètes et incompl. de l'hypothyroïdie ou du myxœdème, *Amer. Journ. of the med. sc.*, déc. 1907, vol. CXXXIV, n° 6, p. 859-865.
* RÉNON et DELILLE. De l'utilité d'associer les médicat. opothérapiques, Soc. de thérap., juin 1907. — RÉNON (L.). *Journ. des prat.*, 25 juillet 1908. — RIBBERT. Ueber die compensatorische Hypertrophie der Geschlechtschüsen, *Arch. f. path. Anat.*, 1890, Bd. CXX, H. 2. p. 247-273. — * RICHON et JEANDELIZE. Soc. de biol., 1903. — * ROUSSY et GAUCKLER. Acromégalie avec lés. associées de toutes les gl. vascul. sanguines, *Revue neurol.*, 1905, p. 356. — SAINTON et RATHERY. Myxœdème et tumeur de l'hypophyse, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1908, p. 647-652. — * SAJOUS. L'appareil thyro-hypophyso-surrénal, *Gaz. des hôpit.*, 1907. — * SALMON. L'hypophyse et la pathogénie de la mal. de Basedow, *Revue de méd.*, 10 mars 1903. — SCALIA. Mod. de la tiroide dopo l'estirpazione delle ovare, *Arch. ital. Gin.*, 1901, p. 496-501. — * SOLI (U.). Comment se comportent les testicules chez les animaux privés de thymus, *Arch. ital. de biol.*, 20 avril 1907, vol. XLVII. f. 1. p. 115-122. — STARLING. Les hormones, agents chimiques de coordination organique, *Zent. f. d. ges. Physiol. u. Pathol. d. Stoff.*, 1907, n[os] 5, 6.
* TANDLER et GROSS. Influence de la castrat. sur le développ. de l'organisme, *Revue méd.*, 1907, p. 835. — THEILHABER. Rapport de la mal. de Basedow avec les modificat. de l'appareil génital, *Revue des sc. méd.*, 1896, t. XLVII, p. 581. — TIETZE (A.). Ein Beitrag zur Lehre von der symmetrischem Erkrankung der Thränen und Mundspeicheldrüsen, *Beit. z. klin. Chir.*, 1896, XVI, 3. — TOLLEMER. Hypothyroïdie ou dystrophie ovarienne, Soc. de pédiat., 20 juin 1905.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 132. — MARDI 17 NOVEMBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 17 NOVEMBRE 1908. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté donne l'avis suivant :

« Le doyen de la Faculté a appris par les journaux que les étudiants de première et de deuxième année croyaient avoir des griefs contre le service d'anatomie. Jusqu'ici, il n'a reçu d'eux aucune plainte. Si les étudiants ont des réclamations à formuler, ce n'est pas par les journaux que le doyen doit les connaître, mais par une délégation des intéressés qu'il est tout disposé à recevoir. »

— A la suite de cet avis, M. le professeur Landouzy a reçu la visite d'une délégation qui lui a exposé les griefs des étudiants.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Lacoste, Drouyn, Papin, Couraud, Lamothe, Augistrou, Bardon, Coiquaud, Montalier sont nommés internes titulaires ; MM. Got, Boutin, Pasturaud, Et. Dubourg, Pouget, Daure, Rivière, Verger, Darasse, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations de MM. Hamet, Darrigade, Lataste, Boursier, Darget, Chenut, Heugas, Laylavoix, Gourrin, Gentilhe, Canuyt, Duranthon, Jacques Chavoix, Celles, Souchet, Leuret, Boudreau, Hosteing, Canton, Daudin-Clavaud, Duthil, Lhuerre, Bernis, Thomas, Lafforgue, Bouquet, Belvèze, Luscan, Charles Claverie, Romefort, Teyssandier, Crauste, Estrade, Dufranc, Boissonneau, Pluet, Fouassier.

— LYON. — Le Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon donne avis que, le lundi 24 mai 1909, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux, appelé à faire le service dans les établissements de l'administration des hospices civils de Lyon.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 9 novembre 1908 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Chameroy, est nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Givet; Dalphin, passe au 5e d'art.; Friant, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Verdun; Steinmetz, au 33e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Pourrat, passe au 36e d'art.; Albouze, au 10e d'inf.; de Libessart, au 73e d'inf.; Garret, au 4e bat. d'inf. légère d'Afrique ; Vigerie, au 31e dragons; Oberlé, au 149e d'inf.; Baills, au 6e génie ; David (H.), affecté aux salles milit. de l'hosp. mixte de Rouen; Doumeng, passe au 23e d'art.; Blot, au 37e d'inf.; Schnæbelé, à l'Ecole milit. prépar. d'inf. des Andelys; Barthelemy, aux hôpit. de la division de Tunisie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Guénot, passe au 23e d'inf.; Trénel, au 79e d'inf.; Ribaut, au 160e d'inf.; Gézes, au 91e d'inf.; Armbruster, au 152e d'inf.; Lévy, aux hôpit. de la division de Tunisie; Bonnet, au 10e cuirassiers.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Louis, passe au 12e dragons; Audet, au 159e d'inf.; Lubet, au 100e d'inf.; Bénazet, au 126e d'inf.; Pierron, au 1er bat. de chass. à pied.

MARINE. — Composition des commissions de classement chargées, sous la présidence du ministre de la Marine, de dresser, pour l'année 1909, les tableaux d'avancement en grade et de concours pour la Légion d'honneur des officiers des différents corps de la marine :

Médecins. — M. le médecin général de première classe Bertrand ; MM. les médecins généraux de deuxième classe Barret, Guès, Burot (membre suppléant).

Pharmaciens. — M. le médecin général de première classe Bertrand; MM. les pharmaciens en chef de première classe Sauvaire, Perrimond-Tronchet.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion de l'exposition de Lyon, sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le professeur Beauvisage, de la Faculté de médecine de Lyon.

Au grade de chevalier. — MM. Jules Courmont et Weill, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon, Ferré et Arnozan, professeurs à la Faculté de médecine de Bordeaux.

MÉDAILLE AU PROFESSEUR HUTINEL. — La médaille offerte au professeur Hutinel par ses élèves et ses amis, lui sera remise le dimanche 22 novembre, à dix heures très précises, à l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149.

La cérémonie sera présidée par M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Benjamin Anger, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Albert Carrier (de Lyon) et Jouet, médecin des troupes coloniales.

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

LA TUBERCULOSE

(*Washington, 21 septembre-12 octobre 1908* (1).)

SECTION DE TUBERCULOSE INFANTILE

M. La Fétra (de New-York) a analysé *131 cas de tuberculose vus à l'hôpital*, 73 de tuberculose et 58 de méningite, chez des enfants de moins de trois ans. Dans la moitié des cas pulmonaires, et dans un tiers des cas de méningite, il y avait un parent affligé de tuberculose active. Il est impossible de faire un diagnostic d'après les signes physiques. Pour le diagnostic, il faut ou voir les lésions, ou avoir une réaction cutanée, ou trouver le bacille dans l'expectoration. Celle-ci s'obtient en passant un cathéter dans l'œsophage, pinçant le nez, et retirant ensuite le cathéter couvert de mucus; ou bien, ce qui vaut mieux, on fixe un morceau de gaze stérilisée sur une pince coudée et l'on va chatouiller l'épiglotte. Sur les 73 tuberculoses pulmonaires, il y eut 10 améliorations et 34 morts, les autres restant stationnaires. Des deux modes d'infection, ingestion ou inhalation, il est difficile de dire lequel est le plus fréquent; il faut garder l'enfant contre les deux.

M. Copeland (de Washington). *Relations entre les maladies infectieuses, la rougeole, la coqueluche et l'influenza avec la tuberculose chez les enfants*. Il ne croit pas que la maladie infectieuse agisse directement; elle réveille un foyer latent, voilà tout.

M. Menin (de Stockholm). *Quelques notes sur la cuti-réaction chez les enfants de moins d'un an*.

MM. Klotz et Green (d'Easton). *Tuberculose miliaire chez un enfant de quatre mois et demi*. Tuberculose d'ingestion.

MM. Fife et Mac Carthy (de Philadelphie). *Tuberculose miliaire avec méningite chez un enfant de dix-sept semaines*.

M. Mac Carthy. *Manifestations cliniques de la méningite tuberculeuse*. Ce qui est important, c'est de découvrir le foyer primitif; les diagnostics de laboratoire sont d'importance secondaire.

M. Shannan (d'Edimbourg), se basant sur 307 autopsies, donne les conclusions suivantes, au sujet de la *tuberculose infantile, plus particulièrement des ganglions lymphatiques*. Les ganglions sont atteints dans 77,8 p. 100 des cas; les ganglions thoraciques plus fréquemment que les abdominaux; les cavernes sont rares; dans la tuberculose des ganglions abdominaux, il y a tuberculose de l'intestin à forme ulcéreuse dans 50 p. 100 des cas; dans 45 p. 100 des cas, la mort est due à une méningite tuberculeuse, le foyer initial se trouvant dans un ganglion lymphatique.

M. Hutchinson (de New-York) appelle l'attention sur les *localisations primitives de la tuberculose infantile*. La tuberculose pulmonaire est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit; c'est la plus fréquente localisation, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte. Quelle que soit la porte d'entrée, le poumon souffre toujours beaucoup. Au lieu de croire à une prédisposition spéciale des os, des articulations et des ganglions, il ne faut voir dans ces manifestations que des déterminations secondaires; ce sont des résidus d'une infection généralisée. Dans le combat contre la tuberculose, c'est dans l'enfance qu'il faut commencer, le préventorium est l'arme la plus puissante.

M. Wollstein, se basant sur 185 autopsies d'enfants de moins de quatre ans, étudie les *localisations de la tuberculose chez l'enfant*. Les poumons sont les organes les plus fréquemment atteints et les cas d'origine respiratoire prédominent sur ceux d'ingestion.

M. Bovaird (de New-York) a comparé la *fréquence de la tuberculose abdominale en Angleterre et aux Etats-Unis*. La disproportion est énorme. Il y a 8 fois plus de tuberculose abdominale en Angleterre qu'aux Etats-Unis où la fréquence est à peu près la même qu'en Allemagne ou en France. Et la tuberculose en général est 3 fois plus fréquente en Angleterre qu'aux Etats-Unis. Pourquoi? Mystère.

M. Wall (de Washington) individualise la *tuberculose du péricarde* comme une entité morbide spéciale. Le facteur étiologique prépondérant est l'adénopathie trachéo-bronchique. Le processus peut être hémorragique ou plastique aboutissant à la symphyse. Deux observations.

M. Teissier (de Lyon) établit un rapport entre les *albuminuries intermittentes de l'enfance et la tuberculose héréditaire*. Certaines albuminuries intermittentes disparaissent quand la lésion pulmonaire se confirme, ce qui justifie le nom d'albuminurie *prétuberculeuse*, mais n'implique pas forcément l'existence d'une tuberculose rénale; au contraire, il semble s'agir d'une albuminurie toxique résultant de la bactériolyse que cause la défense de l'organisme; quand la défense faiblit et que la tuberculose se développe, l'albuminurie cesse.

Dans d'autres cas, le rein réagit très lentement à la toxine tuberculeuse transmise par la mère; il en résulte un certain degré de néphrite avec albuminurie, matinale surtout, et sérum réaction positive. C'est l'albuminurie *paratuberculeuse*, et beaucoup de ces cas rentrent dans la catégorie des cas d'immunisation spontanée étudiés par Courmont.

L'influence de parents tuberculeux sur le développement de la tuberculose infantile est d'une importance capitale; aussi bien a-t-il tenté plusieurs auteurs. M. Sachs (de Chicago) sur 322 enfants exposés à la contagion en a trouvé 29 p. 100 de tuberculeux. MM. Miller et Woodroff (de New-York) sur 150 en ont trouvé 76, soit 51 p. 100 de nettement tuberculeux, 31 (20,5 p. 100) de douteux et 28,5 p. 100 seulement de sains! Les meilleurs signes diagnostiques sont les symptômes pulmonaires, et la réaction à la tuberculine. Chez les enfants de moins de dix ans, les signes pulmonaires sont ordinairement ceux d'une bronchite localisée persistante. La cuti-réaction est au moins aussi bonne que l'ophtalmo-réaction. L'examen des crachats n'a que peu de va-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 125, p. 1491 et 129, p. 1541.

leur. Résultats assez analogues obtenus à Boston par MM. Floyd et Bowditch. M. Comby (de Paris) insiste aussi sur la *contagion familiale*. La tuberculose héréditaire n'existe pas; l'ingestion est un mode d'infection rare. Sur 1432 autopsies d'enfants, M. Comby a trouvé 37 p. 100 de tuberculeux; la porte d'entrée est le groupe de ganglions péribronchiques. La prophylaxie doit porter sur l'homme phtisique et non pas sur les vaches.

M. Lankford (de San Antonio). *Rôle des écoles publiques dans la prévention de la tuberculose.*

Les anomalies obstructives de la bouche, du nez et du pharynx sont un facteur puissant de prédisposition de la tuberculose chez les enfants des écoles et M. Cronin (de New-York) en tire facilement la conclusion thérapeutique.

La tuberculose n'est point héréditaire, dit-on; aussi ne fait-on guère attention à la question du mariage et de la grossesse des femmes tuberculeuses quand les lésions ne sont pas grosses. C'est à tort, dit M. Warthin (d'Ann Arbor) qui étudie consciencieusement la *transmission placentaire de la tuberculose* sous toutes ses phases. Le placenta n'est pas un filtre parfait pour microbes, et il n'a pas de pouvoirs spéciaux vis-à-vis du bacille tuberculeux. La tuberculose congénitale est plus fréquente qu'on ne croit, et il ne suffit pas de l'écarter en disant simplement qu'elle n'existe pas; il faut la prévenir.

La séance suivante (quatrième jour) fut en grande partie consacrée à la discussion des *méthodes de diagnostic de la tuberculose infantile par les tuberculines*. Ici encore, nous retrouvons les deux camps. M. Mather Sill (de New-York) se déclare en faveur de l'ophtalmo-réaction; M. Shaw (d'Albany) également. M. Heiman (de New-York) s'est servi du Von Pirquet dans 104 cas et pas du Calmette; il est donc permis de supposer qu'il préfère la cuti-réaction. Cependant ses résultats montrent qu'il a obtenu une réaction dans beaucoup de cas non tuberculeux et n'en a point obtenu dans maint cas de tuberculose. Les résultats de M. Chapin (de New-York) qui a recherché la *valeur comparée des méthodes récentes de diagnostic* sont mieux classés. L'ophtalmo-réaction a été positive dans tous les cas tuberculeux. Chez les très jeunes enfants, les larmes enlèvent une bonne partie de la tuberculine. Il y a plusieurs modes de réaction : hâtif et modéré, retardé et grave, quelquefois se faisant attendre plusieurs jours. Il n'a pas vu de réaction grave. L'index opsonique bien observé a de la valeur au point de vue de la résistance du malade, mais la technique difficile réduit l'application pratique de la méthode.

M. Fisher (de New-York) reproche à l'ophtalmo-réaction de déterminer parfois des complications oculaires graves et préfère la cuti-réaction.

M. Holt (de New-York pense de même.

M. Sondern (de New-York) étudie la *valeur diagnostique de la ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse aiguë de l'enfance.*

M. Von Pirquet (de Vienne) insiste sur la *fréquence de la tuberculose infantile.* Il propose la création de statistiques internationales obtenues en soumettant tous les enfants des écoles à la cuti-réaction.

M. Shœmaker (de Philadelphie) croit qu'on pourrait faire la besogne plus vite et aussi bien *en pesant simplement les enfants avec une balance à torsion.* Dans les écoles de Philadelphie, en 1906, il y avait 159217 enfants, et 8 seulement furent déclarés comme tuberculeux avérés; or, cette même année, il y eut dans la même ville 418 morts de tuberculose au-dessous de quinze ans.

M. Knopf (de New-York) expose comment, par une bonne hygiène, on peut combattre la prédisposition à la tuberculose et les dangers d'infection, pendant l'enfance; Mme Parsons (de New-York) insiste sur la valeur des jardins d'enfants dans les sections surpeuplées, et Mme Noble (de New-York) parle du *rôle du nerf olfactif dans l'éducation respiratoire.* M. Wachenheim (de New-York) croit à la *prophylaxie hygiénique et climatique de la tuberculose infantile* par l'exercice, mais pas d'excès.

Le pronostic de la tuberculose pulmonaire chez les enfants de moins de quinze ans pourrait s'établir, d'après M. Craig (de Philadelphie), par la rapidité du pouls et de la respiration, tandis que les autres éléments n'apprennent rien. Tous ces cas avec un pouls inférieur à 80 ont guéri. Le pronostic est meilleur chez les enfants plus âgés que chez les très jeunes, meilleur pour ceux traités dans un sanatorium que pour ceux traités dans un dispensaire ou à l'hôpital. Les résultats sont meilleurs chez les enfants que chez les adultes quand la maladie n'est pas avancée; dans les cas avancés, c'est l'inverse.

MM. Nobécourt et Tixier (de Paris) ont étudié l'*hypertrophie du tissu lymphoïde et ses rapports avec la tuberculose*, sur vingt-deux sujets âgés de trente et un mois à quatorze ans. Aucun n'avait de tuberculose pulmonaire ouverte; pas de microbes sur les coupes d'adénoïdes et d'amygdales, pas de foyers tuberculeux non plus. Donc, il n'est pas prouvé que le tissu lymphoïde du pharynx soit la porte d'entrée de la tuberculose.

M. Brannan (de New-York) expose les résultats obtenus par le traitement marin à l'hôpital de See Breeze, un Berck en miniature.

M. Judson (de New-York) essaie de déduire du traitement orthopédique de la coxalgie des conclusions consolantes pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. La coxalgie guérit par le seul changement d'environnement. Mettez les tuberculeux pulmonaires dans un bon milieu et ils guériront, sans autre facteur. Puisse-t-il en être ainsi !

M. Willy Meyer (de New-York) revient sur les bons effets de la méthode de Bier dans les adénites cervicales ramollies. En la combinant avec une incision transversale parallèle à un pli de peau, on aura des cicatrices très peu visibles.

Enfin, le président, M. Jacobi (de New-York) clôt les travaux de la section par un petit discours où il chante les bienfaits du traitement pharmaceutique de la tuberculose infantile, dont nul dans les travaux de la section n'a parlé. Non pas que la médication symptomatique guérisse la tuberculose; mais vraiment, quel bien fait une toux, une diarrhée, une fièvre que l'on pourrait supprimer par des médica-

ments? On peut aussi améliorer l'état général. Tout cela n'est qu'adjuvant, mais on doit y avoir recours.

SECTION D'HYGIÈNE SOCIALE, INDUSTRIELLE ET ÉCONOMIQUE

La tuberculose au point de vue économique, tel fut le thème de la première séance. M. Fisher (de Yale) évalue le *coût de la tuberculose*. Des habitants vivant actuellement aux Etats-Unis, 5 millions, si la fréquence se maintient, mourront de tuberculose. Le raccourcissement de vie probable de chacun de ces 5 millions sera en moyenne de vingt-quatre ans dont dix-sept tomberont pendant la période active de la vie. La perte résultant pour la nation de chaque mort est d'environ 40 000 francs, valeur du travail perdu et du coût de la tuberculose, de telle sorte que la perte totale atteindra des milliards. Les sanatoria économisent beaucoup de cette dépense. M. Wilcox (de Cornell University) étudie *la perte résultant pour l'état de New-York en 1907*. Il l'évalue à plus de 250 millions de francs pour le travail perdu, à 8 millions pour le bétail, et la perte totale à 330 millions de francs. M. Kingsley (de Chicago) étudie le *fardeau de l'individu et des familles* gagnant de 45 à 90 francs par semaine. Moyenne du gain hebdomadaire avant l'arrivée de la tuberculose : 65 francs ; après, 21 francs.

M. Bare expose les rapports intimes qui unissent la *tuberculose aux imperfections mentales*. M. Folks (de New-York) décrit les méthodes employées pour combattre la tuberculose dans les villages et à la campagne. M. Commons (de Madison) plaide en faveur de plus d'uniformité dans les méthodes de recherches. M. Dock (d'Ann Arbor) souligne l'importance du *surmenage* et des *soucis* sur le pronostic.

M. Winslow (de Boston) démontre, chiffres en mains, la valeur pécuniaire d'une bonne ventilation dans les usines. Dans un cas bien étudié, la réduction du nombre des absents pour cause de maladie économisa 1 000 francs au patron qui n'avait dépensé que 375 francs pour améliorer les conditions d'hygiène.

M. Duffy montre la mortalité effrayante (37,3 p. 100 en deux ans) des charpentiers et menuisiers travaillant dans de mauvaises conditions.

M. Miller (de New-York) établit la même chose pour les imprimeurs de New-York, et M. Chafer (de Milwaukee) dit ce que la tuberculose fait dans la ville d'où il vient.

M. Favill (de Chicago) parle du *pouvoir légitime de la police pour la protection de la santé*. Il voudrait voir des lois assez rigoureuses. (D'ailleurs, en Amérique, on aime assez les règlements hygiéniques diastiques et même quelquefois tant soit peu excessifs.)

Même sujet traité au point de vue légal par M. Brewer, président de la Cour suprême des Etats-Unis. La législation ouvrière est très en retard aux Etats-Unis ; ce qu'il propose reste bien en deçà des lois françaises.

M. Jacobsen (de Cuba) plaide en faveur de son île où pas grand chose n'a encore été fait. M. Heiser a trouvé les mêmes difficultés dans les Philippines.

Avec M. Helm (de Berlin) nous apprenons comment travaille l'Association internationale contre la tuberculose. M. Vaughan (d'Ann Arbor) voudrait voir le Gouvernement fédéral prendre la direction du mouvement antituberculeux et en faire les frais. M. Farraud (de New-York) donne son programme pour la prévention de la tuberculose. M. Mac Lean parle du bien fait par les *bureaux de secours*. M. La Motte (de Baltimore) insiste sur l'inéducabilité de la majorité des tuberculeux avérés ; il faut des mesures plus radicales que l'éducation pour protéger la société contre ceux-là. M. Henderson (de Chicago) souligne l'insuffisance notoire de la façon dont les problèmes pécuniaires de la tuberculose sont résolus aux Etats-Unis. L'assurance industrielle est une nécessité. MM. Arloing et Courmont décrivent le dispensaire antituberculeux de Lyon. M. Ransome (de New-York) établit un rapport entre la tuberculose et le crime et voit dans les prisons un champ de travail intéressant. M. Irwin a trouvé sur 218 prostituées de Londres, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, mais en majorité alcooliques, fumeuses, opiomanes ou cocaïnomanes, 72 tuberculeuses (33 p. 100). M. Schiff veut que l'on exclue des sanatoria les tuberculeux avancés, et que l'Etat bâtisse pour ceux-ci des hôpitaux spéciaux avec véritable isolement. M. Newcomb a établi, pour compléter la cure du sanatorium, une colonie industrielle et agricole. M. Jacobs a fait le même essai.

MM. Blœde (de Baltimore) et Otis (de Boston) dissertent aussi sur les principes et les difficultés du traitement de fléau.

Que peut l'école dans la lutte antituberculeuse ? — MM. Winship (de Boston), Jacobs (de Baltimore) et Stiles (de Washington) croient qu'elle peut beaucoup et qu'il faut mettre à part du temps pour l'instruction de l'hygiène, une semaine par exemple. C'est dans les conférences publiques que M. Knopf (de New-York) a le plus de confiance. Miss Dyar (de Detroit) a fondé une association, l'Etoile Bleue, analogue comme organisation à la Croix Bleue antialcoolique. M. Heron (de Londres) dit ce qui se fait en fait d'instruction hygiénique dans les écoles d'Angleterre et d'Irlande, et M. Gulick, directeur de l'enseignement physique des écoles de la ville de New-York, relate son expérience. Enfin, M. Anders (de Philadelphie) abonde dans le même sens. Sans négliger le bacille dans l'éducation, il faut surtout insister sur la conservation des forces vitales de résistance organique.

Tel fut le labeur du Congrès de Washington. *Grosso modo*, il semble que la France se soit surtout préoccupée d'étiologie et de bactériologie, et aussi, à un moindre degré, de clinique et de thérapie ; que l'Allemagne s'est avant tout passionnée pour les sanatoria, et que les questions moins d'ensemble soient restées l'apanage de l'Amérique. De fait, à part de rares exceptions, les sections de chirurgie et de police sanitaire n'ont entendu que des communications américaines. Faut-il en conclure que l'Europe, qui a tant fait pour la lutte antituberculeuse et qui possède, pour la tuberculose chirurgicale, des hôpitaux maritimes en comparaison desquels l'Amé-

rique n'a rien à montrer, se désintéresse de la police sanitaire antituberculeuse et de la tuberculose chirurgicale? Non point; mais le Congrès avait lieu en Amérique, et l'on traverse l'Océan pour livrer combat pour une doctrine, pour un principe, tandis qu'un chirurgien occupé ne trouve pas dans la tuberculose chirurgicale l'intérêt mondial que l'étiologie et le traitement de la tuberculose offrent au médecin. Et voilà pourquoi les autochtones ont eu le terrain libre. Pour les questions de sociologie, il faut faire remarquer que les orateurs ont été en majorité des non-médecins; or, l'Amérique est le pays par excellence des travailleurs sociologues volontaires, et il y en pousse des quantités; ceux-là n'ont pas hésité à aller à Washington, tandis que combien de sociologues non-médecins d'Europe ont seulement songé à venir à un Congrès qui leur apparaissait exclusivement médical?

Au point de vue des résultats, il serait téméraire de dire que le Congrès de Washington ait amené des conversions. Les camps ennemis restent en présence; il y a le camp de l'inhalation, il y a le camp de l'ingestion, il y a le camp de l'ophtalmo-réaction et celui de la cuti-réaction, il y a celui de l'unité du bacille tuberculeux et celui de la non-pathogénicité du bacille bovin, et aucune défection n'a été signalée d'un camp à l'autre. A en juger numériquement, il semble que les partisans de l'inhalation et ceux de l'innocuité relative du bacille bovin aient eu l'avantage; et la formule la plus en faveur au Congrès semble avoir été à peu près celle-ci: *Faites plus attention aux phtisiques et moins aux vaches.* Cependant comme il vaut mieux pécher par excès de prudence que par défaut, on ne s'étonnera point de voir le Congrès, dans ses résolutions terminales, exhorter à se garder des deux. Voici d'ailleurs les résolutions, sorte de résumé pratique de l'ouvrage du Congrès: attirer l'attention des gouvernements sur la nécessité de la déclaration obligatoire; lutter contre la transmission d'homme à homme; lutter aussi contre la transmission des bovidés à l'homme; établir des hôpitaux pour tuberculeux avancés; des sanatoria pour cas curables; des dispensaires et des camps de jour et de nuit, pour ceux qui ne sont justiciables d'aucune des deux premières sortes d'institutions; amener le passage de lois pour réglementer les usines et ateliers, pour empêcher le travail prématuré des enfants et des femmes et faire bâtir des logements salubres; faire entrer l'hygiène dans le programme des écoles et faire donner cette instruction par des hommes médicaux compétents; étendre cette instruction aux écoles supérieures et aux universités; recommander l'établissement d'endroits où les enfants peuvent jouer au grand air.

Au Congrès était annexée une exposition antituberculeuse à laquelle ont participé de nombreuses nations, et reflétant pour chacune sa préoccupation principale en matière de tuberculose. L'Allemagne avait envoyé une exposition de sanatoria fort remarquable. La collection restera aux Etats-Unis.

Le prochain Congrès de la tuberculose aura lieu à Rome en 1911. F. GARDNER (de New-York).

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DES ANOREXIES FÉBRILES

Le traitement médicamenteux doit dans les anorexies fébriles viser surtout la cause même de la fièvre.

La quinine, en dehors de son action spécifique en cas d'impaludisme, constitue, par suite de son amertume, un très bon apéritif. Comme elle est également antithermique, ses indications seront donc particulièrement fréquentes. On peut, avant les repas, donner, suivant la formule de Lemoine, une cuillerée à café du sirop suivant dans un peu d'eau ou de tisane, de préférence de tisane bien chaude et amère (houblon, centaurée).

Bromhydrate ou chlorhydrate de quinine.... 1 gramme.
Sirop d'écorces d'oranges ou de quinquina... 100 —

(PLICQUE, in *Bull. méd.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1908)

De certaines taches cutanées résistant au radium et disparaissant par l'étincelle de haute fréquence. — M. FOVEAU DE COURMELLES. Les nœvi, les lupus, les cancroïdes cèdent au radium comme d'ailleurs aux étincelles de haute fréquence (Bergonié, Foveau, 1902). Dès 1898, M. Foveau de Courmelles a différencié l'action lumineuse de l'effluve, de l'action révulsive provoquant de la sérosité, le ramollissement et la chute des tissus frappés par l'étincelle de haute fréquence; aussi il a appliqué celle-ci à des taches noirâtres et jaunâtres de la peau où de longues séances de bromure de radium ($0^{cg}5$ à 1 000 000; trois heures) avaient échoué. Ces taches de mélanose et d'éphélides, criblées par des étincelles de 2 centimètres à travers l'électrode à verre bleu (cinq cas similaires) cédèrent à trois applications de cinq minutes de durée; les tissus s'irritèrent, suintèrent, se durcirent en croûtes et s'éliminèrent. Ceci est à rapprocher du xélanthélasma ainsi soigné par Bordier. Les résultats esthétiques sont parfaits, la peau est blanche et lisse comme celle du voisinage.

Election. — M. Henneguy est élu membre titulaire dans la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de M. Giard, décédé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1908)

Ictère grave infectieux par rétention avec oligurie et urémie sèche avec azotémie. Perméabilité absolue des voies biliaires. Hyperplasie des cellules hépatiques. — MM. WIDAL et ABRAMI rapportent l'observation d'un ictère grave apparu sans raison appréciable chez un jeune homme de vingt ans et terminé par la mort six jours après le début des premiers symptômes et quatre jours après l'apparition de la jaunisse.

L'ictère était très intense et pendant toute son évolution, les selles restèrent complètement décolorées. Il s'agissait donc d'un ictère par rétention et non pas d'une jaunisse du type pléiochromique que l'on observe souvent au cours des ictères graves.

L'état général, très mauvais depuis le début, était caractérisé par de la stupeur, de la céphalée, des vomissements, de l'hypothermie avec tachycardie. Le malade avait de plus des épistaxis et des hémorragies sous-cutanées. L'oligurie était très prononcée et le taux de l'urée dans le sang s'élevait au chiffre remarquablement élevé de $5^{gr}05$ par litre. Il n'y avait pas trace d'œdème. Au syndrome ictère s'ajoutait donc le syn-

drome de l'urémie sèche avec azotémie, tel que l'un d'eux l'a décrit avec M. Javal.

L'ensemencement du sang pendant la vie et celui de la bile et des viscères après la mort ont prouvé qu'une septicémie banale due à l'association du stamhylocique doré et d'un bacille d'espèce indéterminée était à l'origine de la maladie.

Bien que la rétention ait été poussée à l'extrême, les canaux intra et extra-hépatiques avaient conservé toute leur perméabilité. L'angiocholite canaliculaire faisait complètement défaut. Il ne pouvait s'agir d'angiocholite ascendante et un processus septicémique avait dû toucher les cellules hépatiques. Nos connaissances sur les origines des capillaires biliaires sont encore si imprécises qu'il est difficile de formuler une opinion sur la raison du défaut d'excrétion biliaire. Peut-être, par suite de l'hyperplasie diffuse observée sur un très grand nombre de cellules hépatiques, les capillaires biliaires se trouvaient-ils comprimés, donnant ainsi naissance à une rétention biliaire inter-cellulaire. Peut-être, la cause de la rétention siégeait-elle dans l'intimité même du protoplasma cellulaire, là où pour beaucoup d'histologistes les capillaires biliaires tirent leurs origines.

Le foie, au lieu d'être atrophié, pesait 1740 grammes, et les cellules hépatiques, loin d'être détruites, présentaient une réaction véritablement paradoxale; elles étaient en état d'hyperplasie très marquée. L'hypertrophie générale du corps cellulaire, l'hypertrophie plus prononcée du noyau, la multiplication des nucléoles et de nombreuses figures de karyokinèse s'observaient sur des coupes faites dans les régions les plus diverses du foie. Il ne s'agissait pas de simples îlots hyperplasiés comme on en a signalé au cours de l'ictère grave, à côté des lésions atrophiques et dégénératives; on était en présence d'une hyperplasie diffuse, généralisée.

Les glomérules du rein présentaient une structure normale et la seule anomalie constatée sur les tubes contournés était la présence de figures de karyokinèse dans quelques cellules épithéliales. Malgré cet état d'intégrité, la fonction rénale avait été sidérée, comme l'avait été la fonction d'excrétion biliaire.

Dans deux cas d'ictère, MM. Gilbert et Herscher ont constaté entre les troubles fonctionnels du foie et son état anatomique une discordance en sens inverse de celle que nous avons observée dans notre cas. La bile s'était pendant la vie déversée en excès dans l'intestin et cependant, à l'autopsie, les cellules hépatiques furent trouvées complètement détruites. Ils ont à ce propos émis l'hypothèse qu'avant de succomber la cellule hépatique avait dû manifester une suractivité fonctionnelle. MM. Widal et Abrami se demandent si, dans leur cas, la rapidité de l'évolution ne leur a pas permis d'assister à cette phase d'hyperhépatie relative.

Des variations du poids dans la fièvre typhoïde; influence de la rétention de l'eau pendant la fièvre. — MM. M. Garnier et G. Sébaréanu établissent que, dans la fièvre typhoïde comme dans les autres infections aiguës qu'ils ont étudiées antérieurement au même point de vue (scarlatine, pneumonie, variole), le poids passe par quatre phases successives: dans une première qui correspond à la période d'état de la maladie, le poids reste stationnaire ou même augmente légèrement; si pendant cette période il y a un fléchissement de la fièvre suivi de recrudescence, le poids descend quand la température baisse, puis reste stationnaire pendant la durée de l'élévation thermique. Au moment de la défervescence, le poids descend de même que la température. Quand le minimum est atteint, la température est à 37°, la courbe des pesées suit alors une ligne horizontale. Elle s'élève de nouveau à la reprise de l'alimentation.

Dans les cas suivis de mort, le poids baisse rapidement au moment où les symptômes s'aggravent; cette chute brusque du poids, alors que la température reste élevée, fait prévoir l'issue fatale.

Le maintien du poids pendant la fièvre doit être attribué à la rétention de l'eau, phénomène actif en rapport avec les nécessités de la lutte que l'organisme soutient contre l'infection.

Un cas de paraplégie au cours du traitement antirabique. — M. Simonin. Les accidents paralytiques au cours du traitement antirabique sont rares; généralement précoces, ils peuvent affecter des formes variables, parfois assez aiguës, mais généralement de courte durée et curables: paralysies ascendantes du type Landry, paraplégies flasques ou encore polynévrites.

Le malade que l'auteur présente, sujet très vigoureux indemne de toute tare infectieuse ou nerveuse, et en particulier de syphilis, a été atteint le cinquième jour après une morsure suspecte, le quatrième jour du traitement après la septième injection, d'une paraplégie flasque à marche subaiguë traversée par deux épisodes aigus fébriles, suivis chacun d'eux d'une aggravation accompagnée d'une double incontinence urinaire et fécale, d'une eschare sacrée, d'éruptions bulleuses au niveau des membres inférieurs, d'anaphrodisie complète, de troubles de sensibilité subjective et abjective, et enfin d'un certain degré d'atrophie musculaire. Il s'agissait d'une myélite diffuse subaiguë transverse dorso-lombaire. Les accidents durent depuis quarante mois, actuellement le malade marche mais avec beaucoup de difficultés; à l'élément paralytique est venu peu à peu se joindre un élément spasmodique léger.

La pathogénie de ce cas reste obscure, comme celle des observations publiées jusqu'à ce jour; la rapidité anormale d'apparition des accidents exclut l'idée de rage atténuée; le syndrome peut être considéré comme le fait du traitement, mais le mécanisme en est difficile à déterminer : action de la toxine contenue dans l'émulsion? substance nerveuse employée? infection secondaire? Autant d'hypothèses impossibles à vérifier.

La longue durée de la myélite, sa tendance à la chronicité contraste chez son malade avec la bénignité habituelle de la plupart des cas similaires antérieurement relatés.

Méningite à pneumocoque à caractères particuliers. — MM. Méry et Parturier présentent un cas de méningite à pneumocoque à caractères particuliers chez un enfant convalescent de diphtérie.

Les caractères cytologiques et bactériologiques de cette observation sont tout à fait identiques à ceux du cas présenté par MM. Guillemot et Ribadeau-Dumas.

La ponction lombaire donne issue à un liquide trouble contenant une énorme quantité de pneumocoques comme dans une véritable culture, et très pauvre en éléments cellulaires. L'examen du liquide sans centrifugation ne permet pour ainsi dire pas d'en apercevoir. Après centrifugation, on trouve un certain nombre de polynucléaires.

Les frottis faits avec la couenne purulente recouvrant les méninges ont montré des éléments cellulaires en quantité à peu près normale.

Il semble que la pauvreté cytologique du liquide céphalo-rachidien soit surtout due à une insuffisance de réaction de défense de l'organisme.

Ce pneumocoque a été absolument inactif sur la souris par inoculation sous-cutanée.

Paralysie générale infantile. — M. Léon Kuidberg présente une enfant que l'on peut classer parmi les cas de paralysie générale infantile. Le père était syphilitique, lui-même a présenté des accidents syphilitiques dès la naissance, de l'ichthyose à deux ans et demi et à quatre ans et demi de la paraplégie spasmodique avec demeure progressive et inégalité pupillaire.

MM. Moutard-Martin et Pierre Weil rapportent un cas d'**hémorragie méningée au cours du rhumatisme.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1908)

Traitement de la névralgie faciale. — M. Ricard, après avoir félicité M. Morestin des deux beaux résultats qu'il a obtenus dans la cure si difficile des névralgies faciales rebelles, dit qu'il approuve en entier les termes du rapport que ce dernier a publié à l'occasion du dernier congrès de chirurgie (1) et comme lui il reconnaît qu'il faut, dans ce traitement si complexe, procéder par étapes.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 113, p. 1349.

Or, l'une des premières étapes est l'injection d'alcool à 90 degrés faite *loco dolenii*, sous la muqueuse gingivale, avec la même facilité qu'une piqûre de cocaïne, M. Ricard rapporte quatre succès intéressants dont l'un sur un malade opéré il y a vingt ans par Verneuil, et réopéré deux fois depuis pour récidive.

Ces injections superficielles doivent constituer la première étape du traitement chirurgical de la névralgie faciale.

Traitement des fistules vésico-vaginales. — M. Ricard fait un rapport sur deux observations de fistule vésico-vaginale, opérées et guéries par M. Rastouil (de la Rochelle). Une de ces malades fut opérée par un procédé nouveau. A la collerette de Braquehaye, le chirurgien de la Rochelle ajouta le « dédoublement » classique. Ce procédé est bon, dit M. Ricard, mais ce ne saurait être qu'un procédé d'exception parce qu'il nécessite un vagin large et souple pour la taille de tous ces lambeaux.

En passant, M. Ricard fait remarquer que c'est l'Américain Fergusson qui, en 1893, inventa le procédé que Braquehaye publia en 1899.

Cystectomie totale pour papillomes multiples de la vessie. — M. F. Legueu analyse une observation de M. Marion concernant une femme qui avait des hématuries abondantes de caractère néoplasique. La cystoscopie montra des papillomes multiples et à l'opération ceux-ci se montrèrent en si grand nombre, l'hémorragie due aux premières manœuvres fut tellement abondante, que la cystectomie totale fut immédiatement pratiquée. Les uretères furent laissés dans la plaie.

Au bout de quelques mois, des signes de pyélonéphrite se déclarèrent des deux côtés : une double néphrotomie n'empêcha pas la malade de succomber du fait de l'altération secondaire de ses deux reins.

La cystectomie totale s'imposait ici par le nombre considérable des tumeurs et la dégénérescence presque totale de la muqueuse. L'opération est facile, mais les uretères constituent le point noir de cette opération. L'abandon dans la plaie est plus défectueux que l'abouchement dans l'intestin ; mais, dans un cas comme dans l'autre, les suites de l'opération restent incertaines et inquiétantes.

Deux observations de pyélotomie pour calculs du rein. — M. F. Legueu fait un autre rapport sur deux observations de M. Marion. Il s'agit de deux pyélotomies pour calculs uniques du rein, les malades ont guéri sans fistules.

La radiographie avait été négative, et la pyélotomie fut ici à la fois une opération d'exploration et une voie d'extraction.

Comme voie d'extraction, la pyélotomie est pour les calculs uniques et non ramifiés plus facile, plus bénigne et moins mutilante pour le rein ; elle est alors préférable à la néphrolithotomie.

Comme opération d'exploration elle est à peu près égale à la néphrotomie dans les bassinets ampullaires, mais elle lui est notablement inférieure pour les bassinets ramifiés. Le doigt ne peut suivre les ramifications de ces branches et l'exploration se réduit à une palpation du sinus. La néphrotomie, au contraire, donne un accès plus facile vers les calices éloignés. Actuellement, il est vrai, la radiographie, en nous donnant le plus souvent le nombre et la forme des calculs du rein, réduit l'opération à une simple extraction, et la pyélotomie peut ainsi reprendre à la néphrotomie des cas qui étaient hier exclusivement du domaine de cette dernière.

M. Tuffier pense qu'après la cystectomie totale, il faut, autant que possible, préférer à la néphrostomie, qui constitue une horrible infirmité, l'implantation des uretères dans l'intestin. Toutefois, il faut bien savoir que quand on fait l'implantation d'un uretère où que ce soit, on expose le malade à un grand danger ; c'est le rétrécissement consécutif de l'uretère dans l'épaisseur du trajet. Pour éviter ce danger, il faut ménager coûte que coûte l'orifice uretéro-vésical et garder une collerette de muqueuse vésicale pour l'abouchement à l'intestin. Cette précaution est facile à prendre quand il s'agit de tumeurs bénignes, comme dans le cas de M. Marion.

M. Broca a vu des malades chez lesquels on avait implanté la vessie extrophiée, mais saine, dans l'intestin. Tous ces malades sont morts de pyélo-néphrite ascendante d'origine intestinale. Aussi, quand il s'agit de tumeurs bénignes, M. Broca préférerait-il une simple cystostomie à la cystectomie totale. Peut-être y a-t-il une comparaison à établir entre les papillomes de la vessie et les papillomes du larynx chez l'enfant, pour lesquels il suffit d'une simple laryngostomie qui permet de traiter les papillomes par la cautérisation au fer rouge. M. Broca a vu traiter des papillomes de la vessie par M. Luys qui, à l'aide de son appareil, faisait des pointes de feu électriques sur les papillomes. Il arrive parfois aussi que, comme les verrues, ces papillomes disparaissent d'eux-mêmes sans qu'on sache pourquoi ni comment. La malade de M. Marion étant morte, on ne voit pas ce qu'elle aurait perdu si l'on avait tenté ce moyen beaucoup plus simple que la cystectomie totale.

M. Guinard se demande pourquoi M. Marion a attendu huit jours après la cystectomie pour implanter les uretères dans l'intestin. Pourquoi n'avoir pas fait cette réimplantation immédiate, dans la même séance. On a vu, après l'uretéro-entérostomie, des guérisons sans rétrécissements, ni sans pyélo-néphrite consécutive. M. Guinard rappelle avoir publié un cas de ce genre, il s'agissait même, dans ce cas, de la réimplantation de l'uretère dans l'intestin, chez une malade qui n'avait qu'un rein. Elle urine par son rectum et, opérée en 1900, cette malade se porte actuellement très bien.

M. Sebileau prend la parole puisque M. Broca a parlé des papillomes du larynx. Quand on fait une simple laryngo-fissure, dans ces cas, on voit toujours les papillomes récidiver après deux ou trois mois. Si on ouvre la trachée et qu'on laisse le larynx en repos, cela vaut beaucoup mieux.

M. Chaput fait observer, avec M. Guinard, que l'implantation de l'uretère dans l'intestin n'est pas toujours suivie des accidents dont a parlé M. Tuffier. Il rappelle le cas qu'il a lui-même publié il y a déjà longtemps. L'uretéro-entérostomie vaut infiniment mieux que la néphrostomie qui constitue une infirmité épouvantable.

M. Morestin, qui a assisté M. Chaput dans le cas qu'il vient de rappeler, a fait des expériences sur les chiens. Ces chiens sont presque tous morts par inflammation ascendante. Sauf de rares cas, comme ceux de MM. Chaput et Guinard, on peut dire que l'implantation des uretères dans l'intestin entraîne toujours certains dangers d'infection ascendante.

M. Morestin se demande si l'on peut être autorisé à faire la cystectomie totale pour des papillomes de la vessie.

M. Delbet rappelle avoir présenté deux malades chez lesquels il avait fait une greffe de l'uretère dans l'intestin. La question du sphincter uretéro-vésical, à laquelle a fait allusion M. Tuffier, n'empêche pas du tout l'infection ascendante. Toutefois on a exagéré les dangers consécutifs à l'implantation des uretères dans l'intestin, M. Delbet a même vu un cas dans lequel cette intervention a dû être pratiquée alors qu'il existait une pyélo-néphrite. Celle-ci a continué pendant un certain temps après l'opération, puis a fini par disparaître. Dans un cas où il a fait une double transplantation des uretères dans l'intestin, M. Delbet a pu constater, à l'autopsie de la malade, que les uretères fonctionnaient bien.

M. Beurnier a eu récemment à traiter une malade qui avait des papillomes de la vessie et des hématuries assez abondantes. Il a reculé devant la cystectomie ; il a fait venir M. Luys qui a cautérisé ces papillomes avec le galvano-cautère. Cette malade va très bien.

M. Legueu répond à M. Broca qu'il n'y a pas de comparaison à établir entre les papillomes de la vessie et ceux du larynx. Contre les papillomes de la vessie, il n'y a rien à faire ; ils reviennent sans cesse et il ne faut pas oublier qu'ils donnent lieu à des hémorragies redoutables. Il y a des cas, comme celui de M. Marion, où il faut intervenir sous peine de voir la malade mourir d'hémorragie. La cystectomie totale reste, dans ces cas, la seule ressource. Toutefois, c'est là un pis aller, car l'implantation de l'uretère ou des uretères dans l'intestin peut entraîner les plus graves conséquences. Sauf dans quelques cas, comme ceux de MM. Chaput, Guinard et Delbet, l'uretéro-entérostomie est le plus souvent pleine de dangers.

Résection complète de l'ethmoïde pour une tumeur maligne des fosses nasales avec compression des nerfs optiques. Guérison avec retour de la vue. — M. Chaput. Le malade, âgé de quarante ans, a eu, il y a quatre ans, un coryza rebelle. Quelques mois après, on constata la présence de végétations dans les fosses navales qui furent l'objet d'ablations partielles et répétées par le docteur Baratoux en 1906.

En janvier 1908, M. Morax constata un œdème double des deux pupilles avec cécité presque complète de l'œil gauche, et exophtalmie double. Le nez est déformé.

Le 10 mars 1908, M. Chaput encadre le nez par une incision ouverte en haut. Le nez est relevé après section des os propres.

Il fait un évidement complet des fosses nasales, des tissus maxillaires frontaux et sphénoïdaux.

L'ethmoïde est réséqué si complètement que la dure-mère prolabe sur toute l'étendue de l'échancrure ethmoïdale de l'os frontal. Bourrage à l'ectogan.

Au bout de dix jours le malade est pris d'attaques épileptiformes avec délire violent qui nécessitent son transfert à Sainte-Anne.

Ces accidents se calment en quelques semaines et en mai on constate que l'exophtalmie a disparu ainsi que la névrite œdémateuse et la vision est redevenue satisfaisante. Pas de traces de récidive.

En novembre 1908, l'état est aussi satisfaisant. La névrite œdémateuse rendait probable, mais non certaine, la présence d'une tumeur intra-crânienne, M. Chaput a bien fait de ne pas se laisser arrêter par ce symptôme.

Le rabattement du nez en haut qu'il a employé lui paraît préférable au rabattement en bas car il permet un meilleur accès vers les sinus frontaux. La disparition de la névrite optique mérite d'être signalée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1908)

Imprégnation du spirochæte pallida dans les frottis sur lames au moyen de la Largin (albuminate d'argent). — MM. P. Ravaut et A. Ponselle. Après avoir essayé de nombreux sels d'argent pour imprégner dans les frottis sur lames le spirochète de la syphilis, les auteurs se sont arrêtés à l'emploi de la Largin. Après fixation, ils immergent pendant deux heures à l'étuve à 55 degrés, les lames dans une solution fraîche de Largin à 2 p. 100, puis réduisent dans l'acide pyrogallique à 5 p. 100. Ils recommencent la même opération pendant une demi-heure et au bout de ce temps les spirochètes sont suffisamment imprégnés. Ils apparaissent en brun foncé ou en noir si l'on répète plusieurs fois l'imprégnation, puis la réduction. Il n'y a aucun précipité si les lames sont rigoureusement propres. Grâce à cette méthode rapide on peut imprégner d'autres microbes et les éléments cellulaires du sang ou des tissus.

Structure métatypique de la corticale des surrénales. Unité de la cellule corticale. — M. A. Sézary montre que, dans certaines maladies chroniques, en dehors de l'hyper et de l'hypoépinéphrie, on peut rencontrer des remaniements de la structure de la corticale des surrénales, conditionnés par des lésions parcellaires ou partielles et par la suppléance fonctionnelle des régions demeurées saines. Les diverses zones peuvent être interverties. D'autres fois, un seul des types cellulaires, quel qu'il soit, peut constituer toute la corticale. Ces faits prouvent l'unité de la cellule corticale, mais cette dernière, normalement comme pathologiquement, évolue selon les excitations auxquelles elle est soumise et sa capacité de réaction. Ce n'est donc pas la structure de la cellule corticale qui fait sa fonction, mais c'est la fonction qui commande l'état de la cellule, lorsqu'elle est capable de réaction.

De l'existence en France, à l'état endémique, d'une entérite à anguillule intestinale. — MM. Weinberg, Léger et Romanovitch. 1° Le strongyloïde intestinal existe en France dans toutes les régions minières. Il parasite surtout les ouvriers de fond travaillant dans les mines infestées par l'ankylostomiase. Il est très rare chez les ouvriers qui travaillent sur le carreau de la mine et chez les habitants non mineurs des régions houillères. 2° L'anguillule intestinale détermine fréquemment une irritation du canal intestinal se traduisant par des crises diarrhéiques.

L'échinococcose primitive expérimentale du lapin. — M. Dévé. Chez l'écureuil, les kystes hydatiques consécutifs à l'ingestion de sables hydatiques se localisent presque exclusivement dans le poumon. Chez le lapin, c'est le rein qui constitue la localisation élective des kystes hydatiques. Les inoculations sous-cutanées donnent naissance à des kystes exactement circonscrits au point d'inoculation.

Coloration vitale des globulins par le rouge neutre. — MM. Achard et Aynaud, en traitant le sang d'âne par le rouge neutre, ont coloré dans les globulins vivants des grains au nombre de deux ou trois. Les globulins altérés n'en présentent pas. Ces grains sont semblables aux vacuoles, également colorables par le rouge neutre, de certains leucocytes et certaines cellules des séreuses. Leur présence paraît indiquer que le globulin vivant est capable d'absorber.

Ces auteurs n'ont pu colorer les globulins vivants par le bleu de méthylène, ni par une série d'autres couleurs, qui n'ont d'autre effet que d'altérer ces éléments.

L'activité psychique chez les neurasthéniques. — M. René Laufer a eu l'idée d'examiner les résultats de cette activité psychique comparativement avec ceux que donne un travail intellectuel, déterminé et connu d'avance. C'est ainsi qu'il a étudié les réactions nerveuses (temps de réaction psychique, sensibilité tactile, épreuves de mesure de l'attention et de la mémoire), entre neuf heures et onze heures du matin, chez des neurasthéniques sténographes et dactylographes en les laissant livrés à eux-mêmes ou en leur faisant exécuter un travail d'une heure de sténographie ou de dactylographie. Chez le professionnel normal, ce travail « extérieur » détermine déjà une fatigue mesurable, et chez le neurasthénique il demande un effort marqué. Or, malgré l'apparence, les réactions du neurasthénique livré à ses préoccupations montrent toutes une plus grande fatigue que quand il accomplit son travail extérieur cependant très absorbant.

Pour se rendre compte de l'importance de ce travail « interne », psychique, M. Laufer a étudié les réactions chez des sujets normaux, mais ayant, par suite d'affaires commerciales, des préoccupations particulières à certaines dates fixes. Comparativement avec d'autres dates et sans qu'ils aient donné plus de travail extérieur, il a constaté chez eux un retard très marqué du temps de réaction et un espacement du seuil de la sensibilité au compas.

Il s'accomplit donc, chez les neurasthéniques, un travail psychique considérable qu'ils constatent d'ailleurs eux-mêmes quand ils disent que leur cerveau est toujours « en travail, en état de tension, en contraction ». Leur fatigue est en grande partie le fait d'une trop grande dépense de force psychique. Fondamentalement, les neurasthéniques sont des neurhypersthéniques.

Spirochètes et irido-cyclite (communication faite à la Réunion biologique de Bordeaux du 10 novembre). — MM. J. Sabrazès et R. Dupérié. Un fœtus, né avant terme (à six mois), est infiltré de spirochètes de Schaudinn dans presque tous ses organes (imprégnés à l'argent), mais avec culture plus intensive dans certains d'entre eux : foie, poumons, rate, amygdales.

L'œil atrophié, atteint d'une irido-cyclite avec exsudat purulent dans la chambre antérieure, contient surtout des spirochètes dans la choroïde (chorio-papillaire), dans le corps ciliaire, et dans des segments d'iris tandis que la cornée est indemne.

Curieux exemple encore sans précédent rigoureusement établi d'irido-cyclite fœtale due à un développement plus marqué des germes dans les points lésés au maximum.

A noter l'excellence des préparations vingt-quatre heures après la mort et la déformation, ainsi que l'état granuleux des spirochètes, six mois après dans d'autres segments des mêmes organes fixées par le formol et conservées dans l'alcool, d'où la nécessité de bonnes et précoces fixations pour ces examens.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 NOVEMBRE 1908

THÈSES

Mercredi 25 novembre 1908, à une heure. — M. Le Cointe. Contribution à l'étude de la dystocie par brides et cloisonnements vaginaux d'origine congénitale (MM. Pinard, président; Blanchard, Macaigne et Couvelaire.) — M. Monnot. La réduction des liquides dans l'asystolie. (MM. Pinard, président; Blanchard, Macaigne et Couvelaire.) — M. Picy. Diagnostic clinique et bactériologique du choléra. Sa prophylaxie. (MM. Blanchard, président; Pinard, Macaigne et Couvelaire.) — M. Soalhat. Les idées de Maistre Alebrand de Florence sur la puériculture. (MM. Blanchard, président; Pinard, Macaigne et Couvelaire.) — M. Alexandre. Etudes statistiques sur la mortalité dans la syphilis. (MM. Gaucher, président; Widal, Richaud et Lœper.) — M. Jean. Laryngite phlegmoneuse primitive; forme bactérienne. Une forme à entérocoque. (MM. Gaucher, président; Widal, Richaud et Lœper.) — M. Charcellay. Les baumes et onguents en dermatologie. (MM. Gaucher, président; Widal, Richaud et Lœper.) — M. Charbonneau. Les différentes formes de sporotricoses et leur diagnostic clinique. (MM. Gaucher, président; Widal, Richaud et Lœper.) — M. Mosqueron. Contribution à l'étude du traitement des abcès aigus du sein. L'incision thoraco-mammaire. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Lecène.) — M. Solau. L'intervention immédiate et la technique opératoire dans les coups de feu de l'oreille. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Lecène.) — M. Brianceau. De la diversité des indications de la méthode de Bier. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Lecène.) — M. Sédillot. Contribution à l'étude des cotes cervicales. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Lecène.)

Jeudi 26 novembre, à une heure. — M. Corret. Utilité et possibilité de l'adoption d'une langue internationale auxiliaire en médecine. (MM. Bouchard, président; Dieulafoy, Chantemesse et Balthazard.) — M. Cagninacci. Contribution à l'épidémiologie de la fièvre typhoïde. Du rôle des bacillifères éberthiens dans la propagation de cette maladie. (MM. Dieulafoy, président; Bouchard, Chantemesse et Balthazard.) — M. Lenormand. Contagion de la fièvre typhoïde par les porteurs de bacille d'Eberth.(MM. Chantemesse, président; Bouchard, Dieulafoy et Balthazard.) — M. Paintaud. Contribution à l'étiologie de la fièvre jaune (épidémie de Saint-Nazaire 1908). (MM. Chantemesse, président; Bouchard, Dieulafoy et Balthazard.) — M. Hartmann. L'état de la pupille dans le syndrome de Basedow. (MM. Debove, président; Hallopeau, Jeanselme et Castaigne.) — M. Boulongne. L'érythrose faciale d'origine gastrique. (MM. Debove, président; Hallopeau, Jeanselme et Castaigne.) — M. Potelet. Du syndrome méningé dans l'insolation. (MM. Debove, président; Hallopeau, Jeanselme et Castaigne.) — M. Lasnier. L'ulcère simple chronique de Cruveilhier chez l'enfant. (MM. Debove, président; Hallopeau, Jeanselme et Castaigne.) — M. Lemuet. De la différence de volume des deux seins chez la femme à l'état physiologique. (MM. Pouchet, président; Thoinot, Gley et Desgrez.) — M. Lemarignier. De l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile. (MM. Pouchet, président; Thoinot, Gley et Desgrez.) — M. Lavaud de Lalaurencie. Contribution à l'étude des laits modifiés dans leur composition physique, chimique ou moléculaire. (MM. Pouchet, président; Thoinot, Gley et Degrez.) — M. Colard. De la nécessité des obitoires. (MM. Thoinot, président; Pouchet, Gley et Desgrez.) — M. Faucher. Etude sur la période terminale de la paralysie générale sur la mort des paralytiques généraux. (MM. Raymond, président; Hutinel, Claude et Nobécourt.) — M. Capot de Quissac. De la stomatite aphteuse. (MM. Hutinel, président; Raymond, Claude et Nobécourt.) — M. Gasselin. Les cantines scolaires. (MM. Hutinel, président; Raymond, Claude et Nobécourt.) — M. Robin. Du rôle des lésions rénales dans la pathogénie de la mort des bossus. (MM. Hutinel, président; Raymond, Claude et Nobécourt.) — M. Gérard. La forme de l'uretère chez le fœtus et le nouveau-né. (MM. Pozzi, président; Albarran, Quénu et Marion.) — M. Davesne. Des massages de prostates. (MM. Albarran, président; Pozzi, Quénu et Marion.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 133. — JEUDI 19 NOVEMBRE 1908. 81e ANNEE. JEUDI 19 NOVEMBRE 1908. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.*— Séance du 16 novembre 1908.— Question donnée : « Brûlures. »

MM. Rouffiac et Dombrowski, 11; Richon, 16; Fournier (Lucien) et Schmitz, 13; Gresset, 16; Ruelle, 12; Mlles Pouzin, 17; Solovieff, 11; MM. Quantin, 8; Grisoni, 9; Queyroi, 15; Mlles Sempé, 13; Schapiro, 14; MM. Lebouc, 13; Broca, 10; Salomon, 13; Salvarelli, 8.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'enseignement de l'anatomie. — La Faculté de médecine communique la note suivante :

« Se rendant à l'invitation que leur avait adressée le doyen de la Faculté de médecine, les étudiants de première et de deuxième année lui ont envoyé une délégation chargée de lui présenter l'expression de leurs desiderata.

Le doyen a reçu, dans l'après-midi de samedi, les délégués qui lui ont laissé écrites, au nombre de quatre, leurs réclamations :

1° Un sujet pour cinq élèves;

2° Réouverture de Clamart;

3° Pas de mélange dans les pavillons des élèves de première et de deuxième année;

4° Rétablissement de l'enseignement de l'ostéologie tel qu'il était fait antérieurement, avec examen à la fin du cours.

La commission chargée, conformément aux dispositions de l'article 16 de l'arrêté du 30 novembre 1878, de veiller au fonctionnement de l'enseignement de l'anatomie pratique, commission composée du professeur d'anatomie, M. Nicolas, du professeur de médecine opératoire, M. Quénu, du professeur d'anatomie pathologique, M. Pierre Marie, réunie sous la présidence du doyen pour examiner ces desiderata, est d'avis :

1° Que dès maintenant, en exécution des conventions (1895) de la Faculté avec l'administration de l'Assistance publique, un certain nombre d'étudiants soient désignés pour disséquer à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (Clamart);

2° Par suite de cette mesure, les tables se trouvant dégagées à l'école pratique, il devient possible de ramener aux chiffres antérieurs le nombre des étudiants appelés à disséquer autour de chaque table;

3° et 4° En ce qui concerne la répartition des pavillons entre les élèves de première et de deuxième année, et les conférences d'ostéologie, la commission est d'avis que ce sont là des questions qui relèvent directement du professeur d'anatomie.

Le doyen a adopté cet avis. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Mirallié, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'Ecole de Nantes, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1908, professeur de pathologie interne à ladite école.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie de Paris aura lieu le jeudi 19 novembre, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Trumet de Fontarce (de Bar-sur-Seine).

HOPITAL TENON. — M. le docteur Fernand Bezançon, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, commencera le jeudi 19 novembre, à dix heures et demie, une série de leçons sur les formes cliniques de la *tuberculose pulmonaire*, et les continuera les mardis suivants, à la même heure (amphithéâtre des cours).

Programme des 20 leçons. — 1. Tuberculose pulmonaire latente. — 2. Le début de la tuberculose pulmonaire. — 3. Classification de la tuberculose pulmonaire en forme et en degrés. — 4. Le thorax des tuberculeux. — 5. Les hémoptysies des tuberculeux. — 6. La fièvre des tuberculeux. — 7. La période menstruelle chez les tuberculeuses. — 8. Le sang des tuberculeux. — 9. L'appareil cardio-vasculaire chez les tuberculeux. — 10. Le tube digestif chez les tuberculeux. — 11. Le rein des tuberculeux. — 12. Le doigt hippocratique. — 13. Les variétés de la forme commune de la phtisie pulmonaire. — 14. Tuberculose pulmonaire atténuée. — 15. Tuberculose floride. — 16. Tuberculose fibreuse. — 17. Emphysème et tuberculose. — 18. Pneumonie caséeuse et spléno-pneumonie. — 19. La tuberculose pleuro-pulmonaire. — 20. La phtisie galopante.

RENSEIGNEMENTS

SYNDROME DE COAGULATION MASSIVE

AU COURS D'UNE MÉNINGITE

ACTION NOCIVE D'UNE INJECTION SOUS-ARACHNOIDIENNE DE COLLARGOL

Par MM. G. FROIN et G. FOY.

La réaction anatomique constatée, au cours des méningites, dans le liquide céphalo-rachidien, se traduit avant tout par une réaction cellulaire. Quelle que soit la nature de la méningite, le liquide céphalo-rachidien présente d'habitude une proportion notable de leucocytes : polynucléaires, mononucléaires et lymphocytes. Les autres réactions habituelles de l'inflammation y sont généralement atténuées : les globules rouges, la substance colorante du sérum sanguin, la fibrine, l'albumine, etc., sont peu abondantes.

Dans des cas exceptionnels, le contenu du liquide céphalo-rachidien en fibrine, au cours des inflammations méningées, peut être considérable et donner lieu à un syndrome de coagulation massive, de xantochromie et d'hématolymphocytose (Sicard et Descomps). Plusieurs observations dues à Lépine (1), G. Froin (2), Babinski (3), Cestan et Ravaut (4), Donath (5), Fornaca Luigi (6), J.-A. Sicard et Descomps (7), ont bien mis en évidence cette inflammation méningée fibrineuse. Mais dans tous les faits rapportés par ces auteurs, il s'agit en général d'une grosse réaction fibrineuse constatée à la première ponction lombaire et qui disparaît ou s'atténue rapidement dans les jours suivants.

Nous avons pu observer, dans des conditions différentes, un nouveau cas de méningite fibrineuse. Il s'agit d'une méningite survenue quelque temps après une rachistovaïnisation, caractérisée pendant plusieurs jours par une réaction leucocytaire et devenue à un moment donné très fibrineuse. Enfin, l'intérêt de cette observation réside également dans le fait qu'une injection sous-arachnoïdienne de collargol, pratiquée au moment où s'est produite cette grosse réaction fibrineuse, a été suivie des troubles les plus graves.

Voici l'observation que nous avons pu recueillir dans le service de notre maître M. Sicard, suppléant M. Toupet.

Un garçon de magasin, âgé de trente-huit ans, est opéré le 16 septembre 1907, pour une hydrocèle vaginale. On fait une rachistovaïnisation : l'anesthésie et l'opération ne donnent lieu à aucun incident.

Dans les jours suivants l'évolution de la plaie est normale et la cicatrisation se fait rapidement. La température reste à 37 degrés jusqu'au 27 septembre, jour où l'on enlève les fils de suture cutanée.

Le 27 septembre, le malade est pris d'une céphalée tenace, avec vomissements et constipation. La céphalée, à localisation temporale prédominante, s'accompagne d'une rachialgie intense. Les douleurs lombaires irradient dans les deux membres inférieurs. Le ventre est rétracté, dur et le malade prend volontiers la position en chien de fusil. La température : 37°8 le matin et 39°1 le soir.

On ne trouve rien dans les antécédents personnels et héréditaires du malade pouvant avoir un rapport quelconque avec les accidents méningés qu'il présente. Il n'est ni tuberculeux, ni syphilitique. Il n'a pas de blennorragie. Il ne souffre pas d'une affection auriculaire.

Le 29 septembre, il est assez abattu, sans toutefois présenter de la prostration. Le facies est coloré, surtout au niveau des pommettes. Il est couché en chien de fusil, évite tout mouvement et cherche avant tout à immobiliser sa tête et sa colonne vertébrale. La raideur de la nuque est très marquée et il est impossible de mobiliser la tête sur le tronc. Quand on fait asseoir le malade, la raideur est encore plus manifeste et l'on constate un signe de Kernig très marqué.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés. Le gros orteil réagit en flexion. Il y a de la photophobie et la pression sur les globes oculaires est douloureuse. Il n'y a pas d'inégalité pupillaire; les réflexes lumineux et accommodateur sont normaux.

Avec la rachialgie le malade souffre d'une céphalée bitemporale. On note un peu d'hyperesthésie cutanée, de rougeur de la face, une raie méningitique très nette.

Au point de vue intellectuel, le malade ne présente aucun trouble : il est conscient et n'a jamais eu de délire.

Il n'y a pas de paralysie des membres ni signe de Babinski, pas de trouble des sphincters.

Les battements cardiaques sont réguliers; le pouls : 60 par minute. La tension artérielle est de 15 à 16.

Les urines sont limpides, leur quantité : 1 litre. Elles sont légèrement albumineuses. Il n'y a pas de glycosurie.

La température qui, le matin, était tombée à 37 degrés, remonte le soir à 39 degrés.

Le 1er octobre, les signes cliniques sont les mêmes ; seuls, les vomissements ont cessé. La température : 37°6 le matin et 38°8 le soir.

Une ponction lombaire atténue la céphalée du malade.

Le 2 octobre, la céphalée a presque entièrement disparu ; seule, la rachialgie persiste. La température s'abaisse à 37 degrés le matin et 36°8 le soir.

Le 3 octobre, la céphalée a disparu, mais la rachialgie et le signe de Kernig persistent. La température : 37°5. On pratique une ponction lombaire.

Le 4 et le 5 octobre, la céphalée réapparaît, aussi violente que dans les premiers jours de la maladie. La température remonte à 37°8, puis à 38°8. On pratique une troisième ponction lombaire.

Le 6 octobre, la température est tombée à 37 degrés. On fait néanmoins une injection intraveineuse de 5 centimètres cubes de collargol à 1 p. 100. La température s'élève à 38 degrés.

Le 7 octobre, amélioration manifeste. La céphalée est de nouveau très atténuée, mais la rachialgie persiste toujours aussi intense et s'accompagne de douleurs diffuses dans les membres inférieurs.

Du 7 au 12 octobre, le malade se sent mieux et mange avec appétit. La température reste à 37 degrés et au-dessous. Mais la rachialgie et le signe de Kernig persistent. Le pouls : 60.

Le 12 et le 13 octobre, le malade éprouve une sensation de malaise, le pouls monte à 72, la température à 37°4.

Le 14 octobre, la céphalée réapparaît, en même temps que la température remonte à 38°6. Le pouls bat à 76. Nouvelle ponction lombaire.

Le 15 et le 16 octobre, la céphalée persiste. Le malade a perdu l'appétit et la constipation existe de nouveau. Température : 38°2.

Le 17, ponction lombaire. Température : 37 degrés.

Le 18, la céphalée est moins vive, mais persiste toujours et empêche le malade de dormir. Le pouls : 80, la température : 38°3.

Les 19, 20, 21 octobre, la rachialgie est très forte et les douleurs dans les membres inférieurs s'exagèrent. Le malade se plaint de crampes très douloureuses dans les mollets. Les réflexes tendineux sont exagérés, le signe de Babinski en flexion.

Le 22 octobre, la céphalée reprend plus violente que jamais et la température monte à 39 degrés. Le pouls : 100.

L'examen auriculaire pratiqué par M. Guisez ne montre aucune lésion de l'oreille moyenne.

A quatre heures de l'après-midi, on injecte dans le canal rachidien 5 centimètres cubes d'une solution de collargol à 1 p. 100. Le liquide que l'on retire avant l'injection est très jaune, très fibrineux et ne tarde pas à se coaguler en masse.

Le 23 octobre, la céphalée plus violente a empêché le malade de dormir. La raideur de la nuque est plus marquée et les douleurs dans les lombes et les membres inférieurs sont plus violentes. La constipation a réapparu. Le pouls : 100. La température s'élève à 39°5. Une ponction lombaire donne issue à un liquide noirâtre et purulent.

Le 25 octobre, le malade est plongé dans un état de torpeur tel, qu'il répond mal aux questions qu'on lui pose. Il a déliré légèrement dans la nuit.

Pour la première fois, il présente des troubles sphinctériens caractérisés par de l'incontinence de l'urine et des matières. La rachialgie est très forte.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs, qui jusque-là étaient exagérés, sont complètement abolis.

Le pouls : 140. La température : 38°3 le matin et 39 le soir.

Le 25 octobre, délire à peu près continu avec carphologie. La torpeur s'accentue. Le ventre est dur et ballonné. Il y a de la rétention d'urine nécessitant l'évacuation de la vessie.

Pouls : 140 par minute. La température : 37°6.

Le 26 octobre, le facies du malade est très modifié. Les traits sont tirés et les yeux excavés ; les extrémités sont refroidies et cyanosées. Le malade est plongé dans le demi-coma et présente du tremblement, de la carphologie.

Le signe de Kernig est très marqué ainsi que la raideur de la colonne vertébrale. Les réflexes tendineux sont abolis.

Il n'y a pas de vomissements, ni troubles de la respiration. Les pupilles sont égales. La rétention d'urine persiste.

Le pouls est filiforme, incomptable. La température : 37°8.

Le malade, dans un état très grave, est emporté par sa famille dans l'après-midi.

PONCTIONS LOMBAIRES ET EXAMENS DE SANG

Le 1er octobre. — Cinquième jour.
Ponction lombaire.
Ecoulement en gouttes rapides.
Quantité : 15 centimètres cubes.
Liquide trouble ; incolore et limpide après centrifugation.
Fibrine : Petit coagulum à apparition tardive.

Numération : Globules rouges (par mill. cube) 0
— Eléments blancs — 3640

Pourcentage.		Quantité par millimètre cube.	
Polynucléaires	76,36	Polynucléaires	2779
Cellules uninucléées ...	3,17	Cellules uninucléées ...	115
Lymphocytes	20,46	Lymphocytes	744

Le 3 octobre. — Septième jour.
Ponction lombaire.
Ecoulement : Gouttes rapides.
Quantité : 18 centimètres cubes.
Liquide moins trouble ; limpide et incolore après centrifugation.
Fibrine : Coagulum assez volumineux, apparu quinze minutes après la ponction.

Numération : Globules rouges (par mill. cube) 0
— Eléments blancs — 1460

Pourcentage.		Quantité par millimètre cube.	
Polynucléaires	79,69	Polynucléaires	1163
Cellules uninucléées ...	1,91	Cellules uninucléées	278
Lymphocytes	18,39	Lymphocytes	268

Le 5 octobre. — Neuvième jour.
Ponction lombaire.
Ecoulement en jet puis en gouttes rapides.
Quantité : 15 centimètres cubes.
Liquide trouble et légèrement jaunâtre ; limpide après centrifugation.

Numération : Globules rouges (par mill. cube) 66
— Eléments blancs — 8460

Pourcentage.		Quantité par millimètre cube.	
Polynucléaires	88,75	Polynucléaires	7508
Cellules uninucléées ...	6,58	Cellules uninucléées	556
Lymphocytes	4,65	Lymphocytes	393

Examen de sang :

Numération : Globules rouges 5475000
— Globules blancs 14100
Pourcentage : Polynucléaires 80
— Mononucléaires 18
— Lymphocytes 1,60
— Mastzellen 0,40

Le 6 octobre. — Dixième jour.
Injection intraveineuse de 5 centimètres cubes d'une solution de collarg. 1 à 1 p. 100.
Examen du sang avant l'injection :

Numération : Globules rouges 3550000
— Globules blancs 10800
Pourcentage : Polynucléaires 69,76
— Mononucléaires 17,19
— Lymphocytes 11,15
— Eosinophiles 1,35
— Mastzellen 1,25

Examen du sang, six heures après l'injection :

Numération : Globules rouges 4690000
— Globules blancs 21600
Pourcentage : Polynucléaires 77,87
— Mononucléaires 16,53
— Lymphocytes 3,14
— Eosinophiles 1,57

Le 7 octobre. — Onzième jour. Ponction lombaire.
Ecoulement en gouttes rapides.
Quantité : 20 centimètres cubes.
Liquide trouble ; après centrifugation, limpide et incolore.

Numération : Leucocytes 2400
— Globules rouges 0

Pourcentage.		Quantité par millimètre cube.	
Polynucléaires	86,77	Polynucléaires	2082
Cellules uninucléées ...	5,83	Cellules uninucléées	139
Lymphocytes	7,39	Lymphocytes	177

Examen de sang :

Numération : Globules rouges 5700000
— Globules blancs 15300
Pourcentage : Polynucléaires 68,37
— Mononucléaires 27,77
— Lymphocytes 0,42
— Eosinophiles 0,85
— Mastzellen 2,56

Le 14 octobre. — Dix-huitième jour. Ponction lombaire.
Ecoulement en jet, puis en gouttes rapides.
Quantité : 18 centimètres cubes.
Liquide trouble ; limpide après centrifugation.
Fibrine : coagulum assez volumineux.

Numération : Leucocytes 6250
— Globules rouges 0

Pourcentage.		Quantité par millimètre cube.	
Polynucléaires	93	Polynucléaires	5812
Cellules uninucléées ...	4	Cellules uninucléées	250
Lymphocytes	3	Lymphocytes	187

Examen de sang :

Numération : Globules rouges 5210000
— Globules blancs 16800
Pourcentage : Polynucléaires 82,29
— Mononucléaires 16,31
— Lymphocytes 0,34
— Eosinophiles 1,04

Le 15 octobre. — Dix-neuvième jour.
Examen de sang :

Numération : Globules rouges 4530000
— Globules blancs 12900
Pourcentage : Polynucléaires 81,93
— Mononucléaires 14,09
— Lymphocytes 1,76
— Eosinophiles 1,32
— Mastzellen 0,88

Le 16 octobre. — Vingtième jour.
Examen de sang :

Numération : Globules rouges 5655000
— Globules blancs 21600
Pourcentage : Polynucléaires 80,45
— Mononucléaires 17,62
— Lymphocytes 1,14
— Eosinophiles 0,38
— Mastzellen 0,38

Le 17 octobre. — Vingt et unième jour.
Ponction lombaire.
Ecoulement en jet puis en gouttes très rapides.
Quantité : 25 centimètres cubes.
Liquide trouble ; limpide et incolore après centrifugation.

Numération : Globules rouges 0
— Eléments blancs 4233

Pourcentage.		Quantité par millimètre cube.	
Polynucléaires	84,63	Polynucléaires	3582
Eléments uninucléés ...	7,82	Eléments uninucléés	330
Lymphocytes	7,53	Lymphocytes	318

Examen de sang :

Numération : Globules rouges 5580000
— Globules blancs 18900
Pourcentage : Polynucléaires 69,39
— Mononucléaires 26,77
— Lymphocytes 2,18
— Eosinophiles 1,09
— Mastzellen 0,54

Le 18 octobre. — Vingt-deuxième jour.
Examen de sang :

Numération : Globules rouges............... 5 835 000
— Globules blancs................ 22 200
Pourcentage : Polynucléaires............... 83,68
— Mononucléaires............. 15,06
— Lymphocytes............... 0,41
— Eosinophiles............... 0,83

Le 19 octobre. — Vingt-troisième jour.

Examen de sang :

Numération : Globules rouges............... 4 959 500
— Globules blancs............... 25 200
Pourcentage : Polynucléaires............... 90
— Mononucléaires............... 9,48
— Mastzellen............... 0,47

Le 21 octobre. — Vingt-cinquième jour.

Examen de sang :

Numération : Globules rouges............... 4 230 000
— Globules blancs............... 12 900
Pourcentage : Polynucléaires............... 86,07
— Mononucléaires............... 12,71
— Mastzellen............... 0,57

Le 22 octobre. — Vingt-sixième jour.

Ponction lombaire.

Ecoulement en gouttes lentes.

Quantité : 15 centimètres cubes.

Liquide jaune verdâtre. Après quinze minutes environ, il se coagule en masse : le coagulum fibrineux compact ne se rétracte pas.

Albumine très abondante, décelée par la coagulation à la chaleur.

Le liquide hémolyse rapidement des globules de lapin ; chauffé à 56 degrés, il n'hémolyse plus. Il contient donc de l'alexine.

Pour 4gr,06 d'eau on trouve 0gr,365 de résidu sec.

Le sérum sanguin du malade est bien moins jaune que le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier présente une réaction de Gmelin très nette qui n'existe pas dans le sérum sanguin.

Injection de 5 centimètres cubes de collargol à 1 p. 100 sous l'arachnoïde.

Numération : Globules rouges............... 2 300
la plupart épineux.
— Eléments blancs............... 1 480

Assez nombreux hématomacrophages. Un épais réticulum fibrineux se constitue rapidement dans la chambre de l'hématimètre.

Pourcentage.		Quantité par millimètre cube.	
Polynucléaires	71,61	Polynucléaires	1 059
Eléments uninucléés	19,06	Eléments uninucléés	282
Lymphocytes	9,32	Lymphocytes	137

Examen de sang :

Coagulation. — Coagulation en neuf minutes sur lames de verre (procédé de Milian). Abondant réticulum à formation rapide dans la chambre humide.

Numération : Globules rouges............... 4 560 000
— Globules blancs............... 17 100
Pourcentage : Polynucléaires............... 84,34
— Mononucléaires............... 13,85
— Lymphocytes............... 1,20
— Mastzellen............... 0,60

Le 23 octobre. — Vingt-septième jour.

Ponction lombaire, vingt heures après l'injection sous-arachnoïdienne de collargol.

Ecoulement en gouttes très lentes.

Quantité : 5 centimètres cubes.

Liquide épais, noir jaunâtre, donnant un énorme culot par centrifugation.

Absence complète de coagulum fibrineux.

Numération : Globules rouges et ombres globulaires............... 40 000
— Eléments blancs............... 494 000

Nombreuses particules de collargol intra et extraleucocytaires.

Examen de sang :

Numération : Globules rouges............... 4 995 000
— Globules blancs............... 24 900
Pourcentage : Polynucléaires............... 92,16
— Mononucléaires............... 7,37
— Lymphocytes............... 0,46

Le 24 octobre. — Vingt-huitième jour.

Examen de sang :

Numération : Globules rouges............... 4 779 900
— Globules blancs............... 20 700
Pourcentage : Polynucléaires............... 90,09
— Mononucléaires............... 9,45
— Lymphocytes............... 0,45

Le 25 octobre. — Vingt-neuvième jour.

Ponction lombaire : cinquième espace.

Ecoulement en gouttes très lentes.

Quantité : 3 centimètres cubes.

Liquide épais, noirâtre.

Pas de fibrine.

Seconde ponction dans le quatrième espace. Elle est négative, même avec aspiration (hémorragie provoquée).

Numération : Globules rouges............... 4 166
— Globules blancs............... 226 000

Beaucoup de leucocytes présentent des inclusions de collargol.

Examen de sang :

Numération : Globules rouges............... 5 805 000
— Globules blancs............... 10 200
Pourcentage : Polynucléaires............... 87,29
— Mononucléaires............... 12,22
— Lymphocytes............... 0,43

Le 26 octobre. — Trentième jour.

Examen de sang :

Numération : Globules rouges............... 5 145 000
— Globules blancs............... 18 300
Pourcentage : Polynucléaires............... 67,79
— Mononucléaires............... 29,93
— Lymphocytes............... 2,25

En résumé, douze jours après une rachistovaïnisation, le malade est pris des symptômes typiques d'une méningite cérébro-spinale : céphalée, rachialgie, signe de Kernig, fièvre, etc. La ponction lombaire donne issue à un liquide céphalo-rachidien trouble : il existe une réaction à polynucléaires, mais aucun microbe n'est décelable sur lames. Ce liquide ensemencé dans des tubes de bouillon reste stérile. Après plusieurs rémissions et reprises des symptômes, on trouve, au moment d'une nouvelle poussée de méningite, le vingt-sixième jour de la maladie, une transformation complète du liquide céphalo-rachidien : il est devenu jaune verdâtre, et il se forme dans la masse liquide un caillot compact de fibrine non rétractile. A ce moment, on pratique une injection sous-arachnoïdienne de 5 centimètres cubes de collargol. Cette substance détermine dans le sac arachnoïdo-pie-mérien une réaction purulente qui s'accompagne de graves phénomènes nerveux aboutissant au coma.

Dans cette observation, nous insisterons sur les différentes modalités anatomiques de l'inflammation méningée et sur l'action nocive du collargol.

Dans une première phase de la maladie, durant au moins vingt et un jours, jusqu'après le 17 octobre, le contenu anormal du liquide céphalo-rachidien est constitué avant tout par des leucocytes. Le chiffre de ces éléments s'abaisse avec les rémissions des symptômes cliniques et s'élève avec leur aggravation. Ainsi, le 3 octobre (septième jour), alors que la céphalée a disparu, que la température = 37°5, le chiffre des leucocytes par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien qui atteignait deux jours auparavant le taux de 3.640, s'est abaissé à 1.460. Le 5 octobre, réapparition de la céphalée : le chiffre des leucocytes s'élève à 8.460. Ces variations du chiffre de la leucocytose locale portent presque uniquement sur les polynucléaires neutrophiles. Au contraire, la quantité des grandes cellules uninucléées et des lymphocytes ne subit jamais de semblables oscillations. C'est ainsi que si nous avons trouvé dans le liquide céphalo-rachidien de notre malade, pendant cette période, comme variations extrêmes du chiffre des polynucléaires, 7.508 le neuvième jour et 1.163 le septième jour, on voit que le chiffre des grandes cellules uninucléées et des lymphocytes reste toujours au-dessous de 1.000 et généralement au-dessous de 500 par millimètre cube. Il s'agit là d'ailleurs d'un fait général en ce qui concerne les lymphocytoses du liquide céphalo-rachidien. Dans les

processus les plus divers : tabes, paralysie générale, méningite tuberculeuse, méningite ourlienne, zona, etc., nous n'avons jamais vu le nombre des lymphocytes par millimètre cube dépasser le chiffre de 1.000, et il reste généralement au-dessous de 500 par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien. La cavité arachnoïdo-pie-mérienne s'oppose nettement à ce point de vue à la cavité pleurale. Dans celle-ci, les leucocytoses, de quelque nature qu'elles soient, y sont bien plus abondantes, qu'il s'agisse de polynucléaires, d'éosinophiles ou de lymphocytes. C'est ainsi que les méningites purulentes présentent rarement plus de 30 à 40.000 polynucléaires par millimètre cube. Dans les pleurésies purulentes, au contraire, on trouve presque toujours des chiffres de 400, 600, 800.000 et même 1.400.000 polynucléaires par millimètre cube. De même, la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse montre couramment 2, 3, 4.000 lymphocytes par millimètre cube de liquide pleural, tandis que le chiffre de lymphocytes le plus élevé trouvé par L. Ramond *, au cours de la méningite tuberculeuse, par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien, a été de 710.

A la suite de cette réaction leucocytaire, il s'est produit, le vingt-sixième jour de la maladie, une réaction séro-fibrineuse considérable qu'il est exceptionnel de rencontrer à ce degré dans le liquide céphalo-rachidien. Pendant les premiers jours, il y avait bien dans le liquide céphalo-rachidien une réaction fibrineuse légère, mais le liquide ne présentait pas de teinte jaune. Cette coloration est apparue avec l'augmentation si considérable de la fibrine, pendant que la leucocytose tombait au contraire au chiffre presque le plus bas, constaté après sept examens : 1.480 leucocytes par millimètre cube. Avec cette quantité si importante de fibrine, le liquide contenait beaucoup d'albumine, une proportion notable d'alexine, des globules rouges, des polynucléaires neutrophiles, de grands éléments uninucléés et des lymphocytes.

La coloration jaune, bien plus marquée que celle du sérum sanguin de notre malade, s'accompagnait d'une forte réaction de Gmelin (réaction négative dans le sérum sanguin). Le pigment était donc de la bilirubine qui s'était formée dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne puisque la quantité de bilirubine était beaucoup plus considérable, sous le même volume, dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sérum sanguin. Il a donc fallu qu'il y ait, ainsi que l'un de nous l'a démontré **, une destruction locale assez considérable de globules rouges, extravasés dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne. Le nombre de ceux-ci, le jour où la ponction rachidienne fut pratiquée, était cependant peu important : 2.300 par millimètre cube. Nous n'avons jamais vu de réaction de Gmelin dans un liquide céphalo-rachidien contenant un chiffre aussi peu élevé d'hématies. Il faut donc admettre qu'un plus grand nombre de globules rouges s'y étaient auparavant extravasés et détruits.

Mais ce qui caractérise surtout ce liquide, c'est sa coagulation en masse, due au passage en quantité anormale, dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, des éléments constitutifs de la fibrine. Ce coagulum n'était pas rétractile et donnait ainsi l'apparence d'une prise en gelée de la masse liquide, si bien que le tube pouvait être complètement retourné comme dans l'observation de Donath. Dans tous les cas publiés jusqu'ici, il s'agit d'une réaction fibrineuse décelée à la première ponction lombaire et s'atténuant ou disparaissant très rapidement dès le lendemain ou les jours suivants. Ici, au contraire, la méningite a toutes les allures anatomiques d'une méningite banale et brusquement, à un moment donné de son évolution, la réaction se modifie pour revêtir un aspect séro-fibrineux typique, avec petite quantité des éléments cellulaires, mais proportion notable de fibrine, d'albumine et d'alexine. Dans ces conditions, on injecte sous l'arachnoïde 5 centimètres cubes de collargol à 1 p. 100. Cette substance, au lieu de se résorber rapidement, demeure presque tout entière dans le sac arachnoïdo-pie-mérien, si bien qu'au bout de vingt heures on retire un liquide ayant à peu près l'apparence de la solution de collargol injectée, non fibrineux, et contenant, par millimètre cube, 494.000 leucocytes très altérés, véritables globules de pus. Trois jours après l'injection, le liquide de la cavité sous-arachnoïdienne est encore noirâtre, contient une grande quantité de collargol, ainsi que 226.000 leucocytes par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien. Il y a un rapport tel entre cette stagnation du collargol accompagnée de purulence et l'aggravation des phénomènes cliniques, surtout des phénomènes nerveux, qu'il est impossible de ne pas y voir un rapport de cause à effet.

Or, on a fait à l'heure actuelle de nombreuses injections sous-arachnoïdiennes de collargol et aucune n'a entraîné les accidents qu'a présenté notre malade. Il nous faut donc admettre que cette nocivité tient au cas de ce dernier, à ce fait qu'il présentait une méningite séro-fibrineuse. Mais ce n'est pas tant à la nature fibrineuse de la réaction méningée qu'aux conditions anatomo-physiologiques qui ont facilité cette réaction locale, qu'il faut attribuer la stagnation sous-arachnoïdienne du collargol et les accidents qui en ont résulté.

Voici en effet, à notre avis, comment doit être interprétée la réaction séro-fibrineuse de ce cas. D'abord, comme dans beaucoup de maladies avec exsudation fibrineuse, elle correspondait ici à une hyperfibrinose sanguine. Mais cette réaction générale ne suffit pas pour provoquer une exsudation de fibrine dans une cavité organique. Il faut encore une altération particulière de la paroi arachnoïdo-pie-mérienne qui semble réalisée surtout par des processus pathologiques à allure subaiguë, primitifs ou greffés sur une lésion chronique, ainsi que cela résulte de notre cas où la réaction séro-fibrineuse se manifeste au vingt-quatrième jour de la maladie, et des observations antérieures rapportées : inflammations méningées diverses de longue durée (G. Froin); méningite hémorragique fibrineuse survenue dans un cas de paraplégie spasmodique durant plusieurs mois (Babinski); coagulation en masse et xantochromie passagère dans un cas de pachy-méningo-myélite du cône terminal (R. Cestan et Ravaut); réaction fibrineuse dans une paralysie de Landry sans fièvre, évoluant en trois mois (Donath); coagulabilité et xantochromie dans un cas de pachy-lepto-méningite chronique de la queue de cheval (Fornaca Luigi); syndrome de coagulation massive, de xantochromie et d'hématolymphocytose du liquide céphalo-rachidien au cours d'une méningo-myélite à

* L. Ramond. *Pleuro-tuberculose primitive et méningite tuberculeuse*, Th. de Paris, 1906.

** G. Froin. Soc. de biol., 1905 et 1906, *Gaz. des hôp.*, 1906.

évolution progressive subaiguë (J.-A. Sicard et Descomps).

On voit que le siège de ces processus chroniques aboutissant à la coagulation fibrineuse avoisine surtout la queue de cheval. Nous faisons remarquer que, chez notre malade, outre la méningite diffuse avec céphalée, signe de Kernig, etc., les douleurs lombaires avec irradiations dans les membres inférieurs se sont accrues au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

Une lésion spéciale de la paroi méningée ne suffit pas pour permettre le passage des éléments constitutifs de la fibrine, charriés par le plasma sanguin. Il est difficile en effet à la sérosité inflammatoire d'affluer dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne. Celle-ci, remplie de liquide céphalo-rachidien et peu dilatable, se laisse difficilement envahir par le plasma sanguin et les substances solubles n'ayant pas le pouvoir de diffuser à travers ses parois intactes. Aussi, de même que les extravasations leucocytaires sont, comme nous l'avons vu, en général peu importantes, dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, à cause de la forte pression qui gêne la diapédèse, de même les grandes extravasations séro-fibrineuses y sont, pour la même raison, exceptionnelles. A ce point de vue encore, la cavité sous-arachnoïdienne s'oppose à la cavité pleurale, où la pression négative permet si fréquemment les abondantes extravasations séro-fibrineuses. Mais dans la plupart des observations de méningite séro-fibrineuse, le liquide céphalo-rachidien est à pression basse et s'écoule par l'aiguille, au moment de la ponction, en gouttes lentes. Cependant, dans l'observation de Lépine, le liquide jaillit avec force et dans celle de Babinski il sort en jet. Cette constatation exceptionnelle ne peut détruire la valeur de la précédente.

Il nous apparaît également que cette diminution de pression ne peut être réalisée, en fin de compte, que par une condition anatomique nouvelle de la méninge. Elle a été bien mise en évidence par MM. Sicard et Descomps qui, grâce à des constatations nécropsiques très précises, ont pu la rapporter à un processus symphysaire, avec compression vasculaire et œdème local consécutif. Il est certain que dans les poches méningées ainsi créées, où le liquide céphalo-rachidien ne peut s'épandre aussi librement qu'à l'état normal, il sera facilement remplacé par un liquide d'exsudation sanguine, surtout si les parois de ces cavités sont frappées d'une inflammation encore active. Notre malade présentait justement une réaction inflammatoire aiguë, traduite non seulement par les poussées fébriles récidivantes, mais par l'hyperleucocytose sanguine permanente (25200, 12900, 17100, etc.) avec hyperfibrinose, même au moment de la réaction méningée fibrineuse.

Remarquons que, dès le début de la maladie, derrière la polynucléose neutrophile assez abondante de la méninge, symptôme de vaso-dilatation active et d'irritation diapédétique, le liquide céphalo-rachidien contenait un nombre d'éléments uninucléés et de lymphocytes aussi important que dans les processus subaigus et chroniques pouvant désorganiser les surfaces méningées pour aboutir à leur déformation, aux adhérences et à l'enkystement. Dès lors nous comprenons bien que nous soyons arrivés chez notre malade à la manifestation des éléments fondamentaux de ce syndrome humoral : la coagulation massive, la xantochromie et l'hématolymphocytose (Sicard et Descomps). Mais comme il n'y avait pas simple poussée congestive et œdémateuse, que l'inflammation aiguë récidivante a sans doute entraîné une vaso-dilatation active, alors se sont extravasés en outre des polynucléaires neutrophiles ainsi qu'un nombre de globules rouges bien plus considérable que dans les cas habituels. Ces globules rouges en se détruisant dans la poche méningée ont, par suite de l'hémoglobinolyse locale, exagéré la xantochromie. De là, la coloration jaune verdâtre du liquide, et la présence des polynucléaires neutrophiles surajoutée aux éléments fondamentaux du syndrome humoral.

En résumé, la réaction fibrineuse sous-arachnoïdienne semble résulter d'une modification de la cavité arachnoïdo-pie-mérienne consistant en la formation, grâce à une inflammation particulière, de cavités, de logettes résultant d'un processus symphysaire (Sicard et Descomps). Dans ces logettes, se produit très facilement, à la faveur d'un abaissement de pression, le passage de sérosité fibrineuse, qu'il y ait ou non hyperfibrinose sanguine concomitante.

C'est à l'existence, chez notre malade, de cette faible pression intra-arachnoïdo-pie-mérienne, et aussi à la compression ou à l'obstruction des lymphatiques de la paroi, que nous attribuons la stagnation du collargol et l'influence nocive de cette substance non résorbée, par son contact, trop prolongé et à dose forte, avec la surface des centres nerveux. Cet abaissement de pression, persistant à la suite de l'injection de collargol, nous avons pu voir se produire dans le liquide céphalo-rachidien une extravasation leucocytaire tout à fait anormale : 494000 leucocytes par millimètre cube. Nous n'avons jamais constaté une telle irruption leucocytaire dans les nombreuses inflammations méningées que nous avons examinées.

On voit donc que, chez notre malade, le collargol n'a pas diffusé hors de la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, ce qui correspond à un état de la cavité lui permettant de se laisser envahir d'une façon remarquable par les éléments solubles et figurés du sang.

Dans un cas de méningite tuberculeuse, alors que le liquide céphalo-rachidien sortait en jet de la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, nous y avons injecté 5 centimètres cubes de collargol à 1 p. 100. Six heures après, ce liquide sortait en jet et contenait encore beaucoup de collargol, mais la teinte était déjà à peine noire. Les leucocytes, presque tous polynucléaires, n'étaient que 9300. Deux jours après, une nouvelle ponction lombaire donnait encore issue, en jet continu, à un liquide incolore, privé par conséquent de collargol, et ne contenant plus que 2710 leucocytes par millimètre cube. Nous voyons donc ici une résorption rapide du collargol injecté et une réaction leucocytaire minime, coïncidant avec une hyperpression permanente. Dans une observation de méningite à méningocoques, due à MM. Widal et Ramond *, trois jours après une injection sous-arachnoïdienne de 5 centimètres cubes d'une solution de collargol à 1 p. 100, le liquide céphalo-rachidien contenait 14066 leucocytes, mais n'était plus coloré par le collargol : or, le liquide s'écoulait en jet au moment de l'injection et faisait issue en gouttes rapides, lorsqu'on pratiquait un nouvel examen trois jours après.

* F. Widal et L. Ramond. Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Injection intra-rachidienne de collargol. Guérison. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 19 oct. 1906.

Il nous semble qu'une conclusion pratique se dégage de notre observation. Elle montre qu'une substance introduite dans l'espace sous-arachnoïdien, à dose nocive pour les centres nerveux, laissera ceux-ci intacts si elle est rapidement résorbée, mais les lésera, si les parois profondément adultérées et le liquide céphalo-rachidien à pression diminuée en permettent la stagnation. Il ne faudra donc injecter aucune substance active lorsqu'on constatera le syndrome de coagulation massive. Nous conseillons également de n'introduire que de petites doses, si l'écoulement du liquide céphalo-rachidien se fait très lentement, auquel cas on peut incriminer une diminution de la pression normale de ce liquide. Il en résulte alors une résorption plus lente de la substance injectée. Dans ces conditions, il serait préférable d'injecter la dose de collargol ou de toute autre substance, en plusieurs fois, à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. Lépine. Le liquide céphalo-rachidien dans les processus méningés subaigus d'origine rhumatismale, *Lyon méd.*, 23 août 1903.

2. G. Froin. Inflammations méningées avec réactions chromatique, fibrineuse et cytologique du liquide céphalo-rachidien, *Gaz. des hôpit.*, 3 sept. 1903, n° 101.

3. Babinski. Méningite hémorragique, fibrineuse; paraplégie spasmodique, ponctions lombaires, traitement mercuriel, guérison, Soc. méd. des hôpit., 23 oct. 1905.

4. R. Cestan et P. Ravaut. Coagulation en masse et xantochromie du liquide céphalo-rachidien dans un cas de pachyméningo-myélite du cône terminal, *Gaz. des hôpit.*, 6 sept. 1904, n° 101.

5. J. Donath. Beitrag zur Landry'schen Paralyse, *Wien. klin. Wochens.*, 1905, n° 50.

6. Fornaca Luigi. Coagulabilità e xantocromia del liquido cerebro-spinale in un caso di lesione della coda equina, *Gazz. d. osped. e d. clin.*, 22 avril 1906, n° 48.

7. J.-A. Sicard et P. Descomps. Syndrome de coagulation massive, de xantochromie et d'hématolymphocytose du liquide céphalo-rachidien, *Gaz. des hôpit.*, 20 oct. 1908, n° 120.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 17 novembre 1908)

Sur le traitement médical des affections pelviennes. — M. Richelot fait une communication sur ce sujet.

« *a.* Dans des cas d'*infection pelvienne* avec lésions menaçantes, dit-il, qui résistent aux traitements de douceur, et où l'opération semble s'imposer, il peut y avoir un intérêt majeur, pour des raisons diverses — jeunesse de la femme, désir d'avoir des enfants — à ne pas intervenir.

b. Chez les « arthritiques nerveuses » non infectées, sans lésions notables, mais qui ont de la *congestion utérine*, de la dysménorrhée, du catarrhe utérin, des hémorragies, etc., médecins et chirurgiens sont fort embarrassés. Interventions mal justifiées, thérapeutique illusoire, tels sont les deux écueils.

Or, il y a des traitements médicaux journellement prescrits dont malades et médecins ne tirent pas tout le parti possible. En particulier, l'*eau chaude* Rien de nouveau, certes, dans son emploi en thérapeutique. Et cependant, que valent ces injections de deux litres d'eau à 45 degrés, dont on se contente en général? On n'insiste pas assez sur l'abondance, la température élevée, la manière de faire. Quant à la douche, elle semble réservée aux neuropathologistes, et le gynécologue méconnaît son utilité dans les affections localisées au petit bassin.

Parmi les divers modes d'application de l'eau chaude, j'insisterai sur ces deux moyens, qui peuvent avoir une valeur décisive : l'injection et la douche. Mais pour obtenir les meilleurs résultats, la première doit être de 80 à 100 litres d'eau (c'est la *douche vaginale de Luxeuil*), et la seconde doit être utilisée sous deux formes, *douche générale* et *douche périgastrique*. Mais il faut une installation spéciale et c'est là pierre d'achoppement. Tous les agents physiques en sont là; le dérangement et la dépense, dont ils sont la cause, les rendent difficilement accessibles. Mais la difficulté de leur emploi n'est pas une raison pour laisser ignorer leur valeur.

L'hydrothérapie chaude, ainsi comprise, a deux grandes indications correspondant aux deux ordres de faits signalés plus haut. Dans les infections pelviennes, elle amène des résolutions complètes, inattendues; dans les congestions utérines, elle fait une existence nouvelle à ces arthritiques nerveuses dont les douleurs, les pertes, la dysménorrhée ont résisté à tout. Chez ces dernières, il ne faut pas s'attendre à des résultats parfaitement réguliers et toujours triomphants; mais le soulagement, le bien-être accusés par les malades sont peu à peu constants, très souvent durables, ou ramenés par une reprise du traitement.

(A l'appui de ces idées, M. Richelot cite une série d'observations très probantes.)

Dans les cas où la décongestion pelvienne n'atteint pas le but rêvé, c'est-à-dire la disparition des douleurs attribuées à la congestion utérine, ou la résolution complète des tuméfactions annexielles et des exsudats pelviens, elle est encore utile pour achever le diagnostic, déterminer les indications vraies, décider l'intervention nécessaire, limiter l'action chirurgicale.

Conclusion. — Pour tirer de l'eau chaude, en gynécologie, le meilleur parti possible, il ne faut pas la prescrire *à la diable*, comme on le fait trop souvent, mais insister sur l'abondance, la température élevée, la régularité des injections, et — toutes les fois qu'on le peut — faire mieux encore : l'appliquer intégralement, suivant une méthode rigoureuse. »

Election. — M. Quénu a été élu membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale par 62 suffrages sur 75 votants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 13 novembre 1908)

Traitement par la douche d'air chaud. — MM. Dausset et Laquerrière présentent des réflexions sur 70 cas traités par la douche d'air chaud à courant d'air rapide. Ce procédé leur paraît jouir de propriétés spéciales qui le rendent supérieur aux autres moyens thermiques capables de provoquer l'hyperhémie.

Ils confirment les bons résultats signalés par d'autres dans les névralgies, le rhumatisme, l'eczéma, l'hydarthrose, et essaient de préciser les indications de cette méthode nouvelle.

Enfin, ils croient être les premiers à apporter des observations pour les affections suivantes : dans les plaies suppurantes, la douche d'air chaud tarit rapidement la suppuration et provoque une prompte cicatrisation; dans les raideurs articulaires, elle fait résorber les œdèmes périarticulaires et détermine une analgésie qui permet de mobiliser dès les premières séances; dans les radiodermites chroniques, on obtient la disparition du prurit et on fait diminuer ou disparaître les télangiectasies et l'état atrophique de la peau.

M. Berne demande aux auteurs s'ils ont utilisé la douche d'air chaud dans le traitement de la sciatique, et quelles étaient les formes de ces sciatiques.

M. Laquerrière répond que le traitement par la douche d'air chaud est excellent dans les sciatiques simples, en y adjoignant un traitement général, mais que dans les névralgies anciennes et invétérées, la guérison est parfois fort difficile à obtenir, quelquefois même impossible.

De l'insomnie syphilitique. — M. E. Schoult (de Nice) estime que dans toute insomnie rebelle ou récidivante, ne relevant pas d'une cause bien déterminée, il faut songer à la syphilis, quand bien même le malade n'accuserait aucun antécédent syphilitique. On est donc en droit, vis-à-vis d'une insomnie périodique, à heure fixe, et rarement absolue, d'essayer le traitement spécifique.

NOTES POUR L'INTERNAT

PYLORE

Définition. — Orifice gastro-duodénal.

Développement. — Chez un embryon de six semaines l'anse gastrique est dans un plan sagittal et se continue directement avec l'anse intestinale. Le péritoine qui se dédouble pour l'entourer le relie à la paroi abdominale antérieure formant le mésogastre antérieur dans lequel se développe le foie, et à la paroi postérieure formant le mésogastre postérieur dans lequel se développe le pancréas.

A ce moment l'estomac subit une double rotation autour de son axe longitudinal et autour d'un axe dorso-ventral. Il tourne sa face droite vers la paroi abdominale postérieure et se coude en équerre. Sa portion inférieure pylorique devient ainsi obliquement ascendante à droite.

D'autre part, le duodénum, s'enroulant autour de l'artère mésentérique supérieure, cesse de continuer la direction de l'anse gastrique. La région de passage ou pylore se dessine alors et prend sa forme définitive.

L'aspect de la région se complète par la formation de la poche mésogastrique : le péritoine s'invagine derrière l'estomac à travers le petit cercle artériel rétropylorique formé par la coronaire stomachique et la pylorique branche de l'hépatique. Ce cercle (1) d'abord sagittal, s'oriente secondairement dans un plan oblique en bas et à droite. La portion sous-stomacale de la poche se ferme, constituant le grand épiploon, la portion rétrostomacale forme l'arrière-cavité. La portion intergastrohépatique du mésogastre antérieur constitue le petit épiploon. Enfin le duodénum et le pancréas se soudent à la paroi abdominale postérieure.

Configuration extérieure. — On peut donc étendre le nom de pylore à la région intergastroduodénale qui est le *canal pylorique*. Distinct du vestibule pylorique ou petite tubérosité qui forme la partie horizontale du corps de l'estomac, le canal pylorique est cylindrique, long de 3 centimètres, large de 3 centimètres.

Limites. — Il est séparé à gauche du vestibule par deux sillons pyloriques, le supérieur sur la petite courbure, l'inférieur sur la grande. A droite, deux sillons duodénopyloriques, le supérieur très profond, l'inférieur moins, le séparent du duodénum. Ces sillons sont encore exagérés quand la première portion du duodénum est dilatée, formant l'antrum duodénale de Luschka.

Sur les deux faces une bandelette musculo-élastique longitudinale forme une petite dépression et donne au pylore un aspect bosselé : ce sont les ligaments pyloriques d'Helvetius.

Direction. — Le canal pylorique est oblique, en haut, à droite et en arrière.

L'orifice pylorique proprement dit regarde en arrière, en haut et très peu à droite ; il est presque frontal.

Topographie pariétale. — 1° Sur la paroi abdominale. — Normalement le pylore est presque sur la ligne médiane, à l'intersection de la verticale prolongeant le bord droit du sternum et de l'horizontale qui réunit les extrémités internes des neuvièmes cartilages costaux. Le point déclive de l'estomac est en bas et à gauche du pylore et ne remonte jamais, d'après Labbé, au-dessus de l'horizontale pylorique. Quand l'estomac est distendu, le pylore peut s'éloigner à 3 et même 7 centimètres à droite de la ligne médiane.

On abordera donc chirurgicalement le pylore par une incision xypho-ombilicale.

2° Sur le squelette vertébral. — Le canal pylorique monte à droite et en arrière sur la face antérieure et le flanc droit de la deuxième lombaire.

L'orifice pylorique est sur le flanc droit de la première lombaire au niveau de son bord inférieur. Son centre est généralement sur la bissectrice de l'angle formé par la douzième côte et la verticale des apophyses costiformes des deux premières lombaires.

Le pylore est donc profond, difficile à explorer.

Il est de plus assez mobile ; c'est la portion la moins fixe de l'estomac, il peut se déplacer vers la droite, vers la gauche, surtout en bas jusqu'au pubis, dans les cas de gastroptose ou de dilatation stomacale.

Rapports. — 1° En avant. — Le pylore est en rapport avec la face inférieure du lobe carré du foie dans sa portion juxta-hilaire.

A droite, il est souvent en contact avec la vésicule (le pylore est coloré de bile sur le cadavre).

2° En bas. — En soulevant un peu le bord antérieur du foie on voit le bord inférieur du pylore contigu au côlon transverse qui vient de croiser la deuxième portion du duodénum.

Entre deux s'étend le ligament gastrocolique : c'est la portion droite de ce ligament qui constitue le ligament inférieur du pylore de Jonnesco. Il se continue après avoir passé sur le côlon transverse, en formant le tablier des épiploons (ce n'est que la partie sous-stomacale de la bourse épiploïque accolée secondairement au côlon). Dans son épaisseur courent les vaisseaux gastro-épiploïques droits accompagnés des ganglions sous-pyloriques de la chaîne gastro-épiploïque.

3° En haut. — En soulevant fortement le foie, on voit qu'il est relié au bord supérieur du pylore par un feuillet péritonéal : le petit épiploon, d'épaisseur inégale.

A gauche, c'est la partie droite de la pars flaccida, portion mince translucide, avasculaire, facile à effondrer : ligament supérieur du pylore (Jonnesco).

A droite, un ligament épais : ligament duodénohépatique ou ligament suspenseur de Jonnesco. Il contient le pédicule hépatique, plutôt en rapport avec la première portion du duodénum. Le pylore ne touche à ce pédicule que quand il est déplacé à droite. Il est alors surtout en rapport avec la veine porte et l'artère hépatique qui contourne d'arrière en avant le flanc gauche de la veine. Le cholédoque est plus à droite le long de la veine, accompagné comme l'artère d'une chaîne ganglionnaire.

4° En arrière. — Après avoir incisé le ligament gastrocolique sur le bord inférieur de l'estomac, on soulève le pylore et on découvre l'arrière-cavité des épiploons dont il forme en partie la paroi antérieure.

La paroi postérieure de l'arrière-cavité est formée là par la face antérieure de la tête et du col du pancréas, sur lesquels repose le pylore.

Devant le pancréas, l'artère gastroduodénale descend dans le dièdre duodéno-pancréatique, pour se diviser sur le bord inférieur du pylore ou du duodénum première portion, en gastro-épiploïque droite et duodéno-pancréatique. Le pancréas sépare le pylore de l'aorte abdominale avec la naissance de la mésentérique supérieure.

Toute cette paroi postérieure de l'arrière-cavité est tapissée par le péritoine.

A la partie inférieure, celui-ci s'épaissit, quitte le pancréas pour gagner le côlon transverse formant le mésocôlon transverse. Dans la racine de ce mésocôlon chemine l'artère colique transverse, branche de la mésentérique supérieure. On peut la blesser dans une intervention sur le pylore, d'où sphacèle intestinal.

Le pylore repose donc librement sur le pancréas par l'intermédiaire de l'arrière-cavité. Cependant à la partie supérieure on trouve deux ligaments falciformes : le ligament

(1) Voir pour les détails du développement péritonéal : Fredet, in *Traité d'anatomie Poirier*, p. 939-951. — Rogie. *Quelques points d'anatomie du péritoine et du pancréas*, Lille 1895.

gastropancréatique et le ligament duodénopancréatique de Huschke qui cloisonnent l'arrière-cavité.

Pour mieux les voir, on effondre le petit épiploon ; on les aperçoit alors par leur face supérieure.

1. Le *ligament gastropancréatique* ou faux de la coronaire stomachique est orienté dans un plan antéropostérieur oblique en bas et à droite. Son bord adhérent quitte le pancréas pour se continuer sur la petite courbure stomacale jusqu'au pylore, s'arrêtant souvent à 3 centimètres du duodénum. Son bord libre concave contient la coronaire stomachique qui souvent en reste distante. Elle est accompagnée de nombreux ganglions.

2. Le *ligament duodénopancréatique* ou faux de l'artère hépatique est disposé en sens inverse. Son bord adhérent passe du pancréas sur la face postérieure du duodénum pour s'arrêter à un centimètre du pylore. Son bord libre concave regarde en haut et à gauche. Dans son épaisseur l'artère hépatique quitte la paroi abdominale postérieure, aborde le duodénum, donne la pylorique qui se dirige sur la petite courbure, la gastro-duodénale qui descend derrière le pylore, puis monte dans le ligament duodéno-hépatique, ayant ainsi fait une crosse à concavité supérieure.

Les deux ligaments se rejoignent donc en avant près du bord supérieur du pylore, en arrière sur la paroi abdominale postérieure, au bord supérieur du pancréas, à la trifurcation du tronc cœliaque. Ils forment une cloison oblique en bas et à droite laissant entre leurs bords libres un orifice : le foramen bursæ omentalis. Au-dessous, c'est la poche rétrostomacale de l'arrière-cavité. Au-dessus, c'est le vestibule de l'arrière-cavité. Il est d'ailleurs à noter que la faux de l'hépatique forme en même temps le plancher de l'hiatus de Winslow.

Au-dessus des ligaments postérieurs le pylore est donc en rapport avec la paroi postérieure du vestibule et c'est, recouverte par un feuillet péritonéal pariétal, la *région cœliaque de Luschka*. (Voir Jonnesco et Charpy, in *Traité Poirier* : la courte description qui est à retenir tout entière.) [T, IV, p. 215.]

(A suivre.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 NOVEMBRE 1908

THÈSES

Jeudi 26 novembre, à une heure (fin). — M. GIRARD. La tuberculose du poignet chez l'enfant. (MM. Quénu, président; Pozzi, Albarran et Marion.) — M. BRÉMOND. Du traitement de la sinusite frontale chronique. (MM. Quénu, président; Pozzi, Albarran et Marion.) — M. JUDET. Traitement des fractures du corps du fémur par les appareils plâtrés en particulier chez l'enfant. (MM. Quénu, président ; Pozzi, Albarran et Marion.) — M. BALTEAUX. De la méthode en radiographie. (MM. Gilbert, président; Gilbert Ballet, André Broca et Carnot.) — M. LEROY. Le massage plastique dans les dermatoses de la face ; ses indications, ses résultats. (MM. Gilbert, président; Gilbert Ballet, André Broca et Carnot.) — M. TIXIER. Les ulcères gastriques expérimentaux. Leurs processus de réparation spontanée et par greffes. (MM. Gilbert, président; Gilbert Ballet, André Broca et Carnot.) — M. STRELETOKI. Essai sur Ch. Lassègue (1816-1883). (MM. Gilbert Ballet, président; Gilbert, André Broca et Carnot.) — M. THÉVENOT. Contribution à l'étude du phimosis congénital et de son traitement simple chez les enfants. (MM. Bar, président; Retterer, Brindeau et Jeannin.) — M. LAFONT. Des méningites cérébrales et cérébro-spinales au cours de la puerpéralité. (MM. Bar, président ; Retterer, Brindeau et Jeannin.) — M. GAYET. Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez le nouveau-né. (MM. Bar, président; Retterer, Brindeau et Jeannin.) — M. BINET DE JASSONNEIX. Etude d'un monstre bicéphale à terme. (MM. Bar, président; Retterer, Brindeau et Jeannin.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 134. — SAMEDI 21 NOVEMBRE 1908. 81e ANNEE. SAMEDI 21 NOVEMBRE 1908. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de **10f par an.** L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.*— Séance du 18 novembre 1908. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Savidan, 9; Réglade, 12; Sartre, 16; Régnier, 17; Radenac et Vauzelles, 14; de Mourgues, 11; Rocher, 10; Richard (André), 19; Réau, 16; Robert (Léon-Félix-Pierre), 10; Rougeulle, 12; Dalle, 13; Sebenq, 14; Reignard, 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Havre. — Après concours, M. Thorel est nommé dermatologiste des hôpitaux, et M. Gibert, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé accoucheur suppléant des hôpitaux.

Reims. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés internes : MM. Berteaux, Netter, Fontaine, Seiffert, Bonnedame, Duclos, Herding.

Concours de l'externat. — Sont nommés externes : MM. Médot, Gilles, Delattre, Bucholtz, Godefroy, Wagner, Gendy, Milcamps, Mistarlet.

Concours de l'internat en pharmacie. — Sont nommés internes : MM. Rofidal, Pergent, Thomas.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rouen. — M. Devé, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de pathologie interne en remplacement de M. Brunon, qui passe à la chaire de clinique médicale.

CONGRÈS DES PRATICIENS. — La première séance du Comité de vigilance du Congrès des praticiens a eu lieu samedi soir 14 novembre.

Le bureau est ainsi constitué : président, M. Dubuisson; vice-président, MM. Coppens, Lande, Gairal et Reymond; secrétaires, MM. Leredde et Gosse; trésorier, M. Quidet.

La presse médicale est représentée par MM. Courtault et Régis.

Le Comité a décidé, conformément aux décisions du Congrès de Lille, d'élever les protestations les plus énergiques à l'occasion du concours d'admissibilité à l'agrégation qui doit se tenir au mois de décembre, contrairement à la volonté du corps médical.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Félizet, chirurgien de l'hôpital Bretonneau, secrétaire général de la Société de chirurgie.

LABORATOIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE (professeur : M. Gariel). — MM. André Broca et A. Zimmern, agrégés, assistés de M. le docteur Turchini, préparateur, commenceront le lundi 23 novembre, à deux heures et demie, une série de 15 séances d'exercices pratiques d'électricité médicale (électrodiagnostic et électrothérapie) et de radiologie, précédés de conférences explicatives, et les continueront les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 NOVEMBRE AU 5 DÉCEMBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Gosset et Pierre Duval ; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Legry et Sicard ; — (2e série) : MM. Déjerine, André Jousset et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 1er décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Quénu, Marion et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget; — (2e série) : MM. Joffroy, Carnot et Claude ; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 2 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Gosset et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

2e : MM. Gautier, Langlois et Branca.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne; — M. Mulon, suppléant.

Jeudi 3 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert Ballet, Desgrez et Fernand Bezançon.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin.

3e (oral, 2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Brumpt.

4e : MM. Gilbert, Richaud et Balthazard ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 4 décembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Lecène ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 5 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Brumpt, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

DE L'OBSTRUCTION BILIAIRE

Par M. CHIRAY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le syndrome de l'obstruction biliaire constitue l'un des plus fréquemment observés au cours des affections hépatiques, et aussi l'un de ceux qui doivent être le mieux connu du médecin parce que suivant les aspects cliniques qu'il affecte, les indications thérapeutiques changent du tout au tout.

Pour comprendre les diverses manifestations de l'obstruction biliaire, il faut se reporter à l'anatomie normale des voies d'excrétion du foie. On sait qu'elles commencent au lobule hépatique. Partis de là, les canaux biliaires se dirigent vers le hile du foie, et chemin faisant, se réunissent les uns aux autres si bien qu'en fin de compte, apparaissent au hile deux gros canaux résumant les voies intra-hépatiques des deux lobes principaux. Ces gros canaux, premier segment des voies biliaires extra-hépatiques, se réunissent en un tronc unique. Ainsi est constitué le canal hépatique par l'union de deux racines. Celui-ci descend vers le duodénum, rencontre bientôt le canal cystique émané de la vésicule. Au-dessous de ce point, canal cystique et canal hépatique réunis, forment le cholédoque qui descend dans le petit épiploon, s'engage dans une gouttière ou un canal creusé à la face postérieure du pancréas et se termine dans le duodénum au niveau de l'ampoule de Vater. A ce point converge aussi la voie d'excrétion principale du pancréas, le canal de Wirsung.

Dans tous les segments de ce long trajet, les voies biliaires peuvent être le siège d'obstruction, mais en réalité les conséquences cliniques et anatomiques ne varieront pas dans tous les cas. Toutes les variétés d'obstruction que l'on peut imaginer peuvent rentrer dans l'une des quatre classes suivantes :

1° *L'obstruction biliaire intra-hépatique;*

2° *L'obstruction biliaire dans le canal hépatique;*

3° *L'obstruction biliaire dans le col de la vésicule ou le canal cystique* (*nous l'appellerons obstruction cystique*);

4° *L'obstruction biliaire dans le cholédoque de son origine, a sa terminaison jusques et y compris l'ampoule de Vater* (*nous l'appellerons obstruction cholédocique*).

Ces quatre variétés répondent à quatre types anatomo-cliniques différents et il est fatal que toute occlusion, quelle qu'elle soit, rentre dans l'une de ces catégories.

En réalité les deux premières sont fort rares, parce que les obstacles susceptibles de produire l'occlusion prennent généralement naissance dans la vésicule (calculs) ou se développent au niveau du cholédoque, canal dont les rapports complexes avec plusieurs organes importants, péritoine, pancréas, intestins, expliquent la très fréquente adultération. On conçoit donc que les obstructions biliaires cystiques ou cholédociques se rencontrent beaucoup plus fréquemment en pratique et doivent être plus particulièrement étudiées. Toutefois les deux autres formes d'obstruction méritent malgré tout une brève mention.

Les *obstructions biliaires intra-hépatiques* peuvent s'observer au cours du développement de toutes les tumeurs du foie, cancer, kystes et en particulier kystes hydatiques. Ces kystes dans leur développement excentrique repoussent et compriment les canaux voisins, si bien que souvent on les trouve doublés d'un tissu spongieux qui est fait de vaisseaux sanguins et de gros canaux biliaires dilatés. La distension de canaux prouve bien qu'il y a eu obstruction.

Dans le même ordre de faits se rangent certains cas de cirrhose biliaire ou veineuse dans lesquels le cours de la bile se trouve entravé du fait de la compression qu'exerce sur les fins canaux biliaires la sclérose pathologique.

Enfin, on peut encore considérer comme atteints d'obstruction intra-hépatique certains lithiasiques chez lesquels la bile laisse déposer déjà dans les canaux intra-hépatiques du sable qui gêne plus ou moins l'excrétion.

Tels sont les principaux faits d'obstruction biliaire intra-hépatique. Cliniquement ils se traduisent par des ictères passagers ou persistants qui, habituellement, ne sont pas très intenses parce que le plus souvent l'obstruction n'est que partielle. Ces ictères apparaissent au cours de l'évolution de la maladie causale et restent presque toujours à l'état de symptôme secondaire. Ils n'ont d'importance clinique que parce qu'ils sont susceptibles de produire des erreurs de diagnostic.

Certains auteurs ont pensé qu'on pourrait rapprocher de ces obstructions intra-hépatiques les cas dans lesquels la bile est sécrétée en trop grande abondance, ou simplement ceux où elle est trop épaisse. Ces faits de pléiochromie ou de polycholie appartiennent à certaines infections légères du foie, à certains empoisonnements tels que ceux par l'acide pyrogallique ou quelques autres poisons, ou encore à certains cas de fragilité globulaire spéciale comme il arrive dans ces ictères chroniques récemment isolés par MM. Chauffard et Widal. L'hémoglobine mise en liberté par les globules rouges détruits est reprise par le foie et transformée en bilirubine. Mais la *bile* trop riche ainsi sécrétée s'engorge en quelque sorte dans les canaux et produit une sorte d'auto-obstruction, d'où l'ictère qui est constant dans ces cas. En réalité, s'il y a bien alors dans une certaine mesure obstruction biliaire, ce n'est pas dans le sens que l'on donne généralement à ce mot, c'est-à-dire qu'il n'y a pas un élément étranger créant un obstacle anormal au cours de la bile.

Les *obstructions du canal hépatique et de ses branches* peuvent, elles aussi, être reléguées au second plan. Ce n'est pas qu'elles n'aient de graves conséquences cliniques; mais d'une part, elles ne sont pas fréquentes et, d'autre part, elles produisent des manifestations et des lésions assez semblables à celles que détermine l'obstruction cholédocique. Il s'agit en général de calculs enclavés dans le canal hépatique ou une de ses branches. On comprend que le fait reste rare puisque la plupart du temps les calculs ne se formant que dans la vésicule, ne peuvent sans difficulté passer dans le canal hépatique. Il faudrait pour cela qu'ils suivent une marche rétrograde après avoir pénétré dans le cholédoque. Pourtant il est bon de savoir que les calculs primitivement formés dans le canal hépatique ne sont pas exceptionnels, peut-être même

(1) Reproduction interdite.

sont-ils plus fréquents qu'on ne l'a cru jusqu'ici. A côté d'eux peuvent être cités comme causes d'obstruction quelques cas de cancer primitif, quelques faits rares de compression par des ganglions du hile ou une tumeur de la face inférieure du foie et là se borne le champ de cette variété d'obstructions biliaires.

On voit en somme que les obstructions intra-hépatiques, de même que celles du canal hépatique n'ont qu'une minime importance. Nous n'y reviendrons plus et nous occuperons exclusivement des deux autres formes : les obstructions cystiques (col de la vésicule et canal cystique) et les obstructions cholédociques (canal cholédoque de l'origine à l'ampoule de Vater inclus).

I

Etiologie. — Les causes des obstructions biliaires sont habituellement divisées en trois catégories suivant qu'elles siègent à l'intérieur, à l'extérieur ou dans les parois même des voies biliaires. Nous respecterons cette division mais nous étudierons séparément l'étiologie des obstructions cystiques et celle des obstructions cholédociques.

Les OBSTRUCTIONS CYSTIQUES sont le plus souvent sous la dépendance d'*obstacles intra-canaliculaires*, de calculs. Ceux-ci obturent la vésicule par des mécanismes variables. Tantôt on trouve un ou plusieurs calculs engagés profondément dans le cystique et formant une série de renflements, tantôt un gros calcul s'est enclavé dans le col de la vésicule s'y formant une logette profonde qu'il déprime en cul-de-sac. Les deux dispositions peuvent d'ailleurs coexister. Dans l'ensemble, la lithiase du col de la vésicule et du canal cystiqne est loin d'être rare. D'après les statistiques de Langenbuch et de Kehr, elle existerait dans la moitié et, d'après Riedel, dans les deux tiers des cas de lithiase biliaire. Comment les calculs réalisent-ils l'obstruction? Presque toujours, du simple fait de leur masse qui obture la lumière du canal. Quelquefois cependant des phénomènes de spasmes pariétaux ou d'inflammation muqueuse sont nécessaires pour compléter l'obstruction et ceci explique qu'elle puisse être intermittente. Hartmann a montré que souvent le calcul distend la paroi droite du bassinet formant au-dessous de l'origine du cystique une poche plus ou moins grande qui continue la vésicule et au fond de laquelle on serait tenté de chercher le canal cystique. L'ouverture du canal cystique se trouve au contraire rejetée vers la gauche, modifiée et comprimée et ces modifications anatomiques très analogues à celles qui accompagnent l'hydronéphrose expliquent l'obstruction. Dans quelques cas enfin, les calculs seraient disposés de telle façon qu'ils forment soupape permettant l'arrivée de la bile, empêchant le reflux. Ces faits sur lesquels ont insisté Socin et Courvoisier sont plutôt rares.

A part les calculs, on peut dire qu'il n'existe pour ainsi dire pas de causes d'obstructions intra-canaliculaires du col de la vésicule et du canal cystique, car on ne possède que quelques observations tout à fait exceptionnelles d'oblitérations dues à des kystes hydatiques en ce point. Il faut pour cela que les kystes se soient rompus dans la vésicule ou se soient primitivement développés à son intérieur, [Devé (1)], ce qui est extraordinaire.

Les *obstacles siégeant dans la paroi* du col de la vésicule ou du canal cystique ne sont pas très fréquents. Ce sont surtout des altérations inflammatoires ayant déterminé un rétrécissement plus ou moins complet du cystique. Presque toujours ces rétrécissements sont consécutifs à des lésions causées par le passage de calculs biliaires. Dans quelques cas très rares, on a signalé encore des obstructions du cystique par des tumeurs bénignes (polype) ou par des tumeurs malignes, cancer du canal (Stokes, Murchison, Etienne), un peu moins rarement peut-être l'obturation est causée par une tumeur cancéreuse qui a pour point de départ le confluent cystico-hépato-cholédocique mais qui prédomine dans le canal cystique. On a encore observé certains cas d'obstruction cystique en rapport avec des coudures du canal produites par l'hépatoptose. Il y a déjà quelque temps qu'a été signalée la coexistence de distensions vésiculaires et d'hépatoptoses, mais récemment divers auteurs y ont de nouveau insisté (Bouveret, Patel, Jaboulay) et Steele (1) ayant entrepris l'étude méthodique de ces cas, a vu que l'hépatoptose produit la torsion des canaux, le plus souvent au niveau du cystique, quelquefois seulement au niveau du cholédoque. Il est probable que les tiraillements occasionnés par la néphroptose peuvent de façon analogue produire des obstructions cystiques. Quelquefois enfin il s'agit d'ostructions congénitales soit que la vésicule très mobile du fait d'un *mésocyste* puisse se couder de telle façon que le cours de la bile soit interrompu, soit que les débris valvulaires qui normalement occupent le canal cystique aient gardé une importance trop considérable.

Les *obstacles extra-canaliculaires* sont également assez rares. Presque toujours la diminution du calibre du cystique tient alors à des adhérences, reliquat d'une péritonite ancienne plus ou moins localisée. Ces adhérences peuvent former une bride sur laquelle la vésicule se plie à angle aigu ou fixer le cholécyste en fausse position. Dans des cas exceptionnels la compression est exercée par un *ganglion* hypertrophié, un anévrysme de l'artère hépatique, une tumeur de la face inférieure du foie. On a été jusqu'à dire que la compression par le corset pourrait obturer le cystique (Petermöller, Peters). Si l'on devait admettre ce fait, ce ne serait en tous cas pas dans le sens de ces auteurs, mais en imaginant que le corset produit une hépatoptose et l'hépatoptose une coudure de canaux.

Y a-t-il lieu d'admettre enfin des cas de rétention vésiculaire sans aucun obstacle, du seul fait de la paralysie ou du spasme de la vésicule. Certains auteurs l'ont cru (Frey, Henle, Dusch). Cependant les physiologistes n'ont jamais pu entraver l'écoulement de la bile par sections nerveuses des splanchniques, du plexus cœliaque et même par section de la moelle cervicale. En somme, il semble que si parfois le spasme peut intervenir pour compléter une obstruction jamais la paralysie ne joue un rôle efficace et qu'on ne peut guère admettre avec J.-L. Petit des rétentions biliaires analogues aux rétentions urinaires paralytiques. Si l'on veut maintenant considérer d'une façon *générale l'étiologie des obstructions cystiques, on verra que ces obstructions reconnaissent deux causes principales les calculs et les coudures que l'une et l'autre de ces causes peut produire soit une obstruction définitive, soit une*

(1) DEVÉ. *C. R. de la Soc. biol.*, 11 fév. 1908.

(1) STEELE. *Univers. of Pensylvania med. Bull.*, 1903.

obstruction passagère. Elle peut même être intermittente. Dans ce dernier cas, il faut, ainsi que l'ont indiqué Villard et Cotte (1) faire intervenir outre l'obstacle matériel immuable, les variations inhérentes à l'inflammation muqueuse et au spasme des parois musculaires. Ceci rappelle de tous points les phénomènes qui interviennent dans les hydronéphroses intermittentes.

Les OBSTRUCTIONS CHOLÉDOCIQUES dépendent avec une égale fréquence d'obstacles intra et extra-canaliculaires.

Les *obstacles intra-canaliculaires* sont presque toujours dans ce cas comme dans l'autre des calculs biliaires. On admet cependant que la même action peut être exercée par des corps étrangers venus du duodénum tels que pépins de raisins, noyaux, fragments d'os, vers intestinaux (ascarides et distomes) ou par des parasites issus du foie et descendant dans les voies biliaires (vésicules hydatiques). Mais toutes ces causes réunies sont loin d'avoir la même fréquence que la lithiase.

L'obstruction calculeuse du cholédoque a lieu en différents points dans le segment sus-pancréatique, rétro-pancréatique, ou à l'ampoule de Vater, et l'on comprend que suivant les sièges variables, les interventions chirurgicales nécessaires sont également variables, le cholédoque pouvant être abordé directement dans le premier cas, et indirectement dans les deux autres, où il faut soit décoller le pancréas pour aborder sa face postérieure (segment rétro-pancréatique), soit ouvrir le duodenum (segment terminal et ampoule de Vater).

Dans le cholédoque on peut trouver un ou plusieurs calculs, mais très souvent l'obturation est réalisée par un gros calcul ovoïde allongé rappelant un peu l'aspect d'un bouchon. Souvent ce calcul est fait de plusieurs parties, une inférieure foncée, c'est le calcul initial, une supérieure plus volumineuse et plus claire, c'est le calcul secondaire formé par les stratifications qui se sont déposées sur l'obstacle principal. Il y a là, suivant la comparaison de Chauffard, quelque chose qui rappelle tout à fait le caillot primitif et le caillot secondaire des phlébites.

Ces calculs n'oblitèrent jamais complètement par leur volume la lumière du cholédoque. Toujours l'obstruction doit être complétée soit par un spasme des parois soit par un gonflement inflammatoire de la muqueuse. Ces éléments sont, on le conçoit, des plus variables et ceci explique qu'ici comme dans les obstructions cystiques la rétention biliaire soit soumise à des fluctuations. Seulement ici ces fluctuations seront rendues plus manifestes parce qu'elles se traduiront par des variations d'intensité de l'ictère et ce sera un des meilleurs signes de l'origine lithiasique d'une obstruction.

Quand les calculs siègent dans l'ampoule de Vater ils soulèvent fortement la muqueuse qu'ils peuvent ulcérer et ils gênent l'excrétion du suc pancréatique, d'où la coexistence fréquente dans ces cas de divers signes de lésions pancréatiques sur lesquels nous n'insisterons pas ici et qui sont l'insuffisance pancréatique, la pancréatite chronique et la pancréatite aiguë. Toutefois il est juste de dire que ces lésions pancréatiques peuvent aussi s'observer lorsque les calculs sont seulement dans le trajet rétro-pancréatique du cholédoque. A propos des calculs de l'ampoule de Vater, il faut encore rappeler que s'ils sont presque toujours d'origine biliaire, ils peuvent, dans des cas exceptionnels, provenir des voies pancréatiques.

Les *obstacles extra-canaliculaires* sont presque toujours constitués par des tumeurs malignes ou des inflammations chroniques de la tête du pancréas. En dehors de celles-ci on a cependant quelquefois rencontré des compressions cholédociques produites par les ganglions du hile hypertrophiés, par des tumeurs du colon, du rein droit, du duodénum, par des kystes hydatiques de la face inférieure du foie, des anévrismes de l'aorte abdominale ou de l'artère hépatique, des brides péritonéales d'origine inflammatoire tuberculeuses ou autres. Cependant ces cas sont infiniment plus rares que ceux qui sont sous la dépendance des compressions pancréatiques. On le comprend facilement en se rappelant, d'une part, la fréquence des affections de cette glande en particulier de cancers et, d'autre part, les rapports intimes entre le cholédoque et la tête du pancréas.

Le cancer de la tête du pancréas détermine des obstructions cholédociques, surtout lorsqu'il revêt la forme *squirrheuse*. Il suffit alors de petits néoplasmes parfois à peine plus gros qu'un pois, mais habituellement plus volumineux, pour déterminer une oblitération du cholédoque. Le canal se trouve enserré dans le squirrhe, qui peu à peu se resserre autour de lui comme une ligature et arrive à l'oblitérer complètement. Ce mécanisme permet de comprendre pourquoi les caractères de l'obstruction biliaire et, par conséquent, de l'ictère consécutif comportent le plus souvent au cours du cancer pancréatique, une progression régulière sans à-coups, sans retours en arrière et aboutissent à une rétention complète de la bile. Pourtant certains cancers mous, d'aspect encéphaloïde ou végétant peuvent parfois déterminer aussi l'oblitération du cholédoque. Mais il faut qu'ils envahissent la paroi du canal, qu'ils prolifèrent à son intérieur et dans ce cas, comme dans celui où l'inflammation pariétale est de nature banale, l'obstruction biliaire est moins régulièrement progressive, plus variable que dans le cas précédent. C'est d'ailleurs là une exception et en pratique on peut, avec de légères réserves, admettre que le premier type de compression est bien spécial au cancer pancréatique.

Les pancréatites chroniques semblent pourtant dans quelques cas, exercer un certain degré de compression sur le cholédoque. C'est du moins ce qui ressort de recherches nombreuses entreprises sur ce sujet en Allemagne, en Amérique, en Angleterre et plus récemment en France par Quenu et Duval. Ce sont des noyaux durs qui appuient sur le cholédoque et qui se développent assez fréquemment comme complication des obstructions cholédociques lithiasiques ou tout au moins de la lithiase même sans obstruction. Il en résulte d'une part, une obstruction biliaire plus complète et, d'autre part, des difficultés très grandes pour l'exploration chirurgicale, le chirurgien se trouvant exposé à prendre ces noyaux, parfois très volumineux, pour des masses cancéreuses pancréatiques et à méconnaître ainsi la cause réelle de l'obstruction.

Les *obstacles qui siègent dans la paroi même de ce canal* sont de divers ordres et peuvent être, nous l'avons dit, des coudures ou des déviations produites par l'hépatoptose ou la néphroptose, des rétrécissements cicatriciels consécutifs à la lithiase, parfois

(1) E. VILLARD et G. COTTE. Hydropisie intermittente de la vésicule. *Revue de chir.*, 1906, 1 et 2.

même des rétrécissements congénitaux. Tous ces faits sont fort rares et d'ailleurs ont été mentionnés à l'occasion des obstructions cystiques. Ce qui est plus spécial aux obstructions cholédociques, ce sont des rétrécissements ou oblitérations cicatriciels qui peuvent suivre la cicatrisation d'un ulcère de Cruveilher localisé au duodénum ou d'une ulcération banale de ce conduit. Ce sont encore et surtout deux variétés d'obstruction beaucoup moins rares, l'une chronique, l'autre aiguë, la première en rapport avec le cancer du cholédoque, la seconde avec l'inflammation aiguë de sa paroi, la cholédocite aiguë.

Le cancer du cholédoque et de l'ampoule de Vater compte parmi les plus fréquents de ceux qui se développent sur les voies biliaires. Ceux-ci, en effet, siègent pour un tiers des cas dans la vésicule, mais là, ils ne déterminent jamais d'obstruction, car ils occupent en général le fond. Les deux autres tiers des cas siègent, à part quelques faits isolés de cancers du canal cystique ou du canal hépatique, sur le cholédoque, soit à son origine au niveau du confluent, soit à sa terminaison. Ceux qui siègent au confluent peuvent parfois empiéter sur le canal hépatique et donner des symptômes un peu différents. Les autres rentrent dans le cadre des obstructions cholédociques. Ceux qui siègent à l'ampoule de Vater peuvent dériver de l'épithélium des voies biliaires ou de la muqueuse pancréatique ou du revêtement intestinal.

La façon dont les cancers des voies biliaires réalisent l'obstruction a, pendant un certain temps, paru assez mystérieuse. Ces cancers sont, en effet, quelquefois des squirrhes en virole et plus souvent des tumeurs végétantes ou villeuses faisant saillie dans la lumière du canal. Or, on était frappé de ceci, que pendant la vie les malades présentaient des signes d'obstruction biliaire, et qu'à l'autopsie les voies de la bile paraissaient perméables au stylet explorateur. On imagina pour expliquer ce phénomène une disposition en soupape des bouchons cancéreux. En réalité, cette explication ne convient qu'à un petit nombre de cas et il faut tenir compte de l'inflammation chronique de la muqueuse, de la paralysie et du spasme des fibres musculaires de la paroi, toutes causes capables de parfaire une obstruction incomplète. Ceci d'ailleurs n'est pas spécial aux cancers biliaires et s'observe par exemple dans des cancers œsophagiens. C'est ce qui explique un fait bien connu des chirurgiens : quand par une gastrostomie on met l'œsophage cancéreux au repos, souvent on rend perméable un rétrécissement de cet organe que, jusque-là, il avait été absolument impossible de franchir.

Les *obstructions cholédociques aiguës* sont principalement réalisées au cours de ce qu'on appelle l'ictère catarrhal ou encore les ictères infectieux bénins. Il n'y a aucun doute que ces cas soient en rapport avec une obstruction du cholédoque. Mais on peut discuter sur le mécanisme de l'obstruction. Pendant fort longtemps, il a été admis que l'obstacle était créé par un *bouchon muqueux*. En réalité, ce bouchon muqueux paraît peu vraisemblable à l'heure actuelle. Beaucoup d'auteurs inclinent à croire que l'obstruction est due à l'*inflammation* aiguë de la muqueuse du cholédoque, inflammation telle que, par son boursoufflement, cette muqueuse oblitère entièrement le canal. Cette hypothèse cadre bien avec l'évolution rapide de l'ictère au début, sa décroissance lente à la fin, tandis que, dans l'hypothèse du bouchon muqueux, l'inverse devrait être observé.

On pourrait encore faire rentrer dans le même groupe pathologique certains cas d'ictères émotifs apparus brusquement à la suite d'une émotion et prenant le caractère des obstructions cholédociques aiguës. Il s'agirait là d'un spasme réflexe du cholédoque.

II

Pathogénie. — Les obstructions biliaires cholédociques ou cystiques produisent une série de désordres anatomiques qui se traduisent par des symptômes variés. Pendant longtemps, ces divers types anatomo-cliniques sont restés sans relations apparentes les uns avec les autres et le mécanisme de leur production n'était que grossièrement connu. A l'heure actuelle, grâce à des connaissances dont quelques-unes sont d'acquisition récente, il est au contraire possible de comprendre toute la série de conséquences qu'entraîne une obstruction biliaire et les choses s'enchaînent si logiquement qu'on pourrait presque imaginer *a priori* l'une des formes anatomo-cliniques de cette obstruction si elles n'avaient été déjà toutes observées. Mais pour comprendre tout ce mécanisme pathogénique, il faut au préalable établir deux propositions :

1° *La bile est un liquide normalement infecté.* — Longtemps on a vécu sur cette idée que, d'une part le pouvoir antiseptique de la bile, d'autre part l'obstacle créé par l'ampoule de Vater constituent aux voies biliaires une protection efficace contre les microbes. Malgré les constatations faites par de Blainville, Th. Robin, Netter, on trouvait encore dans la thèse de Dupré cette assertion que la bile est aseptique et de nombreuses constatations anatomiques ou cliniques furent données à l'appui de cette opinion par Gilbert et Girode, Thiroloix, Naunyn, A. Frœnkel, Grawitz. Les recherches modernes ont complètement modifié ces notions. Ehret et Stoltz, puis surtout Gilbert et Lippmann, ont établi l'infection constante du milieu biliaire dans le cholédoque, l'hépatique et la vésicule. Et les deux derniers auteurs, précisant leurs recherches, ont montré que plus on s'éloigne de l'intestin, plus la flore bactérienne se raréfie, les microbes anaérobies continuant d'exister dans des segments où l'on ne trouve plus d'aérobies. De ces données, nous retiendrons seulement que la bile contient à l'état normal des germes dans une grande partie des voies extra-hépatiques.

2. Le second point à établir est le suivant. *Etant donnée une cavité normale ou pathologique contenant un liquide infecté, toutes les fois où le drainage de la cavité sera entravé, une même série de conséquences anatomiques se déroulera.* Qu'il s'agisse d'une vessie, d'un bassinet, de voies biliaires ou d'un trajet fistuleux, trois issues seront seules possibles en de tels cas.

a. Ou bien l'infection assez minime s'éteint, soit spontanément, soit sous l'effort de réactions organiques, et alors prédominent les *phénomènes mécaniques de rétention et de distension*.

b. Ou bien, dans le liquide infecté et non drainé, les germes prennent une virulence extrême et alors prédominent les *phénomènes de suppuration*.

c. Ou bien, l'infection du liquide persiste et produit ses effets à bas bruit. Au lieu de l'inflammation aiguë, du pus, il ne se produit que de l'inflammation chronique de la *sclérose et de l'épaississement des tissus*.

Tels sont les trois modes pathogéniques que l'on trouve au terme de toute rétention d'un liquide infecté dans l'organisme et l'on doit remarquer qu'en ce qui touche l'obstruction biliaire, l'enchaînement des phénomènes pathologiques se trouve mieux assuré encore, car, du fait même de l'obstruction cystique ou cholédocique, à l'infection normale se surajoutent deux processus d'infection secondaire. D'une part, le simple arrêt du cours de la bile permet aux germes intestinaux d'envahir les voies biliaires par migration ascendante, puisque n'existent plus les chasses biliaires intermittentes par lesquelles ces germes étaient périodiquement balayés. D'autre part, quand l'obstruction biliaire est calculeuse, et le cas est fréquent, il existe de ce seul fait une surinfection. Nous n'avons pas à discuter ici sur les rapports de la lithiase et de l'infection, nous n'avons pas à savoir si les germes trouvés dans toutes les vésicules lithiasiques sont la conséquence ou au contraire la cause de la lithiase, ainsi que l'ont affirmé Gilbert en France, Naunyn en Allemagne. Il suffit de rappeler cette source nouvelle de l'infection biliaire en cas d'obstruction lithiasique.

Reste à étudier comment se manifesteront au cours desdites obstructions les diverses conséquences anatomiques dont il a été parlé, c'est-à-dire :

La distension mécanique ;

La suppuration;

La sclérose.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, on doit admettre deux types distincts de l'obstruction biliaire : l'obstruction cystique et l'obstruction cholédocique. La première reste dans ses lésions et dans ses symptômes exclusivement limitée à la vésicule. La seconde au contraire retentit sur toute l'étendue des voies biliaires extra et intra-hépatiques, elle intéresse le foie et la vésicule. Mais dans l'un comme dans l'autre type d'obstruction, l'on retrouvera les trois modes évolutifs précédemment indiqués.

Dans les cas d'obstruction cystite, ils se traduiront par trois formes de cholécystite :

La cholécystite hydropique;

La cholécystite suppurée;

La cholécystite scléro-atrophique.

Dans les cas d'obstruction cholédocique, on aura les trois types parallèles de l'angiocholécystite généralisée :

L'angiocholécystite généralisée de rétention (ictère par rétention);

L'angiocholécystite généralisée suppurée ;

L'angiocholécystite généralisée scléro-atrophique (cirrhose biliaire dite calculeuse).

Avant de terminer cette étude pathogénique, il faudrait montrer par le détail les diverses causes qui président dans les obstructions biliaires à la distension, à la suppuration, à la sclérose.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit de la suppuration et de la sclérose. Ce sont des processus généraux communs à toutes les rétentions organiques de liquides infectés, et l'étude de ces processus dépasse de beaucoup notre sujet. Mais, en revanche, les phénomènes de distension mécanique produits par les obstructions biliaires comportent certaines particularités qui méritent d'attirer l'attention. Nous envisagerons successivement les obstructions cystiques et les obstructions cholédociques.

Au cours des obstructions cystiques, l'obstacle mécanique qui ferme la vésicule sépare celle-ci du courant biliaire et il semblerait que la vésicule étant ainsi « exclue » de la circulation biliaire, devrait demeurer indéfiniment dans l'état où elle se trouvait lors du début de l'obstruction, dès l'instant où elle n'est envahie ni par la suppuration ni par la sclérose. Or, il n'en est rien. A la suite de l'obstruction cystique, la vésicule, loin de demeurer inerte, se distend énormément en peu de jours et, quand on est amené à l'ouvrir quelque temps après, on la trouve tantôt remplie par une grande quantité de bile, tantôt et plus souvent par un liquide muqueux, incolore et abondant. Dans le premier cas, il faut bien admettre, encore qu'on n'en ait pas la preuve, que le calcul forme clapet, permettant l'entrée et empêchant la sortie de la bile. Dans le second, cette explication ne saurait être acceptée. On pense que les nombreuses glandes de la paroi vésiculaire, irritées par l'inflammation que cause la bile retenue, entrent en action et sécrètent du mucus, mais en même temps, et c'est là le point le plus intéressant, la paroi résorbe les pigments biliaires contenus dans sa cavité, si bien que le liquide devient absolument incolore. Cette résorption est d'ailleurs fort active. Dans une observation de Chauffard, une malade fut opérée sept jours après le début de la cholécystite hydropique, et déjà la vésicule ne contenait plus de bile.

Telles sont les conséquences mécaniques des obstructions partielles vésiculaires. Elles se résument à ceci : distension de la vésicule et production de mucus avec résorption de bile.

Les *obstructions cholédociques* comportent des conséquences plus graves au point de vue mécanique, puisque la totalité des voies biliaires se trouve intéressée. Elles aboutissent à une distension énorme de toutes les voies, distension due à ce que malgré l'obstacle à l'excrétion, la sécrétion continue forçant peu à peu les parois des canaux, phénomène analogue à ce qu'on observe dans les voies urinaires au cours des rétentions d'urine.

La distension des canaux intra-hépatiques se traduit macroscopiquement par une augmentation de volume et de consistance de la glande hépatique, la distension des voies extra-hépatiques par la déformation et l'augmentation de calibre du canal hépatique, du cholédoque, du cystique et de la vésicule.

Pourtant en ce qui touche la vésicule et le cystique, la distension mécanique n'est pas constante. Il semble qu'elle existe presque toujours en cas de cancer de la tête du pancréas, ainsi que l'ont indiqué Bard et Pic, mais qu'elle reste au contraire assez rare dans les cas d'obstruction lithiasique comme l'ont affirmé Courvoisier et Terrier. Quelle est la raison de ces conséquences variables de l'obstruction biliaire sur la vésicule? Deux principales explications en peuvent être données. Tout d'abord en cas de lithiase biliaire la vésicule a toujours une paroi qui est de longue date enflammée tant par le contact mécanique des calculs que par l'infection constante de son contenu. On peut imaginer en outre (et la constatation anatomique en est souvent faite au cours des opérations) que l'inflammation a retenti sur les feuillets péritonéaux péricholécystiques. De tout ceci il résulte que la paroi vésiculaire déjà indurée par l'inflammation chronique, et d'autre part retenue par des brides péritonéales plus ou moins serrées, reste privée de toute élasticité et ne se distend plus, même quand les autres segments des voies biliaires cèdent sous la pression.

Delbet a fourni une autre raison du même phéno-

mène basée sur des recherches de Quénu et Wiart. Ces auteurs ont montré que le cholédoque vrai se constitue en réalité beaucoup moins haut qu'on ne l'admet cliniquement et que sur une certaine partie de leur trajet, canaux hépatique et cystique restent accolés dans une même gaine tout en conservant leur individualité. Il en résulterait d'après Delbet que bien des calculs qui passent pour être dans le cholédoque sont en réalité dans le cystique. Ces calculs inclus dans le cystique ont produit peu à peu, après les premières réactions du début, une sclérose avec atrophie de la vésicule, mais en outre comme ils forcent la paroi du cystique et augmentent son volume ils compriment le canal hépatique qui lui est immédiatement accolé et entravent plus ou moins le cours de la bile vers l'intestin. Les calculs pseudo-cholédociques produisent donc les mêmes symptômes que des calculs cholédociques vrais. Cette explication n'a pas encore été admise par beaucoup d'auteurs. Et jusqu'ici il a été produit peu de constatations anatomiques ou chirurgicales en sa faveur.

Avant d'abandonner l'étude des phénomènes mécaniques de l'obstruction cholédocique, il reste à déterminer pourquoi ils se traduisent cliniquement par le syndrome appelé *ictère par rétention*, quel est le mécanisme de cet ictère qui apparaît instantanément à la suite de la moindre obstruction cholédocique. Saunders, en 1795, pratiqua pour la première fois la ligature du cholédoque chez un chien et constata deux heures après que le sérum était fortement teinté en jaune ainsi que les conjonctives. Ceci démontre que malgré la ligature la bile continue d'être sécrétée, qu'il se fait de l'hypertension dans le liquide produit, qu'enfin sous l'influence de l'hypertension la bile est résorbée dans le foie et revient dans le sang, c'est là un cas particulier de la loi formulée par Cl. Bernard : *Les glandes peuvent être des organes aussi actifs pour la résorption que pour la sécrétion.*

On pourrait douter encore que la cause première de cette résorption réside bien dans l'hypertension. Mais une expérience de Heidenhain empêche toute discussion à ce sujet. Ce physiologiste mit en communication le cholédoque d'un chien avec un manomètre rempli d'une solution colorée. Tant que le manomètre était disposé de façon à ce que la pression dans les voies biliaires n'excédât pas la pression normale, aucun phénomène n'était constaté. Dès que cette pression normale (15 à 20 millimètres de mercure) était dépassée, les conjonctives et même les téguments de l'animal prenaient la teinte de la solution colorée.

Enfin, un dernier problème s'est posé. Par où la bile passe-t-elle pour pénétrer dans le sang partant des voies biliaires obstruées. On en a cherché la solution en pratiquant chez des animaux en même temps que la ligature du cholédoque, soit la ligature des vaisseaux sus-hépatiques, soit celle du canal thoracique et en étudiant le retard apporté par ces opérations à la survenance de l'ictère. Les anciennes recherches de Tiedemann et Gmelin, celles de Kufferath, de Harley avaient paru démontrer que la voie principalement suivie est la voie lymphatique. Les recherches plus modernes de Wertheimer et Lepage (1899) ont au contraire établi que la plus grande partie des pigments passe directement dans le sang sus-hépatique.

Qu'ils soient secondairement ou primitivement dans le sang, les pigments biliaires s'y trouvent en fin de compte beaucoup trop abondants. C'est alors qu'entrent en jeu les phénomènes de régulation organique qui tendent à rejeter hors du sang tous les éléments anormaux. Ainsi s'explique la *cholurie*, ainsi s'explique l'*ictère*, la première tendant à débarrasser l'organisme par le rein, le second moins parfait comme moyen de défense tendant seulement à déposer provisoirement dans les tissus le pigment anormal. Ultérieurement, quand sera levée l'obstruction, ce pigment fera en sens inverse une partie du chemin qu'il a parcouru, traversera la paroi des capillaires sanguins, rentrera en circulation et sera éliminé par le rein.

III

Etude anatomo-clinique des obstructions biliaires. — Nous réunirons pour éviter de trop fréquentes redites l'étude clinique et anatomique des différents types d'obstruction et d'ailleurs nous nous contenterons d'esquisser rapidement ces divers types et surtout de montrer comment ils se relient les uns aux autres, avec quelles variantes ils évoluent suivant les causes qui leur ont donné naissance. Comme nous l'avons fait jusqu'ici nous distinguerons complètement les obstructions cystiques et les obstructions cholédociques. Celles-ci toujours marquées par l'adjonction de symptômes hépatiques, celles-là toujours exclusivement vésiculaires.

I. Obstructions cystiques. — Le type clinique le plus commun parmi les obstructions cystiques est celui des obstructions lithiasiques. Il comporte les trois variétés que nous avons déjà nommées et qui peuvent se succéder ou se combiner chez un même sujet ; la cholécystite hydropique, la cholécystite suppurée, la cholécystite scléro-atrophique.

1. La *cholécystite hydropique* se constitue d'ordinaire brutalement au cours d'une colique hépatique. Le lendemain ou le surlendemain de la crise, alors que les douleurs violentes ont cessé, le malade accuse un endolorissement, une pesanteur dans la région de la vésicule et quelquefois même une douleur vraie. En l'examinant avec soin on perçoit par la palpation dans l'hypocondre droit une tumeur régulière, arrondie, souvent assez tendue, toujours mobile avec les mouvements respiratoires au gré desquels elle s'abaisse ou s'élève. Il est parfois difficile d'en bien délimiter les contours arrondis, mais généralement on réussit à lui imprimer un ballottement en la renvoyant vers la main posée sur l'abdomen avec une main placée dans l'échancrure lombaire, ainsi qu'on le fait pour explorer le rein. Enfin on constate que cette tumeur est mate et qu'elle ne semble en rien retentir sur l'état général. Pourtant il faut recommander les plus grandes précautions au malade, prescrire le repos absolu et même se méfier des examens abdominaux, car on a vu parfois sous l'influence des causes les plus légères des ruptures de ces vésicules surdistendues.

L'évolution de cette forme d'obstruction biliaire présente un grand intérêt pratique pour le médecin. Tantôt au cours des examens qui doivent être fréquemment pratiqués, celui-ci constate que d'un jour à l'autre la tumeur vésiculaire a brusquement disparu. C'est que l'obstruction a cessé tout d'un coup. Il en peut conclure que le calcul est retombé dans la vésicule et doit craindre pour l'avenir le retour de crises semblables. D'autres fois au contraire, en suivant la maladie on assiste à une régression progressive, lente, à la suite d'une série de distensions et de rétractions succes-

sives. Quand la régression affecte cette évolution, on en peut tirer un pronostic heureux. Dans ces cas généralement la vésicule s'est peu à peu sclérosée en se rétractant sur le calcul. Elle se supprime fonctionnellement et ne peut plus donner de symptômes pathologiques. Le malade peut être considéré comme définitivement guéri de sa lithiase, car il est dans la même situation que celui à qui le chirurgien a pratiqué l'ablation de la vésicule. C'est une cholécystectomie naturelle. Elle n'a qu'un défaut, c'est qu'il faut des mois pour la réaliser.

Dans un certain nombre de cas la cholécystite hydropique affecte une évolution spéciale (elle est nettement intermittente) sur laquelle Villard et Cotte (1) ont attiré l'attention. Les malades ont alors une succession de crises paroxystiques plus ou moins rapprochées toujours extrêmement violentes, crises au cours desquelles on peut, lorsqu'il n'y a pas une trop violente réaction de défense musculaire, percevoir la vésicule augmentée de volume et tendue.

Le diagnostic de ces cholécystites hydropiques est d'ordinaire facile parce qu'elles surviennent chez des sujets lithiasiques notoires. Il est beaucoup plus difficile de les reconnaître quand elles accompagnent par exemple l'hépatoptose ou la néphroptose. Dans tous les cas elles devront être distinguées d'avec un lobe aberrant du foie, surtout de cette hypertrophie du lobe vésiculaire, lobe de Riedel si fréquent chez les lithiasiques. Elles seront à différencier aussi de l'hydronéphrose dont elles peuvent simuler les intermittences, des kystes hydatiques de la face inférieure du foie, des kystes du rein et du pancréas.

L'état anatomique de vésicules hydropiques n'offre rien de spécial. Elles sont distendues soit par de la bile, soit par du mucus. On retrouve au col ou dans le cystique la cause de l'oblitération, presque toujours un calcul. Leur paroi présente macroscopiquement et histologiquement des signes plus ou moins nets d'inflammation. Quelquefois même elle est épaissie. Mais il semble que ce soit un épaississement inflammatoire et qu'il n'y ait rien là qui rappelle les « vessies à colonne ».

2. *Cholécystite scléro-atrophique.* — Le second type d'obstruction cystique est celui qui aboutit à la sclérose avec rétraction. Comme le précédent il est en général produit par la lithiase. Tantôt il se constitue à bas bruit sous l'influence d'une inflammation catarrhale produite de longue date par le séjour des calculs dans la vésicule, tantôt il se produit plus rapidement à la suite d'une obstruction aiguë ayant créé la cholécystite hydropique.

Cliniquement il s'agit de malades ayant eu antérieurement toute une série de coliques hépatiques, souvent sans expulsion de calculs et accusant depuis un certain temps une gêne ou une douleur constante dans le côté droit. Ils n'ont ni fièvre franche ni jaunisse vraie, parfois seulement des petits accès fiévreux intermittents. En explorant la région malade on trouve chez de tels sujets sous le rebord costal droit un empâtement mal délimité, une sorte d'induration vague et profonde au milieu de laquelle il est impossible de distinguer quoi que ce soit et en particulier une vésicule. Quand on palpe de bas en haut et à plusieurs jours d'intervalle, on est frappé de retrouver toujours au même point douleur et empâtement, ou même seulement de l'empâtement. Cet état s'accompagne fréquemment d'un retentissement général. Les sujets accusent des troubles digestifs variés, une sensation de fatigue constante et portent les signes d'une dénutrition profonde. De tels malades font d'ordinaire une série de traitements médicaux et de cures hydro-minérales avant d'arriver aux chirurgiens et le diagnostic de leur cas est toujours très délicat.

L'aspect anatomique de ces lésions est fort difficile à décrire, car la vésicule se trouve d'ordinaire profondément enfouie au milieu d'adhérences plus ou moins étendues et de nappes fibreuses plus ou moins épaisses. On s'explique par là les dangers et les difficultés de l'intervention chirurgicale dans de tels cas.

Quand on arrive sur la vésicule, et c'est toujours après une dissection très pénible, elle apparaît comme une capsule fibreuse à parois épaisses plus ou moins complètement moulée sur les calculs qu'elle contient, ceux-ci étant enchatonnés dans des sortes d'alvéoles à l'intérieur de sa cavité. Parfois avec les calculs existe encore un peu de liquide muqueux, biliaire ou purulent. Les parois vésiculaires sont formées d'un tissu épais, dur, véritablement cartonné. Ces déformations s'étendent d'ailleurs au canal cystique.

Dans ces dernières années, O. Guéniot (1), Termet (2) ont signalé à côté de ces formes scléro-atrophiques des formes scléro-hypertrophiques dans lesquelles les vésicules ont gardé leur volume normal ou même se sont agrandies tout en épaississant et indurant leur paroi.

Les lésions histologiques sont considérables dans de tels cas. Il n'existe pour ainsi dire plus de muqueuse. Tout est envahi par la sclérose.

3. *Cholécystite suppurée.* — La cholécystite suppurée ou empyème de la vésicule peut survenir en dehors des obstructions biliaires, par exemple au cours d'une fièvre typhoïde, d'une grossesse. Dans les obstructions biliaires elle survient d'ordinaire comme complication d'une forme hydropique ou scléro-atrophique.

En général elle débute par des troubles généraux, pertes d'appétit, difficultés de digestion, diarrhée. La région sus-hépatique devient en même temps le siège de douleurs spontanées aiguës qu'exagèrent les mouvements, la toux, la respiration. En même temps la fièvre qui déjà existait à l'état intermittent devient rémittente ou continue.

L'exploration de l'hypocondre droit par la palpation et la manœuvre bimanuelle révèle sous une paroi empâtée, douloureuse, l'existence d'une tumeur située au bord externe du grand droit, formant une voussure parfois assez marquée. Quelquefois on peut délimiter ses contours et elle paraît arrondie ou ovoïde, grosse comme une orange. Beaucoup plus souvent on perçoit seulement un empâtement considérable occupant tout le flanc droit, dépassant l'ombilic vers la gauche et descendant en bas jusque dans la fosse iliaque au point de simuler une appendicite. On pourrait croire en ces cas à une énorme distension vésiculaire et l'on est étonné de ne trouver qu'une vésicule moyenne ou petite déjà sclérosée et contenant quelques cuillerées de pus. Ce sont les vastes adhérences et fausses membranes qui engendrent cette fausse sensation.

Le diagnostic de ces formes est souvent assez

(1) Villard et Cotte. Loc. cit. Les auteurs en ont réuni 18 observations.

(1) O. Guéniot. *Bull. de la Soc. anat.*, 1900.
(2) Termet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898.

simple, le siège des douleurs et de l'empâtement, la fièvre indiquent assez la suppuration vésiculaire et l'on n'a guère de peine à écarter le diagnostic de cholécystite hydropique simple ou de cholécystite scléro-atrophique. En cas de doute on pourrait d'ailleurs recourir à l'examen du sang, ainsi que l'a indiqué Claude (1). La constatation d'une polynucléose pouvait être un bon signe de suppuration. Il est également facile d'éliminer dans de tels cas le diagnostic d'angiocholécystite généralisée suppurée, car il n'y a pas d'ictère ou seulement un ictère très léger et très passager. Dans certains cas enfin le diagnostic peut devenir complexe et il faut passer en revue toutes les inflammations suppuratives du flanc droit et penser en particulier à l'appendicite. Ce diagnostic est parfois délicat, car outre que la cholécystite suppurée peut simuler l'appendicite et vice-versa, il existe parfois à titre de complication, au cours des appendicites, des abcès sous-hépatiques, des abcès hépatiques ou des cholécystites suppurées véritables.

L'évolution de cette forme de cholécystite suppurée est d'ordinaire grave. Pourtant le pronostic dépend moins de la suppuration même que de l'état des voies biliaires. Quand l'oblitération du cystique est complète, quand le processus est bien localisé à la vésicule, le malade peut guérir pour peu que l'on opère vite, si bien que l'occlusion biliaire, cause première des accidents, devient en fin de compte un moyen de protection.

Mais ces cas ne supportent guère l'attente. Si l'on n'intervient pas chirurgicalement la rupture est fréquente et il en peut résulter soit une péritonite généralisée rapidement mortelle, soit une péritonite localisée si des adhérences ont eu le temps de s'établir, et ultérieurement ce phlegmon biliaire évoluera en différents sens pouvant donner lieu à des fistulisations variées. Les malades non opérés peuvent quelquefois survivre quand ces fistules sont heureuses. Le plus souvent ils succombent du fait de l'hecticité ou d'une complication infectieuse à distance.

Quand on opère ces cas, on trouve autour de la vésicule des fausses membranes plus ou moins épaisses marquant la réaction péritonéale, souvent même des collections purulentes enkystées. La vésicule même peut se présenter sous deux aspects. Tantôt elle est très dilatée et remplie d'un liquide chocolat, mélangé de bile, de pus et de sable biliaire. Sur la coupe de sa paroi on aperçoit de petits abcès dans l'épaisseur des tissus et il est aisé de comprendre que l'évolution ultérieure de ces abcès aurait favorisé la fistulisation. Tantôt la vésicule est déjà petite, épaissie, ratatinée et ne contient qu'un peu de pus avec quelques calculs. Dans les cas de grosses vésicules suppurées la muqueuse est gonflée, œdémateuse, ulcérée ou érodée surtout au fond des alvéoles qui contiennent les calculs. Quelquefois ces ulcérations prennent un caractère gangréneux, et comme dans l'appendicite, les tissus nécrosés se détachent brutalement après escharification rapide. Les *formes gangréneuses* de la cholécystite suppurée de rétention ont une évolution suraiguë. Comme dans l'appendicite elles sont l'œuvre de microbes anaérobies.

(*A suivre.*)

(1) Claude. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 mars 1903, p. 297.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ENDOCARDITE ET LA PÉRICARDITE AIGUËS

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 2 à 5 jours (pour tonifier le cœur).

RENSEIGNEMENTS

A LOUER, IIIe arrondissement, appartement au 1er étage, occupé successivement par 3 médecins depuis 25 ans. Clientèle assurée. Dernier prix, 1800 fr. — Écrire pour rendez-vous à M. Hubaine, architecte, boulevard Magenta, 135.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 135. — MARDI 24 NOVEMBRE 1908. 81e ANNEE. MARDI 24 NOVEMBRE 1908. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de **10f par an.**
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR HUTINEL. — Dimanche dernier, fête tout intime aux Enfants-Malades. Les amis et les élèves du professeur Hutinel, en l'honneur de sa nomination comme professeur de clinique infantile, lui remettaient une médaille due au talent de M. Paul Richer. Des discours ont été prononcés par MM. Bar, Nobécourt, Babonneix, Mesureur, Landouzy. Très ému, le professeur Hutinel a répondu par une éloquente allocution dans laquelle, après avoir rappelé ses débuts difficiles, il a montré comment il avait gravi, un par un, les échelons qui l'ont conduit à la situation élevée qu'il occupe aujourd'hui. Des applaudissements unanimes ont salué sa péroraison. Parmi les auditeurs, il y avait des collègues, des confrères et des amis; il y avait surtout la foule anonyme de ceux qui, le jour où le malheur était entré dans leur maison, n'ont pas fait en vain appel au maître et qui, après lui avoir entendu dire les paroles qui consolent et qui réconfortent, auraient pu, comme Trousseau à son vieux maître Bretonneau, lui adresser ces simples mots : Eternelle reconnaissance. L. BABONNEIX.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 20 novembre 1908. — Question donnée : « Signes et complications de la rougeole. »

MM. Riberolles et Gauraz, 9; Sorel, 12; Séménoff, 8; Lehmann (Louis), 7; Quénu, 18; Rigoulet (Pierre), 14; Rabut et Ramadier, 17; Poitrinal, 15; Poujoula, 10; Robinson, 14; Mlle Cahan, 10; MM. Schulmann, 15; Renaud (Louis), 12; Mlle Reichenecker, 18; MM. Siguret, 13; Renaud (Jean), 14; Mlles Skrastin, 16; Schmiergield, 15.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — La composition écrite du concours de l'Internat aura lieu à la date fixée, le lundi 21 décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — *Concours d'internat.* — Sont nommés : Internes, MM. Grosgeorge, Tresvaux du Fraval, Gabory et Ravet; internes provisoires, MM. Leroy (Victor), Pilven, Barbary et Hébert de la Rousselière.

— BORDEAUX. — Après concours, M. le docteur Rabère est nommé médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — Un concours s'ouvrira le 3 mai 1909, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LE PRIX NOBEL DE MÉDECINE. — On annonce que le prix Nobel, pour la médecine, sera, cette année, partagé entre les professeurs Metchnikoff (de Paris) et Erlich (de Francfort).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à MM. les docteurs Desvergnes (de Verteillac), Montel (de Saïgon), Soghman-el-Mamalek, médecin en chef du Schah de Perse.

La médaille de bronze à MM. Bonnet et Troullieur, internes des hôpitaux de Lyon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur A. Beauvois (de Neuilly-sur-Seine) est nommé officier de l'Instruction publique.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Le docteur Dandieu est nommé médecin en chef des services de la préfecture de la Seine.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 20 novembre 1908, les officiers de réserve du service de santé dont les noms suivent, sont passés, avec leur grade, dans l'armée territoriale :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Barge, Bourlier, Bréger, Delord, Duboz, Guyotte, Michel (J.-G.).

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Bouchet, Doussinet, Platey, Simonnin.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1618.*)

PRINCIPALES INDICATIONS

DE

L'AIR CHAUD EN MÉDECINE

PAR MM.

DELHERM, et LAQUERRIÈRE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, Lauréat de l'Académie de médecine.

L'aérothermothérapie n'est pas une nouvelle venue en thérapeutique, puisque, au milieu du siècle passé, Guyot la fit entrer dans la pratique courante.

Mais ses appareils ne donnaient pas une température suffisante, et la méthode tomba dans l'oubli. Les perfectionnements de l'appareillage ayant permis de reprendre et de compléter les recherches antérieures, nous nous proposons d'en exposer les résultats dans cet article.

APPAREILS. — 1° *Réflecteurs. Bain de lumière.* — *a.* Les réflecteurs sont constitués par des lampes puissantes de cinquante bougies placées dans un abat-jour en métal et qui échauffent lentement et progressivement l'air ambiant et la région malade. Ces réflecteurs sont utilisés pour des applications locales.

b. Quand il y a intérêt à chauffer le corps tout entier, on utilise plusieurs séries de lampes montées dans une grande caisse où le sujet est enfermé ; la tête seule émergeant de l'appareil ; c'est le bain dit de lumière, et où l'action de la lumière et celle de l'air chaud sont combinées.

D'ailleurs suivant la technique et l'appareillage employés on obtient des procédés différant les uns des autres, dans le détail desquels il nous est impossible d'entrer ici : les bains de chaleur radiante lumineuse de Dowsing donnent une très grande chaleur, et relativement peu de lumière ; les bains de lampes à arc donnent à peine de chaleur, mais par contre fournissent en abondance des rayons lumineux, et l'on trouve entre eux toute la gamme des intermédiaires.

Comme autre procédé thermique, il faut encore signaler l'étuve dont l'usage remonte à l'antiquité, mais qui nous paraît devoir être abandonné pour celui du bain de lumière.

2° *Boîtes.* — On peut enfermer dans une caisse à air chaud, non plus l'organisme, mais un membre ou une partie de membre, et comme on n'a plus à redouter les incidents qui peuvent se produire avec les applications générales, on a construit des boîtes où la température est portée à 100, 150 degrés.

Ainsi sont nés les appareils, dont ceux de Bier et Tallermann constituent le type initial et ceux qui découlent de ce principe.

Nous avons personnellement fait construire par Gaiffe, une boîte avec chauffoir électrique, mais dans laquelle nous essayons d'assurer aussi bien que possible la circulation de l'air de façon à empêcher que l'atmosphère de la boîte ne se sature rapidement d'humidité.

Ces étuves sèches locales sont closes et pourvues d'un thermomètre qui permet de contrôler la température intérieure.

Ces appareils sont appropriés à la région du corps qu'on veut traiter, et qu'on introduit dans l'appareil.

La région à traiter y est maintenue jusqu'à une

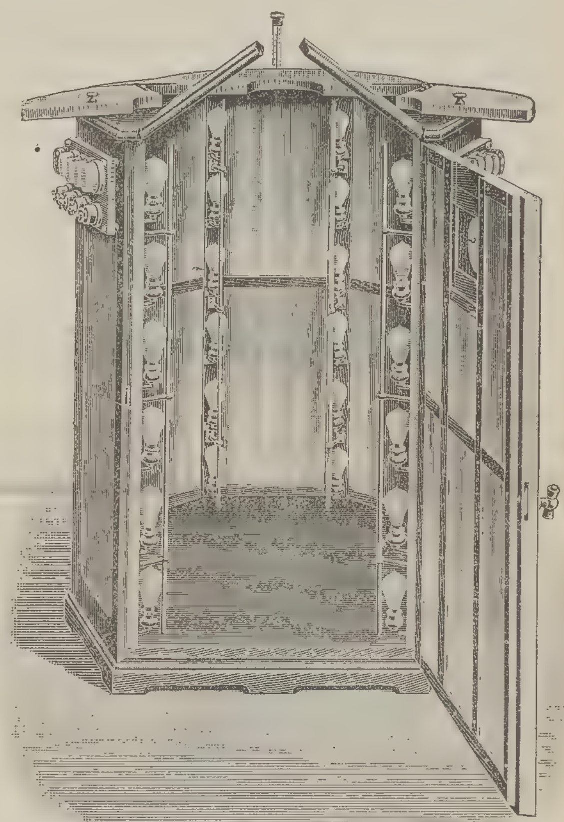


FIG. 1. — *Bain de lumière de Richard Heller.*

demi-heure et même plus sans que le patient soit incommodé.

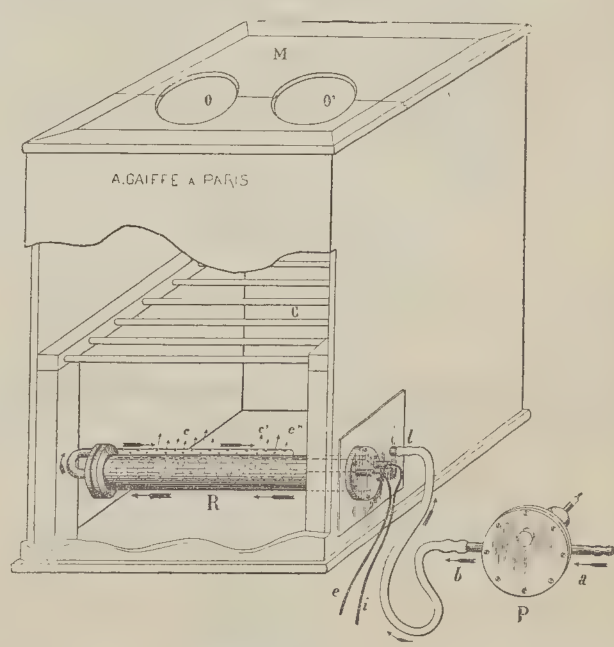


FIG. 2. — *Appareil de Delherm et Laquerrière, pour bains locaux d'air chaud à renouvellement d'air.* — R. Résistance électrique ; c c' c''. Orifices de sortie de l'air chaud ; P. Pompe à air ; M. Couvercle percé de trous, O O', pour laisser passer les jambes.

La température s'obtient à l'aide du bec Bunzen ou par l'électricité.

3° *Douche d'air chaud.* — On emploie encore la douche d'air surchauffé dont la température dépasse

celle des boîtes, et peut être portée facilement à 200 degrés (1).

Les appareils sont nombreux : appareil de Frey, Bier, Taylor, Durey, Ostwald, Hahn, Sabouraud, Lermoyez, Mahu, Gautier et Larat, Felizet, etc.

Nous utilisons surtout l'appareil de Dausset et Laquerrière, qui nous paraît simple, robuste et facilement transportable.

Il est essentiellement constitué par :

1° *Un appareil de production du courant d'air.* — L'air est projeté par une pompe modèle Gaiffe qui se monte sur tous les moteurs construits pour le massage vibratoire.

Un rhéostat permet de faire varier dans de larges proportions la vitesse du moteur et par conséquent le débit de l'air.

L'air comprimé est fourni sous pression de 300 grammes environ d'une façon continue.

2° *Un appareil de chauffage.* — Cet appareil est le chauffe-air de Dausset et Delsuc. Il fonctionne au

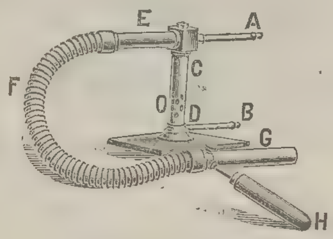


Fig. 3. — *Appareil à air chaud du docteur Dausset.* — CD. Brûleur; B. Arrivée du gaz; O. Trous où il brûle; A. Arrivée de l'air comprimé; E. Départ de l'air par le tuyau; D. Trous par où l'air extérieur est aspiré; F. Tube de distribution; H. Manche; G. Sortie de l'air.

gaz, et la flamme est activée par l'air comprimé. L'air passe à une vitesse de 10 mètres cubes à l'heure environ.

Au milieu d'un socle s'élève un tuyau. A la partie inférieure aboutit l'arrivée du gaz qu'on allume par des trous disposés à cet effet,

A la partie supérieure du tube arrive l'air de la pompe qui produit une aspiration au niveau des trous; et cet air, surchauffé en passant sur le gaz, sort par un tube de distribution à la température de 150 à 300 degrés.

APPLICATIONS GÉNÉRALES DE L'AIR CHAUD

Action physiologique. — Le bain de lumière exerce une double action : une lumineuse sur laquelle nous n'avons pas à nous appesantir ici, une calorique qui seule nous intéresse.

Dès que la température commence à s'élever il se produit une vaso-dilatation, d'abord légère, ensuite de plus en plus accusée de tous les téguments. Ces bains donnent, avec une température moyenne de 40 à 50 degrés, et même moins avec l'appareil de Heller, une sudation qui s'établit doucement, sans brutalité, et qu'on peut arrêter, activer ou modérer à volonté.

En même temps la respiration s'accélère, la circulation aussi, et ces phénomènes cessent dès que le patient est soustrait à l'action des bains; ils sont donc essentiellement transitoires.

Les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes sont dilatés d'après Kowolski.

Tous ces phénomènes sont dus à une vaso-dilatation active. Quant à la sudation, elle est due à une action sur les centres sudoripres (Adam Kiewicz), et à une action automatique.

La pression artérielle est diminuée et il se produit une décongestion nette des organes profonds. Les contractions du cœur sont plus faciles et plus énergiques.

La température centrale est légèrement augmentée.

Les urines sont peu augmentées en quantité.

Les déchets organiques au contraire sont abondants. Ils portent en particulier sur l'urée, l'acide urique; on note aussi une légère augmentation dans l'élimination des chlorures.

Le coefficient quotidien de l'urée peut être augmenté sensiblement.

Contre-indications. — Il n'y a pas à proprement parler de contre-indications absolues, on a même utilisé les bains dans certaines maladies du cœur, parce que la vaso-dilatation cutanée considérable qu'ils provoquent amène une déplétion des organes profonds. Néanmoins nous estimons qu'il faut faire des réserves sérieuses chez les artério-scléreux avancés et ceux qui ont des lésions valvulaires.

Il s'agit là d'une question d'espèces, mais le champ d'action paraît bien plus étendu avec le bain de lumière qu'avec l'étuve.

Les affections rénales ne constituent pas un obstacle : la sudation cutanée soulage les reins en facilitant l'élimination par la peau d'un grand nombre de toxines.

En somme avec une surveillance régulière il n'y a pas d'incidents, mais chez certains sujets les applications devront être soigneusement dosées comme température et comme durée. D'ailleurs en principe général, nous estimons qu'il est indispensable que les applications générales de chaleur, étuve ou bain de lumière, ne soient appliquées à des *malades* que par un médecin.

Durant tout le bain et surtout durant la dernière partie il faut tâter le pouls à la temporale, compter les respirations, interroger le malade sur les sensations qu'il perçoit, lui demander s'il éprouve des étourdissements, du vertige, du malaise, et se tenir prêt à interrompre le bain quand la tolérance, qu'il ne faut jamais dépasser, est arrivée à la limite. Ce sera seulement le praticien expérimenté qui saura dans chaque cas particulier s'il faut se rapprocher plus ou moins de la limite de la tolérance.

Le bain de lumière est nettement supérieur au bain d'étuve.

L'étuve donne une chaleur obscure, partant il est nécessaire d'arriver à une intensité thermométrique plus élevée.

La sensation est plus pénible.

La fatigue est plus rapide.

La tendance à la syncope plus accusée.

(1) Nous laissons de côté l'aérothérapie cautérisante escarotique et destructive employée en chirurgie, les applications gynécologiques (Jayle), les interventions sur le naso-pharynx (Lermoyez et Mahu), etc.

La supériorité du bain de lumière réside dans ce fait que, la chaleur étant donnée par des lampes lumineuses, on obtient l'effet désiré avec de basses températures.

La tolérance est parfaite, la sensation plus agréable, plus douce, la fatigue est moins intense.

Le réglage enfin grâce à la graduation facile du courant est des plus aisés.

Indications. — *a.* Les *neurasthéniques* peuvent, dans certains cas, bénéficier largement du bain de lumière, mais à condition de le donner modéré, de manière à provoquer non plus une sudation abondante qui augmente la fatigue, mais seulement un état de rougeur généralisée des téguments, ce qui exerce une action stimulante très appréciée des malades.

La sensation de refroidissement est fréquente chez les neurasthéniques et leur cause des impressions désagréables : il n'est pas de meilleur moyen de la combattre que par le bain de lumière si facilement dosable, et dont on peut activer ou modérer l'action à volonté.

Le bain est encore très efficace pour agir sur les *algies vagues et généralisées.*

b. Les *arthritiques rhumatisants et goutteux* qui présentent souvent des algies, des douleurs névralgiques rentrent aussi dans les indications de bain de lumière.

Par la sudation cette médication détermine une élimination des toxines accumulées dans l'organisme, et exerce par la lumière une action sur les globules rouges du sang dont elle augmente le nombre, le pouvoir d'oxygénation, le taux de l'hémoglobine.

La chaleur-lumière produit enfin une excitation des nerfs périphériques et des réflexes de la peau, régularise la circulation périphérique, si défectueuse chez ceux qui ont une nutrition mauvaise.

c. Chez les *obèses*, le bain de chaleur lumineuse, laissé jusqu'ici entre les mains des empiriques, mérite d'entrer dans la thérapeutique de la cure de cette affection, *c'est un adjuvant auquel on devrait avoir plus souvent recours.*

Le bain est incomparablement mieux supporté que le bain de vapeur. La tête du patient se trouve toujours à l'air libre, la respiration s'effectue dans le milieu extérieur. Il est possible au besoin d'entourer le cou et le front de compresses d'eau tiède ou froide.

Le bain n'a pas la brutalité de la vapeur. La sudation s'effectue lentement. Il n'est pas nécessaire pour la provoquer de recourir à des températures très élevées puisqu'elle s'effectue à la basse température de 30 à 40 degrés seulement, ce qui est infiniment inférieur à la température du bain de vapeur.

On peut provoquer des diminutions de poids de 4 à 500 grammes et même plus par bain. Il est en général assez facile d'obtenir une diminution de plusieurs kilos, chez les malades, qui, s'étant laissé envahir, se sont mis au régime, et veulent hâter l'amaigrissement.

Un de nos malades, gros arthritique obèse qui pesait 132 kilos 500 a été ainsi amené en 20 bains à 112 kilos, et après un an il n'avait pas dépassé 115.

A côté de cette observation typique, nous en avons d'autres où nous avons pu enregistrer la diminution de 4 à 6 kilos en moyenne en une quinzaine de bains.

d. Les *intoxiqués* sont aussi justiciables du bain qui, par la sudation qu'il provoque détermine des éliminations considérables : il est devenu classique de l'employer dans la cure de *démorphinisation* par exemple.

e. Ce même procédé est aussi fort utile pour augmenter la tolérance de médicaments, notamment du *mercure employé à dose intensive*, dont il facilite l'élimination. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

MENU POUR DYSPEPSIE GRAVE, DU TYPE HYPERCHLORHYDRIQUE, AVEC DOULEURS TARDIVES INTENSES ET DILATATION DE L'ESTOMAC.

M. Gaston Lyon dans son récent livre de *Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac* (Masson 1909) indique le menu suivant :

Premier déjeuner : Lait chaud (un tiers de litre) additionné d'un peu de thé ou de café, ou potage léger au tapioca, à la semoule.

Deuxième déjeuner : Deux œufs à la coque ou œufs battus dans du bouillon additionnés de jus de viande après cuisson.

Goûter : lait, un demi-litre; ou cacao au lait, potage au lait et au tapioca, à la crème d'orge, etc.

Dîner : Deux œufs (comme au premier déjeuner).

A dix heures : Lait (un tiers de litre).

Au bout de quelques jours, ajouter à midi 30 à 40 grammes de viande crue pulpée, qui sera prise dans une ou deux cuillerées de bouillon dégraissé; augmenter la dose de 10 à 15 grammes chaque jour, jusqu'à 150 grammes.

Puis tous les deux jours remplacer la viande crue à midi par 150 grammes de viande grillée, ou de volaille, ou de poisson cuit au court bouillon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1908)

La fièvre jaune à Saint-Nazaire. — M. le professeur CHANTEMESSE, après avoir rappelé l'épidémie de 1861 et l'avoir rapprochée des cas de 1908 à Saint-Nazaire, montre que pour éviter le retour de la fièvre jaune en France, nos règlements sanitaires doivent être changés. Il faut que des instructions prophylactiques apprennent aux officiers de la marine marchande, ignorants de toutes ces choses, les moyens de se préserver et de se débarrasser des moustiques dans les pays dangereux et en cours de route. Il faut que nos mesures à l'arrivée soient transformées. La fièvre jaune n'est pas contagieuse dans les régions septentrionales de la France, mais son importation fait naître une catastrophe qui est à la fois moins et plus qu'une épidémie. C'est un accident du travail que devrait viser la caisse de prévoyance des marins français.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1908)

Œdème hystérique et œdème simulé. — M. CHAVIGNY (du Val-de-Grâce). Une jeune fille de dix-huit ans élevée dans des conditions qui paraissaient éliminer toute suspicion de simulation, présente après beaucoup d'autres manifestations hys-

tériques, un œdème blanc du bras. Un sillon circulaire au niveau supérieur de l'œdème indiquait que c'était un œdème provoqué.

Un vieux client des pénitenciers a pu reproduire sous les yeux du médecin un œdème de ce genre au moyen de la compression circulaire jointe à la compression des vaisseaux par un garrot. L'œdème provoqué est bleu pendant la compression, rouge pendant les minutes qui suivent la fin de la compression, et blanc quelques heures après.

Chez les hystériques un œdème provoqué doit être considéré comme une manifestation de leur état mental. C'est une simulation pathologique et non une simulation simple.

Rapports de l'ichthyose avec la dystrophie thyroïdienne héréditaire ou acquise. — M. H. Vincent a observé deux cas d'ichthyose qui tendent à montrer que cette affection cutanée paraît se rattacher à une dystrophie thyroïdienne, héréditaire ou acquise. L'une des observations, particulièrement intéressante, concerne un jeune homme qui vit survenir presque subitement, et d'une manière simultanée, à l'âge de dix-neuf ans, d'une part la tuméfaction très manifeste du corps thyroïde et, d'autre part, une ichthyose étendue aux quatre membres et au tronc, mais ayant respecté la face, les organes génitaux et les plis articulaires.

Les deux malades présentaient, outre leur kératodermie, un gonflement thyroïdien mou, non douloureux. Sans rejeter l'hypothèse d'une simple coïncidence, on ne peut, cependant, qu'être frappé par l'évolution soudaine et comme corrélative des deux lésions thyroïdienne et cutanée. L'un de ces malades avait, du reste, de la faiblesse intellectuelle et des stigmates de dégénérescence; or pareille constatation n'est pas exceptionnelle dans l'ichthyose (W. Dubreuilh). Elle peut s'expliquer par la dysthyroïdie.

On ne saurait douter que les lésions de la glande thyroïde exercent sur les téguments une influence dystrophique, notamment chez l'enfant (myxœdème) et même chez l'adulte, car la sclérodermie peut succéder à une atrophie thyroïdienne consécutive au rhumatisme, ainsi que j'en ai publié un exemple. La syphilis héréditaire peut déterminer des lésions semblables de la peau par l'intermédiaire de l'atrophie de certaines glandes, parmi lesquelles le corps thyroïde tient une place importante.

D'autre part, l'acrocyanose, avec refroidissement des extrémités, assez fréquente chez les jeunes gens venus de la campagne, paraît avoir des relations avec l'insuffisance thyroïdienne. Elle peut être amendée ou guérie par l'opothérapie thyroïdienne.

Il est très vraisemblable que certaines associations morbides, en apparence étranges et disparates : ichthyose et imbécillité, ichthyose et sclérodermie, ichthyose et myxœdème, syndrome de Variot (ichthyose, microsphygmie, cyanose des mains, faiblesse intellectuelle) se réclament d'une pathogénie commune, la dystrophie thyroïdienne héréditaire ou acquise.

Mycosis fongoïde. Eosinophilie et mastzellen. Leucocytoses locales, formées, sur place, dans les tumeurs mycosiques, aux dépens des lymphocytes. — MM. L.-M. Pautrier et Fage présentent un mycosis fongoïde, de forme vulgaire, arrivé à la période d'état, et présentant des plaques érythrodermiques presque généralisées à tout le tégument, lichénoïdes, infiltrées, sur lesquelles commencent à apparaître les tumeurs caractéristiques de cette affection.

L'examen histologique d'une de ces tumeurs au début montre une infiltration dense dans tout le derme, et, dans cette infiltration, la présence d'éosinophiles extrêmement abondants. Ceux-ci se présentent suivant trois types. Les plus rares ont la forme d'éosinophiles normaux, à noyaux trilobés. Les plus nombreux n'ont qu'un noyau à deux lobes, qui prennent l'hématéine aussi fortement que le noyau des lymphocytes. Enfin, un grand nombre encore se présentent sous la forme de lymphocytes dont le protoplasma se charge peu à peu de granulations acidophiles.

Entre ces trois types on peut observer toutes les formes de passage, tous les intermédiaires. On assiste en somme à la filiation complète de la série et l'on surprend sur place la naissance de l'élément granuleux éosinophile aux dépens du lymphocyte.

Une évolution analogue, quoique beaucoup plus discrète, s'observe également entre des lymphocytes qui se chargent peu à peu de granulations basophiles et des mastzellen adultes assez nombreuses.

L'examen du sang ne révèle ni éosinophilie, ni mastzellen, leucocytose sanguines. Celles-ci sont purement cutanées. Pareil fait n'a pas encore été constaté dans des infiltrats cutanés.

Recherchant quelles sont les conditions qui permettent d'expliquer cette hypergenèse locale d'éléments granuleux à forme lymphoïde, les auteurs croient pouvoir l'expliquer par une inflammation spéciale de tout le tissu lympho-conjonctif des infiltrats mycosiques, qui retourne à l'état embryonnaire et par places semble vouloir évoluer vers le sarcome.

Au point de vue histologique, le mycosis fongoïde ne serait donc ni un lymphadénome vrai, ni un sarcome vrai, mais quelque chose d'intermédiaire entre ces deux types, cette forme intermédiaire ayant d'ailleurs une physionomie particulière, qui est celle du type mycosis.

Méningite sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien très riche en pneumocoques. — MM. J. Castaigne et R. Debré rapportent en détail l'observation d'un malade atteint de méningite à pneumocoque, auquel ils ont fait plusieurs ponctions et dont ils ont pu pratiquer l'autopsie. Ils insistent sur ce fait que le liquide céphalo-rachidien contenait du pneumocoque en grande abondance, sans qu'il y ait de réaction leucocytaire.

Ils rapprochent de ce fait deux autres cas personnels qu'ils ont observés. L'un concerne un malade atteint d'abcès du cerveau et chez lequel la ponction montra un liquide céphalo-rachidien très riche en pneumocoques et ne contenant pas de leucocytes; l'autre observation est celle d'un nourrisson chez lequel la ponction lombaire faite à deux reprises n'a permis de constater aucun élément cellulaire dans le liquide, alors qu'il y avait une quantité considérable de cocci.

Ces trois observations jointes à celles qui ont été publiées déjà antérieurement par différents auteurs, montrent que les méningites microbiennes, sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on aurait pu le croire.

MM. Brissaud, Gougerot et Gy présentent un malade chez lequel **l'existence de sporotrichose guérie** fut reconnue par la clinique. Ce diagnostic rétrospectif fut confirmé par les procédés de laboratoire (sporo-réaction, réaction de fixation, culture positive du mucus bucco-pharyngien).

Traitement des hémorragies par les injections sous-cutanées de gélatine. — M. Chaput a employé avec succès les injections sous-cutanées de gélatine préconisées par Carnot, pour arrêter les hémorragies secondaires.

Chez une jeune femme opérée d'hystérectomie totale pour salpingite, l'opération terminée laissa des surfaces suintantes qu'aucune manœuvre ne put arrêter et qui ne cédèrent qu'aux injections de gélatine.

Une seconde malade opérée de fibrome utérin eut une hémorragie par glissement d'une ligature qui fut arrêtée facilement et définitivement par la gélatine.

Dans trois autres cas analogues, la gélatine a eu le même effet.

En cas d'hémorragie secondaire, au lieu de suivre la conduite courante qui consiste à ouvrir la plaie en pleine hémorragie, M. Chaput conseille de faire d'abord une injection sous-cutanée de gélatine; l'hémorragie s'arrêtera, la malade se remontera et on pourra intervenir quelques heures plus tard avec de plus grandes chances de succès.

Le docteur Claude a constaté sur un des malades de M. Chaput que le sang, qui coagulait normalement en sept minutes, coagulait en trois minutes après injection de gélatine.

M. Chaput conseille d'injecter environ 5 grammes de gélatine en solution à 1 p. 100.

L'emploi de la gélatine sous-cutanée est indiquée dans les grossesses tubaires rompues et dans les cas d'hémorragies médicales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1908)

M. Farabeuf dépose sur le bureau un exemplaire de la dernière édition de son *Manuel de médecine opératoire* en l'accompagnant d'une lettre dont M. le Président donne lecture ; nous en extrayons les passages suivants :

« Il faut des dons particuliers assez rares pour devenir habile chirurgien sans avoir passé plusieurs années dans les amphithéâtres, à apprendre et à enseigner, à disséquer et à opérer pour soi-même et pour les autres.

Des étrangers, des Français de nos provinces, quelques-uns d'entre vous, au retour d'un long voyage circulaire européen ou mondial, m'ont souvent dit : Nous avons rencontré çà et là d'éminentes individualités tout à fait remarquables, mais nulle part l'équivalent du corps chirurgical des hôpitaux de Paris où chaque unité possède une valeur positive.

Cette excellence reconnue ne serait-elle pas due aux longs exercices anatomiques et opératoires que vous vous êtes imposés et à ce mode de recrutement par le concours, qui vous a fait faire tant d'efforts, apprendre tant de choses, mode le moins injuste, aussi précieux pour l'individu que pour la société, qui n'a jamais stérilisé que les graines vides, jamais laissé dehors un homme de valeur honnête et persévérant, valide de corps et sain d'esprit ? »

Cette lecture est accueillie par des marques d'approbation unanimes.

De l'abouchement des uretères dans l'intestin. — M. Auvray, à propos du rapport de M. Legueu, communique l'observation d'une malade chez laquelle il a abouché l'uretère droit dans le rectum, il y a quatre ans. L'état général de cette malade est satisfaisant. Elle n'a pas eu de pyélonéphrite. Elle a eu d'abord des émissions d'urine par le rectum, puis ces émissions ont été en diminuant et il semble qu'actuellement la fonction rénale du côté droit est en train de se supprimer. Le rein gauche émet une quantité d'urine égale à celle qu'émettaient auparavant les deux reins. Le rectum est sain ; le toucher rectal ne révèle ni tumeurs, ni ulcérations, ni hémorroïdes. Cependant pendant les trois ou quatre mois qui ont suivi l'opération, il y a eu des hémorragies importantes par le rectum. Ces accidents, survenus sans cause appréciable, ont disparu complètement. Était-ce le contact de l'urine avec la muqueuse rectale qui en était la cause ? M. Auvray ne saurait l'affirmer.

Voies d'accès pour l'ablation des tumeurs naso-pharyngiennes.— Dans la dernière séance, M. Chaput a présenté un malade chez lequel il avait, pour l'ablation d'une tumeur naso-pharyngienne, relevé le nez de bas en haut.

A ce propos, M. Monod fait observer que ce procédé est décrit dans son *Traité de médecine opératoire*.

Traitement des névralgies faciales rebelles. — M. Souligoux, à l'occasion de la présentation faite dans l'avant-dernière séance par M. Morestin, rapporte l'histoire d'un malade atteint de névralgie faciale rebelle, ayant subi plusieurs résections nerveuses par M. Le Bec et n'ayant obtenu, après plusieurs interventions, que des améliorations passagères. Il y a cinq ans, M. Souligoux intervint à son tour, détruisit le nerf dentaire inférieur ; un an après, le nerf sous-orbitaire, puis le nerf lingual. Après chacune de ces opérations, le soulagement obtenu ne se maintint pas. M. Sicard fit des injections d'alcool à plusieurs reprises. Ce malade n'est pas guéri. M. Souligoux se propose de lui enlever le ganglion supérieur du grand sympathique, et, si cela ne suffit pas encore, de lui faire l'opération de Jaboulay, c'est-à-dire la trépanation du côté opposé.

Il résulte de ce fait qu'il ne faut pas trop compter sur les injections d'alcool et qu'il ne faut pas repousser, de parti pris, les grandes interventions dont a parlé M. Morestin.

Pathogénie de la tarsalgie. — M. Poncet adresse, par lettre, une réponse au dernier discours de M. Kirmisson qui, de son côté, répondra, dans la prochaine séance, à la lettre de M. Poncet.

Pour M. Poncet, la théorie mécanique est impuissante à expliquer tous les faits. Il attache une grande importance à l'âge du sujet, à la station debout comme causes adjuvantes, mais pour lui la tarsalgie des adolescents est primitivement de nature inflammatoire et, il ajoute, souvent d'origine tuberculeuse. Il croit devoir la faire rentrer dans le cadre des tuberculoses inflammatoires sur lesquelles il a attiré l'attention dans ces dernières années. La tarsalgie dite essentielle n'est, à ses yeux, qu'un masque d'ignorance de la véritable cause.

Pyélotomie pour calculs. — A propos du rapport de M. Legueu (voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 132, p. 1580), sur une observation de M. Marion, M. Delbet établit un parallèle entre la pyélotomie et la néphrotomie. Suivant lui, on fait toujours une pyélotomie involontaire. Il résulte de nombreuses expériences qu'il a faites que l'exploration du rein et l'ablation des calculs se fait mieux par la pyélotomie que par la néphrotomie. A moins de distension excessive du rein, à une pyélotomie voulue, on ajoute toujours une néphrotomie involontaire. On fait d'ailleurs une meilleure exploration par une pyélotomie que par une néphrotomie.

Néphrectomie et splénectomie. — M. Chaput analyse une observation de M. Caplesco (de Bucarest) dans laquelle il s'agissait d'une rupture traumatique du rein gauche et de la rate. Un garçon de quatorze ans fait une chute de 7 mètres de hauteur ; il présente tous les signes d'une hémorragie interne consécutive à une contusion abdominale, sans plaie. M. Caplesco fait une laparotomie latérale, trouve une quantité de sang abondante, constate une rupture du rein, enlève le rein, voit que l'hémorragie continue, trouve la rate lésée, enlève la rate, bourre la cavité de gaze stérilisée qu'il abandonne dans le ventre et referme celui-ci. Quelques jours après, il fait une incision lombaire pour enlever la gaze.

M. Souligoux fait remarquer qu'on peut suturer la rate et le rein. Il cite plusieurs cas dans lesquels cette suture lui a permis d'arrêter des hémorragies très graves, tout en conservant des organes aussi importants que le rein et la rate.

M. Morestin trouve étrange que le chirurgien de Bucarest ait ainsi, de parti-pris, abandonné un tampon de gaze dans la cavité abdominale. Il lui semble aussi que la néphrectomie, dans l'espèce, a été une opération un peu excessive. Un organe, important comme le rein, eût pu être conservé. Il en est de même de la rate.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce cas, c'est une blessure portant à la fois sur le rein et sur la rate. M. Morestin rappelle un fait analogue qu'il a observé étant interne de M. Ricard.

M. Tuffier fait observer que ces faits sont rares. En pareil cas, il est d'avis qu'il faut tout faire pour conserver le rein.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1908)

Recherches du bacille tuberculeux dans les cavités nasales d'hommes normaux et dans celles des tuberculeux. — MM. Le Noir et Jean Camus ont déjà publié les résultats de nombreuses analyses bactériologiques d'air pratiquées dans une salle de tuberculeux de l'hôpital Saint-Antoine. Aucun des cobayes qu'ils avaient inoculés avec les produits de filtration de l'air n'étaient morts de tuberculose.

Ils ont depuis recherché, toujours par inoculation, le bacille tuberculeux dans les cavités nasales des médecins et étudiants en médecine ayant suivi la visite du matin dans la même salle ; ils l'ont recherché également dans les cavités nasales des infirmiers et infirmières préposés au balayage et au nettoyage de la salle et aux soins des malades.

Toutes ces inoculations sont restées négatives en ce qui concerne la tuberculose.

Les mêmes recherches pratiquées chez des tuberculeux présentant des bacilles de Koch dans leurs crachats ont donné 3 fois seulement sur 10 des résultats positifs et les auteurs font remarquer que chez ces derniers malades les fosses nasales étaient plus vraisemblablement infectées par le milieu intérieur que par l'air de la salle commune.

Les auteurs ne concluent pas à l'impossibilité de la propa-

gation de la tuberculose par l'air et publieront sur ce sujet une étude sur la virulence des poussières de la même salle de tuberculeux, ils font seulement remarquer « qu'en se servant comme appareil de filtration des cavités nasales de sujets vivant dans une salle de tuberculeux », les résultats obtenus sont assez peu différents de ceux que des moyens de filtration variés leur avaient fourni dans leur premier travail.

Survie des globulins hors de l'organisme. — M. Achard a étudié avec M. Aynaud quelques circonstances qui influencent la survie des globulins extraits du sang. La coagulation est un obstacle pour l'observation prolongée. Néanmoins, dans le sang d'âne, ils se maintiennent vivants pendant deux heures et, contrairement à l'opinion classique, ils peuvent rester isolés et se conserver après que le réseau de fibrine s'est formé. Leur agglutination et leur destruction seraient dues plutôt à l'action des tissus qu'à la coagulation elle-même.

En ajoutant au sang du citrate et de l'oxalate, on peut, à 37 degrés et dans la paraffine, maintenir vivants les globulins pendant quatre et six heures. Quelquefois, au bout de vingt-quatre heures, on en trouve aussi de vivants, mais avec d'autres très altérés. Exceptionnellement enfin, il en est qui résistent encore après trente heures.

Les globulins supportent bien les fortes concentrations moléculaires de — 2 degrés et même au delà. Au contraire les faibles concentrations leur sont nuisibles et ils meurent à — 0°40. La dilution du plasma de moitié et du tiers avec de l'eau salée oxalatée ou citratée les tue également. Ils se conservent mieux si la dilution est faite avec du sérum recueilli à l'abri du contact des tissus.

Etat granuleux de la cellule hépatique normale. Ses rapports avec la teneur en glycogène de la cellule hépatique. — M. F. Rathery. L'état granuleux est l'aspect de la cellule hépatique normale; il est indépendant de la teneur en glycogène de la cellule. En produisant au niveau du foie soit une surcharge glycogénique, soit une disparition du glycogène, les granulations persistent. L'état clair ne tient donc pas ainsi que l'admettent L. Bernard et Læderich à une « surcharge glycogénique », mais à une fixation insuffisante de la cellule hépatique.

Les vomissements du nourrisson aérophage. — MM. A. Lesage, G. Leven et G. Barret. L'aérophagie excessive doit être rangée parmi les causes susceptibles de provoquer des vomissements chez le nourrisson.

Cette aérophagie peut coexister ou non avec un spasme du cardia. Lorsqu'il y a spasme du cardia, l'air dégluti ne ressort plus de l'estomac; aussi pour en diminuer la quantité et mettre fin au vomissement, faut-il donner des tétées peu abondantes et rapprochées.

Lorsqu'il y a de l'aérophagie sans spasme du cardia, ce sont, au contraire, les tétées abondantes et espacées qui diminueront la masse de l'air dégluti et guériront le vomissement, car l'air quitte l'estomac à mesure que le lait y pénètre.

La radioscopie gastrique nous a montré l'existence indiscutable de cette variété, non décrite, du vomissement chez le nourrisson : le vomissement par aérophagie excessive.

Il convient de dire aérophagie excessive, car l'aérophagie est un fait normal chez le nourrisson.

Effets de la fulguration sur les tissus normaux étudiés dans le testicule du rat blanc. — MM. J. Bergonié et L. Tribondeau concluent d'une étude expérimentale pratiquée sur le testicule du rat blanc :

1° La fulguration détruit électivement les cellules épithéliales; elle respecte les formations conjonctives, dans les limites des intensités qu'ils ont employées; 2° il n'y a pas de période de latence des lésions; 3° l'action ne s'exerce qu'à une faible profondeur; 4° la démarcation entre la partie atteinte et la partie épargnée est nette; 5° les cellules épithéliales de la partie épargnée, non seulement ne présentent aucune altération, mais ne sont nullement influencées dans leur évolution et dans leur reproductibilité; 6° la régression des cellules détruites est d'autant plus rapide qu'elles sont plus superficielles; 7° la fulguration détruit toutes les cellules épithéliales, sans distinction de forme ou d'activité; 8° elle est rapidement suivie d'un afflux énorme de leucocytes localisé dans les parties altérées, dû à leur diapédèse à travers les vaisseaux congestionnés, et qui ne dure que quelques jours; 9° elle paraît, dans les points où son intensité n'est pas trop grande, activer la formation du tissu conjonctif.

Beaucoup de ces conclusions confirment leurs fulgurations thérapeutiques et diffèrent totalement de ce qu'ils ont écrit sur les rayons X.

Les lésions hépatiques dans l'intoxication tabagique expérimentale. — MM. G. Guillain et Gy. D'après nos expériences le foie est, parmi les organes glandulaires, le plus souvent et le plus profondément atteint dans l'intoxication tabagique. Les lésions sont différentes dans l'intoxication aiguë et dans l'intoxication chronique. Dans l'intoxication aiguë, on observe la congestion avec hémorragies intraparenchymateuses; ces hémorragies sont diffuses et paraissent se produire tantôt au niveau de l'espace porte, tantôt au milieu des lobules. La dégénérescence graisseuse est fréquente, on voit aussi les altérations cellulaires avec pycnose, caryolyse et parfois des zones de nécrose plus ou moins étendues. Lésions dégénératives et hémorragiques coexistent souvent.

Chez les animaux intoxiqués chroniquement pendant plusieurs mois, on peut déterminer des scléroses. Expérimentalement le tabac a pour le foie du lapin une action sclérogène manifeste. Tantôt on observe une sclérose jeune prenant sur point de départ au niveau de l'espace porte, tantôt une sclérose adulte riche en fibres; dans certains cas il s'agit d'une véritable sclérose annulaire périlobulaire. Parfois la cirrhose est cellulaire disséquant les travées de la glande, parfois nous avons vu une cirrhose capsulaire. Les cellules de la glande hépatique adjacentes aux zones scléreuses sont fréquemment adultérées (lésions du noyau et du spongioplasme) et même la congestion et les hémorragies intraparenchymateuses coexistent souvent avec les scléroses.

Au point de vue de la clinique humaine on constate chez certains grands fumeurs l'hépatalagie, le teint terreux, cholémique, les troubles digestifs avec congestion du foie. Il est difficile de dire si le tabac a sur le foie de l'homme la même action sclérogène que sur le foie du lapin, on peut remarquer combien fréquemment chez les cirrhotiques on retrouve l'intoxication mixte par l'alcool et par le tabac.

Résultats cliniques obtenus par l'emploi des corps gras chez les diabétiques. — Pour M. F. Arloing, chez le diabétique qui ingère des corps gras, l'état général s'améliore, en même temps que diminuent le sucre et l'acétone, que disparaissent la polyurie, la polyphagie et la polydypsie, que s'abaisse le taux de l'urée. Les résultats sont surtout nets dans les cas avec forte glycosurie. Le régime gras n'est contre-indiqué que chez les diabétiques dont les fonctions hépatiques laissent à désirer.

Action des sels d'argent sur l'autolyse hépatique. — D'après MM. Ascoli et Izar, les sels d'argent exercent une action favorisante sur l'autolyse du foie et sur la formation d'acide urique, et cette action est d'autant plus nette qu'augmente la quantité de sel ajouté, bien que l'on atteigne rapidement la quantité favorisante maxima.

Les eaux minérales, sérums artificiels. Note rectificative. — M. G. Fleig. L'auteur a, le premier, utilisé les eaux minérales comme sérums artificiels, au point de vue physiologique et thérapeutique, ainsi que le prouvent ses premières publications datant d'avril 1907.

Les eaux qu'il a étudiées sont les suivantes : 1° eaux à point cryoscopique voisin de celui du sang ou égal à celui-ci : Balaruc, Hombourg, Kreuznach, Kissingen, Wiesbaden, Uriage, Tarasp-Schuls; 2° eaux nettement hypotoniques : Bourbonne, La Motte, Santenay, Vals, Saint Nectaire, Châtel-Guyon, La Bourboule; 3° eaux très hypertoniques : Biarritz, Salies-de-Béarn, Ischl, Rheinfelden, Bex, Salins, Salins-Moutiers, Nauheim, Pyrmont.

Beaucoup de ces eaux, ramenées à l'isotonie, peuvent être injectées, chez le chien et le lapin, directement dans les veines et en quantités énormes sans autres troubles que ceux qui succèdent aux injections massives d'eau salée pure. Des eaux même hypotoniques peuvent être injectées dans les veines sans être ramenées à l'isotonie. Chez l'homme, l'auteur a injecté en une seule fois jusqu'à plus d'un litre de certaines eaux (Balaruc, Uriage, etc.) dans les veines et 400 centimè-

tres cubes d'eau de la Bourboule dans la fesse. Ces injections s'accompagnent d'une violente réaction.

Les transfusions d'eaux minérales après les saignées, chez l'animal et chez l'homme et l'étude de la survie et de la reviviscence des organes ou des éléments cellulaires isolés du corps dans certaines eaux minérales montrent que celles-ci réalisent d'excellents milieux vitaux. Sur le sang et le système circulatoire, sur les phénomènes d'excrétion et de nutrition, les eaux minérales exercent des effets précieux au point de vue thérapeutique; beaucoup d'eaux minérales réalisent des milieux organiques de tous points préférables à la solution chlorurée simple et l'altération apportée par elles au milieu vital naturel est moindre encore que celle que produit cette solution. L'auteur a utilisé leurs effets dans diverses maladies du sang, de la nutrition et de la peau, dans certaines manifestations tuberculeuses, dans des syphilis graves.

M. Fleig souligne tout particulièrement l'importance thérapeutique des injections d'eaux minérales à un double point de vue : 1° en tant que sérums naturels à minéralisation complexe; 2° en tant que nouvelle méthode d'application de la cure hydrominérale; à ce dernier point de vue, ces injections constituent un moyen thérapeutique susceptible d'une grande efficacité, une balnéothérapie tissulaire vraie. Sa conclusion pratique est qu'il y aura grand intérêt à réaliser auprès des sources des dispositifs simples permettant l'injection directe des eaux minérales appropriées dans les tissus des malades (eaux vivantes); ces eaux pourront être préalablement filtrées ou même être injectées — certaines du moins — sans stérilisation aucune. La méthode sera particulièrement pratique pour les eaux dont le point cryoscopique est voisin de celui du sang (Balaruc).

Autres communications :

Fréquence des helminthiases dans quelques régions de la France. — MM. WEINBERG, LÉGER et ROMANOVITCH.

Coloration élective de la névroglie. — M. GELESESCU.

Mécanisme de la réaction de fixation. — M. RODET.

Séparation de la sensibilisatrice et de l'agglutinine des sérums hémolytiques préparés. — M. FROUIN.

Spérochètre et lésions syphilitiques d'un fœtus de six mois. — MM. SEBRARÈS et DUPÉRIÉ.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT CURATEUR ET PRÉVENTIF DES BRONCHITES INFANTILES

Par M. PERRAN.

Tous les enfants même robustes peuvent être atteints de coqueluche ou de congestion pulmonaire aiguë. Mais si l'on observe la nature des enfants sujets à la bronchite, on remarque qu'ils sont presque toujours anémiés, affaiblis ou scrofuleux. Tandis que les premiers triomphent assez souvent de leur affection, les seconds présentent des bronchites tenaces, des bronchites à répétition et ils deviennent plus tard des candidats à la tuberculose. Ce n'est donc pas seulement l'affection actuelle qu'il faut traiter chez eux, mais il faut aussi avoir en vue leur état général et leur avenir pathologique. Les calmants de la toux, les vomitifs, la révulsion, tout en ayant des effets immédiats, ne modifieront en rien l'état général diathésique, et c'est pour suppléer à leur action passagère que nous conseillons nettement d'utiliser le sirop Roche au thiocol. Et pourquoi ce choix parmi tant de remèdes? Parce que dans la plupart des cas où nous l'avons employé il a effacé en quelques jours et radicalement les signes inflammatoires et nous a paru exercer sur l'organisme une influence reconstituante appréciable.

Tous les praticiens savent que le gaïacol sulfoné, c'est-à-dire les comprimés de thiocol ou le sirop Roche, est sans danger pour le tube digestif et qu'il agit par son pouvoir antiseptique pulmonaire, par son action stomachique et reconstituante, « par son pouvoir antiscrofuleux », ajoutent certains auteurs (1).

Pour nous qui ne nous laissons guider que par les résultats cliniques, nous traitons presque constamment des bronchites aiguës de l'enfance de la manière suivante, et il est rare que nous n'obtenions pas de rapides succès.

Tout d'abord, révulsion énergique, vomitif, si l'enfant n'est pas trop abattu, et quand la toux est pénible, empêchant le sommeil, la potion suivante :

Alcoolature de racines d'aconit.....	x gouttes.
Sirop de codéine..................	10 grammes.
Hydrolate de tilleul.........q. s. p.	90 —

Une cuillerée à café de deux en deux heures.

Dès que la toux est calmée, nous songeons à l'état général, à la diathèse scrofuleuse, au retour possible de l'affection plus tard sur un organisme précédemment atteint et pour rétablir entièrement l'état normal pulmonaire, nous prescrivons :

Sirop Roche au thiocol, à prendre cinq cuillerées à café dans les vingt-quatre heures (enfant de cinq ans).

La toux disparaît peu de temps après, les râles humides s'effacent, l'oppression s'éloigne et en cinq ou six jours la bronchite a complètement disparu. Nous continuons encore la préparation thiocolée pour effacer tout reliquat inflammatoire dans les ganglions bronchiques et lutter aussi contre la diathèse. Par ce moyen nous maintenons pour longtemps un état pulmonaire satisfaisant. L'huile de foie de morue achève le rétablissement.

(1) MENDELSOHN. *Bull. méd.*, 19 mars 1904. — HUBERT. *Méd. mod.*, janv. 1904.

FELIZET

Felizet, qui vient de mourir à l'âge de soixante-quatre ans, était chirurgien des hôpitaux depuis 1880. Il avait quitté l'hôpital Bretonneau le 1er janvier 1907 pour devenir chirurgien honoraire. La Société de chirurgie l'avait désigné comme secrétaire général, et c'est à ce titre qu'il prononça l'éloge de Rochard, dont nos lecteurs ont certainement gardé le souvenir.

Son « mécanisme des fractures du crâne » avait appelé sur lui l'attention des chirurgiens, mais il se spécialisa, de bonne heure, dans la chirurgie infantile. Il nous laisse un *Traité des hernies inguinales de l'enfance*.

Grand, vigoureux, l'air militaire, l'esprit primesautier et la répartie facile, Felizet était un homme de sport consommé. Il a publié sous le pseudonyme de Claude Lamarche un *Traité de l'épée*. Ce qui ne l'empêcha pas — les internes de son époque s'en souviennent — d'avoir le poumon perforé par l'épée d'un de ses collègues, très novice dans l'art de l'escrime.

On sait qu'en 1870, Felizet traversa la Moselle à la nage, sous le feu de l'ennemi, pour porter un message à Bazaine.

Il était officier de la Légion d'honneur.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 NOVEMBRE AU 5 DÉCEMBRE 1908

THÈSES

Mercredi 2 décembre 1908, à une heure. — M. DUPONT. Rupture du ligament rotulien. (MM. Reclus, président; Monod, Pierre Duval et Proust.) — M. ROMIEUX. Contribution à l'étude des fractures de l'os malaire. (MM. Reclus, président; Monod, Pierre Duval et Proust.).

Jeudi 3 décembre, à une heure. — M. SEGALA. Contribution à l'étude du mécanisme du syndrome de Cheyne-Stokes. (MM. Raymond, président; Pozzi, Bar et Claude.) — M. BOMPARD. Contribution à l'étude du traitement des névralgies faciales par les injections d'alcool. (MM. Pozzi, président; Raymond, Bar et Claude.) — Mlle MOURZAEFF. La périnéorraphie secondaire. (MM. Bar, président; Raymond, Pozzi et Claude.) — M. BLONDIN. Traitement de la dysenterie amibienne par les lavements créosotés. (MM. Chantemesse, président; Albert Robin, Thoinot et Jeanselme.) — M. AUCLERT. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. (MM. Albert Robin, président; Chantemesse, Thoinot et

Jeanselme.) — M. MOLUMAR. Contribution à l'étude de l'albuminurie traumatique. (MM. Thoinot, président; Chantemesse, Albert Robin et Jeanselme.) — M. BALDINI. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la médecine légale. (MM. Thoinot, président; Chantemesse, Albert Robin et Jeanselme.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Isambert, Reverchon, Pouchet et Radouan.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Reboud.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins majors de première classe de l'armée active retraités Richard, Collignon, Mary et Cornille.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active Allaux.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Naamé, Karoubi, Lavenant, Tanon, Trolard, Buron, Bazalgette, Gourdon, Fonteneau, Parenteau, Baldenweck, Bedin, Sourdeau, David, Chancel, Cuttoli, Plissonneau, Fourmentin, Roucairol, Prudhomme, Sigwalt, Lemière, Simonot, Malloizel, Schlissinger, Casenave, Capdequi-Peyranère, Dechaux, Giraud, Scémama, Petit-Lardier, Biétrix, Eymery, Scémama, Meslier, Tessier, Triquet, Petit, Delemontey, Taubmann, Lettry, Faugère, Matet, Voguet, Jossu, Prunier, Dupont, Picard, Michel, Durand, Polidori, Teulières, Wojlanski, Thévenin, Vidal, Delauvrier, Aurientis, Le Frêche, Tacheron, Minot, Imbaud, Lévy, Chabbert, Aumaître, Estivals, Guillerme, Duclaux, Lisle, Cassard, Ciavaldini, Chevrel, de Mouzon, Périé, Ruby, Leblond, Cottu, Pointin et Bridoux.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Cohen, Hodé, Mesnard, Le Maître et Audistère.

L'INTERDICTION DE L'ABSINTHE. — Le Sénat, réuni dans ses bureaux, a nommé une commission de dix-huit membres pour l'examen de la proposition de M. de Lamarzelle et un grand nombre de ses collègues tendant à interdire la fabrication et la vente de l'absinthe.

Ont été élus : MM. Lintilhac, Peytral, Noël, Peyrot, Gourju, Ranson, Aubry, Poulle, Monnier, Ouvrier, Lefèvre, Richard, Bérenger, de Lamarzelle, Borne, de Pontbriand, Rey, Sculfort.

Les commissaires élus sont, en majorité, favorables à la proposition.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE PRATIQUE. — M. le docteur L.-M. Pautrier commencera le mercredi 25 novembre, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série de douze conférences d'anatomie pathologique pratique.

I. Prélèvement des pièces. Techniques et indications de la biopsie.

II. Méthodes générales de la fixation, d'inclusion et de coloration.

III. Notions d'hématologie pratique. Numération des globules rouges et des globules blancs. Recherche de l'équilibre leucocytaire.

IV. Le sang à l'état pathologique. Réactions sanguines dans les infections. Les leucémies.

V. Le cyto-diagnostic.

VI et VII. L'inflammation aiguë. Les inflammations nodulaires chroniques. Anatomie pathologique générale de la tuberculose.

VIII. Généralités sur les tumeurs. Tumeurs à type conjonctif.

IX. Les sarcomes.

X et XI. Les épithéliomes.

XII. Autres types de tumeurs. Papillomes, kystes, adénomes, tératomes.

Ces conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à deux heures. — Chaque conférence est suivie d'une séance de travaux pratiques.

Tous les élèves sont exercés individuellement à la technique des colorations et se font une collection de coupes.

L'inscription est gratuite pour les internes des hôpitaux. Un droit de 50 francs est exigé de tous les autres auditeurs.

Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS (74, rue Denfert-Rochereau.) — M. le docteur Variot a repris ses conférences hebdomadaires d'hygiène et de clinique infantiles, le lundi 23 novembre, à dix heures et demie, au pavillon Pasteur, et les continuera tous les lundis à la même heure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Aubert, médecin principal; Hamy, membre de l'Institut, professeur d'anthropologie au Muséum; Paul Vidal, chirurgien-consultant des hôpitaux de Marseille; Rothamel, médecin de colonisation en Indo-Chine, et de M. Charles Deflin, interne des hôpitaux de Lyon.

RENSEIGNEMENTS

UN ANCIEN NOTAIRE (55 ans) cherche un poste d'économe ou comptable dans maison de santé, Paris ou banlieue.

S'adresser au journal.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 136. — JEUDI 26 NOVEMBRE 1908. 81e ANNEE. JEUDI 26 NOVEMBRE 1908. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort subite de M. le professeur Joffroy, qui présidait encore jeudi matin la Société de psychiatrie et faisait son cours samedi. Cette perte sera vivement ressentie par tous ceux qui ont approché le savant modeste et consciencieux, l'homme droit et honnête, le clinicien consommé, le confrère aimable et charmant qu'était Joffroy. A. BROCHIN.

— Alix Joffroy était né le 16 décembre 1844, il fit ses études de médecine à Paris, fut reçu à l'internat en 1867 dans la même promotion que Richelot, Grancher, Charles Monod et d'Espine; il devint médecin des hôpitaux en 1879.

Agrégé dans la section de médecine et de médecine légale en 1880 avec Landouzy, Troisier et Raymond, il devint par la suite professeur de la clinique des maladies mentales à Sainte-Anne.

Joffroy était membre de l'Académie de médecine et chevalier de la Légion d'honneur.

Ses obsèques auront lieu demain jeudi, 26 novembre, à dix heures du matin, en l'église Saint-Thomas d'Aquin.

Suivant la volonté du défunt, il n'y aura pas de discours.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.*— Séance du 23 novembre 1908. — Question donnée : « Complications de la blennorragie. »

MM. Robert (Lucien-Ernest), 18; Béon, 12; Saïd-Khan et Lespinasse, 10; Roussel, 12; Provost, 10; Raphaël, 5; Gerbay, 10; Riol, 9; Pouget, 16; Nidergang, 15; Sfez, 8; Guillon, 12; Gaudrat, 14; Vautrain, 10; Prévost, 9; Perrin-Maréchal, 14; Richard (Georges), 17; Resmond, 13; Echavarria, 6.

La prochaine et dernière séance aura lieu le vendredi 27 novembre, à quatre heures et demie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le Conseil de la Faculté dans sa dernière séance a présenté, en première ligne, pour la chaire de physique, M. le docteur Cluzet. Dans la même séance, M. le docteur Rochet a été désigné comme professeur adjoint des maladies des voies urinaires.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Bureau, professeur de thérapeutique à l'Ecole de Nantes, a été nommé, sur sa demande, professeur d'hygiène et de médecine légale à ladite Ecole.

MÉDECIN DES ÉCOLES. — M. Billon est nommé médecin-inspecteur des écoles du VIIIe arrondissement.

LES MÉDECINS ET L'IMPOT SUR LE REVENU. — On annonce que la commission de législation fiscale, sous la présidence de M. Pelletan, a entendu le docteur Guillemonat, représentant du syndicat des médecins de la Seine.

Notre confrère a exposé les desiderata de ses confrères en ce qui concerne l'impôt sur le revenu. Il a sollicité de la commission l'établissement de textes précis, sauvegardant le secret professionnel; de plus, il a demandé la défalcation du revenu imposable des frais inhérents à la profession, une diminution à la base du quantum, et la suppression de divers mots de détail pouvant prêter à confusion.

Le président de la commission a tenu à rassurer entièrement le représentant du syndicat. L'accord s'est fait sur les nouvelles propositions de M. le ministre des finances qui a adopté, en effet, presque dans leur intégrité, les textes présentés par les médecins.

Les points qui n'ont pu être réglés par l'établissement d'un texte rigoureux seront, d'un commun accord avec M. Renoult, rapporteur, élucidés lors de la discussion devant la Chambre.

UNE NOUVELLE SOCIÉTÉ MÉDICALE. — Aux médecins que la question de l'esperanto intéresse, on nous prie de faire savoir qu'il vient de se créer une association internationale, la « Tutmonda Esperantista Kuracista Asocio », qui facilitera dans une grande mesure les relations entre les médecins du monde entier, qu'il s'agisse de recherches scientifiques, enquêtes internationales sur tel ou tel sujet, voyages d'études, etc... Président : professeur Dor (de Lyon) ; vice-présidents : docteurs Mybs (d'Altona) et Whitaker (de Liverpool); secrétaire : Docteur Robin (de Varsovie). La cotisation est de 5 francs par an (trésorier pour la France : docteur Artigues, 5e régiment du génie, à Versailles); elle donne droit, outre les avantages de l'association, au journal mensuel : *La Vocho de Kuracistoj*. (Demander numéro spécimen au docteur Stefan Mikolajski, rue Sniaderkich, 6, à Lwow, Autriche-Galicie.)

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1628.*)

PRINCIPALES INDICATIONS
DE
L'AIR CHAUD EN MÉDECINE [1]

PAR MM.
DELHERM, et LAQUERRIÈRE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Lauréat de l'Académie de médecine.

APPLICATIONS LOCALES

Les applications locales sont couramment effectuées soit avec : 1° les réflecteurs, 2° les boîtes, 3° la douche d'air surchauffé. On emploie l'un ou l'autre suivant les indications particulières.

Action physiologique. — L'air chaud produit aussi localement une vaso-dilatation qui se traduit par la rougeur de la peau. Avec les boîtes une abondante transpiration ne tarde pas à apparaître et c'est là un de leurs défauts les plus graves. L'absence de ventilation fait que l'atmosphère est rapidement saturée d'humidité, ce qui ne tarde pas à supprimer l'évaporation de la sueur et par conséquent l'élimination des toxines. La lampe avec réflecteur présente cet avantage que, le membre restant à l'air libre, il n'y a pas saturation d'humidité, la sudation se fait mieux. Par contre ce procédé a l'inconvénient de donner le maximum de chaleur aux points les plus rapprochés de la lampe, il n'y a donc pas l'uniformité d'action de la boîte à air chaud. Il est vrai qu'on peut remédier à cet inconvénient en mettant plusieurs lampes autour d'un membre.

Cet inconvénient n'existe pas avec la douche d'air. Avec elle, on ne constate aucune transpiration appréciable, la place est lisse, rouge, un peu œdématiée même : la sueur est évaporée à mesure qu'elle est secrétée.

L'action capitale de l'air chaud est son extraordinaire pouvoir analgésiant. Pour Bier il serait dû à l'entraînement dans la circulation de substances toxiques agissant sur les extrémités nerveuses; Chrétien invoque les modifications dans l'état moléculaire du tronc nerveux et de leurs terminaisons. Il semble bien que la vaso-dilatation des tissus produit sur les terminaisons une action comparable à celle que peut exercer la compression sur les troncs nerveux.

La pression de l'air n'est pas indifférente et dans certaines névralgies un courant modéré et prolongé est souvent plus utile qu'un courant violent et court.

Enfin la température, d'après Durey, a une certaine importance; suivant le degré, on obtient des effets très différents. Il est une série de détail de technique qu'il est impossible de décrire et c'est l'expérience seule qui apprend la meilleure manière de faire en chaque cas.

Contre-indications. — Les maladies du cœur, les maladies des reins, ne constituent pas de contre-indications. On admet que les inflammations aiguës constituent une contre-indication et que pour intervenir il faut attendre qu'elles se soient très atténuées [1].

Quand on traite des affections de la sensibilité du toucher, surtout la sensibilité de la chaleur, il faut redoubler d'attention, car on peut avec facilité produire des brûlures.

Indications. — a. *Affections articulaires.* — Ces manifestations morbides bénéficient dans une large mesure des applications d'air surchauffé.

L'hyperhermie cutanée favorise les oxydations et la résorption des exsudats, aussi est-ce la forme chronique du rhumatisme qui est la plus favorablement influencée.

L'*arthrite sèche*, l'*arthrite déformante*, même dans le cas où les articulations étaient très tuméfiées, ont été favorablement influencées (Lindemann), mais on n'a pas constaté de guérisons.

Les *raideurs articulaires* après la séance sont certainement moins accusées et les tissus sont plus souples et plus malléables. D'ailleurs la grosse raison qui explique les échecs est en général l'existence de déformations osseuses. Il sera donc bon, dans nombre de cas, de s'assurer par la radiographie qu'il n'y a pas de lésion des os rendant toute tentative illusoire.

Les poussées de *rhumatisme chronique* à forme subaiguë, quand l'inflammation est atténuée, sont justiciables de l'air chaud. Sous son influence les exsudats se résorbent et l'articulation reprend sa mobilité. La sedation de la douleur est remarquable. De nombreux cas ont été observés, entr'autres par les professeurs Gariel et Landouzy.

Les *arthrites goutteuses*, surtout subaiguës, qui gênent le malade par la douleur qu'elles provoquent, soit dans la station debout, soit dans la marche, sont aussi justiciables du traitement qui agit également sur les œdèmes et sur l'enflure.

Les *entorses*, les raideurs consécutives aux *arthrites gonorrhéiques* sont appelées à en bénéficier. Nous avons eu l'occasion à diverses reprises de soigner surtout des poussées subaiguës de rhumatisme chronique et des reliquats de poussées aiguës. Ce qui nous a surtout frappé, c'est l'atténuation considérable de la douleur, et par la suite la résorption des épaississements périarticulaires, toutes les fois que les troubles de la nutrition de la région malade n'étaient pas trop avancés pour constituer une lésion organisée.

Les *œdèmes* persistants consécutifs aux fractures ou aux affections articulaires sont aussi nettement améliorés par l'air chaud.

b. *Affections de la peau.* — Durey a employé l'air chaud dans les *ulcères variqueux*; les malades continuaient leur vie habituelle. La proportion des insuccès est de 1 sur 5; en cas de guérison, l'ulcère se ferme vite, au bout de douze à quinze jours, en moyenne. Même en cas d'insuccès, les douleurs ont toujours été très atténuées; les récidives sont fréquentes et il semble que le traitement soit moins

---

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 135, p. 1611.

[1] Les observations de plaies suppurantes où la suppuration a tari sous l'influence de la douche d'air, observations rapportées par Dausset et Laquerrière, permettent peut-être d'espérer qu'on pourra être moins rigoureux sur cette contre-indication.

actif une seconde et une troisième fois qu'une première [Durey (1)].

Dans les *plaies atones* la douche est supérieure au bain; elle constitue le traitement de choix. Le travail de réparation se trouve accéléré, et les cicatrices sont parfaites.

Dupuy a rapporté également des guérisons par la lumière et la chaleur dégagée par la lampe à réflecteur.

Enfin Dausset et Laquerrière viennent de publier trois observations de plaies en pleine suppuration, qui cessèrent de suppurer et guérirent très rapidement après application de douche d'air chaud (2).

Dausset a fermé en vingt jours un *mal perforant plantaire* d'origine diabétique datant de trois ans.

Des cas de *gangrène des diabétiques* ont aussi été guéris par le bain d'air chaud à 60 ou par la douche.

L'*eczéma séborrhéique* est modifié rapidement. Bayet a vu diminuer les croûtes et la sécrétion séreuse, puis cesser complètement, et les démangeaisons insupportables disparaître aussi.

Le symptôme *prurit* ne résiste que rarement aux applications d'air chaud qui ont sur lui une action vraiment remarquable.

Nous avons eu l'occasion de voir plusieurs cas de *prurit anovulvaire* chez des arthritiques nerveux qui ont été considérablement améliorés par des applications d'air chaud, et qui ont ensuite guéri en un temps très restreint.

Les mêmes résultats ont été obtenus dans les prurits symptomatiques d'*eczéma*, d'*urticaire*, d'*eczématisations*, de *lichen*. L'aérothérapie, dans ces cas comme le constate Frey, Dausset, et comme nous avons pu le voir nous-mêmes, est bien supérieure aux douches d'eau chaude.

On a signalé les bons effets de l'*air chaud* dans la pelade d'origine nerveuse.

Enfin Dausset et Laquerrière ont publié des cas où l'influence favorable de la douche d'air chaud sur certains symptômes des *radiodermites chroniques* paraissait des plus manifestes.

c. *Névralgies et névrites.* — L'air chaud est surtout indiqué dans le traitement du symptôme douleur. Aussi constitue-t-il le traitement de choix dans des cas nombreux de *névralgies superficielles* faciales, intercostales, lombaires, etc (3).

Quand ces névralgies sont d'origine *goutteuse* ou *rhumatismale* ou dites *a frigore*, l'air chaud les guérit en quelques séances.

Les *lumbagos*, les *torticolis* sont justiciables aussi avec succès de ce traitement.

Les *névrites chirurgicales* consécutives aux traumatismes, aux fractures, aux plaies, aux accidents du travail ne donnent, d'après Dausset et Durey, que des résultats peu satisfaisants.

d. Névralgie faciale. — Nous savons qu'avant de pratiquer des injections d'alcool ou d'opérer, il faut toujours soumettre les malades à l'électrisation galvanique et la radiothérapie. Si l'on n'obtient pas avec ces méthodes le résultat désiré, il faut avoir recours ensuite à l'air chaud. Bier a pu réussir en peu de jours à supprimer des névralgies faciales qui lui avaient été amenées pour être opérées, et il conseille de ne jamais intervenir avant d'avoir essayé l'air chaud.

Ostwald, Frey, etc., arrivent aux mêmes conclusions.

Schultz rapporte une série de 20 cas, dont 12 ont été guéris par l'air chaud et 8 ont dû être opérés.

L'air chaud, comme tous les procédés, sans en excepter les méthodes chirurgicales, comporte sans doute des échecs, mais on ne devra jamais négliger d'en effectuer l'essai.

e. *Névralgies brachiales.* — Les névralgies sont assez rares au membre supérieur, elles sont le plus souvent d'origine traumatique; mais elles peuvent être aussi d'ordre médical.

Nous avons eu l'occasion d'en voir six cas dans le courant de cette année; elles paraissaient toutes d'origine rhumatismale ou consécutives à la grippe.

Presque tous les malades présentaient une sensibilité de la peau telle que seules les applications d'air chaud ont pu être utilisées. Elles ont du reste donné des résultats que nous n'espérions certes pas, et dans un laps de temps très court.

Un de nos malades avait des douleurs qui allaient de l'épaule à la main et qui étaient surtout localisées dans la zone innervée par le nerf radial et circonflexe. Elles étaient constantes avec paroxysmes à certaines heures. Ces phénomènes duraient depuis plusieurs mois et avaient résisté à toute thérapeutique. Une douzaine de bains d'air chaud en ont eu complètement raison.

Les autres cas étaient à peu près calqués sur le précédent, mais avec des localisations variables, et dans tous les cas le résultat a été identique, si bien que nous n'hésitons pas à dire que l'air chaud constitue le traitement de choix dans une maladie qui a la réputation d'être si particulièrement rebelle.

Sans doute les résultats ne seront peut-être pas identiques quand la névralgie sera symptomatique d'une lésion méningée, d'un mal de Pott, d'une pachyméningite cervicale hypertrophique, etc. Ici la radiothérapie des centres nerveux est plus indiquée, mais on pourra les combiner sans doute utilement avec l'air chaud.

f. *Névralgies thoraciques.* — L'air chaud est surtout indiqué pour les névralgies périphériques liées à des névrites intercostales et les névralgies réflexes; on pourra l'employer dans la névralgie zostérienne, seul ou combiné au courant galvanique.

g. *Névralgie des membres inférieurs.* — L'air chaud, qui peut être employé dans la névralgie crurale et la méralgie paresthésique, a été expérimenté surtout dans la sciatique névralgie. Ses effets ne sont pas contestables, même dans des sciatiques anciennes. Ce procédé, qui a déjà donné depuis plusieurs années de bons résultats entre les mains de nombreux auteurs, mériterait d'être utilisé d'une façon beaucoup plus courante. Simonot, Tallermann, Gilbert, Allard, etc., en ont rapporté de nombreux cas.

Brieger a guéri 80 p. 100 de sciatiques. Nos con-

(1) Durey. *Congrès de physiothérapie*, Paris 1908.
(2) Dausset et Laquerrière. Soc. de thérap., oct. 1908.
(3) Dausset. *Congrès de physiothérapie*, Paris 1908.

clusions sont aussi tout à fait favorables à ce procédé.

Dausset (1) vient avec Laquerrière de compléter sa statistique, qui actuellement porte sur 26 cas avec des résultats des plus favorables.

Par contre, dans la sciatique névrite on ne constate guère que des résultats peu favorables. L'excitation périphérique est insuffisante pour agir sur la trophicité, et l'air ne peut combattre qu'un des symptômes : la douleur. Encore dans ces formes est-il inférieur au courant galvanique à haute intensité.

Lorsque la sciatique est due à une compression ou à des lésions anatomiques des racines postérieures, l'air chaud sera combiné avec la radiothérapie effectuée sur la région lombaire.

Conclusions. — *En applications générales :* le bain de lumière facilement toléré. C'est un régulateur de la circulation périphérique et un tonique chez les *neurasthéniques*, il active la nutrition chez les *arthritiques rhumatisants et goutteux* ; il est un bon adjuvant pour amaigrir les *obèses* ; il facilite l'élimination des toxines (*morphinomanes*).

En applications locales : l'air chaud constitue surtout un médicament de la *douleur* et comme tel il est très efficace dans les *névralgies* surtout de nature arthritique et rhumatismale, des *lumbago*, des *torticolis*, etc.

Il trouve aussi ses indications dans le traitement des *prurits*, des *eczémas*, des *plaies atones*.

Il exerce aussi une action résolutive plus ou moins nette sur la péri-arthrite, les arthrites goutteuses, les *œdèmes chroniques* suite des phlébites, etc.

L'air chaud est digne d'être largement essayé ; et nous pensons que de plus en plus il prendra une place aux côtés de la galvanisation, de la haute fréquence, de la radiothérapie, et qu'il y aura avantage de l'adjoindre à ces méthodes qui conservent du reste toute leur valeur.

MÉDECINE PRATIQUE

LE PYRAMYDON COMME TRAITEMENT DES DOULEURS FULGURANTES DU TABES

Richter (de Berlin) recommande, dans le *Medizinische Klinik* (1908, n° 28), d'essayer le pyramidon contre les douleurs fulgurantes avant d'employer les moyens héroïques comme les injections sous-cutanées de morphine. Il en a obtenu de très bons résultats même dans les cas où les nouveaux anesthésiques avaient échoué. Il faut donner 0,50 centigrammes de pyramidon en une seule fois et faire boire ensuite une ou deux tasses de lait chaud ou d'une infusion chaude quelconque. Les douleurs sont très diminuées en vingt minutes et souvent disparaissent en une demi-heure. (*Bull. gén. de thérapeut.*)

(1) Dausset. Air chaud et massage, *La Clinique*, avril et août 1908 ; — Laquerrière et Dausset. Loc. cit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1908)

Cent ans de phtisiologie. — M. Landouzy a fait, sur ce sujet, une lecture au Congrès de Washington. En déposant sur le bureau de l'Académie cette lecture, M. Landouzy exprime le regret que la France n'ait pas eu plus de représentants à ce Congrès. Il y a constaté que l'exposition allemande était des plus remarquables, tandis que l'exposition française n'existait pour ainsi dire pas. Aussi a-t-il été heureux, dans cette lecture qui lui a été demandée par le Comité organisateur du Congrès international, de rappeler le rôle considérable de la France dans la phtisiologie de ces cent dernières années, la part prise à l'étude de la tuberculose par Bayle, Laënnec, Louis, Villemin, Grancher, Malassez, Hérard, Cornil, l'unicité de la tuberculose définitivement établie par Nocard pour la plus grande gloire de la médecine française.

L'exposé historique de la tuberculose, présenté par M. Landouzy, est des plus intéressants et il faut lui être reconnaissant d'avoir si heureusement représenté la France au Congrès de Washington.

Les cures solaires directes en montagne. — Dans un voyage à Leysin, il y a deux ans, nous avons été frappés des résultats obtenus par M. Rollier par cette cure solaire dans certaines formes de tuberculose. M. Hallopeau, qui dans une récente visite a subi la même impression, fait connaître à l'Académie, à l'aide de photographies, les résultats très remarquables obtenus par M. Rollier.

La lumière solaire exerce une action profonde sur la nutrition ; elle est microbicide, oxydante, réductrice, analgésiante, sclérogène et modificatrice du milieu. La dermatite bulleuse qu'elle peut provoquer au début fait rapidement place, en montagne, à une pigmentation comparable à celle d'un mulâtre ; les cellules pigmentaires sont devenues le siège d'une suractivité nutritive. L'action solaire s'exerce aussi profondément ; elle y détermine probablement des effets durables. L'action des rayons rouges et infra-rouges diffère très notablement de celle des violets et ultra-violets ; l'action chimique est surtout puissante dans ces derniers ; néanmoins, mieux vaut recourir à la lumière blanche ; les rayons jaunes empêchent la pigmentation de se produire (Rollier et Rousselet). Les rayons agissent beaucoup plus activement en montagne qu'en plaine où l'atmosphère en absorbe au moins 25 p. 100 et où la pigmentation ne se produit que tardivement et faiblement. Or, le pigment est un agent essentiel de la cure solaire ; il agit comme substance sensibilisatrice de Dreyer ; il augmente la résistance de la peau (Rollier) ; il en favorise les cicatrisations, il confère une immunité locale contre la varicelle.

Des photographies d'enfants pigmentés en galeries, faites en janvier, montrent que la cure se fait en hiver comme en été (ces enfants sont tout nus), elle modifie puissamment et guérit le plus souvent toutes les manifestations de la tuberculose, sauf peut-être celle de l'encéphale bien que les rayons traversent les parois craniennes (Foveau de Courmelles). Les séances, d'abord très courtes, sont prolongées dès que la pigmentation s'est établie ; 185 photographies prises par M. Rollier dans sa clinique permettent de suivre la cure dans ses différentes phases chez 35 malades depuis leur arrivée jusqu'à leur guérison qui survient le plus souvent de quelques semaines à quelques mois, rarement de plus d'un an ; elle est constante pour toutes les tuberculoses des parties peu épaisses et peu profondes, telles que les pieds, les mains, les poignets, les coudes, les côtes, le sternum, les testicules, la peau, les gaines tendineuses, etc. ; elle est aussi la règle pour les tuberculoses profondes chaque fois qu'il n'y a pas une fistule infectée ; les effets sont surprenants dans les péritonites : sur 16 cas traités à Leysin, 13 ont guéri pour la plupart en quelques mois. M. Exchaquet a obtenu, comme M. Rollier, des effets très favorables dans la tuberculose pulmonaire, aussi fait-il établir des cellules pour cures solaires sur le toit de l'établissement qu'il dirige. M. Henzler a vu plusieurs fois

la tuberculose laryngée guérir rapidement par le traitement solaire, des syphilides ont été influencées. Constamment, on est frappé par l'amélioration de l'état général, la reconstitution de l'organisme, le relèvement des forces; la cure solaire joint son action à celle de l'altitude pour produire ces effets. Toutes nos observations ont été recueillies à Leysin, mais à coup sûr des résultats semblables seront obtenus dans toute localité qui réunira les mêmes conditions. Nous nous permettrons à cet égard de signaler à M. le directeur de l'Assistance publique l'intérêt que présenterait la création, dans nos montagnes françaises, d'établissements semblables, car la cure solaire dans un lieu élevé est actuellement le plus puissant moyen d'action que nous possédions sur les diverses manifestations de la tuberculose; la démonstration n'est pas faite pour les localisations intra-craniennes, mais il y a des recherches à faire dans cette direction.

De la surdité et de la perméabilité nasale chez les enfants des écoles. — M. A. Courtade lit un travail sur ce sujet.

La détermination du mode respiratoire a été faite avec le pneumodographe de l'auteur qui permet de mesurer, en quelques secondes, le degré d'obstruction de l'une ou des deux fosses nasales.

Le degré d'audition ou de surdité a été déterminé avec des diapasons.

L'examen a été pratiqué sur 475 élèves de neuf à dix-huit ans pendant les mois de juin et de juillet où les inflammations de la gorge et du nez sont les moins fréquentes.

Dans la statistique on calculera sur le chiffre rond de 400.

1° *Fonction respiratoire des fosses nasales.* — Dans les 3/5 des cas la respiration se faisait exclusivement par le nez et d'une façon égale par les deux narines; dans 1/5 des cas, il y avait inégalité, et enfin dans 1/5 le nez était insuffisant et les sujets étaient obligés de respirer en partie par la bouche.

2° *Etat de l'audition.* — Sur 400 sujets il n'y en avait que 191 dont l'ouïe était normale des deux côtés; si on ne tient pas compte des cas où la surdité n'était que très légère, on obtient les chiffres de : audition normale 250 et surdité 150, soit 3 cas de surdité sur 8 enfants.

3° *Influence des troubles respiratoires sur la production de la surdité.* — Tandis que la diminution de l'ouïe existe chez environ la moitié des sujets qui respirent normalement par le nez, on la constate dans les 5/8 des cas où les enfants respirent par la bouche.

4° *Rapport entre les notes scolaires et le mode respiratoire.* — Les professeurs ont bien voulu attribuer des notes à chaque élève sur : intelligence, travail et progrès à l'école, avec une cote de 1 à 10, puis sur l'état de santé habituelle et le caractère du sujet.

De l'examen de ce tableau d'anthropométrie intellectuelle, il résulte que le nombre d'élèves ayant une note inférieure à la moyenne 5 est à peu près égal dans les trois modes de respiration.

5° *Rapport entre les notes scolaires et la surdité.* — Chez les enfants dont l'ouïe est normale ou dont la diminution n'est que très légère, le nombre de ceux qui ont une note inférieure à 5 est à ceux qui ont une note supérieure à cette moyenne comme 1 est à 5, tandis que cette proportion est presque de 1 à 2 chez les enfants dont la surdité est plus prononcée.

6° *Le mode respiratoire a-t-il une influence sur l'état de santé habituel?* — Quand la respiration est bucco-nasale, l'état de santé des enfants a été noté mauvais ou douteux dans les 2/3 des cas, tandis que dans les cas où la respiration est exclusivement nasale, cette proportion est de moins de moitié (7/16), ce qui fait une différence en plus d'environ 1/4 pour la respiration bucco-nasale.

Traitement des nœvi congénitaux. — M. Ménétrel a eu l'idée d'appliquer la thermothérapie, c'est-à-dire l'air surchaud à la guérison de ces lésions communément appelées taches de vin, envies, taches de framboises, etc. Il y a été incidemment amené en voyant la décoloration d'une tache de vin que portait un malade en traitement par l'air surchaud pour une névrite rebelle du nerf facial. Il adresse à l'Académie avec photographies à l'appui les observations cliniques des malades traités et radicalement guéris par sa méthode. L'appareil qu'il emploie est un appareil de son invention dans lequel il utilise la chaleur produite par la carburation de l'alcool gazéifié. La douche d'air surchaud ainsi produite forme un jet peu violent parfaitement toléré par le malade aux températures de 110, 120 degrés.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les affections cérébrales avec terminaison mortelle sans lésions anatomiques. (Hochhaus. *Deuts. med. Wochens.*, 24 sept. 1908, n° 39, p. 1657.) — Hochhaus rapporte l'observation de 7 malades qui présentèrent un ictus apoplectique avec hémiplégie consécutive, ayant entraîné la mort dans un délai plus ou moins rapide : alors que les symptômes cliniques faisaient présager des lésions en foyer importantes, l'autopsie ne montra au niveau de l'encéphale rien qui pût les expliquer d'une façon satisfaisante. Dans trois cas il existait une artério-sclérose, accompagnée chez un malade de néphrite interstitielle, si bien que les manifestations nerveuses pouvaient être attribuées à un trouble circulatoire. Dans un autre cas les vaisseaux de l'encéphale étaient normaux, mais il existait de l'athérome de l'orifice aortique et une cirrhose hépatique, bien supportés jusqu'à l'attaque apoplectique, mais qui avaient joué certainement un rôle dans son apparition. Dans un quatrième cas il n'y avait pas d'artério-sclérose mais une myocardite avec asystolie périphérique, si bien que là aussi des troubles circulatoires peuvent être incriminés.

Chez deux des malades observés il y avait eu antérieurement une hémiplégie siégeant de l'autre côté et à l'autopsie on trouva en effet une cicatrice expliquant cette première hémiplégie; mais pas de lésion en effet dans l'hémisphère opposé, pouvant rendre compte de l'hémiplégie récente, cause de la mort.

Enfin, chez la dernière malade, il y eut, pendant les cinq jours précédant la mort, des crises jacksoniennes débutant au côté droit de la face, gagnant le bras droit et se généralisant ensuite. L'autopsie montra dans l'hémisphère gauche une hémorragie grosse comme une cerise au voisinage de la capsule interne et rien de plus. La ponction lombaire avait montré un liquide céphalo-rachidien normal. Hochhaus pense que la petite hémorragie trouvée n'explique pas les symptômes observés, et qu'elle a dû par action réflexe amener une paralysie des autres régions de l'encéphale.

Hochhaus rappelle que Nonne a décrit des cas de pseudotumeur cérébrale; que Jacobson a observé des hémiplégies sans lésions en foyer, soit chez de simples artério-scléreux, soit chez des sujets atteints d'urémie, de pneumonie, de tuberculose ou d'autres infections et intoxications, et qu'il attribue ces symptômes à des troubles circulatoires du cerveau; Oppenheim et Finkelburg ont noté des cas semblables chez les cancéreux, et l'examen histologique des centres nerveux ne leur a pas livré la clef de la symptomatologie.

A. LEMIERRE.

Etudes sur la rétraction du caillot sanguin. (M. Arthus et Mlle Chapiro. *Arch. intern. de physiol.*, 1908, fasc. III, p. 298-305.) — Les auteurs rappellent d'abord les récentes recherches de L. Le Sourd et Ph. Pagniez, qui ont réuni toute une série de faits expérimentaux démontrant le rôle essentiel joué par les hématoblastes dans le processus de la rétraction du caillot sanguin. Ces expériences établissent que la rétraction est « fonction de la présence de ces organites et de ces organites intacts ou du moins peu modifiés », puisque le chauffage à 58 degrés suffit pour faire perdre aux hématoblastes la propriété rétractante.

M. Arthus et Mlle Chapiro se sont proposés de rechercher si les hématoblastes interviennent dans le phénomène de la rétraction du caillot en tant qu'éléments vivants, si par conséquent les divers agents susceptibles de diminuer ou de supprimer leur vitalité leur font perdre leur propriété rétractante.

En mélangeant du sang à sa sortie du vaisseau avec une solution de fluorure de sodium de façon à avoir du sang fluoré à 1 p. 100, on obtient (en provoquant ultérieurement la coagulation par addition de sérum) un caillot irrétractile. L'eau

distillée ajoutée au sang en proportion suffisante empêche également la rétraction. Le fluorure et l'eau distillée, l'un et l'autre toxiques pour les éléments vivants, empêchent donc la rétraction du caillot sanguin. On peut dès lors admettre que les hématoblastes ou les produits qui en dérivent, agents de cette rétraction, interviennent dans le phénomène en tant qu'éléments vivants.

Si on prépare du sang oxalaté ou citraté et si on provoque la coagulation, le caillot se rétracte ou ne se rétracte pas, selon que la coagulation a été provoquée peu de temps après la prise ou longtemps après la prise. Les hématoblastes ou les produits qui en dérivent, agents de la rétraction du caillot, perdent donc cette propriété en vieillissant hors de l'organisme; ils se comportent donc comme éléments vivants.

La rétraction du caillot se fait ou ne se fait pas selon la température de l'enceinte : elle est rapide et grande à 37 degrés; elle est plus lente et moins grande à 15 degrés; elle est nulle vers 4 degrés. Ici encore les hématoblastes ou les produits qui en dérivent se comportent comme éléments vivants.

La rétraction du caillot ne se fait pas en vases paraffinés, comme si les hématoblastes, ou les produits qui en dérivent, avaient besoin pour manifester leur activité de l'excitation due au contact d'une paroi étrangère. Mais en vases paraffinés on peut provoquer la rétraction par addition d'une macération d'organes, comme si les éléments de cette macération exerçaient sur les hématoblastes une excitation chimique suppléant l'excitation mécanique absente.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Opérations sur la colonne vertébrale. (William Stevenson Baer. *Ann. of surg.*, vol. XLVI, n° 5, nov. 1907, p. 694-704.) — Les opérations sur la colonne vertébrale pratiquées dans le but de parvenir à la moelle épinière ont un peu détourné l'attention de celles qu'on a l'occasion de pratiquer sur la colonne vertébrale elle-même. La radiographie nous a fait connaître nombre de petites lésions osseuses de la colonne qui empruntent une importance pathologique particulière au voisinage des nerfs rachidiens. Les côtes cervicales sont bien connues maintenant; mais si la colonne cervicale est le lieu d'élection des côtes surnuméraires, elle n'est pas le seul lieu de ces productions. Baer relate un cas de côte développée sur la cinquième vertèbre lombaire et descendant dans le bassin où elle adhérait solidement au tronc du plexus sacré. Elle causait une sciatique qui, pendant des années, resta rebelle à tout traitement. Les inégalités de développement des points d'ossification vertébraux, les anomalies des côtes sont parmi les irrégularités mises en évidence par les rayons X et susceptibles d'acquérir un intérêt chirurgical. Les traumatismes et les infections peuvent aussi amener des changements osseux nécessitant une intervention.

L'auteur rapporte une observation où une blennorragie causa la production d'une exostose sous-calcanéenne de chaque côté, et d'une exostose sur la troisième et d'une autre sur la quatrième vertèbre lombaire, toutes demandant une intervention. Et aussi un cas d'exostose de quatre centimètres de long partant du bord inférieur de la troisième lombaire, empiétant sur la quatrième vertèbre, et causant de vives douleurs dans la région lombaire.

Dans les cas de ce genre, les erreurs de diagnostic sont fréquentes et les malades ont généralement été soumis à toutes sortes de traitement. L'exérèse est facile et efficace.

F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du gaïaforme. Son action sur les sueurs des phtisiques. (G. Moncenis. Th. de Paris; J. Rousset, édit.). — Contre les sueurs nocturnes des phtisiques, M. Moncenis présente un nouveau corps, le gaïaforme, dont il fait un grand éloge, tant pour son action que par la facilité avec laquelle on peut l'administrer, ce corps étant sans danger.

Le gaïaforme est une combinaison de gaïacol avec l'aldéhyde formique, dans la proportion de 96 à 4 p. 100.

C'est une poudre jaune sans saveur et sans odeur désagréable; le corps ne présente aucune toxicité, même à doses élevées.

Tout d'abord, l'auteur fait une étude comparative des divers moyens employés pour combattre les sueurs des phtisiques.

Il montre que le traitement hygiénique (repos à l'air libre, lotions froides, bains) est rarement efficace.

Le traitement thérapeutique consistait jusqu'à présent à employer :

1° Les médicaments ayant sur les sueurs une influence indirecte, tels le tannin, le sulfate de quinine, le sulfonal, le gaïacol;

2° Les médicaments ayant une influence directe sur la sécrétion sudorale : acétate de thallium, agaric, atropine, duboisine, acide camphorique, tellurate de soude.

Ces médicaments sont pour la plupart inconstants. Ceux qui sont actifs sont en même temps d'une toxicité telle qu'il faut en surveiller l'emploi.

L'auteur arrive enfin au gaïaforme, qu'il caractérise ainsi : actif et sans danger.

Après avoir passé en revue ses propriétés physiques, chimiques et sa non toxicité par des expériences faites sur le chien, M. Moncenis apporte dix observations, dont cinq prises dans le service du professeur Gilbert à l'hôpital Broussais.

De ces observations, M. Moncenis dégage les conclusions suivantes :

La dose thérapeutique du gaïaforme est de 1g50 à 2 grammes par jour. Il est administré le plus souvent sous forme de cachets (ou de granulé).

Son administration doit être prolongée.

Ce médicament est un agent très efficace contre les sueurs des phtisiques; il semble supérieur à la plupart des médicaments employés à combattre cette manifestation si pénible de la tuberculose avancée.

Il n'a pas d'action sur l'état général du malade et ne semble pas influencer la température.

Il paraît pouvoir être employé aussi avec efficacité pour diminuer d'autres sécrétions sudorales exagérées, en particulier dans les sueurs profuses des diabétiques ou dans l'hyperhydrose plantaire.

L. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT EXTRA-UTÉRIN DE MÉTRITES

Par M. A. Jeantet.

On a souvent soutenu, non sans logique d'ailleurs, que pour le traitement des affections utérines la thérapeutique vaginale est insuffisante; « il faut pénétrer dans l'utérus et porter sur la muqueuse les agents modificateurs ».

Evidemment cette médication directe ne doit pas être négligée, mais l'expérience apprend que l'*antisepsie* régulière de la cavité vaginale et l'introduction jusqu'au canal cervical d'ovules résolutifs au thigénol (30 p. 100) produit des résultats fort appréciables, suffisants dans la plupart des cas de métrites catarrhale et parenchymateuse.

Et d'ailleurs, ne lutte-t-on pas ainsi contre l'envahissement de la cavité utérine par les germes septiques extérieurs, traversant aisément un col entr'ouvert? Les injections vaginales pratiquées lentement, dans le décubitus, deux fois par jour, avec une solution germicide puissante et sans inconvénients comme l'anios à 2 p. 100, exercent des effets préventifs pour les complications infectieuses et permettent à la métrite de s'éteindre progressivement, à l'abri des germes.

L'important dans cette question, c'est que les lavages vaginaux soient bien faits. Mais avec quelques conseils et un peu d'habitude, les malades y parviennent sans difficulté. En second lieu, il faut utiliser un antiseptique actif et sans inconvénients afin qu'il ne lasse pas et n'inquiète pas les malades. Nous citions tout à l'heure l'anios à 2 p. 100 parce que ce sel vanadique (trioxychlorométhyle de vanadium) nous paraît remplir ces conditions et que dans notre pratique, déjà longue, il remplace avantageusement les autres substances chimiques.

Nous lui reconnaissons, en effet, deux grandes qualités sur lesquelles il est bon d'attirer l'attention parce qu'elles sont rares en antisepsie :

1° Des qualités *pratiques :* l'anios est inodore, incolore, ne

tache pas le linge et n'oxyde pas les instruments. Il n'est pas caustique et pas toxique;

2° Des qualités *médicamenteuses* : c'est un ferment métallique oxygéné qui, mis au contact des germes et des tissus, leur abandonne de l'oxygène naissant *sans interruption*. Il est, dès lors, fortement germicide, kératoplastique, désodorisant.

Or, cette production illimitée d'oxygène est susceptible, en gynécologie surtout, et en obstétrique, de fournir des résultats tout à fait remarquables. Il persiste, en effet, après chaque injection prise couchée, une certaine quantité d'anios dans les culs-de-sac vaginaux, et, tant qu'elle y reste, elle représente un foyer permanent d'oxygène dont les effets antiseptiques sont finalement supérieurs à ceux que fournit le sublimé ou le permanganate.

On peut aussi, dans certains cas, utiliser des lavages intra-utérins à l'anios, et nous conseillons même ce traitement lorsqu'il s'agit de métrite catarrhale intense avec *très* abondante leucorrhée. Sans qu'il nous soit jamais arrivé aucun désagrément, même chez les albuminuriques, nous avons alors employé la solution à 1 et 2 p. 100, et, après des irrigations renouvelées trois fois par semaine, la leucorrhée s'atténuait et les ulcérations cervicales disparaissaient.

Nous ne voulons pas discuter ici, la valeur des injections extra ou intra-utérines dans la métrite, et nous venons de dire que parfois nous les employons toutes les deux. Mais, ce qu'il importe de signaler au praticien, c'est l'importance réelle des injections vaginales bien faites et nettement antiseptiques sur les infections exogènes qui entretiennent la congestion utérine et provoquent des complications annexielles. Pour obtenir des résultats il faut être sûr du germicide choisi, et nous ne craignons pas de préconiser à ce point de vue le trioxychlorométhyle de vanadium, qui, malgré des effets modificateurs puissants peut être laissé sans crainte entre les mains de tous les malades.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie générale (1), par M. P. COURMONT.

Le précis que vient de publier M. Paul Courmont est un livre de pathologie générale au vrai sens du mot. Laissant de côté la séméiologie, l'auteur envisage surtout les causes, les lésions, les processus pathogéniques, les troubles fonctionnels généraux et l'évolution des maladies. De là la division de l'ouvrage en quatre parties :

1° Etiologie et pathogénie générales;
2° Anatomie pathologique générale;
3° Physiologie pathologique générale;
4° Evolution des maladies.

Les causes des maladies sont divisées en causes intrinsèques prédisposantes tenant au sujet et en causes extrinsèques, tantôt prédisposantes et plus souvent efficientes, subdivisées en trois groupes : agents mécaniques et physiques, agents toxiques et agents animés.

La deuxième partie comprend l'étude des réactions anatomiques cellulaires ou élémentaires, celle des réactions anatomiques complexes ou tissulaires, dont le type est l'inflammation, et se termine par un chapitre sur les tumeurs.

La moitié de l'ouvrage est consacrée à la physiologie pathologique « la partie la plus importante de la pathologie générale, celle qui explique tout » ; et l'on doit féliciter M. P. Courmont d'avoir, pour la première fois dans un précis, développé comme elle le mérite, l'étude de cette section de la pathologie générale, dont l'intérêt croît de jour en jour. Troubles généraux de la nutrition et des échanges, auto-intoxications, réactions générales contre l'intoxication et l'infection, troubles de la thermogénèse sont successivement étudiés.

Enfin la dernière partie indique l'évolution des maladies, leur marche, leurs formes cliniques, leur terminaison.

Le champ de la pathologie générale est tellement étendu qu'un précis ne saurait embrasser tous les points qu'à condition d'être superficiel. M. P. Courmont a voulu non pas donner « des clartés sur tout », mais faire réfléchir l'étudiant en mettant en pleine lumière les questions les plus importantes et les plus générales ; nous sommes certains que le livre de M. Courmont répond pleinement au but qu'il s'était proposé et il mérite d'être lu et médité par tous ceux qu'intéressent les grands problèmes de la pathologie. L. LE SOURD.

(1) In-8 de 1 101 pages avec 121 figures. — Prix : 12 francs. — Paris 1908, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-cinquième semaine, 862 décès, au lieu de 905 pendant la semaine précédente et de 869, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 118 décès, au lieu de 112 pendant la semaine précédente et au lieu de 133 moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 186 décès (chiffre identique à la moyenne).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS (74, rue Denfert-Rochereau). — COURS PRATIQUE D'HYGIÈNE INFANTILE, sous la direction de M. le docteur Variot, avec l'assistance de MM. les docteurs Barret, Ferrand et Lassablière, chefs de laboratoire aux Enfants-Assistés, et de MM. Fayolle et Le Blaye, internes des hôpitaux. — Ces cours avec démonstrations cliniques auront lieu les mardis, jeudis et samedis à trois heures de l'après-midi au pavillon Pasteur ou à la nourricerie Parrot. La première leçon commencera le jeudi 26 novembre.

Programme des cours en douze leçons. — I. Docteur Variot : Considérations pratiques sur l'anatomie et la physiologie du nourrisson.

II. Docteur Lassablière : Le lait de femme. La nourrice.

III. Docteur Lassablière : L'allaitement maternel. Technique ; résultats.

IV. Docteur Ferrand : L'allaitement artificiel. Le lait des animaux ; sophistication ; contrôle.

V. Le Blaye : Stérilisation du lait. Microbes et fermentations du lait ; techniques de stérilisation.

VI. Le Blaye : Modifications du lait. Coupages ; maternisation, homogénéisation, etc.

VII. Fayolle : La ration alimentaire du nourrisson. Graduation des tétées ; suralimentation.

VIII. Fayolle : Les dyspepsies infantiles. Vomissements ; gastro-entérites.

IX. Docteur Lassablière : Troubles de la croissance. Hypotrophie ; rachitisme ; élevage des débiles et des hérédo-syphilitiques.

X. Docteur Ferrand : L'allaitement mixte. Le sevrage. Hygiène générale du nourrisson.

XI. Docteur Barret : Etude radioscopique du nourrisson et spécialement de l'estomac.

XII. Docteur Variot : La mortalité infantile. Vulgarisation de l'hygiène infantile, les gouttes de lait, les crèches, les pouponnières.

Avis. — Il sera perçu un droit de 25 francs par auditeur inscrit. Le nombre des inscriptions est limité. Les internes des hôpitaux seront admis gratuitement.

NOTES POUR L'INTERNAT

PYLORE [1]

DISPOSITION GÉNÉRALE DU PÉRITOINE. — Il forme deux feuillets : pré et rétropylorique.

A gauche, ils se continuent avec les feuillets analogues de l'estomac.

A droite, l'antérieur tapisse le duodénum, le postérieur se réfléchit à 2 ou 3 centimètres du pylore, du duodénum dans la paroi postérieure de l'arrière-cavité.

En haut, les deux feuillets se rejoignent pour former le petit épiploon.

En arrière, c'est le feuillet postérieur qui s'adosse à lui-même pour former les ligaments profonds et se continuer avec le péritoine postérieur de l'arrière-cavité.

En bas, les deux feuillets se rejoignent pour donner le ligament gastro-colique, puis le postérieur se réfléchit sur le mésocôlon transverse, tandis que l'antérieur descend dans le grand épiploon. En réalité, cette apparence n'est due qu'à l'accolement de la poche épiploïque, que les deux feuillets contribuent à former pour remonter tous deux ensuite s'accoler au côlon transverse.

VAISSEAUX ET NERFS. — ARTÈRES. — Elles viennent du tronc cœliaque par l'hépatique et la coronaire stomachique.

L'*hépatique* ayant abordé la face postérieure du pylore ou de la première portion duodénale, abandonne la gastro-duodénale que nous avons vue descendre devant le pancréas, et donner la gastro-épiploïque droite. Celle-ci quitte le pancréas et pénétrant dans le ligament gastro-colique, elle longe de droite à gauche la grande courbure, qu'elle suit à 1 ou 2 centimètres, en moyenne, pour s'anastomoser avec la gastro-épiploïque gauche. Elle donne des rameaux ascendants sur les deux faces du pylore.

La *pylorique* naît souvent après la gastro-duodénale dans le petit épiploon ; elle descend sur le bord supérieur du pylore, se partage en deux branches, qui longent toutes deux la petite courbure de droite à gauche. Ces deux branches s'anastomosent avec les deux branches de la coronaire stomachique qui, ayant cheminé dans le ligament gastro-pancréatique, descend sur la petite courbure. De ces deux arcades naissent les rameaux descendants qui rampent sur les deux faces du pylore.

Le pylore est ainsi entouré par un véritable collier artériel, constitué par deux courants supérieur et inférieur, que réunissent en arrière la gastro-duodénale et sur les deux faces les branches pyloriques.

Veines. — Elles vont à la gastro-épiploïque droite tributaire ordinaire de la mésentérique supérieure, et à la pylorique qui se jette dans la partie inférieure du tronc de la veine-porte.

LYMPHATIQUES. — 1° *Groupes ganglionnaires*. — 1. *Chaîne coronaire stomachique*. — *Groupe de la petite courbure* situé au point où l'artère aborde la petite courbure ; ils s'étendent très peu à droite et n'atteignent pas le pylore. C'est un premier relai, le second est constitué par le *groupe de la faux* situé dans le ligament gastro-pancréatique ;

2. *Chaîne hépatique*. — a. *Groupe sous-pylorique*. — Trois à six ganglions situés dans le ligament gastro-colique sous l'origine de la gastro-épiploïque droite. Quelques ganglions aberrants plus bas dans le ligament gastro-colique, le long des artérioles descendantes ;

b. *Groupe rétro-pylorique*. — Deux ou trois ganglions le long de la gastro-duodénale entre le pylore et le pancréas ; ils rejoignent la chaîne hépatique principale.

3. On a décrit quelques glandules interrupteurs sur les lymphatiques sous-séreux (Letulle).

4. Tous ces groupes envoient leurs efférents dans les *ganglions pré-aortiques* qui entourent le tronc cœliaque.

2° *Collecteurs lymphatiques*. — 1. *Troncs supérieurs*. — Ils courent parallèlement au bord supérieur du pylore. Ils vont, loin de leur origine, au groupe de la petite courbure. Deux ou trois troncs grêles vont à droite se jeter dans les efférents du groupe rétro-pylorique ;

2. *Troncs inférieurs*. — Ils descendent verticalement se jeter dans le groupe sous-pylorique.

Les efférents de ce groupe se jettent dans les ganglions rétro-pyloriques.

Quelques lymphatiques de la face postérieure du pylore aboutissent directement à ce groupe.

Il faut donc en cas de pylorectomie pour cancer, enlever largement toute la région sous-pylorique et la petite courbure en remontant le plus près possible du cardia (Cunéo).

Nerfs. — Ils viennent des pneumogastriques et du plexus solaire (sympathique).

Le *pneumogastrique gauche* s'étale en un plexus stomacal antérieur qui rayonne sur la petite courbure.

Le *pneumogastrique droit* ne donne que quelques petits filets postérieurs dont un se rend jusqu'au pylore (Jonnesco).

Les *plexus pylorique* et *coronaire stomachique* issus du plexus solaire et accompagnant les artères, s'anastomosent avec le plexus stomacal antérieur.

CONFIGURATION INTÉRIEURE. — Le canal pylorique est séparé du vestibule par deux plis pyloriques, correspondant aux sillons de la surface extérieure.

L'orifice pylorique présente une valvule muqueuse qui double le sphincter pylorique. Cette valvule fait une saillie qui, se continuant en pente douce vers l'estomac, est taillée à pic au contraire du côté du duodénum. Elle est souvent circulaire, parfois incomplète, réduite à un croissant et n'admet souvent qu'à peine le petit doigt (Cruveilhier). Le canal a 2 centimètres et demi de diamètre en moyenne.

HISTOLOGIE. — Le pylore comme tout l'estomac a quatre tuniques : séreuse, musculeuse, celluleuse et muqueuse.

A. SÉREUSE. — C'est le péritoine. Il adhère au pylore surtout sur les faces.

B. MUSCULEUSE. — Très épaisse au niveau du canal pylorique, elle a plus d'un millimètre.

Elle a trois couches : 1° *Fibres longitudinales*, superficielles, sur le bord supérieur c'est la terminaison de la cravate de Suisse qui longe la petite courbure.

Sur le bord inférieur, quelques fibres clairsemées.

Sur les deux faces, les ligaments pyloriques d'Helvétius en grande partie élastiques ;

2° *Fibres circulaires*, moyennes, faisceaux larges, anastomosés, ils s'épaississent rapidement au niveau du canal pylorique pour aboutir au *sphincter pylorique*.

Triangulaire à la coupe, il a une épaisseur de 5 à 8 millimètres, souvent hypertrophié chez les vieillards.

3° *Fibres obliques profondes*. Quelques fibres seulement du plan profond de l'estomac arrivent au pylore en suivant la petite courbure.

C. CELLULEUSE. — Tissu cellulaire lâche, elle unit la musculeuse à la muqueuse. Elle est très vasculaire. D'après Hartmann et Cunéo, elle ne se continue pas directement avec celle du duodénum, ce qui constitue un obstacle à la propagation des néoplasmes pyloriques vers le duodénum.

(*A suivre*.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 133, p. 1593.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal des praticiens. — (N° 41, 10 oct. 1908.) DEBOVE : La leucémie myélogène et son traitement. — HUCHARD : Les fausses maladies du cœur dans leurs rapports avec le service militaire. — BENOIT : Traitement pratique des inégalités de croissance des membres inférieurs et des scolioses qui en résultent. — (N° 42, 17 oct.) P. RECLUS : Traitement des plaies des doigts et de la main. — (N° 42 *bis*, 20 oct.) BAR : La folie des nourrices. — HUCHARD : Aortite goutteuse et néphrite. — (N° 43, 24 oct.) BAR : La folie des nourrices (*fin*).

Marseille médical. — (N° 20, 15 oct. 1908.) L. Imbert et Masini : La hernie inguinale. — Platon : Une mission en Europe (*suite*). — (N° 21, 1er nov.) Imbert et Masini : La hernie inguinale (*suite*). — Platon : Une mission en Europe (*fin*).

Medical Record. — (Vol. LXXIII, n° 22, 30 mai 1908.) S. W. Lambert : Mélœna des nouveau-nés; un cas guéri par la transfusion. — Henry W. Berg : Diagnostic différentiel de la méningite cérébro-spinale méningococcique et des autres types de méningite cérébro-spinale. — Wilbur C. Philips : Projet pour réduire la mortalité infantile à New-York. — Homer E. Norwich : Corrélation entre l'exophtalmie et les névroses. — Gross : Troubles de la sécrétion gastrique. — R. W. Knox : Drainage des plaies. — (N° 23, 6 juin.) George W. Crile : Le problème du cancer. — W. T. Dannrenther : Commentaires sur un cas rare nécessitant l'opération césarienne. — W. Harbin : Relation de trois cas d'intervention pour tumeurs abdominales volumineuses. — Alexander W. Blain : Urticaire à la suite d'une seconde injection d'antitoxine diphtérique. — (N° 24, 13 juin.) John B. Huber : La lutte victorieuse contre la phtisie. — Herbert Swift Carter : Vomissements récidivants. — Geo W. Vandegrift : La nouvelle école d'hygiène. — Charles E. North : Note préliminaire sur la désinfection des cavités par l'injection de liquide tenant en suspension des bactéries vivantes non pathogènes. — (N° 25, 20 juin.) A. Seibert : Diète liquide sans lait et irrigations rectales dans la fièvre typhoïde. — William Leland Stowell : Vaches tuberculeuses et tuberculose des enfants. — William Martin Richards : Le traitement des maladies dues au catarrhe respiratoire. — (N° 26, 27 juin.) Col. W. C. Gorgas : Mode de dissémination de la fièvre jaune. — Frank Van Fleet : Tumeur intra-durale du nerf optique extirpée par la méthode de Kronlein. — Geo W. Stiles : L'influenza; son diagnostic au point de vue morphologique dans les préparations colorées de crachats. — Louis Faugères Bishop : Plusieurs cas de troubles hépatiques d'origine cardiaque. — Henry S. Goodall : Relation de la pleurésie avec la tuberculose pulmonaire. — (Vol. LXXIV, n° 1, 4 juillet.) J. W. Gleitsmann : Paralysie du larynx; remarques sur l'anatomie et la physiologie; étiologie des paralysies d'origine centrale. — Max Einhorn : Traitement diététique dans la dilatation de l'œsophage. — Chas. F. Disen : Inflammation du nerf circonflexe. — H. N. Moeller : Un cas exceptionnel de méningite cérébro-spinale traitée par le sérum anti-méningitique. — Fielding Lewis Taylor : Collapsus à la suite d'une injection de sérum antidiphtérique. — (N° 2, 11 juillet.) Havelock Ellis : La conquête des maladies vénériennes. — Karl Osterhaus : Anastomose nerveuse dans la paralysie infantile. — Samuel Wesley Smith : La folie : sa genèse et sa transmissibilité. — E. P. Robinson : Quelques cas, non obstétricaux, où les injections hypodermiques d'ergot de seigle ont rendu grand service. — (N° 3, 18 juillet.) D. Bryson Delavan : Étiologie de la paralysie récurrentielle périphérique. — Eugène Caravia : Note sur le sérum de Deutschmann contre les infections. — (N° 4, 25 juillet.) H. S. Birkett : Histoire abrégée de la médecine à Québec de 1535 à 1838. — W. H. Deaderick : Pathogénie de la malaria. — Edward C. Titus : Un traitement efficace de l'arthrite blennorragique. — Richard Ellis : Bruits cardiaques anormaux. — W. H. Powers : Tétanos, observation d'un cas traité par les injections intra-spinales de sulfate de magnésie.

Presse médicale. — (N° 81, 7 oct. 1908.) T. de Martel : Un point de technique opératoire dans la craniectomie. — (N° 82, 10 oct.) Ducroquet : Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — (N° 83, 14 oct.) Emile Sergent : Évolution et traitement de la tuberculose chez les syphilitiques. — (N° 84, 17 oct.) Paul Aubourg : La cuti-réaction et les réactions nerveuses. — (N° 85, 21 oct.) Raoul Brunon et Maurice Guerbet : Les sulfo-éthers urinaires dans l'intoxication d'origine gastro-intestinale. — Léon Bernard : Autour du Congrès de Washington. — (N° 86, 24 oct.) L. Landouzy : La typho-bacillose. — J.-A. Sicard : Le traitement de la névralgie faciale devant le Congrès de chirurgie de 1908.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 41, 10 oct. 1908.) Pierre Cauzard : Quelques cas d'œsophagoscopie (méthode de Mikulicz et Von Hacker) de laryngoscopie directe et de trachéo-bronchoscopie (méthode de Killian). — Egmont Baumgarten : Sténoses du larynx et de l'œsophage; leur influence sur les organes génitaux. — T. Della-Vedova et L. Clerc : Contribution à l'histo-pathologie des rhinites hypertrophiques. — (N° 42, 17 oct.) Jules Mouret : De la pharyngotomie médiane; Note sur la thyrotomie pour cancer des cordes vocales. — Della-Vedova : Sur quelques points relatifs au développement des cavités nasales de l'homme.

Revue médicale de l'Est. — (N° 20, 15 oct. 1908.) Spillmann : Comment on doit comprendre l'hospitalisation des vénériennes. — Nilus : La tuberculine.

Semaine gynécologique. — (N° 40, 6 oct. 1908.) Pichevin : Quelques mots sur la pratique de Dürhssen. — (N° 41, 13 oct.) Pichevin : Quelques remarques sur la gynécologie en Allemagne. — (N° 42, 20 oct.) Hector Treub : Le traitement de la grossesse extra-utérine après rupture ou avortement tubaire.

Semaine médicale. — (N° 42, 14 oct. 1908.) R. de Bovis : La placentation de la femme. — (N° 43, 21 oct.) Roch et Dufour : Du triangle de matité paravertébral et de son peu de valeur séméiologique chez l'adulte.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 19, 15 oct. 1908.) Téchoueyres : Note d'histologie générale à propos des tumeurs malignes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 137. — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1908. 81e ANNEE. SAMEDI 28 NOVEMBRE 1908. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Le *Journal officiel* du 27 novembre publie la loi modifiant l'article 25 des lois des 15 février 1902 et 29 janvier 1904 sur la protection de la santé publique (composition du Conseil supérieur d'hygiène publique de France).

CONGRÈS DES PRATICIENS. — Une délégation du Congrès des praticiens de Lille a été présentée mercredi à M. Clemenceau, président du Conseil, par M. Dubuisson, député du Finistère, et M. Laurent, député de la Loire. Les délégués communiquent à ce sujet à la presse l'information suivante :

La délégation a renouvelé énergiquement les protestations du corps médical dont 9500 membres étaient représentés au Congrès de Lille, contre le certificat d'admissibilité à l'agrégation, tendant à créer deux classes de médecins.

M. Clemenceau a déclaré que cette mesure rétablissait en quelque sorte l'officiat de santé, qu'il était d'accord avec les praticiens à son sujet, et qu'il était surpris de son adoption.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — M. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, fera avec le concours de ses assistants de l'hôpital Lariboisière, les docteurs Grivot, Gibert et Lemaître, une série exceptionnelle de conférences de médecine opératoire en dix leçons, sur le nez, les sinus, le larynx, les oreilles et la bouche, qui commencera le lundi 30 novembre à deux heures et demie.

Les leçons auront lieu tous les jours à la même heure. L'accès aux conférences est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Le droit d'inscription est de 80 francs pour les docteurs en médecine et de 50 francs pour les étudiants.

Les inscriptions sont reçues tous les jours après midi par M. l'économe de l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1641.*)

RENSEIGNEMENTS

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 DÉCEMBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 7 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Lecène; — (2e partie) : MM. Roger, Legry et Sicard; — M. Lœper, suppléant.

Mardi 8 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Marion; — (2e série) : MM. Albarran, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Fernand Bezançon; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 9 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Gosset et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e : MM. Gariel, Langlois et Branca; — M. Sicard, suppléant.

Jeudi 10 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Brumpt.

2e : MM. Prenant, Gley et André Broca; — M. Thiéry, suppléant.

Vendredi 11 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Lœper.

1er (oral) : MM. Nicolas, Branca et Mulon; — M. Langlois, suppléant.

Samedi 12 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Brumpt, suppléant.

THÈSES

Mercredi 9 décembre 1908, à une heure. — M. Barbié. Le sang humain. Variations chimiques au cours des maladies. (MM. Pouchet, président; Segond, Desgrez et Pierre Duval.) — M. Pigé. Des autoplasties pour la fermeture d'un orifice cicatriciel rétro-auriculaire persistant après guérison de l'évidement pétro-mastoïdien en particulier du procédé par Paul Laurens. (MM. Segond, président; Pouchet, Desgrez et Pierre Duval.)

Jeudi 10 décembre, à une heure. — M. Voillemot. L'hyperthermie et ses rapports avec le diagnostic de la tuberculose au début. Etude critique. (MM. Raymond, président; Quénu, Ribemont-Dessaignes et Jeanselme.) — M. Mathieu. La lithiase de la voie biliaire principale. (MM. Quénu, président; Raymond, Ribemont-Dessaignes et Jeanselme.) — M. Hersant. Curage et curetage dans les suites de couches. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Raymond, Quénu et Jeanselme.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

DE L'OBSTRUCTION BILIAIRE (2)

Par M. CHIRAY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II. Obstructions cholédociques. — Les obstructions biliaires cholédociques s'opposent aux formes précédemment étudiées par le fait qu'elles produisent des symptômes et des lésions à la fois sur les voies biliaires intra-hépatiques, c'est-à-dire sur le foie, et sur les voies biliaires extra-hépatiques.

La présence d'ictère et de signes hépatiques persistants leur est à peu près spéciale et constitue un signe de différenciation fort important avec les obstructions cystiques. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister, car il permet au clinicien d'orienter son diagnostic dès le début d'un examen, soit vers l'hypothèse d'une obstruction cystique, soit vers celle d'une obstruction cholédocique.

A cela près les formes de l'obstruction cholédocique rappellent celles de l'obstruction cystique et comportent les trois stades parallèles *de distension mécanique*, *de suppuration et de sclérose*, l'angiocholécystite généralisée de rétention (ictère par rétention), l'angiocholécystite généralisée suppurée, l'angiocholécystite généralisée scléreuse (cirrhose biliaire calculeuse avec scléro-atrophie des voies biliaires extra-hépatiques).

1. *Angiocholécystite généralisée de rétention* (*ictère par rétention*). — Ce type d'obstruction est de tous le plus facile à reconnaître. Suivant les causes il peut débuter brutalement ou progressivement, tantôt précédé de douleurs hépatiques, tantôt sans aucune souffrance. Mais lorsqu'il est constitué, il répond à un type invariable qu'il importe de bien connaître.

Les caractères principaux sont l'ictère des téguments et des muqueuses, la cholurie, la cholémie, tous symptômes communs à la plupart des ictères et qui ne prennent ici leur signification que par l'addition d'un quatrième terme, la *décoloration des matières fécales*.

L'*ictère* des téguments et des muqueuses est caractérisé par une teinte jaune plus ou moins foncée suivant les cas, apparaissant d'abord au niveau de la muqueuse sublinguale et des conjonctives et s'étendant ensuite à tout le tégument externe. Comme l'imprégnation biliaire de la peau atteint ici une forte intensité, elle entraîne parfois un prurit extrêmement pénible.

La *cholurie* se reconnaît à l'aspect foncé, bière forte, que prennent les urines. Elle est chimiquement démontrée par la réaction de Gmelin ou par l'une quelconque des autres réactions spéciales aux pigments biliaires. Il faut seulement remarquer que la quantité de pigments étant souvent fort élevée dans ces cas, il est nécessaire, pour bien apprécier la réaction colorée, de diluer l'urine de son volume d'eau distillée.

La *cholémie* se caractérise par la coloration foncée que prend le sérum sanguin et par la réaction de Gmelin qu'on y peut déceler en portant avec une pipette quelques gouttes d'acide nitrique nitreux au fond d'un tube à essai contenant les urines. Les très intéressantes recherches de Gilbert et Herscher (1) ont permis d'apprécier très exactement l'intensité de la cholémie. Ces auteurs ont indiqué un appareil et une technique avec lesquels il est facile de mesurer la proportion de bilirubine dans le sérum sanguin. Ils ont par ce moyen pratiqué l'examen de la cholémie normale ou pathologique dans un grand nombre de cas et ont montré que dans les ictères par rétention existe la cholémie la plus forte. Au lieu de 1/35 000, proportion normale de bilirubine dans le sérum sanguin, on obtient les chiffres de 1/3000, 1/2000, 1/1000 et même 1/900.

Ces trois signes fondamentaux, *ictère, cholurie, cholémie* se compliquent de différents accidents en rapport avec l'intoxication par les pigments biliaires. Tels sont par exemple le ralentissement du pouls, l'apparition de souffles cardiaques, l'asthénie nerveuse.

Mais le tableau clinique ne prend sa signification précise d'obstruction cholédocique que par l'adjonction du dernier symptôme, la décoloration des matières fécales. Celles-ci sont *fétides*, *pâteuses*, *blanc grisâtre*, et à cet égard il est bon de signaler une cause d'erreur fréquente. Tout ictérique est habituellement soumis au régime du lait, or ce régime par lui-même produit une certaine décoloration des matières. Mais habituellement quand la bile continue son cours, les fèces du régime lacté sont d'un blanc jaunâtre, plus ou moins foncé. Dans les matières du régime lacté privées de bile au contraire la teinte est blanc grisâtre, argileuse, tout à fait différente de la précédente. Les recherches de Gilbert et Herscher (2) ont permis de préciser chimiquement l'absence de bile dans les matières. Ces auteurs ont au préalable établi que, dans les fèces normales on ne trouve plus les pigments biliaires de la bile, ceux-ci étant transformés en stercobiline et même en stercobilinogène par l'activité de l'épithélium intestinal. Or, en cas d'obstruction cholédocique on constate la disparition complète de stercobiline et de stercobilinogène. Dans les phases de régression de l'ictère, lorsque l'obstruction est sur le point de disparaître, on peut observer la réapparition progressive de ces pigments du stercobilinogène d'abord, puis de la stercobiline. Le chromogène reparaît le premier parce qu'au début il passe peu de pigments et que cette petite quantité de pigments n'excédant pas le parcours réducteur de la muqueuse intestinale, subit la transformation maxima.

La suppression de la bile dans les matières fécales entraîne d'autres modifications importantes sur lesquelles ont insisté dans ces dernières années Schmidt, Strassburger, Cammidge à l'étranger, et en France, R. Gaultier. D'après les recherches de cet auteur, les principales modifications seraient la *diminution de volume* parce que les fèces restent plus longtemps dans l'intestin, la *réaction acide*, l'*aspect graisseux* car les matières contiennent plus d'un tiers des graisses ingérées n'ayant pas même subi un commencement de digestion. C'est d'ailleurs parce que de tels malades digèrent mal les graisses, qu'ils maigrissent parfois assez vite, perdent l'appétit et accusent un dégoût très marqué pour la nourriture, surtout pour les substances grasses. Les différents caractères du déficit biliaire dans les selles sont bien

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 134, p. 1599.

(1) Gilbert et Herscher. *C. r. de la Soc. de biol.*, 12 déc. 1903, p. 1587.
(2) Gilbert et Herscher. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907 (1er juin, 8 juin, 20 juil., 9 nov., 7 déc., 28 déc).

mis en lumière par l'examen de celles-ci après un repas d'épreuve qu'a indiqué R. Gaultier.

L'examen physique des sujets porteurs de ce syndrome d'obstruction fournit des renseignements variables. Un seul point est constant, c'est l'état du foie. Toujours on trouve que le bord inférieur de la glande déborde largement les fausses côtes. La partie qui devient ainsi accessible au palper est d'ordinaire fortement tendue, assez résistante au doigt et pourrait, si l'on n'était prévenu de cette rénitence spéciale, faire croire à de la cirrhose. Au-dessous du bord inférieur, tantôt la palpation révèle une vésicule dilatée (c'est la règle dans les obstructions par cancer pancréatique, ainsi que l'ont indiqué Bard et Pic), tantôt la main exploratrice ne perçoit pas la vésicule (c'est le cas habituel dans les obstructions cholédociques d'origine lithiasique, ainsi que l'ont indiqué Courvoisier et Terrier). Nous nous sommes expliqué à l'étude pathogénique sur le motif de ces réactions variables de la vésicule. Il ne faudrait d'ailleurs pas prendre ces règles pour des lois immuables, car des dérogations ont été constatées dans bien des cas. Ainsi lorsque des calculs s'enclavent dans l'ampoule de Vater chez des sujets lithiasiques de date récente, on peut observer souvent comme dans le cancer pancréatique l'ectasie vésiculaire.

Outre la distension hépatique l'examen du ventre permet aussi souvent de constater une plus ou moins grande hypertrophie de la rate, même dans les cas aigus, ce qui tendrait à faire croire que la distension des canaux biliaires aux espaces porte gêne dans tout le foie la circulation portale.

Tels sont donc les symptômes fondamentaux de l'obstruction biliaire cholédocique à la phase de rétention simple. Ils se résument de la façon suivante : ictère des téguments et des muqueuses, cholurie, cholémie, décoloration des matières, distension du foie avec vésicule variable, distension de la rate.

L'*évolution du syndrome d'angiocholécystite généralisée de rétention, de l'ictère par rétention* varie avec les causes productrices, et il y a lieu de distinguer l'évolution aiguë, l'évolution chronique.

Dans les *cas aigus* dont le type est l'ictère catarral ou l'ictère infectieux bénin, les divers symptômes s'effacent rapidement. On voit reparaître d'abord la coloration des matières, puis s'atténuer l'ictère et la cholurie en même temps que le volume du foie diminue.

Dans les *cas chroniques* il y a lieu de distinguer au moins trois évolutions différentes, celle de l'obstruction lithiasique, celle de l'obstruction pancréatique, celle de l'obstruction par cancer des voies biliaires.

a. *Dans les cas d'origine lithiasique* les signes d'obstruction peuvent persister plus ou moins longtemps, mais ils varient d'un jour à l'autre, car le calcul n'oblitère qu'imparfaitement le calibre canaliculaire (voir pathogénie). On verra donc tantôt les matières se recolorer et l'ictère diminuer, tantôt les phénomènes inverses et ceci pourra se reproduire un certain nombre de fois. En somme l'ictère reste momodéré et presque toujours variable. De plus, le développement de cette forme d'ictère par rétention se trouve souvent entrecoupé de petits ou de grands accès fébriles intermittents qui tiennent sans doute à l'infection plus marquée du milieu biliaire. Enfin un examen soigneux permet le plus souvent de constater dans ces cas un point douloureux correspondant au cholédoque dans sa traversée pancréatique. Ce point ne se révèle qu'à la palpation profonde. Il est situé dans une région inférieure à la région vésiculaire. Desjardins le place de 4 à 6 centimètres de l'ombilic sur une ligne joignant celui-ci à la partie antérieure de la région axillaire droite. Chauffard et Rivet considèrent comme plus conforme à la réalité de le situer dans une zone plus large comprise entre la verticale menée par l'ombilic et une ligne oblique située à droite de celle-ci et formant avec elle un demi-angle droit. La limite supérieure de la zone serait à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Tels sont les divers signes de l'ictère par rétention d'origine lithiasique. On peut les résumer de la façon suivante : Antécédents de coliques hépatiques ou, tout au moins, de douleurs hépatiques, début en général brusque, ictère variable et d'ordinaire modéré, petites poussées fébriles intermittentes, gros foie et le plus souvent petite vésicule, assez fréquemment point douloureux au niveau de la tête du pancréas.

Ce tableau sera complet quand on aura ajouté que tous les signes peuvent parfois persister pendant des mois sans grave atteinte de l'état général. Ils régerssent lentement quand le traitement médical désobstrue le cholédoque. Même après une intervention chirurgicale heureuse l'ictère met quelques jours à disparaître et pendant ce temps on voit sortir par le drain qui a été placé dans le canal hépatique, une bile abondante, épaisse et chargée de sable. C'est le foie qui se vide peu à peu. D'ailleurs ces interventions chirurgicales produisent en général une véritable résurrection, lorsqu'elles sont faites à temps. Quand l'obstruction lithiasique se prolonge très longtemps, quand elle n'est levée ni par le traitement médical ni par une intervention chirurgicale, elle peut aboutir soit à la forme suppurée, soit à la réaction scléreuse que nous étudierons plus loin. Mais en outre du fait même de l'obstruction calculeuse deux accidents sont possibles, principalement quand l'obstruction est bas située, ce sont la *pancréatite chronique* et la *pancréatite aiguë*.

Souvent en effet il se développe dans le pancréas des noyaux d'inflammation chronique qui compriment à leur tour le cholédoque, compromettent les résultats d'une intervention chirurgicale, car ils peuvent créer un obstacle définitif au cours de la bile et en tous cas compliquent cette intervention, car ils peuvent être pris par le chirurgien pour des noyaux cancéreux. Telle est la pancréatite chronique, elle est manifestée cliniquement par peu de signes. Cependant quand on voit survenir chez un lithiasique atteint d'ictère par rétention une déchéance rapide à la suite d'une période de tolérance, quand la zone de Chauffard et Rivet devient plus douloureuse on peut suspecter la pancréatite chronique.

D'autre part on observe parfois chez de tels sujets des accidents beaucoup plus graves dus à la pancréatite aiguë hémorragique. Des malades porteurs d'un ictère lithiasique de longue durée sont pris brutalement un jour de douleurs abdominales ou épigastriques terribles, de vomissements presque incessants, de collapsus du pouls et de tous les signes d'une péritonite suraiguë. L'état est si grave que souvent on croit à une appendicite gangréneuse, à une perforation ou à une occlusion intestinale. On opère et sur le pancréas quelquefois, mais surtout sur l'épiploon, sur le mésentère et en tous les points où il y a de la graisse, on trouve des petites taches

blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, taches analogues à celles que pourrait faire une bougie qui coule.

D'autres fois aussi on trouve dans le péritoine un épanchement sanguin et il est facile de voir que le sang vient du pancréas qui présente des foyers de dégénérescence hémorragique. Ces accidents sont toujours mortels à brève échéance, que l'on opère ou non. Ils méritent bien le nom de « draine pancréatique » que leur a donné Dieulafoy. Ils paraissent dus à ce que la circulation du suc pancréatique ayant été entravée par la pancréatite chronique ou par un calcul vatérien, ce suc diffuse à un moment donné, digère les parois des vaisseaux du pancréas ou se trouve transporté à distance par voie lymphatique ou sanguine et digère aussi les divers tissus graisseux.

b. *Dans les cas d'obstruction liée à un cancer pancréatique l'évolution est fort différente.* Il s'agit alors le plus souvent d'un homme ayant passé la cinquantaine. Le début du syndrome n'est pas brusque comme dans la lithiase. Tantôt les malades ont d'abord des troubles digestifs vagues, du dégoût pour les graisses et ils maigrissent vite. Tantôt l'affection s'annonce par des douleurs abdominales revenant irrégulièrement et pouvant quelquefois atteindre une grande acuité. Tantôt enfin la maladie débute par les signes de l'obstruction cholédocique, par l'ictère. Cet ictère apparaît d'ordinaire progressivement, quelquefois brusquement; quelquefois encore, dans les débuts, il est un peu intermittent, les premiers phénomènes d'obstruction étant plus en rapport avec l'inflammation de la muqueuse qu'avec la constriction cancéreuse.

Une fois constitué, l'ictère est en général chronique, continu et régulièrement progressif. Il ne présente aucune intermittence et comme il augmente sans cesse, les malades atteignent bientôt des colorations extrêmement foncées, verdâtres ou noirâtres. En même temps les urines et le sérum sont très chargés de pigments biliaires et les selles, par suite du double déficit biliaire et pancréatique, présentent un aspect spécial. Elles sont constamment blanches, pâteuses, d'odeur infecte, d'aspect huileux. En outre elles sont augmentées de volume et non pas diminuées, comme dans le déficit biliaire simple. Elles sont par conséquent plus riches en eau, ce qui tient à la diminution de durée de la traversée digestive. Leur réaction, d'acide qu'elle était, devient neutre ou alcaline par putréfaction des albumines non digérées. La proportion des graisses inutilisées passe de 1/3 à 2/3 et plus et dans celles-ci la presque totalité reste non dédoublée. Enfin les dosages montrent que l'azote total des matières fécales est fort augmenté par suite de l'inutilisation des matières azotées de l'alimentation. Histologiquement ces selles présentent surtout des gouttelettes de graisse neutre et des fibres musculaires striées provenant de la viande qui n'est pas digérée. Ces caractères si importants des selles ont été bien étudiés par R. Gaultier.

L'ictère pancréatique se complique en général de douleurs qui surviennent sous formes de crises coliquatives très pénibles, prédominant dans la région épigastrique et obligeant le malade à se courber en deux. Ces douleurs souvent provoquées par l'ingestion des aliments peuvent aussi survenir spontanément la nuit. Dans certains cas elles restent vagues pendant toute la maladie. Elles sont dues à la compression et à l'irritation des filets du plexus cœliaque par la masse cancéreuse. Enfin il faut ajouter que l'état général est toujours dans ces cas profondément atteint. De tels sujets maigrissent vite et se cachectisent à l'extrême, Parfois ils présentent ensuite de la glycosurie et ce symptôme qui manifeste l'insuffisance pancréatique est extrêmement important.

L'examen du foie dans ces cas permet toujours de constater la distension vésiculaire et l'hypertrophie générale de la glande, mais en outre, on perçoit parfois des noyaux cancéreux secondaires. Assez rarement enfin, la palpation permet d'atteindre une tumeur pancréatique, masse dure, allongée transversalement, peu mobile, bosselée, difficile à circonscrire.

Tels sont les grands caractères de cette variété d'obstruc ion : survenance chez un sujet plutôt âgé; début variable, mais ensuite, ictère régulièrement progressif et extrêmement foncé; douleurs vagues ou précises dans la région pancréatique; en général absence de fièvre, mais amaigrissement extrêmement rapide et profonde atteinte de l'état général; enfin état spécial des selles décelant le double déficit biliaire et pancréatique. A l'examen gros foie, grosse vésicule, quelquefois grosse rate, quelquefois encore tumeur pancréatique perceptible. D'ordinaire l'affection évolue vite, dure de quatre à sept mois et se termine par la mort qui est précédée d'un état de cachexie profonde avec ascite, œdèmes, hémorragies profuses. Il est à remarquer que, contrairement à ce qui se passe dans l'obstruction lithiasique, l'évolution vers la sclérose est ici exceptionnelle, ce qui tient sans doute à la marche trop rapide, mais de plus la suppuration est également rare quoique possible. La moindre fréquence de cet accident peut s'expliquer par ce fait que le microbisme normal des voies biliaires ne se double pas ici comme dans la lithiase d'une infection surajoutée.

On voit combien les deux principales formes évolutives de l'angiocholécystite de rétention s'écartent l'une de l'autre dans les cas typiques. Dans la lithiase le début est brusque, dans le cancer il est habituellement lent. Dans le premier cas, l'ictère reste modéré et variable, il s'accompagne de fièvre, mais de peu de douleurs. Dans le second il est progressif et intense, s'accompagne souvent de crises douloureuses. Les selles sont dans les deux cas décolorées, mais ici on ne constate que le déficit biliaire et là le déficit bilio-pancréatique. A l'examen physique enfin, la vésicule est grosse dans le cancer et petite dans la lithiase. Si l'on ajoute que dans l'ictère pancréatique le sujet est ordinairement un homme âgé et dans un état de déchéance profonde, que dans l'ictère lithiasique c'est plus souvent une femme de trente à cinquante ans, qui malgré son affection actuelle paraît peu atteinte dans sa santé générale, on verra que dans les cas typiques il y a des différences absolues.

Mais que de fois la pratique reste-t-elle plus complexe que ceci ne le ferait pressentir! C'est que chacun des signes peut manquer. Le début du cancer pancréatique peut être précédé de douleurs qui simulent la colique hépatique, il peut être brusque tandis que certains ictères lithiasiques se constituent lentement. L'ictère se trouve parfois être très foncé et très persistant au cours des obstructions calculeuses, de même qu'il peut être variable au cours des néoplasmes pancréatiques, quand l'arrêt du flux biliaire est dû plus au gonflement de la muqueuse qu'à la sténose néoplasique. La fièvre plus fréquente dans la lithiase existe de temps à autre dans l'autre cas. Même la profonde atteinte de l'état général qui d'ordinaire décèle le cancer peut s'observer dans l'obstruction calculeuse quand celle-ci se complique

de pancréatite chronique. Cette pancréatite peut même simuler au palper un néoplasme du pylore. Enfin il n'est pas jusqu'au signe de Courvoisier et Terrier, rétraction vésiculaire dans la lithiase, qui ne puisse être mis en défaut, encore que ce soit un des plus constants.

Ces variations si nombreuses des syndromes classiquement admis, surtout en ce qui touche l'état de la vésicule et l'ictère, autoriseraient peut-être à accepter les vues de Kehr. Pour cet auteur, deux types d'obstruction cholédoco-hépatique existent, le type bas et le type élevé. Dans le type de *l'obstruction basse*, les symptômes sont ceux que nous attribuons au cancer pancréatique, ictère foncé et progressif sans variations, grosse vésicule. L'obstruction basse reconnaît deux causes, le néoplasme pancréatique et les calculs de la portion pancréatique du cholédoque ou de l'ampoule de Vater. Dans *l'obstruction haute* qui est presque toujours calculeuse, existe au contraire l'ictère variable et rarement foncé, ainsi que la vésicule rétractée. D'après cette conception, l'obstruction haute est due aux calculs du canal hépatique qui seraient ainsi plus fréquents qu'on ne l'a souvent dit. Cette opinion a d'ailleurs été également émise par Quénu.

c. *L'évolution des obstructions cholédociques dans les cancers des voies biliaires* est moins particulière. Dans ces cas, l'ictère prend d'ordinaire une teinte foncée et reste souvent intermittent, car à l'obstruction fixe du cancer se surajoute l'obstacle variable des inflammations surajoutées. La vésicule est tantôt grosse et tantôt petite. Cela permet de distinguer les cancers bas situés (cholédoque, partie inférieure du confluent) des cancers haut situés (hépatique et partie supérieure du confluent). Ce qui permet surtout de soupçonner la cause néoplasique de ces obstructions, c'est la cachexie rapide, la dénutrition, la lassitude extrême, tous signes qui plaident en faveur d'un néoplasme, alors que, d'autre part, certaines raisons permettent d'écarter le cancer pancréatique.

Il faut d'ailleurs savoir, ainsi que l'a indiqué Carnot, que le diagnostic de ces ictères néoplasiques est délicat à cause des nombreuses variantes qu'ils présentent. C'est ainsi qu'à côté de l'obstruction due au cancer simple des voies biliaires, il faut envisager les cas où le cancer des voies biliaires est venu compliquer une lithiase antécédente, ceux où l'obstruction est due à la compression des voies biliaires par un ganglion ou par des adhérences, comme il arrive au cours du cancer du pylore ou du cancer du foie, ceux enfin où le cancer primitivement logé dans le duodénum ou dans le canal de Wirsung envahit et oblitère secondairement l'ampoule de Vater.

Telle est l'évolution des principales variétés d'obstructions cholédociques à la période de la distension mécanique pure. La terminaison est variable pour la lithiase biliaire. C'est la mort rapide souvent en moins d'un an dans les deux autres formes.

A l'autopsie ou au cours des interventions pratiquées sur de tels malades, on constate toujours, outre l'existence de brides péritonéales plus ou moins développées, une énorme distension du foie et des voies biliaires.

Les gros canaux présentent toujours une dilatation énorme en amont de l'obstacle, dilatation telle que le cholédoque peut prendre le calibre d'une anse intestinale, ce qui n'est pas sans gêner beaucoup l'exploration chirurgicale et peut engendrer les pires erreurs. La vésicule est, suivant les cas, distendue ou rétractée. Enfin dans toute l'étendue des voies biliaires dilatées, on constate un amincissement tel qu'on s'explique les ruptures par éclatement qui ont été quelquefois signalées.

Le foie est lui aussi distendu, augmenté de volume. Il a superficiellement et dans la profondeur une teinte verdâtre, parce qu'imprégné profondément par la bile en rétention. Par places il présente, soit sur la coupe, soit extérieurement, des taches d'un jaune plus accusé qui sont des foyers d'apoplexie biliaire, et en certains points où la dilatation est plus forte, il peut prendre un véritable aspect caverneux. Sur les coupes histologiques on trouve de nouvelles marques de la distension. C'est ainsi que les capillaires et les canalicules biliaires sont fort augmentés de calibre et présentent de place en place dans leur lumière des concrétions de pigments. Les cellules même sont bourrées de granulations d'un jaune verdâtre, marque d'une surcharge pigmentaire. Enfin les parois des canaux biliaires des espaces porte présentent des traces d'inflammation aiguë (desquamation épithéliale et infiltration leucocytaire) ou chronique (sclérose de l'espace porte et autour de l'espace porte). Ces lésions rappellent de tous points celles que l'on constate dans les obstructions expérimentales (Charcot et Gombault). D'après l'étude très précise qu'a faite Géraudel, il y aurait lieu de distinguer histologiquement trois zones lésionnelles : la zone de l'espace porte où il y a sclérose et distension des canaux biliaires; la zone autour de l'espace porte où les cellules hépatiques et les travées sont conservées; la zone la plus éloignée, zone sus-hépatique où on constate l'atrophie des cellules et leur surcharge pigmentaire.

2° *Angiocholécystite suppurée de rétention.* — Le second type anatomo-clinique des obstructions cholédociques et vatériennes est l'angiocholécystite suppurée de rétention. Il survient habituellement dans les obstructions lithiasiques parce qu'alors l'infection biliaire est plus marquée, mais il peut aussi s'observer en d'autres cas.

Cliniquement les choses évoluent en général de la façon suivante. Des sujets présentant depuis un certain temps les signes d'un ictère chronique lithiasique sans aucun accident commencent à moins bien supporter leur état. A intervalles de plus en plus rapprochés ils ont des poussées fébriles, ils se plaignent de grands malaises, de frissons, de sueurs intenses. Bientôt on s'aperçoit qu'ils présentent des accès intermittents rappelant la fièvre paludéenne (fièvre intermittente hépatique de Monneret et de Charcot, fièvre bilioseptique de Chauffard), ou même qu'ils ont une fièvre continue. Quelquefois cependant chez des débilités il y a hypothermie. L'ictère augmente souvent d'intensité à ce moment. En tous cas des douleurs apparaissent dans la région hépatique, et en même temps surviennent des nausées, des vomissements, une anorexie absolue, souvent aussi des diarrhées profuses. Quand on palpe le foie on le trouve augmenté de volume, comme il l'était à la phase d'ictère simple, et de plus douloureux et même très douloureux. Parfois aussi l'auscultation au niveau de la glande révèle des frottements de périhépatite. Enfin dans certains cas on constate même un empâtement douloureux au niveau de la vésicule.

L'évolution de ces formes est toujours très grave

si une intervention chirurgicale hâtive n'est pas pratiquée. En très peu de temps l'amaigrissement, l'affaiblissement, l'épuisement nerveux atteignent un degré intense. Comme les accès de fièvre intermittente ou la fièvre continue redoublent d'intensité, comme d'autre part ces sujets en arrivent à ne plus pouvoir s'alimenter, ils succombent rapidement. Quelquefois la mort est précédée de certaines complications parmi lesquelles les abcès du foie tiennent une certaine place. Cliniquement ils peuvent être soupçonnés quand un point de la glande devient plus particulièrement douloureux et présente une consistance modifiée. Il s'agit alors de grands abcès simples ou aréolaires. Si au contraire il s'agit de petits abcès miliaires, on n'a d'autres signes que la fièvre, l'hépatomégalie et la sensibilité diffuse. Enfin ces suppurations biliaires ou bilio-hépatiques retentissent souvent sur les organes voisins ou même donnent lieu à des métastases purulentes que nous étudierons avec les complications des obstructions biliaires.

Le *diagnostic* des angiocholécystites suppurées de rétention n'est pas très difficile quand on a pu suivre les diverses phases de l'obstruction cholédocique, quand en particulier on a vu le malade à la phase de rétention simple. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, il peut être délicat de séparer ces accidents d'avec les angiocholécystites suppurées qui surviennent au cours des maladies générales sans rétention biliaire, par exemple à la suite de la fièvre typhoïde. Surtout il est difficile de les différencier de certains cas d'ictères infectieux un peu graves et le diagnostic s'établira principalement sur ce fait que l'affection présente a été précédée d'une phase de rétention simple.

A *l'autopsie* de tels malades on a toujours assez de peine à découvrir les divers segments des voies biliaires extra-hépatiques et à décortiquer le foie au milieu des épaisses fausses membranes qui l'entourent et dans l'épaisseur desquelles on rencontre déjà des abcès.

Les voies biliaires extra-hépatiques y compris la vésicule sont tantôt distendues, amincies au point de se perforer, tantôt et plus souvent épaissies, déformées, scléreuses. A l'ouverture, il s'en écoule un pus chocolat mêlé de bile et de sable. Quand on les sectionne de façon à étaler leur face externe, leur muqueuse apparaît épaissie, ulcérée par places et même parfois gangrénée.

Le foie, décortiqué des fausses membranes qui l'entouraient, se montre très volumineux et très mou. Parfois il donne une sensation de palper assez particulière et que connaissent bien les chirurgiens qui l'ont exploré dans de tels états. Cette élasticité spéciale en certains points permet d'affirmer l'existence d'abcès. On voit à la surface de la glande des taches blanc jaunâtre, petits foyers purulents ou parfois îlots de dégénérescence nécrotique de cellules. En d'autres points existent des taches vert foncé avec des arborisations superficielles, ce sont des foyers d'apoplexie ou de distension biliaire. Après section il sourd de la bile en quantité au niveau de toute la tranche, et au niveau des espaces porte une grande quantité de pus mêlée de bile et de sable. Dans certains cas on trouve en outre des petits abcès dépendant directement de la paroi biliaire ou accolés aux canaux. Ces collections sont en général très petites comme une tête d'épingle. Ou bien il existe en plein tissu une série d'abcès de la grosseur d'un grain de chènevis, généralement enkystés dans des parois épaisses. Quelquefois enfin les collections sont plus vastes et on les trouve de la grosseur d'une noisette, d'une noix ou d'une orange, et ces grands abcès peuvent être constitués soit par une cavité nette, soit par une sorte de tissu spongieux complètement infiltré de pus. Ce sont les abcès aréolaires sur lesquels M. Chauffard a le premier attiré l'attention.

3. *Angiocholécystite scléreuse de rétention.* — La troisième forme des angiocholécystites par obstruction cholédocique est la forme scléreuse. Comme la précédente elle appartient surtout aux obstructions calculeuses.

Cliniquement l'aspect de ces malades n'est pas toujours très significatif. Un sujet présente depuis quelque temps, un, deux, cinq mois, un ictère chronique lithiasique. Pour des raisons diverses on n'a pas cru devoir faire intervenir le chirurgien quoique tous les traitements médicaux aient échoué. Cependant l'ictère a persisté et depuis quelque temps le malade semble décliner et ne plus supporter aussi facilement sa maladie.

Les examens du foie répétés à plusieurs reprises donnent l'impression que la glande a diminué de volume, mais en outre sa consistance s'est modifiée. Au lieu d'être simplement tendue comme au début de la rétention, elle est devenue franchement dure. La rate même s'est parfois aussi légèrement hypertrophiée, quelquefois enfin de l'ascite et un peu de circulation veineuse collatérale sont apparues. Ces divers symptômes permettent de supposer qu'il s'est fait sous l'influence de la rétention une sclérose généralisée des voies biliaires en dehors et à l'intérieur du foie constituant en ce dernier point la cirrhose biliaire calculeuse. Pour en avoir la conformation on étudie soigneusement l'état de la cellule hépatique en recherchant les signes de son insuffisance soit par l'examen des urines totales ou fractionnées, soit par les diverses épreuves d'élimination provoquée, telles que glycosurie expérimentale, injection de bleu de méthylène. Lorsque les signes d'insuffisance sont nets, on peut affirmer la cirrhose biliaire avec sclérose des voies extra-hépatiques.

Ces cas sont importants à connaître pour le chirurgien car, avant d'intervenir pour lever une obstruction calculeuse, il doit se préoccuper de l'existence possible d'une sclérose biliaire extra et intra-hépatique. Dans ces cas, en effet, le résultat de l'opération est moins brillant, les malades déjaunissent incomplétement, ils se remettent mal des suites de l'opération et souvent succombent sans qu'on puisse invoquer d'autres raisons qu'une défaillance des résistances organiques. Il importe donc de diagnostiquer cette cirrhose biliaire car si elle ne contre-indique pas absolument l'intervention chirurgicale, du moins oblige-t-elle à prévenir l'entourage du malade que le résultat est douteux et beaucoup moins sûr qu'en toute autre circonstance. D'ailleurs si l'on n'opère pas de tels malades on ne leur assure pas une longue survie, car dans l'état de déchéance croissante où ils sont arrivés ils offrent peu de résistance aux maladies intercurrentes qui peuvent survenir, et d'ailleurs on voit souvent à cette période aussi se développer les grands accidents de suppuration biliaire sur lesquels nous nous sommes expliqué.

Le *diagnostic* de ces cas d'obstruction cholédocique compliqués de sclérose peut se poser avec celui de tous les ictères chroniques. Mais il comporte surtout des difficultés en présence de certains cas de cirrhose biliaire spontanée connus sous le

nom de maladie de Hanot et avec certaines cirrhoses veineuses alcooliques hypertrophiques, qui par périodes se compliquent d'ictère léger. Les éléments de ce diagnostic résident surtout dans l'histoire des accidents et la connaissance du syndrome d'obstruction cholédocique pur qui les a précédés.

A *l'autopsie* des malades qui présentent de la cirrhose biliaire intra et extra-hépatique on trouve les voies biliaires perdues au milieu d'adhérences péritonéales multiples, distendues, épaissies, rétractées par places et l'on conçoit à quelles difficultés se heurte une intervention dans de tels cas. D'ailleurs ces voies sont toutes entières rétractées, sclérosées, complètement modifiées dans leur structure.

Quant au foie il a subi une évolution parallèle. Tantôt encore plus volumineux que normalement, parfois au contraire plus petit il est infiltré de bile, résiste beaucoup à la section et paraît extrêmement sclérosé. C'est surtout sur les coupes histologiques que l'on constate les lésions typiques. Ce sont de larges îlots de sclérose tantôt adulte, tantôt encore récente, îlots disposés autour des espaces porte. Les cellules hépatiques sont infiltrées de pigments et présentent en de nombreux points des stigmates de dégénérescence. Il est facile de comprendre en les examinant que la fonction hépatique soit gravement compromise en de tels cas et que de ce fait la résistance des malades se trouve fort diminuée. On trouvera dans les livres classiques la description complète de cette cirrhose biliaire calculeuse.

IV

Complications communes aux diverses variétés d'obstructions biliaires. — Les diverses variétés d'obstructions biliaires qu'elles soient localisées (cystiques) ou généralisées (cholédociques) comportent des complications communes soit à la phase de distension mécanique simple, soit à la phase de suppuration, soit à celle de la sclérose.

1. A la *phase de distension simple* on a signalé dans un certain nombre d'observations des éclatements de la vésicule ou des voies biliaires, ruptures suivies de la chute des calculs et d'un épanchement de bile dans la cavité péritonéale. C'est le cholépéritoine. Ces cas ont presque toujours entraînés une mort rapide par péritonite suraiguë. Toutefois il en existe quelques-uns dans lesquels après une période d'épanchement biliaire récidivant, peu à peu tout est rentré dans l'ordre, ce qui tient sans doute à l'oblitération progressive de l'ouverture anormale des voies biliaires et d'autre part à ce que la bile peu infectée n'a pas suscité une grande réaction péritonéale.

2. A la *phase de suppuration* qu'il s'agisse de cholécystite suppurée simple ou d'angiocholécystite généralisée on a pu observer également *des ruptures* qui ont toujours été suivies de mort rapide. Celles-ci surviennent en particulier lorsque les lésions ont pris un aspect gangréneux. Mais ce que l'on rencontre plus souvent que les ruptures ce sont les *fistules*. Les calculs à la faveur de l'inflammation des parois biliaires, des adhérences péritonéales, se fraient un chemin par des voies anormales et vont aboutir en des points très différents. Tantôt c'est à la peau et l'on assiste au développement d'un phlegmon vers la région vésiculaire. Ce phlegmon ouvert laisse écouler du pus, de la bile, des calculs, et la fistule bilio-cutanée qui en résulte persiste plus ou moins longtemps. C'est une sorte de cholécystostomie naturelle par laquelle est levée l'obstruction biliaire. D'autres fois les voies biliaires entrent en rapports anormaux avec les voies digestives et il peut se faire des fistules bilio-gastriques suivies de vomissements de bile et de calculs, des fistules bilio-duodénales et bilio-coliques. Certaines sont favorables, d'autres sont défavorables, provoquent des surinfections biliaires et la mort. Toutes exposent à des accidents d'obstruction par les gros calculs qu'elles déversent dans les voies digestives, obstruction pylorique quelquefois et plus souvent obstruction intestinale. Rappelons enfin pour mémoire que dans des cas exceptionnels ces fistules biliaires ont pu se diriger vers le rein, la vessie, le péricarde, les plèvres, les bronches et même la veine-porte ou la veine-cave.

Un troisième ordre de complications peut survenir au cours des obstructions biliaires compliquées de suppuration. Ce sont les *accidents septiques* locaux, péritonite suppurée circonscrite ou diffuse, phlegmons péri-hépatiques, abcès sous-diaphragmatiques, pleurésie droite sèche, séreuse ou suppurée, pyléphlébite. Enfin des complications métastatiques compliquent parfois aussi le tableau clinique et le diagnostic. Telles sont par exemple les endocardites ulcéro-végétantes, les broncho-pneumonies et même quelquefois les abcès du cerveau.

3. A la *phase de sclérose* toutes les complications précédentes sont encore possibles car on sait que la suppuration se développe souvent quand déjà la sclérose a envahi les canaux biliaires. En revanche il est peu de complications spéciales à la sclérose. On peut cependant citer certains cas de sténose du pylore qui semblent dues à des brides cicatricielles ou à des adhérences coudant ou enserrant l'orifice. Ces faits sur lesquels Tuffier et Marchais ont attiré l'attention ne doivent pas être confondus avec les sténoses spasmodiques qui expliquent la gastralgie des lithiasiques et sont assez fréquentes chez ces malades, ainsi qu'il résulte des observations de Soupault et Salignat (1).

V

Pathologie expérimentale. — Arrivés au terme de cette étude il reste à nous demander si, comme nous l'avons supposé *a priori*, l'obstruction biliaire constitue bien la cause des divers stades lésionnels que nous avons décrit : *la distension*, *la suppuration et la sclérose*. L'expérimentation sur l'animal peut seule résoudre ce problème. Malheureusement si les auteurs ont souvent étudié l'effet des obstructions cholédociques, ils se sont peu préoccupés des obstructions cystiques. Néanmoins avec les documents fournis par ceux qui ont pratiqué chez le chien, le lapin ou le cobaye des ligatures expérimentales du cholédoque, nous pouvons facilement reconstituer les divers aspects anatomiques de l'obstruction cholédocique humaine. En comparant en effet les résultats obtenus par les premiers expérimentateurs, von Wittich, Charcot et Gombault, Chambord, Wickam Legg, et ceux plus récents fournis par Ehret et Stoltz, par Cornil (2), par Lecène et Ribadeau-Dumas (3) on arrive aux conclusions suivantes.

Dans les premières heures qui suivent la ligature apparaissent dans la glande des foyers de nécrose,

(1) Soupault et Salignat. *Bull. méd.*, 1904, p. 431.
(2) Cornil. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1903, p. 659.
(3) Lecène et Ribadeau-Dumas. *Arch. de pathol. expérim. et d'anat. pathol.*, 1904, p. 191.

puis ultérieurement des points d'apoplexie biliaire avec surdistension des canaux. Un peu plus tard si l'oblitération persiste on voit survenir après une assez courte phase de distension biliaire généralisée soit des abcès multiples, soit une atrophie de l'organe avec sclérose. Dans l'ensemble on retrouve nettement les suppurations observées chez l'homme, moins souvent la sclérose, et plus rarement encore la distension mécanique pure. C'est que sans doute le foie de l'homme est plus résistant que celui de l'animal, ou que la bile de celui-ci est plus infectée.

VI

Traitement. — Il resterait pour compléter cette étude à parler de la thérapeutique des obstructions biliaires, mais ce serait abandonner l'étude du syndrome proprement dit pour entrer dans les considérations thérapeutiques spéciales à chacune de ses causes, à la lithiase et au cancer par exemple. Ceci excéderait le plan que nous nous sommes tracé. Toutefois au point de vue thérapeutique, il sera bon que le médecin ait toujours présentes à l'esprit les quelques notions de physiologie pathologique générale qui ont été exposées plus haut. Il faudra qu'il se souvienne que l'obstruction biliaire ne peut persister indéfiniment sans de graves dommages pour le malade, que la bile retenue est un liquide septique qui réagit plus ou moins violemment sur les parois des réservoirs dans lesquels il est contenu et que par conséquent après un certain délai *la distension mécanique se complique soit de sclérose, soit de suppuration*, parfois des deux processus qui pour une part échappent à toute thérapeutique. Imbu de ces principes on suivra en meilleure connaissance de cause l'évolution des symptômes qu'occasionnent les obstructions cystiques ou cholédociques. On se rappellera, en particulier dans les obstructions cholédociques d'origine lithiasique, le danger des pancréatites aiguës ou chroniques qui s'ajoute à celui de l'angiocholécystite suppurée et de la cirrhose biliaire et l'on saura se garder d'un double écueil toujours menaçant en cette occurrence : l'obstination trop prolongée dans les essais de cure médicale ou au contraire la précipitation trop grande dans les interventions chirurgicales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1908)

Après la lecture du procès-verbal, M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Felizet, secrétaire général de la Société et, suivant l'usage, lève la séance en signe de deuil. Toutefois, la parole est donnée à plusieurs membres qui ont à présenter des malades.

Epithélioma du sinus maxillaire. — M. QUÉNU présente un malade auquel, il y a dix ans, il a enlevé toute la joue, toutes les parties molles sous-jacentes, le maxillaire supérieur, l'os malaire pour un épithélioma du sinus maxillaire. Il y eut consécutivement une fonte de l'œil. A l'aide de lambeaux autoplastiques, il refit à ce malade une joue. Il n'y avait pas d'adénopathie. Voilà dix ans que l'opération a été faite et il n'y a aucune trace de récidive.

Tumeur de la parotide. — M. ROUTIER présente un malade auquel il a enlevé une petite tumeur de la parotide, adhérente, mal limitée ; il avait fait préalablement la ligature de la carotide externe. La réunion se fit par première intention. Aujourd'hui, quelques semaines après, ce malade présente, dans la même région, une énorme tumeur pulsatile sur laquelle M. Routier demande l'avis de ses collègues.

L'examen histologique de la première tumeur avait démontré qu'il s'agissait d'une tumeur veineuse.

Extrophie de la vessie. — M. LEJARS présente un enfant qui était atteint d'une extrophie de la vessie qu'il a traitée par le rapprochement de deux lambeaux musculo-cutanés qui ne laissent qu'un petit pertuis par lequel s'écoule l'urine. Le résultat obtenu chez cet enfant est très satisfaisant.

FORMULAIRE

ANGINE GRANULEUSE DES GOUTTEUX

1° Pulvérisations d'eaux sulfureuses ;
2° Badigeonnage quotidien avec la mixture de Mandl :

Glycérine		100 grammes.
Iodure de potassium		4 —
Acide phénique	} *ââ*	1 —
Iode métallique		

M. s. a.

3° Administrer le matin à jeun, dans l'intervalle des repas et le soir au coucher, la « Pipérazine granulée effervescente » (1 à 2 mesures chaque fois, dans un peu d'eau).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision en date du 6 novembre 1908, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années, au moins, de soins gratuits). — MM. les docteurs Thibout (d'Enghien-les-Bains), Robin (de Pantin), Cherechwski (de Saint-Germain-en-Laye), Violette (de Maule), Bombart (de Solesmes), Maguin (d'Audruicq), Brulin (de Montreuil-sur-Mer), Quéhen (de Colombert), Bels (de Bailleul), Ribon (de Liancourt), Vanbremeersch (de Conty), Grilleux (de Crépy-en-Valois), Noirot (de Neuilly-Saint-Front), Couture (de Soissons), Lallier (de Grainville-Langannerie), Etable (de Thiberville), Guibé (de Fontaine-le-Dun), Bagourd (d'Argentan), Jullien (de Bellême), Mortagne (de Merlerault), Bouteillier (de la Ferté-Fresnel), Lebrun (d'Ambrières), Szmigielsky (de Tourcouvre), Schvanhard (de Saint-Remy-sur-Avre), Ramond (de Ponthierry), Courtois (de Thorigny), Legendre (de Blesmes), Coutin (de Montmédy), Tref (de Gondrecourt), Brallet (du Thillot), Faivre d'Arcier (de Bains), Hadot (de Pouxeux), Mocquot (de Morteau), Garret (de Pont-de-Roide), Boirin (de Champlitte), Compagnon (de Salins), Fournier (d'Ambérieu), Chabert (de Divonne-les-Bains), Grandjean (de Saint-Léger-sur-Dheune), Voizot (de Pouilly-en-Auxois), Bernard (de Saulieu), Lenoble (de la Celle-Saint-Cyr), Duret (de Châtillon-en-Bazois), Flu (de Lion-d'Angers), Giberton (de Sainte-Sévère), Delaunay (de Montbazon), Bureau (de Chiché), Salvage (d'Issoudun), Patrigeon (de Chabris), Aubert (de Saint-Pierre-Eglise), Le Gac (de Plouaret), Vigour (de Châteauneuf), Cauchard (de Périers), Aurégan (de Lannion), Guillemot (de Lanmeur), Bernou (de Châteaubriant), Dérien (de Rohan), Morandeau (de Bouaye), Laffon (de Saint-Cernin), Lhomme (de la Rochefoucauld), Mage (de Beaulieu), Pillet (de Baignes), Andret (d'Aubusson), Berthaud (de

Saint-Paul-en-Jarret), Boël (de Saint-Germain-en-Laval), Lebron (de Mayet-de-Montagne), Montignac (d'Allanche), Guyotat (de Bourg-Argental), Chalchat (de Lempdes), Guillermin (de Grand-Lemps), Daclin (de Vinay), Sérullaz (de Vaugneray), Berger (d'Aime), Morel (de Saint-Pierre-d'Albigny), Santi (d'Orgon), Maucuer (de Bollène), Roche (de Sorgues), Larcher (de Taxil), Audoly (de Beausoleil), Courchet (de la Garde-Freinet), Belgodère (de Calvi), Descays (de Bédarieux), Evesque (de Saint-Geniez-d'Olt), Nègre (de Labruguière), Lapeyre (de Coursan), Vaysse et Bouchère (de Quillan), Poisson (d'Alban), Bribes (de Cabannes), Fournié (de Montréjeau), Brun (de Saint-Céré), Rouanet (de Moissac), Garreau-Fonneuve (de Sainte-Foy-la-Grande), Casedevant (de Saint-Jean-Pied-de-Port), Roumaillac (de Captieux), Bernard (de Cavignac), Prunier (de Ténès), Grucker (de Sédrata), Cabannes (de Mustapha-Inférieur), Vaugien (de Mascara), Barillon (de Kroub), Messier (de Badonviller), Ghazarossian (de Vitry-le-Croisé), Marteret (de Vendeuvre), Pichot (de Montiérender).

Médailles de bronze (accordées après quinze années, au moins, de soins gratuits). — MM. les docteurs Lajotte (de Longjumeau), Tariel (d'Issy-les-Moulineaux), Delbecq (de Gravelines), Cleuet (de Vimy), Pascalin et Carette (de Saint-Pol-sur-Mer), Toussaint (d'Albert), Delalande (de Saint-Just-en-Chaussée), Grégoire (de Tergnier), Duchesne (de Gournay), Ladevie (de Gisors), Pillouard (de Mainneville), Crosnier (de Gacé), Bazin (de Carrouges), Lecomte (de Sainte-Suzanne), Blondeau (de Mamers), Frétier (de Sablé), Garnier (de Moulins-la-Marche), Auclert (de Brezolles), de Vaccos (de Connerré), Ernous (de la Châtre), Mallet (de Tournan), Courtot (de Vercel), Taillard (de Maîche), Souquières (de Brinon-sur-Sauldre), Luquet (de Toulon-sur-Arroux), Gibaud (de Pierre-en-Bresse), Roger (de Levroux), Evrard (de Vernantes), Dupont (d'Izernay), Cornet (de Ligueil), Tétau (de Gesté), Schtein (de la Chapelle-sur-Loire), Viaud (d'Agon), Canet (de Rennes), Deshayes (de Mur-de-Bretagne), Chevreuil (de Sucé), Filhioud-Lavergne (d'Abjat), Debenais (de Larochechalais), Chaminade (de Saint-Pierre-de-Chignac), Four (de Laroquebrou), Demahis (de Cerilly), Guillemaud (de Feurs), Malley (de Bourbon-l'Archambault), Hanotte (de Saint-Symphorien-de-Lay), Passelaigue (de la Chapelle-Agnon), Bugnon (de Saint-Etienne-de-Saint-Geoirs), Garcin (de Morestel), Masson (de Grandris), Cuniot (de Saint-Vallier), Gontard (de Serres), Joullié (de Bessèges), Paulet (de Sommières), Vieu (d'Olargues), Abet (de Thézan), Maur (de Plaisance), Julia (d'Auterive), Pendarie (de Montcuq), Bex (de Saint-Simon), Bugeau (de Surgères), Boisserie (de Sauveterre), Petit (de Lussac), Ferrier (de Saint-Médard-en-Jalles), Berger (de Coutras), Debès (de Lussac), Bartoli (d'Oued-Fodda), Moreau (de Chaource), Hanriot (de Blâmont), Bauquel (de Badonviller), Pignolet de Fresnes (de Saint-André).

Médailles d'argent (accordées après vingt années, au moins, de soins gratuits). — MM. les docteurs Du Souich (de Villeneuve-Saint-Georges), Rebière (de Bonnières), Ambrosini (de Poissy), Leclercq (de Rue), Brière (de Morteaux-Coulibœuf), Montel (d'Elbeuf), Maillier (de Cailly), Ménard (de Longueville), Tacussel (de Chablis), Colson (de Révigny), Delerse (de Rioz), Regnault (de Brinon), Ducroux (de Gueugnon), Guillon (de Saint-Loup), Maguin (de Château-la-Vallière), Cotilleau (de Thouars), Bayoux (de Lezay), Rabasté (de Jugon), Barraud (de Saint-Angeau), Bosselut (de Nontron), Grasset (de Riom), Girard (d'Aigueperse), Gaudens (d'Anse), Pailliart (de Saint-Jean-de-Bournay), Convers (de la Javie), Morani (de Muro), Lognos (de Roujan), Aussenac (de Montredon-Labessonnié), Issoulier (de Villeneuve-sur-Lot), Labat (de Laplume), Saric (de Targon), Gouvert (de Jemmapes), Capuron (de Rivoli).

Médailles de vermeil (accordées après vingt-cinq années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Laurent (d'Etaples), Quettier (de Berck-sur-Mer), Canda (de Norrent-Fontes), Mahélin (de Bernaville), Huber (d'Amiens), Couraud (de Damville), Lucas-Fontaine (de Sillé-le-Guillaume), Boulay (de Longny), Levassort (de Mortagne), Léviste (de Dreux), Stahl (de Villers-Marmery), de Bellanoy (de Châteauneuf), Guillot (de Châteaumeillant), Dureux (de Bligny-sur-Ouche), Delort (d'Argenton), Sadot (de Saint-Sauveur-Lendelin), L'Hermier des Plantes (de Fay-le-Froid), Roux (d'Herment), Jarrige (de Menat), Fustier (de Thizy), Perret (de Romans), Magnan (de Luc-en-Diois), Bonnefoy (de Sallanches), Espagne (d'Aumessas), Bidau (de Bourg-Saint-Andéol), Girard (de Cannes), Bontemps (de Saint-Raphaël), Roig (de Millas), Auboin (de Saint-Genis), Bourdier (d'Arcachon), Mieussens (de Castelnau-Rivière-Basse), Guignard (de Guitres), Papon (de Langon), Franques (de Malakoff), Escudié (d'Aïn-el-Hadjar).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — M. le docteur Hudelo commencera une série de conférences cliniques sur la dermatologie et la syphiligraphie qui auront lieu pendant tout le semestre d'hiver aux lieux et heures ci-dessous :

I. Hôpital Tenon (salle Colin), tous les lundis, à dix heures du matin.

II. Hôpital Cochin-annexe (salles de la consultation et du musée), tous les lundis, à neuf heures du soir.

— M. le docteur Villemin, chirurgien de l'hôpital Bretonneau (2, rue Carpeaux), fait tous les jeudis, à neuf heures et demie du matin, au pavillon Marjolin, une leçon clinique sur un sujet de chirurgie d'enfants et d'orthopédie (alternativement).

— HÔPITAL NECKER (service de la consultation de médecine, M. le docteur Emile Sergent) : 1° Tous les matins, à dix heures, exercices de médecine pratique ; 2° Le dimanche matin, à dix heures, par séries annoncées à l'avance, les élèves seront exercés individuellement avec le concours de M. Chauvet, interne du service. Pour chaque série, le nombre des élèves est limité à 10. — Se faire inscrire à Necker, dans le service de la consultation. Le cours est gratuit

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie*. — Séance du 27 novembre 1908. — Question donnée : « Indications. Manuel opératoire et accidents de la thoracentèse. »

MM. Renard, 18; Gaveau, 13; Lutel, 10; Puifferat, 12; Auclair, 14; Reigner (J.-B.), 12; Porcheron, 15; Riffaud, 12; Socquet, 14.

Epreuve supplémentaire pour la place de premier. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des adénites cervicales. »

MM. Lantuéjoul, 19; Bouttier, 18; Meaux-Saint-Marc, 17.

— Les 244 candidats au concours de l'externat en médecine, ayant obtenu un minimum de 24 points, seront présentés à la nomination de M. le directeur de l'administration pour occuper les places d'externes qui seront vacantes au 15 mai 1909.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — Le concours s'ouvrira le lundi 8 mars, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. S'inscrire du 2 au 9 janvier de onze heures à trois heures au *service du personnel* à l'Assistance publique.

Les mémoires devront être déposés *au plus tard* le samedi 9 janvier, à trois heures, au même bureau.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours de l'externat s'ouvrira le 14 décembre 1908. Les candidats doivent s'inscrire au secrétariat des hospices.

— MONTPELLIER. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés internes titulaires : MM. Clap, Peyron et Jourdan; internes provisoires : MM. Baumel, Madon, Bedos et Aussilloux.

— NANCY. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés internes titulaires : MM. Mutel, Aweng, Voivrand, Rémy et Barachon; internes provisoires : MM. Coulet et Brabant.

Concours de l'externat. — Sont nommés externes : MM. Simon, Bretagne, Adrian, Mélène, Florentin, Duret, Grandineau, Schill, Adam, François, Daval, Masson, Villemin, Zuber, Soncourt et Grandpierre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Sont nommés chefs de clinique médicale : MM. Rueff et Parisot; de clinique chirurgicale : MM. Driout et Binet; de clinique obstétricale : M. Job.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 7 juin 1909 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — Le ministre des Travaux publics vient d'instituer une commission interministérielle temporaire chargée d'élaborer le texte d'une instruction sur les premiers soins à donner aux victimes des accidents électriques.

Cette commission est ainsi composée :

MM. G. Weiss, de l'Académie de médecine, président; le docteur J.-L. Langlois, agrégé à la Faculté de médecine.

HOPITAL SAINT-LOUIS DE JÉRUSALEM. — M. le docteur Marcel Drouillard vient d'être nommé par M. le ministre des Affaires étrangères, médecin du gouvernement français en Palestine et chargé du service de l'hôpital Saint-Louis de Jérusalem.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — Samedi soir a eu lieu, à l'Hôtel Continental, le quatrième banquet annuel de l'U. F. M. R. T., sous la présidence d'honneur du ministre de la Guerre et de M. Chéron, et sous la présidence effective de M. le médecin inspecteur Février, directeur du service au ministère de la guerre, délégué par le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre.

Le Professeur Chatin, membre de l'Institut, Président de l'Union, assisté de deux vice-présidents, les Drs Jeanson et Reymond, sénateur de la Loire, recevait les nombreux invités de cette fête médico-militaire. Nous signalerons parmi eux MM. les médecins inspecteurs généraux Claudot, Delorme, Robert; MM. les médecins inspecteurs Vaillard, Heuyer, Mareschal, Viry; MM. les généraux Bolgert, Chapel, etc.

Les circonstances récentes donnaient un caractère particulier à cette réunion des plus cordiales où fut évoqué le souvenir des médecins militaires qui viennent d'ajouter au Maroc une si belle page à l'histoire du service de santé. Les médecins militaires, d'ailleurs ne sont-ils pas toujours prêts, qu'ils appartiennent à l'active, à la réserve ou à la territoriale, à remplir, si les événements le demandent, tout leur devoir envers la Patrie et l'Humanité.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1653.*)

DE QUELQUES RÉFLEXES DANS L'HYSTÉRIE

RÉFLEXES MUQUEUX ET PUPILLAIRES

Par HENRI ROGER,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Nous n'avons l'intention dans cette courte note que de donner un rapide aperçu et quelques indications bibliographiques sur les réflexes muqueux (conjonctival, pharyngien) et pupillaires dans l'hystérie, nous réservant dans un article ultérieur d'étudier plus longuement les réflexes cutanés et tendineux.

I

Réflexes muqueux. — On n'a guère étudié dans l'hystérie que les deux principaux : réflexe pharyngien et réflexe conjonctival, qui consistent en des mouvements de défense lorsqu'on vient à titiller la luette ou l'épiglotte, lorsqu'on touche la conjonctive.

Réflexe pharyngien. — Son abolition a été, depuis Chairon, Brochin, Sawyer, considérée comme un des stigmates de la névrose ; cette opinion a été combattue par Schnitzler, Jolly, Armaingaud, Ziemssen, Fraenkel, Thaon, Mackensie, Gougenheim, Gottstein, Lori, Lichwitz, Pitres, Mossé.

L'abolition du réflexe pharyngé est fréquente chez les hystériques : 73 p. 100 (Crocq), 89,39 p. 100 (Lemoine), 100 fois sur 104 cas (Katwinkel). Réunissant 100 observations de la littérature neurologique où le réflexe pharyngé était noté, nous relevons la proportion suivante : abolition 69 fois, diminution 11 fois, état normal 18 fois, exagération 14 fois. L'abolition n'est pas toutefois constante (Déjerine, Grasset, Pitres); Thaon ne l'a rencontrée que dans 1/6 des cas.

C'est surtout dans les anesthésies qu'elle se trouve (80,81 p. 100), beaucoup plus que dans les accès ou les paralysies (65,38 p. 100, Crocq). Pour Binswanger l'abolition serait de règle dans les cas d'anesthésie sensitivo-sensorielle étendue et l'exagération serait par contre fréquente dans les autres manifestations hystériques; l'abolition du réflexe pharyngé n'aurait pas de valeur chez l'hystérique mâle, car elle se rencontre presque toujours chez les fumeurs et les buveurs.

Mais le réflexe pharyngé peut être aboli ailleurs que dans l'hystérie : dans l'épilepsie (Armaingaud, Féré : chez 46 p. 100 des épileptiques non traités par le bromure et chez 98 p. 100 des épileptiques soumis au traitement bromuré), dans la paralysie générale (Joffroy, Sollier, Marandon de Montyel), dans l'hémiplégie organique gauche (P. Marie et Katwinkel, 58 p. 100), chez 50 p. 100 des sujets atteints d'affections nerveuses quelconques (Zlataroff), chez les saturnins (Armaingaud), chez les 2/3 des sujets non hystériques (Mossé), après l'emploi de certains médicaments, bromures et salicylates. Cette abolition a encore été notée chez des individus absolument sains (Cadet de Gassicourt), chez les 4/5 des élèves des lycées (Rendu). La diminution ou l'abolition du réflexe serait plus fréquente chez les sujets plus âgés : affaiblissement 27 p. 100 et abolition 8 p. 100 entre douze et seize ans, affaiblissement 42 p. 100 et abolition 36 p. 100 entre soixante et quatre-vingts ans (Guerra Coppioli).

Il faut tenir compte dans la recherche du réflexe des phénomènes d'accoutumance. On peut volontairement, après un petit nombre d'exercices, inhiber le réflexe pharyngé sans qu'il y ait pour cela anesthésie du pharynx (Brissaud, Charpentier, Babinski). La suggestion peut abolir le réflexe (Crocq).

Réflexe conjonctival. — Normalement, si l'on vient à toucher avec la pulpe de l'index la conjonctive ou la cornée, il se produit un réflexe violent qui se traduit par la fermeture des paupières et du larmoiement. Le réflexe doit être recherché en portant le doigt en dehors de la région pupillaire, car la simple vue du doigt peut provoquer l'occlusion de l'œil.

La disparition de ce réflexe, en correspondance avec l'anesthésie de la conjonctive, a été donnée comme un stigmate de la névrose par Henrot, Briquet, Féré, Lichwitz, Aurelle de Paladine. Cette abolition ne s'accompagne pas de la perte du réflexe lacrymal : les larmes continuent à être sécrétées au moindre attouchement de la conjonctive (Pitres).

Des recherches ultérieures ont montré que l'abolition du réflexe conjonctival ne se rencontre que chez la moitié des hystériques (Pansier), chez 33,39 p. 100 (Lemoine), chez 48 p. 100 (statistique personnelle). La sensibilité cornéenne est conservée dans 55,8 p. 100 et la sensibilité bulbaire dans 50 p. 100 (Robineau). C'est surtout dans les anesthésies au tact et à la douleur, dans les hémi-anesthésies très prononcées que le réflexe conjonctival fait défaut : ce phénomène peut être uni ou bilatéral (Binswanger).

L'abolition du réflexe conjonctival est fréquente chez les sujets sains ou atteints d'autre affection que l'hystérie.

Le réflexe conjonctival n'est pas toujours aboli chez les hystériques, il peut être même exagéré chez ceux qui sont atteints de céphalée, migraine, névralgie du trijumeau, dans l'hystérie infantile et l'hystérie de la puberté, et acquérir une grande intensité, être le point de départ de contractions toniques et cloniques des paupières (Binswanger). La disparition du réflexe chez les hystériques est souvent d'ordre suggestif.

II

Réflexes pupillaires. — Nombreux sont les réflexes pupillaires : réflexe lumineux (photomoteur proprement dit, consensuel, hémiopsique, paradoxal), réflexe à la convergence et à l'accommodation, réaction palpébrale ou orbiculaire de la pupille, réflexe à la représentation mentale de Haab. Les principaux ont été seuls étudiés dans l'hystérie; ils ont donné lieu à des opinions assez contradictoires.

Les réflexes lumineux ne sont troublés dans l'hystérie ni au cours des attaques, ni en dehors des attaques (Babinski). Deux prétendus cas d'amaurose hystérique avec abolition des réflexes pupillaires observés par P. Marie évoluèrent ensuite vers la lésion organique. « La mydriase avec abolition du réflexe lumineux doit suffire pour faire rejeter le

diagnostic d'hystérie » (Sauvineau). Il s'agit le plus souvent de simulation par instillation d'atropine.

D'autres auteurs, par contre, Féré, Westphall et plus récemment Redlich ont observé la mydriase et la disparition du réflexe lumineux au cours des crises hystériques. Berger l'a constatée, mais d'une façon inconstante. Depuis une dizaine d'années que Westphall recherche ce phénomène, il l'a observé 8 fois et a pu le montrer dans quelques cas nettement à ses assistants. Karplus remarque qu'il occupe parfois, au cours de la même attaque, alternativement l'un ou l'autre œil. Rodiet, Pansier et Cans viennent de publier les remarques suivantes sur l'état de la pupille au cours de la crise hystérique : à la période des convulsions cloniques, abolition du réflexe lumineux et myosis spasmodique ; à la période des convulsions toniques, mydriase et réflexe lumineux très paresseux ou aboli ; puis vers la fin, réapparition des réflexes lumineux ; à la période qui succède immédiatement à l'attaque, commencement de contraction de la pupille et réactions lumineuses paresseuses.

L'abolition du réflexe photomoteur a été constatée en dehors des attaques par Siemerling dans 4 cas. Elle accompagne le plus souvent la mydriase unilatérale dite hystérique, exceptionnelle sans doute, mais suffisamment établie (Borel, da Fonsaca) pour être admise par Berger, Vennemann, Déjerine, Schwartz et quelques auteurs. L'anisocorie hystérique (inégalité des deux pupilles) et particulièrement l'anisocorie ou mydriase à bascule (Vennemann, Frenkel), le myosis hystérique (Déjerine, de Graefe, Galezowski, Vennemann) s'accompagnent souvent de troubles du réflexe à la lumière. Dans quelques cas (Block, Max Weil, Richer) il y a à la fois absence du réflexe lumineux et paralysie de l'accommodation. Westphall au cours de l'hystéro-traumatisme a constaté des modifications dans la forme de la pupille qui, sous ses yeux, était tantôt arrondie, tantôt ovale : la pupille ronde présentait la réaction normale à la lumière ; pour la pupille ovale cette réaction était très paresseuse et peu étendue.

Le réflexe de la convergence peut être absent et très paresseux dans l'hystérie (Badal, Oppenheim, Parinaud, Westphall).

Le réflexe à la douleur (dilatation de la pupille à la suite d'une piqûre cutanée) persiste, même si la piqûre porte sur une région anesthésiée (Pitres).

En résumé, l'*abolition du réflexe pharyngien et du réflexe conjonctival* est fréquente dans l'hystérie, mais on la rencontre dans trop d'affections et chez trop d'individus normaux pour qu'elle constitue un stigmate ou un symptôme pathognomonique de l'hystérie. Suggérée ou non, elle garde cependant une certaine valeur sémiologique.

Les *réflexes pupillaires* pourraient être modifiés par l'hystérie.

BIBLIOGRAPHIE

Réflexes muqueux. — Outre l'article de Crocq, « Phénomène plantaire combiné. Etude de la réflectivité dans l'hystérie », *Revue neurol.*, 15 nov. 1904, p. 1069, qui contient de nombreuses indications, et les *discussions à la Société de neurologie*, 9 avril et 14 mai 1908, consulter : Binswanger. Hysterie, *Speziell Nothnagel Path. u. Therapie.* — Bruns. Névroses traumatiques, in *Nothnagel Path.*, XII, t. I. — Charpentier. Les maladies nerveuses dans la pratique journalière, *Bulletin méd.*, 1907. — Dufour. *Séméiologie des maladies du système nerveux*, 1907. — Forli et Guidi. Contribution à l'étude clinique du réflexe pharyngé, *Annali d. Inst. d. Univ. d. Roma*, 1905. — Guerra Coppioli. *De la valeur séméiologique du réflexe pharyngé*, 1907, p. 533-535. — Katwinkel. *Deuts. Archiv. f. klin. Med.*, 1896, p. 549. — Lemoine, in Th. Rouche, *Réflexes rotuliens et plantaires dans l'hystérie et la neurasthénie*, Th. de Lille, 1902. — Robineau. *Valeur séméiologique de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne dans l'hystérie*, Th. de Bordeaux, 1904-1905, n° 104.

Réflexes pupillaires. — Berger. *Encyclop. franç. d'ophtalm.*, t. IV, p. 65 et 407. — Block. Paralysie de l'accommodation et mydriase d'origine hystérique, *Ann. d'oculist.*, 1898. — Borel. Hystéro-traumatisme oculaire, *Ann. d'oculist.*, 1900, p. 15. — Bosc. *Recherches sur les modifications de la pupille chez l'homme sain, l'épileptique et l'hystérique*, Th. de Montpellier, 1891. — Bumke. Ueber Pupillenstarre im hysterichen Anfall, *Münch. med. Wochens.*, 1906, n° 16. — Engländer. *Rigidité pupillaire dans l'accès hystérique*, Th. de Fribourg in Brisgau, 1906. — Galezowski (Xavier). Quelques manifestations oculaires de l'hystérie, *Recueil d'ophtalm.*, 1907, p. 3 et 65. — Hoche. *Die differential Diagnose zwischen Epilepsie und Hysterie*, 1902. — Karplus. Sur l'immobilité pupillaire dans les attaques d'hystérie, *Wien. klin. Wochens.*, 1897, n° 47. — Linde. Pupille dans l'hystérie, l'épilepsie et les psychoses, *Psychol. Arbeit.*, 1907. — Pansier, Rodiet et Cans. Les manifestations oculaires pendant l'attaque d'hystérie, *Revue méd. de Normandie*, juin, juillet 1908. — Redlich. Mydriase hystérique, *Deuts. med. Wochens.*, 1908, p. 313, 315. — Schültze. Ueber Pupillenstarre im hysterichen Anfall und bei Syncope, *Therapie d. Gegenwart*, janv. 1907. — Sauvineau. La mydriase hystérique n'existe pas, *Revue neurol.*, 1906, p. 1017 et 1086. — Vennemann. *Encyclop. franç. d'ophtalm.* — Westphall. Sur les troubles pupillaires hystériques, *Neurol. Centralbl.*, 1899 ; Sur les symptômes pupillaires dans l'hystérie, *Berl. klin. Wochens.*, 1897, n° 47 ; Sur l'immobilité pupillaire dans l'attaque hystérique, *Jahrb. f. Psych. u. Neur.*, 1898, H. 1 et 2 ; Ueber einem in katatonischem Stüpor beobachtetes Pupillen Phenomene so wie Bemerkungen über die Pupillenstarre bei Hysterie, *Deuts. med. Wochens.*, 1907, n° 27. — Consulter en outre Périé. *De la mydriase hystérique*, Th. de Bordeaux, 1908.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DU PYRAMIDON CONTRE LES DOULEURS FULGURANTES DU TABES

Par M. Milian,

Médecin des hôpitaux de Paris.

Je lis dans la *Gazette des hôpitaux* : « Richter recommande d'*essayer* le pyramidon contre les douleurs fulgurantes » (1).

Il y a plusieurs années que j'emploie le pyramidon, comme beaucoup d'autres sans doute, contre les douleurs fulgurantes du tabes, et je l'ai recommandé dans plusieurs articles ainsi que dans mes leçons sur le tabes faites au cours de dermatologie et de syphiligraphie de l'hôpital Saint-Louis.

Le pyramidon est le véritable spécifique des douleurs fulgurantes du tabes. Il est supérieur à tous les médicaments préconisés dans le même but : antipyrine souvent mal tolérée et nuisible au rein ; santonine d'action douteuse ; nitrite de soude également d'action douteuse, etc.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 136, p. 1625.

Il a une action souveraine à condition de le prendre à la dose suffisante de 75 centigrammes en une fois ; la sédation qu'il procure dure plusieurs heures ; il est quelquefois nécessaire de renouveler cette dose et de la porter à 3 paquets de 75 centigrammes par jour, un matin, midi et soir, lorsque les douleurs sont violentes et tenaces. Certains de mes malades n'ont la vie supportable que grâce au pyramidon dont ils absorbent *quotidiennement de 1 à 3 grammes par jour, depuis plusieurs années*.

Le pyramidon a l'avantage d'être très bien supporté ; je n'ai pas encore rencontré de malade qui présente vis-à-vis de lui une « idiosyncrasie ». Il n'a aucun inconvénient. La coloration rouge des urines qu'il provoque quelquefois n'a aucune importance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1908)

Etudes sur le cancer des souris. Y a-t-il un rapport entre les différentes mutations connues chez les souris et la réceptivité à la greffe ? — MM. CUENOT et MERCIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1908)

Ichtyose et troubles de la sécrétion thyroïdienne. — M. VARIOT, à propos de la récente communication de M. Vincent, présente des malades (trois enfants) atteints d'ichtyose, de microsphygmie et de débilité mentale. M. Variot veut bien admettre que dans ces cas il y a trouble de la sécrétion thyroïdienne. Si cette pathogénie ne peut être admise dès maintenant d'une façon absolue, elle peut être tenue pour, au moins, très vraisemblable.

Quelques faits biologiques observés chez des épileptiques à la suite d'injections hypodermiques ou intra-musculaires du liquide céphalo-rachidien d'origine hétéro comitiale. — M. J. ROUBINOVITCH a pu constater, chez un certain nombre d'épileptiques de son service de Bicêtre, la variabilité de la toxicité et de la composition chimique de leur liquide céphalo-rachidien, selon qu'on l'examine, à ce double point de vue, aussitôt après un accès ou une série d'accès, ou bien dans l'intervalle qui sépare deux accès ou deux séries. Cette toxicité plus ou moins grande, cette richesse plus ou moins considérable en phosphates, en albumine, en sulfates, en chlorures, etc., semblent indiquer que le liquide céphalo-rachidien contient d'autant plus de substances virulentes encore inconnues qu'il appartient à des comitiaux plus fréquemment et plus gravement atteints. Partant de cette hypothèse, l'auteur a divisé un certain nombre d'épileptiques de son service en cinq groupes, en rapport avec la fréquence et l'intensité de leurs accidents comitiaux : 1° ceux qui présentent entre zéro et dix accidents par mois ; 2° entre dix et vingt ; 3° entre vingt et trente ; 4° entre trente et quarante ; 5° au delà de quarante.

Prenant ensuite quatre épileptiques gravement atteints, M. Roubinovitch a soumis chacun à des injections sous-cutanées ou intra-musculaires, à huit ou dix jours d'intervalle, de 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien provenant des représentants de chacun des cinq groupes, en allant progressivement du groupe 1 au groupe 5.

Les résultats de ce traitement ont été particulièrement encourageants dans deux cas sur quatre. Il présente les deux malades améliorés aux membres de la Société. L'épileptique B... avait en moyenne entre dix-huit et vingt manifestations comitiales par mois, avant les injections. Depuis qu'il est injecté, depuis le commencement de septembre, et sans l'intervention d'autre médication ni régime spécial, le nombre de ces manifestations s'est réduit à quatre par mois. L'épileptique L... était depuis dix-huit mois à l'état de semi-coma permanent, avec des accès typiques d'épilepsie se chiffrant par soixante et soixante-dix par mois. Son épilepsie a été nettement diagnostiquée par MM. Chaslin et Nageotte avant M. Roubinovitch. Alité, il avait déjà des eschares. Il paraissait atteint de démence organique, tellement son intelligence était éteinte. Il ne parlait plus guère. Il gâtait par intervalles. Son liquide céphalo-rachidien contenait des lymphocytes en abondance. Après sept injections faites dans les conditions indiquées, l'état de cet épileptique s'est modifié sous les yeux du personnel d'une façon progressive. La torpeur intellectuelle a cédé la première. Les accès sont devenus plus rares : en novembre 1908, du 1er au 27, il n'a eu que dix accès. Son appétit a augmenté. Il mange seul et proprement. Les eschares se sont cicatrisées. Le malade s'est réveillé. Il répond aux questions élémentaires d'une façon relativement sensée. Il a des souvenirs incomplets du passé et retient assez bien les impressions actuelles. Il a demandé à se lever, à marcher. Sa parole est lente et embarrassée. Il n'a pas de troubles pupillaires ni d'idées délirantes bien caractérisées. Il est encore évidemment intellectuellement affaibli, mais son affaiblissement a régressé dans une proportion considérable.

Les malades H... et P..., l'un épileptique dément avec agitation et accès presque quotidiens ; l'autre, épileptique asthénique, n'ont profité de ce traitement que d'une façon très incomplète et tout à fait transitoire ; chez H... on a observé une accalmie insolite survenue au milieu d'une excitation avec tendance à des fugues ; chez P..., sans que le nombre d'accès diminue, l'état cœnesthétique s'est amélioré pendant une quinzaine de jours, au point qu'il a pu travailler dans les salles avec un entrain tout à fait inaccoutumé. Les malades L..., H... et P... ont subi, avant le commencement du traitement, une seule ponction lombaire, chacune de 15 centimètres cubes ; dans ces trois cas, le liquide céphalo-rachidien était en hypertension ; seul, le liquide de L... présentait de la lymphocytose nette.

En rapportant ces quatre observations, M. Roubinovitch constate tout d'abord l'innocuité des injections pratiquées qu'on peut expliquer tout naturellement par la théorie de la phagocytose. On pourrait, peut-être, invoquer la théorie des anticorps pour interpréter les résultats favorables obtenus chez ses épileptiques au moyen de ces injections hypodermiques ou intra-musculaires du liquide céphalo-rachidien, d'origine hétéro-comitiale, gradué en rapport avec la fréquence et l'intensité des accidents. Mais, vu le nombre encore trop peu considérable de ses observations, il préfère s'en tenir aujourd'hui à la relation pure et simple de faits biologiques observés, sans chercher, pour le moment, les théories qui leur soient favorables. L'élaboration d'une nouvelle série de faits demandant plusieurs mois, nouvelle série pour laquelle il s'est assuré le concours de son collègue et ami, le docteur André Riche, la communication actuelle s'imposait à titre de rapport préalable.

Sporotrichose chez deux membres d'une même famille. Diagnostic immédiat chez l'un et diagnostic rétrospectif chez l'autre par la sporo-agglutination et par la réaction de fixation. — MM. WIDAL et JOLTRAIN ont observé, sur les membres inférieurs et sur l'épaule droite d'une jeune fille de dix-sept ans, malade depuis plus d'une année, des gommes, des ulcérations et des cicatrices qui en raison de leurs caractères devaient faire penser à la sporotrichose, mais le diagnostic était impossible à trancher avec certitude entre des lésions dues à cette maladie et des lésions de nature syphilitique ou tuberculeuse.

La sporo-agglutination dont le taux était de 1 p. 200 et la réaction de fixation qui était positive leur permirent d'affirmer le jour même de l'entrée que la sporotrichose était sûrement en jeu. Les deux réactions ont donc fourni ici le diagnostic immédiat de la maladie, qui dans l'espèce étant donnée l'intensité de la séro-agglutination ne pouvait être que la sporotrichose. La sérosité provenant d'une des ulcérations rupiacées ne donna qu'après douze jours une culture de sporotrichum.

Ils ont observé en même temps un jeune garçon de dix ans, cousin de cette jeune fille, et qui portait les cicatrices d'une maladie éteinte depuis deux ans. L'agglutination à 1 p. 50 et la réaction de fixation positive prouvaient que l'affection avait bien relevé d'une mycose qui en raison du caractère des cica-

trices ne pouvait être également que la sporotrichose; les deux réactions ont aidé ici à assurer le diagnostic rétrospectif de la maladie.

Le fait nouveau apporté par cette étude est la coexistence de la sporotrichose chez deux membres de la même famille. Leurs deux malades ne cohabitaient pas, mais ils avaient ensemble de nombreux contacts. Huit mois environ s'étaient écoulés entre la guérison du petit malade et l'apparition des premières gommes chez la jeune fille. Pour expliquer cette longue période intercalaire, il ne faut pas perdre de vue qu'un sporotrichosique guéri peut, comme l'ont montré MM. de Beurmann et Gougerot, porter encore en lui le parasite, et que dans quelques cas, on a vu une explosion nouvelle de gomme se faire, plusieurs mois après que les dernières ulcérations avaient été cicatrisées.

Le syndrome d'Avellis dans le tabes. — MM. Georges Guillain et Laroche. Avellis a décrit un syndrome caractérisé par une paralysie récurrentielle associée à une hémiplégie du voile du palais du même côté. Ces faits cliniques sont intéressants à connaître pour la question si discutée de l'innervation des muscles du voile du palais, car ils prouvent que le facial n'a aucune influence sur la motilité du voile. Le syndrome d'Avellis peut être créé par des lésions périphériques ou radiculaires du vago-spinal, par des lésions intrabulbaires dont la syringobulbie paraît être la plus fréquente; il n'a pas été constaté dans la sclérose en plaques et semble être très rare à l'état de pureté dans le tabes.

Chez un homme de trente-neuf ans ayant la plupart des signes du tabes (douleurs, troubles de la sensibilité, abolition des réflexes, ataxie, troubles oculaires, etc.), ils ont observé une hémiatrophie très accentuée du voile du palais à gauche avec paralysie des muscles; il existait de plus une paralysie de la corde vocale de ce côté. Ce malade n'avait aucune atrophie de la langue, aucune paralysie des muscles innervés par la branche externe du spinal, paralysies qui, d'après les auteurs, coexistent habituellement avec les troubles du voile du palais. Le syndrome d'Avellis de leur malade résultait sans doute d'une altération des filets radiculaires du vago-spinal par les lésions méningées.

Les auteurs insistent aussi sur ce fait que le syndrome d'Avellis ne s'accompagnait chez leur sujet d'aucun trouble de la musculature faciale; ce cas s'ajoute donc aux cas d'hémiplégies palato-laryngées publiés antérieurement et prouvant que le facial ne joue aucun rôle dans l'innervation du voile du palais. D'ailleurs le pharynx et le larynx ayant des corrélations physiologiques, on s'explique qu'ils aient une innervation identique par le vago-spinal.

Etude histo-chimique et cytologique du crachat tuberculeux. — MM. Fernand Bezançon et S. I. de Jong ont constaté les variabilités des aspects microscopiques suivant les formes et l'évolution de la lésion tuberculeuse. A la pneumonie caséeuse correspondent des aspects analogues à ceux qu'ils ont étudiés dans des travaux antérieurs sur le crachat de pneumonie franche : présence au début d'exsudat séro-albumineux, de mucus hyalin, de rares cellules endothéliales. Après quelques jours apparaissent les polynucléaires et les dégénérescences leucocytaires et cellulaires, agglomérées en réseau; de plus les cellules endothéliales pulmonaires jeunes, ressemblant aux mononucléaires, ou macrophagiques deviennent plus abondantes. Tous ces éléments persistent pendant l'évolution de la pneumonie caséeuse, mais présentent un certain degré de dégénérescence sur lequel les auteurs insistent, et qui est peut-être le point le plus caractéristique de la nature tuberculeuse de la lésion d'origine. Cette dégénérescence des éléments est particulièrement marquée dans les crachats de phtisie galopante : elle est caractérisée par la pycnose des polynucléaires, l'effritement et le peu d'affinité tinctoriale de leurs granulations, la limitation vague du cytoplasma des cellules pulmonaires dont le noyau s'étire comme celui des cellules épithélioïdes et leur vacuolisation quand elles sont devenues macrophagiques, l'effritement et la fragmentation des réticulums à réaction muqueuse, dus à l'agglomération des dégénérescences leucocytaires, bronchiques et endothéliales. Quant à l'exsudat séro-albumineux, il révèle sa présence par de nombreuses gouttelettes décelables par la technique décrite par ces auteurs, pendant les périodes d'acuité du processus; il n'existe pas dans les crachats à la période d'excavation. Dans la forme commune de la tuberculose pulmonaire chronique, les cellules endothéliales pulmonaires sont abondantes et bien conservées au début, et souvent macrophagiques. Ce qu'on a décrit comme lymphocytes dans les crachats tuberculeux, ce sont en réalité surtout des fragments de polynucléaires pycnotiques, des cellules endothéliales pulmonaires jeunes ou des cellules bronchiques de remplacement. A la période cavitaire les aspects dégénératifs déjà cités prédominent. Chez les emphysémato-tuberculeux dont la tuberculose est cicatrisée ou à évolution très lente, on a les aspects de bronchite chronique banale avec polynucléaires intacts dans des réseaux muqueux bien conservés. Chez les emphysémato-tuberculeux avec lésions tuberculeuses en évolution les aspects dégénératifs prédominent. Enfin les auteurs n'ont jamais trouvé d'éosinophiles véritables en dehors de l'asthme vrai et des états asthmatiformes des emphysémateux. Quant aux fibres élastiques, que l'on peut constater directement par la méthode à la fuchseline de Weigert, elles ne leur ont paru avoir d'importance que dans les crachats des malades atteints de phtisie galopante. En résumé, ces recherches montrent que l'on peut tirer une indication pronostique, sinon diagnostique, de cette étude histo-chimique et cytologique des crachats tuberculeux.

Evolution du syndrome de Stokes-Adams. — MM. Vaquez et Esmein. Le tableau nosologique du syndrome de Stokes-Adams consiste essentiellement dans le ralentissement du pouls avec attaques syncopales : mais nous savons aujourd'hui que nombre de sujets qui sont atteints de pareilles attaques peuvent ne présenter, en dehors de ces attaques, aucune altération du rythme cardiaque. Par contre, d'autres sujets, ayant un pouls habituellement lent, ne souffrent d'aucun phénomène syncopal. Mais le plus souvent, en interrogeant ces derniers, on apprend que, quelques années ou quelques mois auparavant, ils ont bien présenté ces accidents de perte subite et transitoire de connaissance, lesquels ont disparu ultérieurement. On en arrive donc à cette conception que certaines formes de maladies de Stokes-Adams passent par deux phases différentes; l'une de ralentissement paroxystique du pouls avec attaques syncopales, l'autre de ralentissement permanent, où les attaques se sont progressivement espacées pour disparaître complètement.

Cette forme si particulière (en deux phases) est celle qui a pour substratum anatomique une altération du faisceau de His.

Dans la première phase il y a dissociation incomplète des rythmes auriculaire et ventriculaire (l'épreuve de l'atropine peut être encore positive), dans la deuxième il y a dissociation complète, le rythme ventriculaire étant totalement indépendant, il est en état d'auto-régulation (*selbstregulierung*); l'atropine, qui accélère encore les contractions auriculaires est sans effet sur celles du ventricule.

La mort est particulièrement fréquente à la première période; elle peut être différée dans la deuxième.

Stéarrhée et hypostéatolyse (syndrome coprologique) dans le diagnostic des affections des voies biliaire et pancréatique. — M. René Gaultier. Dans cette communication, l'auteur insiste à nouveau sur l'importance de l'analyse quantitative (stéarrhée) et qualitative (hypostéatolyse) des graisses des fèces pour le diagnostic des affections des voies biliaires et pancréatique, qui constitue la base de sa méthode de coprologie clinique.

Il rappelle la composition de son repas d'épreuve qui, en conséquence, envisage surtout la fréquence des graisses dont la teneur, (45 à 50 grammes) après de nombreuses expériences, a été proportionnée à la quantité normalement absorbable, à leur état de digestibilité, et à leur point de fusion inférieur à la température du corps.

Ce repas d'épreuve est donc totalement différent de celui de Schmidt, beaucoup plus complexe dans ses matériaux nutritifs et dans lequel la présence des graisses est considérée comme une chose de moindre importance.

Il montre ensuite le moyen de délimiter ce repas d'épreuve dans les fèces par l'absorption simultanée de poudre de carmin qui les colore en rouge.

Il expose enfin la méthode d'analyse microscopique et sur-

tout chimique qui sert à la reconnaissance globale des graisses et leur état de division dans les fèces comparativement aux graisses du repas d'épreuve.

Cette méthode est donc aussi totalement différente de celle de Schmidt qui est une analyse surtout macroscopique et microscopique portant sur la digestion des viandes (épreuve des noyaux).

Alors il rappelle les critiques faites à cette méthode depuis près de cinq ans qu'elle a vu le jour, critiques portant : 1° Sur ce fait que la délimitation des fèces peut être incomplète et qu'il peut y avoir des graisses des repas antérieurs parmi celles que l'on examine comme tenant au repas d'épreuve ;

2° Sur ce fait que les bactéries intestinales peuvent transformer les graisses en acides gras et savons en l'absence des sucs biliaire et pancréatique;

3° Sur ce fait que l'estomac contient une lipase qui peut agir de même ;

4° Sur ce fait que la méthode chimique proposée est délicate, susceptible d'erreur.

A ces diverses critiques, l'auteur répond d'abord indirectement par des faits contradictoires, mais surtout directement par des faits cliniques appuyés sur l'anatomie opératoire ou nécropsique, au nombre de quarante-deux à l'heure actuelle ; faits cliniques personnels et observés soit seul, soit en commun avec MM. les professeurs Dieulafoy, Terrier, Pozzi, Quénu, les docteurs Chauffard, Gosset, Duval, Desjardins, etc. Il rappelle aussi à l'appui de sa thèse les faits probants publiés par Bagros dans un cas de Chauffard, par Rousselette dans un cas de Brauer, par Dehon, dans plusieurs cas du professeur Surmont (de Lille), si bien que récusant les conclusions de la thèse récente du docteur Juihle, basées, comme le dit l'auteur lui-même, sur des observations incomplètes, il se croit en droit d'affirmer à nouveau qu'après repas d'épreuve, la stéarrhée, c'est-à-dire la présence globale des graisses, et l'hypostéatolyse, c'est-à-dire l'absence de division des graisses fécales, constituent un des syndromes les plus nets d'insuffisance fonctionnelle des affections des voies biliaire et pancréatique.

M. Galliard rapporte une observation de **syphilis du médiastin.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 28 novembre 1908)

Sur les effets des extraits d'hypophyse, de thyroïde, de surrénale, d'ovaire, employés en injections intra-péritonéales chez le lapin (injections simples et combinées). — MM. Rénon et Arthur Delille, continuant l'exposé de leurs recherches, étudient les modifications histologiques obtenues sous l'influence de l'extrait total d'hypophyse, de l'extrait du lobe postérieur, de l'extrait du lobe antérieur, au niveau de l'hypophyse, de la surrénale, de la thyroïde, du foie, etc. L'extrait total et l'extrait du lobe postérieur provoquent de l'hyperfonctionnement surrénale et modèrent d'une façon indiscutable l'activité thyroïdienne ; par contre, l'extrait du lobe antérieur amène de l'hyperfonctionnement thyroïdien. L'appareil cardio-vasculaire est toujours indemne.

La rage chez les jeunes chiens. — M. P. Remlinger. Bien que la rage résulte toujours d'une contamination par un autre animal enragé et que la période d'incubation soit le plus souvent longue, la maladie peut s'observer chez de très jeunes animaux, des chiens âgés d'un à deux mois par exemple et même moins. Le tout jeune chien est en effet beaucoup plus réceptif à la rage que l'animal adulte ; il suffit d'une très petite quantité de virus inoculée sous la peau pour lui conférer la maladie. La période d'incubation dépasse souvent à peine une semaine. Les tout jeunes chiens sont d'autant plus dangereux que la rage se présente chez eux sous une forme particulière. Même lorsqu'ils mordent, ils n'ont pas l'air méchant et ils inspirent ainsi une sécurité trompeuse. En passant par l'organisme du jeune chien, le virus rabique voit d'ordinaire sa virulence s'exalter. D'où la nécessité, en cas de morsure par un jeune chien, d'un traitement précoce et intensif.

Recherche de l'indol dans les cultures microbiennes à l'aide du furfurol. — MM. J. Oscallon et A. Sicre utilisent pour la recherche de l'indol dans les cultures microbiennes des réactions de C. Fleig. A 10 centimètres cubes de culture, on ajoute un volume égal de solution alcoolique récente de furfurol, puis de l'acide chlorhydrique goutte à goutte jusqu'à apparition d'une teinte jaune orangée caractéristique de l'indol.

La réaction s'obtient encore avec une solution aqueuse chlorhydrique de furfurol préparée par ébullition d'une solution de glucose en présence de l'acide chlorhydrique. En ce cas on opère leur réaction avec le résidu chloroformique obtenu par épuisement de 20 centimètres cubes de culture microbienne. Plusieurs espèces de vibrions cholériques et de colibacilles étudiées ont donné régulièrement la recherche de l'indol d'une manière très nette même après quelques heures de culture.

Chloroforme et fonctions hépatiques. — MM. Doyon, Gautier et Policard. Sous l'influence du chloroforme l'urobiline apparaît dans le sang et augmente dans l'urine. L'effet persiste pendant plusieurs jours. L'ablation des deux reins n'empêche pas l'accumulation de l'urobiline dans le sérum. Ces phénomènes sont rattachés aux modifications hépatiques déterminées par le chloroforme. Immédiatement après une anesthésie d'une durée d'une heure et demie chez le chien, on peut constater des modifications des cellules du foie ; les cellules situées au centre du lobule sont plus claires.

Flux et scléroses leucocytaires. — M. Feuillé. Pour provoquer l'infiltration leucocytaire des organes, il n'est pas besoin d'une lésion primitive de l'élément noble. Dans les intoxications ou infections agissant par leurs toxines, le flux de leucocytes est le plus souvent un acte leucocytaire d'origine toxique directe. L'infiltration leucocytaire persistante sera suivie de fibrose.

L'auteur étudie ce même processus à propos du rein, de l'intestin, du poumon, des voies biliaires, des glandes, de la peau et des vaisseaux, et explique ainsi la possibilité d'albuminuries, de catarrhes intestinaux, pulmonaires et biliaires, d'infiltrations cutanées, sans lésions primitives de l'organe lui-même. La prédominance variable du flux leucocytaire dans tel ou tel organe rend compte des métastases.

Recherches de l'activité leucocytaire au moyen des levures de muguet. — MM. Achard et Foix évaluent l'activité des leucocytes d'après leur aptitude à capter les levures de muguet stérilisées par le formol. Ce procédé est préférable à celui, précédemment indiqué par MM. Achard et Feuillié, qui consiste dans l'emploi de grains de charbon. Car il évite mieux les adhérences passives à la surface des cellules qui pourraient en imposer pour une inclusion véritable. En outre les leucocytes prennent mieux les levures, de sorte qu'il est plus facile d'apprécier les cas où l'activité leucocytaire est faible. Les levures sont employées en émulsion dans le liquide de Fleig. On compte le nombre des levures incluses et celui des polynucléaires : le rapport donne l'activité leucocytaire pour l'émulsion employée. L'activité leucocytaire du sang normal est assez fixe, de sorte qu'on peut la prendre pour unité de mesure et lui rapporter celle des humeurs pathologiques. L'indice d'activité ainsi obtenu reste le même, quelles que soient les émulsions de levures, pourvu seulement que, dans chaque examen, les deux termes du rapport soient obtenus avec la même émulsion.

Recherches physiologiques sur le sang des noyés. — MM. Fidon, Cl. Gautier et E. Martini. 1° *In vitro*, le sang des animaux noyés est susceptible de coaguler, mais la quantité de fibrine produite dans la coagulation d'un volume déterminé de leur sang prélevé après la submersion est très inférieure à la quantité produite dans une même quantité de leur sang prélevé avant la submersion ; 2° le sang des animaux noyés peut demeurer liquide immédiatement après la submersion et l'addition de sérum normal ne le fait pas coaguler ; 3° lorsque ce sang coagule spontanément, le caillot est, en général, totalement dissous après vingt-quatre heures ; 4° le phénomène n'est pas dû à une dilution du sang par l'eau ; 5° il n'est pas dû à une digestion microbienne ; 6° il paraît relever d'un

trouble primitif de la coagulation du sang des noyés, relevant peut-être des altérations de leur foie.

Pouvoir phagocytaire des globules blancs et indice opsonique dans la leucémie myélogène. — Dans un cas de leucémie observé par M. Parvu : 1° un très grand nombre de polynucléaires ont perdu leur pouvoir phagocytaire ; 2° l'index opsonique est très abaissé ; 3° il y a un rapport très étroit entre la valeur phagocytaire et le pouvoir opsonisant du sérum du même malade; 4° les grands mononucléaires remplacent jusqu'à un certain point les polynucléaires incapables de remplir leurs fonctions.

Acariens et cancer du système pilaire. — M. Borrel a trouvé très fréquemment, et en très grande abondance, des acariens dans les zônes cancéreuses. En particulier, l'épithélium du système pilaire se développe souvent sur une hypertrophie adénomateuse des glandes sébacées, qui est certainement due à la présence des acariens et à leur grande multiplication.

Pseudo-coli anaérobies. — M. Jungano a isolé, chez un enfant atteint de diarrhée depuis deux ans, une espèce microbienne anaérobie stricte ressemblant beaucoup, morphologiquement, au coli, dont il ne diffère que par quelques caractères d'ordre biologique.

Autres communications :

Sur les effets de l'injection intraveineuse d'eau salée radifère. — MM. Lépine et Boulud.

Adrénalinurie expérimentale. — M. Cl. Gautier.

Vaccination anti-anaphylactique. — M. Besredka.

Recherches sur la pnéine et le processus respiratoire fondamental. — MM. Batelli et Stern.

Recherches sur les phénomènes thermiques qui accompagnent les échanges respiratoires de la grenouille dans l'air et les gaz inertes. — M. Weiss.

Élection. — M. Ed. Sergent est nommé membre de la Société par 37 voix sur 59 votants.

PRATIQUE MÉDICALE

UN VIEUX REMÈDE TROP OUBLIÉ : CURE DE RAISINS

La cure de raisin est à l'ordre du jour depuis que la pasteurisation permet aux cliniciens d'avoir en tous temps un jus de raisins frais, sans alcool, le « Stem », conservé sans addition d'aucun produit chimique. Mayet (1), qui y a consacré récemment une longue étude, corrobore les résultats obtenus naguère par Moreigne après des expériences portant sur 400 dosages : « Augmentation de la diurèse, diminution du degré d'acidité des urines, diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique, action dérivative sur l'intestin (action laxative), diminution des fermentations intestinales, action d'épargne vis-à-vis des matières azotées, fixation de graisse dans l'organisme, suractivité de la fonction hépatique et en particulier de la sécrétion biliaire (2) ». Pour Mayet le jus de raisins stérilisé « Stem » doit donc être utilisé :

a. Comme *boisson hygiénique* sans alcool.

b. Comme *aliment liquide*, très riche en éléments nutritifs (glycose, sels minéraux, etc.). Ce sera la boisson de régime (1 litre par jour) à prescrire aux tuberculeux (3), aux cardiaques, artério-scléreux (4), goutteux, graveleux, uricémiques (diurèse et destruction d'acide urique), aux fébricitants, typhiques, convalescents. Il pourra remplacer le lait, puisque Henry et Chevalier (5) ont démontré l'analogie chimique du lait de femme et du jus de raisins.

(1) Mayet. La cure de raisin et le jus de raisins frais stérilisé. *Prov. méd.*, 9 mars 1907.
(2) Moreigne. *Arch. de méd. expérim.*, 1902, p. 342.
(3) Le sucre chez les tuberculeux. Laufer, *Bull. de thérap.*, 1905 ; — Huchard, *Journ. des prat.*, 1905.
(4) Th. Bergouignan, Piatot (Paris), Deguy, Brissemoret, *Journ. des prat.*, 1898.
(5) *Dict. Dechambre*, art. Raisin.

c. Comme *agent thérapeutique.* — 1° *Maladies de l'appareil urinaire.* — Le jus de raisins est sédatif pour le rein et a une action déchlorurante remarquable : on l'emploiera donc dans les néphrites chroniques avec ou sans lait, ou ajouté au régime lacto-végétarien. Mayet cite trois observations d'albuminurie guérie et rappelle deux observations de Pécholier (1). Carles (2) le préconise contre les urines troubles chargées d'urates et phosphates acides. Enfin, Mayet cite un cas de guérison par le « Stem » de cystite douloureuse chronique (Munck et Ewald).

2° *Affections gastro-intestinales.* — Excellent contre les dyspepsies et surtout celles qui s'accompagnent de constipation comme chez les goutteux et les neurasthéniques. C'est, en effet, pour Moreigne, le remède spécifique de la constipation contre laquelle Mayet donne comme parfaite la thérapeutique suivante : « aliments riches en résidus, massage abdominal, régularité des heures de selles, exercice, par jour un litre de jus de raisin « Stem » aux repas avec ou sans eau gazeuse, deux verrées d'eau de Chatel-Guyon dans la journée ». Dans l'entérite muco-membraneuse, il diminue les crises douloureuses et pare à l'appendicite.

3° *Affections du foie.* — Excitant des fonctions hépatiques utile dans la lithiase biliaire, les cholécystites et les congestions du foie.

4° *Dans les cardiopathies.* — Par l'emploi du jus de raisin, « la circulation devient plus active, le pouls plus plein, plus ample, les urines sont abondantes, les selles régulières, l'état général meilleur, les forces plus vives (3) ».

Disons, en terminant, que la cure doit être plutôt longue qu'intensive (un litre par jour suffit), que le « Stem » très bien accepté par les enfants s'allie agréablement aux eaux gazeuses.

LIVRES NOUVEAUX

La pratique thérapeutique (4), par MM. M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux de Paris, et F. Trémolières, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mon éminent collègue, M. le docteur Courtois-Suffit, dont l'éloge n'est plus à faire, et son collaborateur M. le docteur F. Trémolières, déja bien connu par des travaux fort appréciés, m'ont fait le très grand honneur de croire qu'une préface signée par le professeur de clinique thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris présenterait utilement leur livre au public médical. Cette précaution était inutile, car cet excellent ouvrage pouvait parfaitement se passer de mon intervention.

La pratique thérapeutique est, en effet, une grande personne capable de marcher toute seule, sans subir, au préalable, le baptême imposé par un confrère qui a beaucoup appris en la fréquentant.

Cependant, j'éprouve une grande satisfaction à dire tout le bien que je pense de leur œuvre, et la meilleure préface qu'on puisse lui donner sera encore d'exposer rapidement la méthode qui a présidé à sa rédaction.

Le but des deux auteurs a été de fournir aux médecins les renseignements qui leur sont utiles pour la pratique journalière. Devant le malade qui réclame ses soins, le médecin n'a pas à faire de science doctrinale. Après avoir établi son diagnostic, il doit se montrer habile et riche en moyens d'intervention, car la maladie ne cède pas toujours au premier combat, et les phénomènes accessoires ou secondaires qu'elle présente réclament eux aussi un traitement qui leur soit personnel. Notre arsenal thérapeutique doit donc être étendu si nous voulons être à la hauteur de la tâche qui nous incombe. Déclarer comme quelques-uns qu'avec huit à dix médicaments usuels, on peut traiter toutes les maladies, c'est faire aveu d'indifférence ou d'ignorance. Et pour le malade qui nous juge, non pas sur notre science théorique, mais bien sur l'amélioration que nous lui apportons, le meilleur médecin

(1) Pécholier, *Bull. de thérap.*, 1889.
(2) Carles. Les raisins en urothérapie. *Journ. des prat.*, 1901.
(3) Deguy, *Journ. des prat.*, 1893.
(4) In-8. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

sera toujours celui qui parvient à guérir ou à soulager, en utilisant tous les moyens qui sont capables de répondre aux multiples indications du cas qu'il considère. Plus la médecine progresse, plus l'on constate l'importance des prescriptions hygiéniques dans la cure des nombreux états morbides. Il en résulte qu'un livre de pratique ne peut pas se borner à signaler au médecin des agents médicamenteux avec les formules qui les mettent en œuvre et les associent. L'hygiène doit avoir une place aussi large que ceux-ci. Enfin le praticien est obligé de savoir utiliser les admirables ressources que lui offrent les cures hydro-minérales et climatériques de jour en jour plus fréquentées. Hygiène, agents médicamenteux, agents physiques, cures thermales, telles sont donc les principales armes du médecin. Sans aucune banalité, je dois reconnaître que les auteurs les ont mises en leur vraie place, en apportant à leur exposé de remarquables qualités de rédaction. Du reste l'un des auteurs, M. Courtois-Suffit, avait déjà fait ses preuves d'écrivain précis et ponctuel. Je me souviens d'avoir lu, il y a quelques années, un formulaire qu'il a signé et qui est une petite merveille de typographie, destinée à être mise dans le gousset du praticien. Dans ce minuscule ouvrage, où la place était singulièrement mesurée, l'auteur avait condensé, en de courts articles de dix à vingt lignes, une invraisemblable quantité de documents thérapeutiques assez bien classés pour rafraîchir, d'un coup d'œil, la mémoire du lecteur.

On retrouve cette rare qualité de la concision et de la clarté dans la *Pratique thérapeutique* où toutes les matières sont traitées avec autant de lucidité que de sobriété. Naturellement, les auteurs ont groupé les maladies par ordre alphabétique, ce qui facilite les recherches hâtives. Celles-ci sont encore aidées par une disposition typographique qui ne laisse rien à désirer.

La part qui revient à chaque maladie est rigoureusement proportionnelle à leur importance. Si les auteurs savent se montrer très larges quand il s'agit d'affections fréquentes à propos desquelles ils fournissent des renseignements très étendus, ils ont réduit à de strictes limites l'espace consacré aux cas rares, ou mal caractérisés.

Ce livre ne fera double emploi, ni avec les traités classiques de thérapeutique, ni avec les formulaires. Parmi les traités, les uns s'attachent surtout à l'étude des agents médicamenteux et des diverses médications, tandis que les autres considèrent les maladies traitées, leurs indications générales et spéciales, et le traitement qu'il convient d'adopter pour les remplir. Ceux-là sont forcément de volumineux ouvrages de bibliothèque qu'il faut consulter à tête reposée et bien plutôt pour s'instruire que pour réveiller quelques souvenirs défaillants. Les formulaires qui sont indispensables quand on a besoin de se renseigner sur une question de posologie et d'association médicamenteuse, ou sur les multiples formes pharmaceutiques que peut revêtir une drogue quelconque, n'apprennent rien ou presque rien sur l'application de formules qu'ils contiennent. Le praticien, qui s'en tiendrait à leurs seules indications, réduirait la thérapeutique à une simple équation entre la maladie et la médication, ce qui serait la négation même de la clinique.

Le livre de MM. Courtois-Suffit et Trémolières tient du traité magistral en ce qu'il fixe les indications à remplir dans une affection déterminée et qu'il donne un court schéma de la médication à instituer. Il tient du formulaire par le nombre de formules bien choisies qu'il expose, en ayant soin d'en indiquer le mode d'emploi plus minutieusement qu'on ne le fait d'ordinaire et en montrant la manière dont elles s'adaptent aux indications. Il a donc sa personnalité distincte, qui en fait l'ouvrage de choix qui manquait à la littérature médicale.

Il est destiné à devenir le vade-mecum du médecin traitant, le guide qui demeure à portée de la main, le memento qu'il consultera quand il aura besoin de se remémorer rapidement un traitement à instituer. Pour ma part, j'avoue que, depuis un mois que je possède les bonnes feuilles de ce livre, j'ai eu plus d'une fois l'occasion de le consulter, et c'est ainsi qu'il m'a été donné de l'apprécier à sa juste valeur.

ALBERT ROBIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-septième semaine, 858 décès, au lieu de 1038 pendant la semaine précédente et de 869, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 165 décès, au lieu de 203 pendant la semaine précédente et au lieu de 133 moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 172 décès (moyenne 186).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — CONFÉRENCES A L'HÔTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES, 28, rue Serpente, du 5 au 12 décembre 1908. — *5 décembre.* — Docteur Terrien, à quatre heures : Renseignements fournis par l'examen de l'œil en médecine générale. — Docteur Lesage, à cinq heures : La contagion.

7 décembre. — Docteur Mosny, à cinq heures : Signification et valeur comparée des méthodes et des procédés de diagnostic précoce de la tuberculose. Méthodes cliniques.

8 décembre. — Docteur Roubinovitch, à quatre heures : Démence précoce et dégénérescence. — Docteur Béclère, à cinq heures : L'exploration radiologique de l'aorte et le diagnostic des anévrismes.

9 décembre. — Docteur Hirtz, à quatre heures : Intoxications oxycarbonées frustes. — Docteur Mosny, à cinq heures : Signification et valeur comparée des méthodes et des procédés de diagnostic précoce de la tuberculose. Méthodes de laboratoire.

10 décembre. — Docteur Terrien, à quatre heures : Renseignements fournis par l'examen de l'œil en médecine générale. — Docteur Boissard, à cinq heures : Traitement de l'infection puerpérale par les abcès de fixation.

11 décembre. — Docteur Villemin, à quatre heures : L'ectopie testiculaire. — Docteur Bergé, à cinq heures : Traitement de la pleurésie séro-fibreuse.

12 décembre. — Docteur Sergent, à quatre heures : La leucoplasie bucco-linguale en médecine générale; sa valeur séméiologique dans la recherche de la syphilis. — Docteur Variot, à cinq heures : Utilité de la toise pour fixer la ration alimentaire des nourrissons.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — M. H. Piéron, maître de conférences, consacrera une série de leçons pendant le premier semestre au problème de l'évolution de la mémoire.

Les conférences auront lieu le jeudi à cinq heures et demie à l'amphithéâtre d'évolution des êtres organisés, 18, rue de l'Estrapade, à partir du 10 décembre.

Dans le second semestre auront lieu des travaux pratiques de psychologie expérimentale; une série sera consacrée à l'examen psychologique des malades atteints d'affections mentales.

Le laboratoire est ouvert toute l'année pour les recherches. Pour y être admis, adresser une demande à M. E. Toulouse, directeur, ou à M. H. Piéron, 96, rue de Rennes.

AU « PROGRÈS MÉDICAL ». — Nous recevons le numéro des étudiants du *Progrès médical*. Ce n° de 350 pages, double des précédents aura sans nul doute son succès habituel. Nous en félicitons sincèrement notre excellent confrère.

RENSEIGNEMENTS

A LOUER, IIIe arrondissement, appartement au 1er étage, occupé successivement par 3 médecins depuis 25 ans. Clientèle assurée. Dernier prix, 1800 fr. — Ecrire pour rendez-vous à M. HUBAINE, architecte, boulevard Magenta, 135.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 42, 17 oct. 1908.) Ch. Aubertin et Delamarre : L'action du radium sur le sang.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIX, n° 10, 3 sept. 1908.) Gilman Osgood : Relations des médecins de campagne avec les instituts médicaux des villes et les spécialistes. — W. P. Lucas : Etude sur 136 cas de diarrhée survenus à l'hôpital de la Flotte à Boston pendant l'été de 1907 (avec 1 tableau et 6 courbes). — Roland Hammond : Les erreurs de diagnostic dans les affections de la hanche (1 radiographie). — J. N. Hall : Erythème multiforme avec lésions viscérales. — R. L. Sutton : Le traitement de l'eczéma. — Henry A. Christian : Le séro-diagnostic de la syphilis. — (N° 11, 10 sept.) Frederick J. Cotton : Les rayons X et les fractures. — Harry Lee Barnes : Emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Charles H. Richardson : L'accroissement et développement de la chirurgie dans les petites villes. — Charles L. Scudder : Aneutopexie de l'intestin privé de son mésentère. — C. O. Kepler : Description d'un cas de cancer primitif de l'appendice avec un résumé de la littérature du sujet. — (N° 12, 17 sept.) Arthur T. Legg et Arial W. George : Les infections osseuses non tuberculeuses autour de la hanche. Etude clinique et radiographique (avec 12 radiographies). — Arthur L. Chute : Analyse des symptômes dans 40 cas de suppuration du rein ou du bassinet (avec 1 tableau). — Henry Jackson : La nécessité de la désinfection après la mort ou le départ des malades tuberculeux. — Herbert C. Emerson : Les inspections sanitaires officielles. — Edmund A. Rogers : Thrombose de la veine sous-clavière dans la chlorose : description d'un cas. — Robert L. de Normandie : Traitement chirurgical de la fièvre puerpérale. — (N° 13, 24 sept.) Arthur K. Stone : Le traitement à domicile de la tuberculose. — Alfred Worcester : Sur la nécessité de procurer du travail aux malades tuberculeux. — Harry H. Barnes : Quelques points de l'anatomie appliquée des amygdales (1 fig.). — G. Payson Clark : Les résultats dans les opérations amygdaliennes. Etude d'une série de cas. — Philip Hammon : Thrombose du sinus latéral, quatre observations (12 tracés). — J. L. Goodale : Lymphosarcome de l'amygdale. — Carleton R. Metcalf : Deux cas d'anomalies du voile du palais. — Edward L. Peirson : Cas de double grossesse intra et extra-utérine. Opération sans interruption de la grossesse. — (N° 14, 1er oct.) Beth Vincent : L'appendicite aiguë chez l'enfant. — C. Hermann Bucholz : Traitement mécanique des maladies du système circulatoire avec des considérations particulières sur les méthodes Zander. — Herman F. Vickery : Observation et nécropsie d'un cas de maladie de Stokes-Adams (1 pl.). — Nathaniel R. Mason : Description d'un cas de rougeole intra-utérine. — (N° 15, 8 oct.) Herbert C. Moffit : Les tumeurs d'origine surrénale, et en particulier description de l'hypernéphrome du rein (avec 8 fig.). — John T. Williams : Sur la relation entre le cancer du corps de l'utérus et des fibromes. — Frederic S. Coolidge : Fracture de l'épiphyse inférieure du tibia (avec 2 fig.). — Edwin A. Down : Description d'un cas de myotonie. — Harvey P. Towle : Le séro-diagnostic de la syphilis.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 15 oct. 1908.) Tillmans : Sur le traitement des suppurations du bassinet. — Strubell : Sur le diagnostic fonctionnel et le traitement des affections cardiaques. — Gierlich : Sur la symptomatologie des tumeurs du cervelet et de l'angle cérébello-pautique. — Henneberg : Contribution casuistique à la contracture congénitale dermatogène des articulations des doigts. — Hippel : L'état actuel du traitement de l'ulcus serpens par le sérum antipneumococcique. — Grasmann : Sur le traitement de l'anthrax. — Mendelssohn : Le traitement de l'eczéma des nourrissons d'après Finkelstein. — Nühsam : Sur le prélèvement du sang pour le séro diagnostic. — (N° 42, 22 oct.) Henkel : Pronostic et traitement de l'infection puerpérale. — F. Blumenthal : Sur de nouvelles recherches sur le diabète. — Strubell : Sur le diagnostic fonctionnel et le traitement des affections cardiaques. — Harrass : Les indications de la chondrotomie dans la tuberculose du sommet des poumons à la lueur des nouvelles recherches. — Leber : Sur la toxine trypanosomienne et sur la kératite parenchymateuse prypanotoxique. — Portner : Cystoscopie et cathétérisme urétéral dans la pratique infantile. — Rumpel : Sur les tumeurs de la vessie chez l'enfant. — Leven : Cas de transmission de la vaccine à la vulve. — Kantorowicz : Sur un nouveau marteau à percussion.

Medizinische Blætter. — (N° 42, 17 oct. 1908.) Cukor : Sur l'extraction des enfants dans les accouchements par le siège sans évolution de bras d'après Mueller. — (N° 43, 24 oct.) Braun : Douleurs de jambes.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 20 octobre 1908.) Pfannenstiel : Sur l'ictère grave habituel des nouveau-nés. — Hamburger : Sur l'immunité contre la tuberculine. — Strauss : Le sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose chirurgicale. — Koch : Sur l'histoire de l'apparition et le traitement des hernies viscérales. — Orth : Contribution au traitement sérothérapique de la méningite cérébro-spinale. — Klustermann : Sur un cas de tumeur du crâne. — Schottelius : Sur la technique bactériologique. — Gilmer : Sur les radiographies rapides en chirurgie. — Erb : Cas cliniques de la pratique. — Boas : Carcinome gastrique par achylie. — (N° 43, 27 oct.) Bergel et Falk : Sur la fonction du placenta. — Mayer : Sur la résistance des bacilles du type paratyphus B dans les matières fécales humaines desséchées. — Schultze : Contribution au traitement des tumeurs malignes par la fulguration. — Schrumpf : Sur les suites dangereuses de l'ophtalmo-réaction de Calmette. — Sachs : Sur les manifestations d'étranglement des hernies graisseuses. — Hartlab : Traitement de l'hydarthrose traumatique du genou. — Rabl : L'atropine dans la hernie étranglée. — Beldau : Diagnostic précoce et traitement de la bronchectasie. — Kaufmann : Sur un nouvel appareil optique pour l'examen endoscopique des voies urinaires. — Pfannenstiel : Sur l'ictère grave habituel des nouveau-nés.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 42, 18 oct. 1908.) Banyaï : Le décubitus de la langue. — (N° 43, 25 oct.) Schein : La disparition du pigment dans la peau et les poils.

Province médicale. — (N° 40, 3 oct. 1908.) André Moussous : De l'asystolie chez les enfants. — Sarcnon, Barlatier et Mastier : Traitement des sténoses aiguës laryngées graves chez le tout jeune enfant par des injections de morphine. — (N° 41, 10 oct.) J. Teissier : Nouvelles recherches sur la sérothérapie des néphrites. — Schmitt : Le nouveau codex français. — (N° 42, 17 oct.) Lucien Mayet : Anthropologie médicale : le crétinisme et le goitre endémique en France, plus particulièrement dans les Alpes françaises. — Dubreuil-Chambardel : Un cas d'hérédité de la luxation congénitale de la hanche.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 42, 15 oct. 1908.) Czernecki : Hémoglobinurie et hémolyse. — Lang : Sur les douleurs fulgurantes céphaliques dans le tabes. — Schöbl : Recherches sur l'empêchement de la phagocytose in vitro par les cultures filtrées. — Zwnitz : Recherches physiologiques sur la chicorée. — Blum et Prigl : Que donne la méthode de la phloridzine pour l'exploration des fonctions rénales ? — (N° 43, 22 oct.) Schauta : Sur la construction, la disposition et le but des nouvelles cliniques pour les femmes, à Vienne. — V. Rusthorn : Leçon d'ouverture. — Fischer : Clinique gynécologique de cinquante ans ; — Les fondateurs de l'obstétrique moderne : Lucas Boer. — Fleischmann : Défaut de récidive inattendu après opération incomplète d'un cancer de l'utérus

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 139. — JEUDI 3 DÉCEMBRE 1908. 81e ANNEE. JEUDI 3 DÉCEMBRE 1908. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Tapret, Parmentier, Claisse, Barié, Garnier, Routier, Rochard, Guibé, Lapointe et Brindeau.

— Concours de l'externat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Lantuéjoul, Bouttier, Meaux-Saint-Marc, Achard, Gautruche, Le Maux, Quénu, Berlioz, Fey, Majour,

11. Audain, Chenet, Lambert, Richard (André), Robert (Lucien), Feldstein, Mlle Pouzin, MM. Benit, Blum, Fournier (Jacques),

21. Lefranc (Victor), Papillon, Raymondaud, Renard (Jean), Sartre, Mlle Athanassiu, MM. Quercy, Tartois, Durville, Ferréol,

31. Mlle Feygin, MM. Kuss, Lenoir (Maurice), Liacre, Masmonteil, Minvielle, Piémont, Pierquin, Réau, Mlle Reichenecker,

41. MM. Richard (Georges), Richon, Mlle Skrastin, MM. Galop, Massart, Paulet, Périn, Pougét, Antony, Broussolle,

51. De Champs, Debray, Drouet, Hérisson-Laparre, Hertz, Lebouc, Legrain, Lemoussu, Lucas, Meyer,

61. Nahan, Marcy, Percepied, Petit-Dutaillis, Mlle Albessard, MM. Baudin (André), Cavaillon, Claude, Dauphin, Deguignand,

71. Duponchel, Durand (Marie), Dutheillet-de-Lamothe, Gresset, Houttelette, Huc, Lépine (Daniel), Lepoittevin, Mathieu (René), Mozer,

81. Nidergang, Mme Perl, MM. Philip, Rabut, Ramadier (Henri), Stiassnie, Truffert, Vallery-Radot, Vauzelles, Boyer (René),

91. Féret, Bisson, Bloch (Sigismond), Mlle Bouderlique, MM. Chatellier, Delattre, Dupradeau, Flandrin, Frédault, Haguenau,

101. Lantier, Lauriat, Marx, Mlle Noivicka, MM. Poitrinal, Queyroi, Mlles Schapiro, Schmiergeld, MM. Stepanoff, Teulière,

111. Toutey, Vincentelli, Delavierre, Galland, Ruelle, Bernard-Gerriet, Coudray, Mlles Duplan, Ettinger, MM. Gardin,

121. Gaymard, Gilson, Guillemin (André), Haquet, Kahn (Georges), Lemoine (Joseph), Marmier (Paul), Murga, Paillard (Georges), Pilatte,

131. Reignard, Sebenq, Siguret, Socquet (Paul), Nazeux, Berthelot (Albert), Baudet (Ch.), César, Chalet, Gallet,

141. Giraud (Pierre), Grandjean (Emile), Greyfié-de-Bellecombe, Guillaumont, Guinet (Maurice), Hischmann, Imbert (Georges), Jacob (Gustave), Le Rochais, Mlle Lipkine,

151. M. Marro, Mlle Miannée, MM. Quiquandon, Renaud (Jean), Thouvenin, Bergès (Gaston), Borel (Alexandre), Boucheron (Marcel), Mlle Chabert, MM. Chamlian,

161. Chéronnet, Cousin (Georges), Daudet (Fernand), David, Deffaux, Denoyelle, Dupont (Pierre), Hanras, Hudelo, Hugon,

171. Leroux (Henri), Liberge, Lory, Marchand (Léon), Mérine, Monceau (Henri), Pataud-Devallencienne, Phipps, Radenac, Riffaud,

181. Rigoulet, Strebel, Trousset, Vinit, Mlle Abramovitch, MM. André (Louis), Bertaux (Marie), Besnard (Marie), Borel (Alphonse), Boubermann,

191. Bricaire, Ceillier, Colson, Dalle, Delestre (Marcel), Dupéchez, Durand-Fardel, Fitte, Guerrin (Léonard), Guillaumot (Pierre),

201. Huguet, Mlle Lang, MM. Lebreton (Joseph), Lévi-Fronckel (Georges), Marcassus, Médot, Meignen, Paraf, Parcheminey, Petit (Albert),

211. Robert (Léon F.-P.), Rougeulle, Saïd-Khan, Schmutz, Sorel, Vaquette, Amat, Antoine, Ballerin, Bardet,

221. Béon, Bredel, Brizard, Chabrun, Chaisemartin, Cheyron, Dèche, Dons-Kaufmann, Doulcet, Duter,

231. Fouret, Fournier (Lucien), Gallot-Lavallée, Guille, Larozière, Lavalée (Georges), Mme Levin, MM. Meugé, de Nabias, Petit (Louis-J.-J.),

241. Placet, Renaud (Louis-Ch.), Rouffiac (Pierre), Roussel (Gaston).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Quénu, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine est nommé sur sa demande professeur de clinique chirurgicale à la Faculté.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les docteurs de Frumerie et Norström, sujets suédois, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p 1664.*)

DES DIVERS MODES

D'ÉVACUATION SPONTANÉE DES ASCITES

A L'EXTÉRIEUR

Par MM. J. CHALIER et J. CHATTOT,

Internes des hôpitaux de Lyon.

L'évacuation spontanée du liquide au dehors constitue un mode d'évolution des ascites assez exceptionnel pour être ignoré de beaucoup de médecins. Les ouvrages classiques n'en font pas mention ou se bornent tout au plus à la signaler.

Cependant les anciens médecins, qui recouraient moins souvent qu'aujourd'hui à la paracentèse abdominale, ont rapporté un certain nombre d'observations d'ascites qui s'étaient, d'elles-mêmes, vidées à l'extérieur, mais il s'agissait d'épanchements qui ne furent jamais ponctionnés et avaient déterminé une distension exagérée de la paroi abdominale.

De tels faits sont signalés par Morgagni (1) dans sa trente-huitième lettre.

D'après les auteurs du *Compendium*, « Morgagni a vu un enfant qui fut guéri deux fois d'une ascite par l'évacuation spontanée d'une grande quantité d'eau. Suivant cet auteur, Beniveni et d'autres pathologistes, cités par Donatus et par Gabelchover, ne sont pas les premiers qui aient vu l'ombilic s'ouvrir par l'impulsion d'une quantité énorme d'eau, et la guérison de l'ascite s'opérer par la sortie de celle-ci ; les anciens l'observèrent aussi et ils remarquèrent que ceux chez qui toute l'eau sortait en même temps mouraient, tandis que quelques-uns de ceux chez qui elle sortait peu à peu ou par parties guérissaient. » Cette opinion est confirmée, à l'occasion d'un cas qui leur est propre, par de La Berge et Monneret (2).

Ces premières données, quoique intéressantes, sont trop rudimentaires pour pouvoir être utilisées aujourd'hui dans une analyse clinique.

Certains faits plus précis ont été publiés par Bertrand (3), Hutin (4), Giraud (5), Collomb (6), Bronson (7), Croskery (8) et sont cités ou même commentés dans les travaux de Durand (9), d'Ernest Besnier (10).

Les cas récents sont peu nombreux. Glais (11) reproduit dans sa thèse les deux observations de Molle (12), celles de Merklen et Gougelet (13), de Léon Cerf (1). Depuis ont paru les communications de Perrin (2), Cochez (3), J. Chalier (4), Mollard et Chattot (5). A propos de ces cas, quelques autres ont été signalés, mais sans détails cliniques, notamment par Rendu (6) et par Siredey (7).

C'est en nous appuyant sur cette série de faits, dont trois nous sont personnels, que nous essaierons de préciser le siège, les conditions d'apparition, le mécanisme, les conséquences des évacuations spontanées de l'ascite à l'extérieur.

* * *

Il convient, d'abord, de rechercher si la *nature de l'ascite* est ici de quelque importance.

Dans plusieurs des observations précitées, les auteurs ne font aucune mention de la cause de l'épanchement.

La malade de Siredey présentait une péritonite tuberculeuse. Dans le cas de Bertrand, l'ascite était dite cachectique.

Dans tous les autres, et ce sont les plus nombreux, il s'agissait d'une cirrhose hépatique. Le fait n'a rien de surprenant ; la gêne mécanique apportée à la circulation porte au niveau du foie entraînant l'extravasation, dans la cavité péritonéale, d'un liquide dont l'abondance va toujours croissant.

* * *

La complication que nous avons en vue se produit, avec une prédilection manifeste, au niveau de la paroi abdominale antérieure. A travers les points faibles de cette paroi, l'ascite se fraye naturellement un chemin vers l'extérieur, aussi l'*ombilic* est-il le siège le plus fréquent, presque constant, de la perforation.

L'existence antérieure, quelquefois signalée, d'une *hernie ombilicale* constitue une cause adjuvante de premier ordre. Par la distension qu'elle entraîne, elle favorise la perforation, mais ne la détermine pas.

C'est un signe connu de tous que le déplissement et l'évagination en doigt de gant de l'ombilic, au cours d'une ascite à grand épanchement. La paroi paraît à ce niveau si amincie que la rupture s'explique aisément.

Toutefois *deux mécanismes* différents peuvent être invoqués.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il s'agit d'une perforation d'origine inflammatoire ou nécrotique ; la cicatrice ombilicale distendue, mal vascularisée, présente un point de sphacèle par circulation défectueuse ; là-dessus se greffe une infection secondaire, la lésion s'étend, la plaque gangrenée tombe et la fistule est réalisée. Les observations de Cerf, Merklen et Gougelet, Mollard et Chattot, etc., sont à

(1) MORGAGNI. *De sedibus morborum*, etc., 9e édit., par CHAUSSIER et ADELON, Lutetiæ 1822, 38e lettre, t. IV, p. 602 et suiv. La 1re édition est de 1761.

(2) DE LA BERGE et MONNERET. *Compendium de médecine pratique*, Paris 1836, t. I, p. 349 et 350.

(3) BERTRAND. Observations d'hydropisie ascite heureusement terminée par une crevasse spontanée faite dans un point de la circonférence de l'ombilic, *Journ. gén. de méd.*, 1809, t. XXXV, p. 133.

(4) HUTIN. *Journ. gén. de méd.*, 1828, t. CIII.

(5) GIRAUD. Observation publiée par MONDIÈRE, in Journal *l'Expérience*, 1840, t. VII.

(6) COLLOMB. *Union méd.*, 1847.

(7) BRONSON. Cas remarquable de fistule péritonéo-cutanée, in *Gaz. hebdom. de méd.*, 1859, t. VI, p. 732.

(8) CROSKERY. Ascite. Escarre de la paroi abdominale. Rupture subite. Guérison, *Bull. gén. de thérap.*, 1860, t. LIX, p. 182.

(9) DURAND. *Ascite. Hydropéritonie*, Th. de Paris, 1859.

(10) BESNIER. Art. ASCITE, in *Dict. Dechambre*, p. 480.

(11) GLAIS. *Des ouvertures spontanées de l'ascite*, Th. de Paris, 1902-1903.

(12) MOLLE. Deux observations de fistulisation spontanée d'ascite abdominale chronique d'origine cirrhotique, au niveau d'une hernie ombilicale, *Loire méd.*, 1900, p. 213.

(13) MERKLEN et GOUGELET. Rupture spontanée d'ascite à l'ombilic, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 juillet 1901, p. 952.

(1) CERF. Evacuation spontanée d'une ascite cirrhotique à l'ombilic, *Anjou méd.*, juin 1902, n° 6, p. 129.

(2) PERRIN. Rupture spontanée d'ascite à l'ombilic, *Revue méd. de l'Est*, 1903, p. 737.

(3) COCHEZ. Un cas de rupture spontanée de l'ascite à l'ombilic, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1904, p. 671.

(4) J. CHALIER. Evacuation spontanée d'ascite par perforation de l'intestin, *Province méd.*, 19 août 1907, n° 32, p. 407.

(5) MOLLARD et CHATTOT. Evacuation spontanée de l'ascite par l'ombilic, particulièrement dans la cirrhose de Laënnec, *Lyon méd.*, 31 mai 1908, p. 1187.

(6) RENDU. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1901, p. 954.

(7) SIREDEY. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1904, p. 674.

ce point de vue très typiques. L'escarre est en général limitée. « Mais dans d'autres circonstances, dit Besnier, la paroi abdominale peut être atteinte de phlegmasie gangréneuse et la mort être due au travail d'élimination des escarres, ainsi que Barth a eu l'occasion de l'observer. »

Tantôt, au contraire, la perforation est d'ordre purement mécanique; c'est l'amincissement progressif de la cicatrice ombilicale, la dislocation de ses éléments conjonctifs ou élastiques, sa fissuration interstitielle en un mot, qui prépare sa fissuration totale sous l'influence d'un excès de tension intra-abdominale.

La tension du liquide ascitique suffit-elle à produire la rupture de l'ombilic? Il semble que non, elle la prépare seulement. En effet, des recherches de Gilbert, Weil et Pitres (1), il résulte que la tension normale des ascites n'atteint jamais ou rarement 20 millimètres de mercure. Il faut donc invoquer un excès de tension passager, élément variable, mais seul assez puissant pour déterminer la rupture. C'est ce que démontre la lecture des observations. On voit la rupture se produire au cours d'accès de toux, au cours de mouvements intempestifs, comme dans une observation de l'un de nous (2), où la malade était levée et faisait des efforts quand est survenu son accident.

Tel est le mécanisme ordinaire de la perforation. Il est exactement le même dans les cas où l'ascite s'évacue en d'autres points, notamment sur la ligne médiane, au niveau de l'un de ces interstices que laissent persister entre eux les faisceaux aponévrotiques entrecroisés de la ligne blanche. C'est *au centre de l'hypogastre* dans le cas de Croskery; *dans la région sous-ombilicale*, dans celui de Bronson, qu'eut lieu l'issue du liquide. Elle fut, il est vrai, favorisée, ici et là, par la production d'un abcès de la paroi.

Il faut également incriminer une distension exagérée des parois, leur défaut de nutrition et de vitalité, origine du sphacèle avec escarrification de la peau, quand la rupture, à la faveur de la persistance du canal vagino-péritonéal et de l'hydrocèle communicante, se produit *à hauteur du scrotum*, comme l'ont signalé Hutin et Fabrice de Hilden (3). Dans les deux cas rapportés par ces auteurs, il y eut un gonflement considérable des bourses et de la verge, avec phénomènes gangréneux, et finalement issue de la sérosité ascitique.

Mondière a relaté, dans le journal *l'Expérience*, une observation intéressante de Giraud (de Lyon). Dans ce cas, la perforation fut sans aucun doute favorisée par l'existence antérieure d'une *hernie crurale*. En effet le médecin lyonnais vit survenir, à la partie antéro-supérieure de la cuisse gauche, une tumeur qui « s'abcéda et s'ouvrit d'elle-même ». Le liquide ascitique put s'échapper en totalité par cette ouverture et la guérison s'ensuivit.

Nous ne voulons pas insister plus longuement sur la pathogénie de ces ruptures de la paroi abdominale, consécutives au développement exagéré d'une ascite, quelle qu'en soit la cause. Mais, avant d'envisager les dangers qu'entraîne pour le malade une pareille complication, nous signalerons un autre mode d'évacuation spontanée de l'épanchement péritonéal. L'ascite se crée une issue par une voie tout à fait anormale : après avoir perforé l'intestin, elle s'évacue au dehors par le *rectum*.

(1) Cités par Glais.
(2) Mollard et Chattot. Loc. cit. Obs. I.
(3) Fabrice de Hilden. Cité par Besnier.

C'est là un processus tout à fait anormal, dont un seul cas, observé dans le service du docteur Bret, a été publié par l'un de nous (1). Malgré des recherches bibliographiques nombreuses, il nous a été impossible de retrouver aucun fait qui lui soit nettement superposable.

Il existe cependant dans la littérature médicale quelques observations qui, à ce point de vue, demandent à être discutées. En effet, certains auteurs, d'une part, ont signalé une résorption rapide d'ascite coïncidant avec l'hyperfonctionnement des divers émonctoires, notamment du rein et de l'intestin. Moublet (2), d'autre part, a vu une ascite guérir à la suite d'un vomissement et d'une diarrhée survenus d'une façon subite et spontanément sans cause appréciable.

Il est légitime de laisser planer le doute sur la cause véritable de ces disparitions soudaines du liquide ascitique, en quelques jours ou même en quelques heures, et logiquement on doit songer, dans ces conditions, à la possibilité d'une perforation intestinale passée inaperçue. Nous nous gardons toutefois d'une affirmation par trop catégorique. Sans doute, les ascites enkystées, d'origine tuberculeuse, ont pu évoluer ainsi, mais notre cas paraît le seul où l'autopsie ait vérifié le diagnostic clinique, si ce diagnostic a pu d'autres fois être posé.

L'autopsie révéla la présence, à hauteur du promontoire, sur l'intestin terminal, de deux plaques ecchymotiques de la grandeur d'une pièce de 2 francs au moins. A droite, sous la séreuse, on distinguait des vaisseaux dilatés, très visibles, assez serrés, dont certains atteignaient jusqu'à un millimètre de diamètre. En cet endroit, la paroi, un peu amincie, était le siège d'une petite *perforation* admettant à peine un fin stylet, et gagnant par un trajet légèrement oblique l'intérieur du conduit intestinal, pour y déboucher sous un pli de la muqueuse.

Il peut paraître étonnant que le rectum, organe en définitive assez résistant, ait cédé. Quels facteurs sont intervenus dans la déchirure de sa paroi antérieure?

En première ligne vient, sans conteste, l'hypertension intra-abdominale, mais son élévation progressive aurait plutôt distendu et fait éclater l'ombilic que l'intestin; il a fallu sans doute un brusque accroissement de cette tension, comme est susceptible de le produire un effort, de défécation par exemple. Dans ces conditions, le liquide se trouvait en quelque sorte refoulé sous forte pression vers le petit bassin et il a pu léser le rectum.

Au dire de quelques auteurs, la simple contraction des muscles de la paroi abdominale, pourvu qu'elle survienne avec un caractère de brusquerie et de violence tout particulier, est susceptible de provoquer la rupture, l'éclatement de l'intestin. Cette opinion paraît pour le moins un peu exagérée. La contraction ne semble agir, au cours d'une contusion abdominale par exemple, qu'en déterminant une diminution de la capacité de l'abdomen, en comprimant et immobilisant la masse intestinale, mais seul le choc occasionne la déchirure. Encore faut-il que l'intestin soit projeté contre un plan résistant.

(1) J. Chalier. Loc. cit.
(2) Moublet. Ascite guérie par un vomissement et une diarrhée subits et spontanés, *Journ. de méd.*, t. XVII, p. 45.

Or, dans le cas particulier, la perforation et les deux plaques ecchymotiques voisines se trouvaient à peu près à hauteur du promontoire. C'est là un voisinage qui mérite d'être retenu. On conçoit bien en effet que cette saillie osseuse proéminente ait été la cause de l'attrition du conduit intestinal, butant contre elle au moment d'une augmentation de la pression intra-abdominale.

Le mécanisme de l'ouverture de l'intestin, tel que nous venons de l'esquisser, s'adresserait plus volontiers à des ruptures larges, étendues, qu'à une perforation étroite, tunnellisée. Pour expliquer celle-ci, il convient d'insister sur le siège de la perforation au niveau d'une plaque ecchymotique. Il existait là des vaisseaux dilatés, notamment des veinules dont le calibre s'était accru en raison de la gêne circulatoire du système porte. On connaît, d'autre part, la friabilité toute particulière des vaisseaux chez les hépatiques. Dès lors, sous une influence quelconque, exagérant le degré de tension abdominale, ces vaisseaux distendus et de résistance amoindrie, peuvent se rupturer facilement. Le sang s'échappe dans le tissu cellulaire et dans la couche musculaire, il dissocie les tissus et facilite ainsi la perforation.

*
* *

L'évacuation spontanée de l'ascite s'effectue souvent sans douleur et détermine parfois cette sensation de bien-être et de respiration libre qui suit les ponctions. Fréquemment les malades s'en aperçoivent seulement en se sentant inondés.

L'orifice est rarement assez étroit pour permettre un écoulement minime. La malade de Merklen et Gougelet, « s'étant assise sur une chaise, vida son ascite en deux heures environ ; le liquide sortait de l'orifice comme un jet d'urine. Les jours suivants, ce fut un suintement continu dont la conséquence fut la disparition, non seulement de l'épanchement abdominal, mais de l'œdème des membres inférieurs ».

Dans un de nos cas [Mollard et Chattot (Obs. I)], après des accès de toux, l'ombilic se perfore au point sphacélé ; il donne passage à un gros jet de liquide, avec flocons fibrineux, qui s'écoule avec force pendant une heure environ. Les jours suivants l'écoulement continue, toujours limpide, et goutte à goutte.

*
* *

Quelles sont les *conséquences* de la fistule ainsi formée?

Immédiatement, on peut voir survenir des *accidents de collapsus* dus à l'évacuation trop brusque de l'ascite par un orifice trop grand ou dont on ne règle pas le débit ; collapsus qu'on peut d'ailleurs observer, mais à un degré moindre, dans l'évacuation abondante d'ascite par paracentèse.

La femme cirrhotique observée par Léon Cerf, après la perforation de l'ombilic, entra dans un coma complet pour mourir deux jours après, sans qu'aucun autre symptôme (ni vomissement, ni modifications thermiques) ne soit survenu.

Dans une de nos observations (J. Chalier), quand survint la perforation intestinale, la malade se trouvait déjà dans un état d'obnubilation assez marquée. La terminaison était fatale à brève échéance et l'accident ultime qui se produisit ne fit que hâter l'apparition du coma et précipiter le dénouement fatal. L'état de la malade ne lui permit pas d'attirer l'attention sur cette complication qui se traduisit presque exclusivement par un peu d'agitation, et les sœurs du service furent frappées de voir le matin, en s'approchant du lit, les deux matelas complètement imprégnés et traversés par du liquide qui s'était épanché jusque sur le parquet.

La *péritonite* est une complication sérieuse, mais fort rare heureusement, puisque nous n'en avons trouvé qu'un cas, celui de Merklen et Gougelet. Elle paraît déterminée par la chute de l'eschare, qui met ainsi le péritoine au contact d'un foyer infecté. Il semble en effet qu'au cours des ascites la résistance du péritoine soit particulièrement grande, puisqu'on voit des fistules durer longtemps, à la suite des paracentèses; des perforations ombilicales persister pendant des semaines, même en milieu septique ; l'air entrer dans la cavité péritonéale à chaque mouvement respiratoire (comme dans le cas de Bronson), sans qu'aucune péritonite se déclare.

Les lésions de péritonite chronique constatées à l'autopsie dans une de nos observations [Mollard et Chattot (Obs. II)] n'avaient rien de récent, puisqu'il n'y a pas eu de fièvre et que déjà au moment de la perforation on vit des flocons fibrineux s'échapper par l'orifice.

Glais mentionne la possibilité d'hémorragies au niveau de la perforation, ou encore d'accidents congestifs du côté des reins, avec anurie.

Quant aux accidents phlegmoneux et gangréneux signalés par quelques auteurs, ils précèdent et favorisent la rupture, sans en être la conséquence.

Ces complications mises à part, quel sort est réservé aux malades porteurs d'une fistule ? Sur ce point les auteurs sont en désaccord.

Les uns considèrent celle-ci comme un danger, à cause de la spoliation séreuse continue, due à l'écoulement ascitique. Pour d'autres, au contraire, elle est un bienfait.

Il nous semble qu'on doive surtout, pour trancher cette question, tenir compte de l'état général du sujet, du degré de cachexie auquel il est arrivé, de l'état de son foie et de la nature de son ascite. Tel malade meurt dans les quelques jours qui suivent, par affaiblissement progressif, parce que son état était déjà très grave au moment de la fistulisation; tel autre porte sa fistule pendant des semaines et même des mois sans en pâtir et même en se trouvant amélioré (cas de Bronson, Cochez, etc.).

Des *améliorations* de longue durée ont été rapportées. Croskery revit son malade en bonne santé, assez longtemps après la fermeture de la perforation. C'est deux ans seulement après la rupture des bourses et la chute des testicules, que mourut l'enfant soigné par Hutin.

Des *guérisons* ont été mentionnées, mais sans preuves suffisantes le plus souvent, les malades ayant été perdus de vue. La plupart ne concernent probablement pas des cas de cirrhose du foie, car on sait la gravité des cirrhoses et leur marche relativement rapide, dès l'apparition du symptôme ascite. Et dans tous les cas de cirrhose évidente les malades ne paraissent pas avoir tiré de leur fistule un bénéfice très supérieur à celui donné par des paracentèses répétées.

D'ailleurs les *fistules persistantes* sont exceptionnelles. Le plus souvent elles se ferment spontanément, plus ou moins vite : une à quatre semaines; rapidement s'il s'agit d'une fistule par effraction en tissu sain ; plus lentement s'il s'agit d'une fistule en tissu sphacélé.

Elles présentent même des *alternatives de ferme-*

ture et de réouverture, si le liquide, se reproduisant rapidement, annule le travail réparateur commencé.

Morgagni, dans sa trente-huitième lettre, reproduit le cas d'Anhorme : il s'agit d'un jeune homme qui mourut ascitique, alors que l'épanchement s'était de lui-même évacué pour la troisième fois.

Besnier cite une observation d'Erdmann dont la malade, après avoir vu la chute d'une escarre ombilicale amener l'écoulement de son ascite, perçait elle-même chaque mois sa tumeur ombilicale avec un petit carrelet et finit par guérir; il rappelle le cas d'une femme qui, au dire d'Ollivier (d'Angers), se faisait à elle-même la ponction ombilicale à l'aide d'une plume à écrire.

Il ne semble donc pas que la *mort* soit hâtée grandement par l'apparition d'une fistule spontanée. Mise à part la péritonite aiguë immédiate, on ne voit pas, à la lecture des observations, que, même dans la cirrhose, la vie ait été sensiblement abrégée, si l'on tient compte, comme nous l'avons déjà dit, de l'état des malades au moment de la fistulisation. Et ceci est si vrai, que certains auteurs ont été jusqu'à proposer, comme traitement des grosses ascites, la création d'une *fistule artificielle*. M. Jaboulay (1) a été le promoteur et le défenseur le plus autorisé de cette thérapeutique.

*
* *

Est-ce à dire qu'on doive considérer comme négligeable la perforation ombilicale? Nous ne le croyons pas. Du fait que cet accident peut avoir des conséquences très graves, il faut s'efforcer de l'éviter.

La meilleure *prophylaxie* réside dans la ponction répétée aussi souvent qu'il en sera besoin, et il faut inscrire au chapitre des indications de la paracentèse abdominale tous les *cas où existe une distension notable et croissante de la cicatrice ombilicale*.

La ponction, renouvelée même fréquemment, ne garantit pas d'ailleurs absolument le malade contre cet accident. Nous le voyons en effet survenir chez des sujets ponctionnés vingt fois (Molle), cinquante fois (Cochez) et même chez ceux où l'on a empêché la distension ombilicale par un pansement réducteur de la cicatrice et contentif (Merklen et Gougelet).

Si la perforation se produit, quelle conduite faut-il tenir?

En cas de rupture de l'ombilic ou d'un des points de la paroi abdominale, on peut, après évacuation de l'ascite, et si la déchirure est purement mécanique, essayer d'obturer l'orifice par un plissement de l'ombilic, maintenu par une application de collodion. Cela suffit parfois à arrêter l'écoulement. On peut aussi recourir, dans certains cas, à la suture enchevillée, mais elle n'assure pas toujours l'oblitération désirée. Il est d'autre part difficile de faire prendre au malade une position qui empêche le liquide ascitique de venir baigner les lèvres de la perforation.

S'il s'agit d'une escarre, il paraît plus prudent de ne pas tenter l'occlusion au collodion et de se contenter d'un nettoyage soigneux de la région et de pansements aseptiques souvent renouvelés, sous lesquels pourra se faire la cicatrisation.

Dans le cas de perforation intestinale que nous avons observé, eut-il été utile, n'en connaissant pas le siège précis, de pratiquer une laparotomie? Nous ne le pensons pas.

Dans ce cas, comme dans bien d'autres, c'est en vain que l'on se préoccuperait de fermer la rupture qui livre passage au liquide ascitique. Ce sont ces faits où les malades sont plongés dans un état de somnolence perpétuelle et de demi-coma lorsque survient la perforation ; on hésitait même, avant l'apparition de cette complication, à pratiquer la paracentèse.

Il s'agit en effet de malades souvent près de mourir, et la perforation, qu'elle soit abdominale ou intestinale, hâte, si l'on veut, l'issue fatale, mais ne constitue qu'un épiphénomène ultime d'une maladie dont le dénouement n'aurait pu tarder.

(1) JABOULAY. Traitement chirurgical de l'ascite et de la cirrhose atrophique ; cicatrice à filtration, *Lyon méd.*, 1900, t. XCIV, p. 499.

MÉDECINE PRATIQUE

LE SIGNE DE L'HUMÉRALE CHEZ LES ATHÉROMATEUX

Par le docteur Jean COMBES,
Chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

A notre époque où l'artério-sclérose occupe une place si importante dans la pathologie, l'exploration des artères superficielles est d'une pratique si commune, si banale, qu'il semble que tout ait été dit sur ce sujet. Il n'est pas un médecin qui, examinant un malade d'un certain âge, ne jette un regard sur les flexuosités de sa temporale, ne palpe sa radiale et n'ait soin, lorsqu'il a constaté des signes de lésions artérielles, de rechercher la voussure de l'aorte derrière le manubrium, la surélévation des sous-clavières et la danse des carotides. Lorsque le malade est placé dans un service d'hôpital, on fait ressortir des signes plus rares tels que les battements palmaires de Capiello, mais par contre il est exceptionnel que l'on pense à découvrir tout simplement le bras du malade et à voir les modifications de l'artère humérale.

Et cependant elles sont si fréquentes, si faciles à observer, si nettes au point de vue du diagnostic, qu'il nous a paru de quelque intérêt d'exposer le résultat de nos observations.

En examinant systématiquement l'artère humérale d'un grand nombre de malades nous avons été amené à conclure que l'athérome frappe souvent cette artère et avec une fréquence qui dépasse de beaucoup les approximations des auteurs classiques. C'est ainsi qu'en deux ans nous avons recueilli vingt-trois cas typiques dans les différents services de l'Hôtel-Dieu.

L'humérale présente dans ces cas les modifications bien connues des artères athéromateuses. Elle s'allonge, devient dure et flexueuse et dessine sur la face interne du bras des sinuosités plus ou moins accusées. Chez les vieillards très amaigris et lorsque les lésions sont à leur maximum, elle fait sous la peau une saillie très apparente avec des flexuosités très étendues qui se redressent à chaque pulsation, imprimant des mouvements de bascule au vaisseau. Chez les malades qui ont conservé un certain embonpoint, et particulièrement chez les femmes, on distingue seulement les battements qui se produisent aux coudures.

Bien qu'il n'y ait pas un parallélisme étroit entre les diverses localisations de l'athérome, point sur lequel tous les auteurs insistent à juste titre, nous avons cependant constaté, toutes les fois que le signe de l'humérale était net, de grosses lésions athéromateuses de l'aorte, des artères cérébrales ou des orifices du cœur. Et de même, nous l'avons retrouvé dans presque tous les cas d'insuffisance aortique d'origine artérielle. Dans les rares observations où ce signe faisait défaut, nous avons toujours noté la coexistence d'antécédents spécifiques.

En dehors de la maladie d'Hogdson, le signe de l'humérale accompagne les autres manifestations de l'athéromasie. C'est ainsi que nous l'avons relevé dans deux cas d'insuffisance mitrale et dans un cas de rétrécissement mitral par athérome; chez un asystolique avec foie cardiaque et ascite, et qui présentait à l'autopsie des lésions athéromateuses de l'aorte et de la mitrale ; dans plusieurs cas de myocardite scléreuse

avec dilatation de l'aorte, chez des hémiplégiques par hémorragie cérébrale, avec athérome du tronc basilaire.

Mais, par contre, nous ne l'avons jamais observé ni chez des malades âgés de moins de quarante-cinq ans et en outre, ni dans les insuffisances orificielles par endocardite chronique, ce que le raisonnement permettait de prévoir, ni, ce qui est plus intéressant, dans l'artério-sclérose, telle que la conçoivent actuellement les dualistes et telle que l'a exposée J. Teissier dans sa monographie toute récente sur l'artério-sclérose et l'athéromasie.

Dans l'artério-sclérose, dans les scléroses viscérales, dans la néphrite d'origine artérielle, l'humérale est simplement hypertendue, comme la radiale, mais ne présente aucune sinuosité apparente, aucun relief.

Il semble donc que, sans avoir l'importance des grands signes qu'il est classique de rechercher dans l'athéromasie, l'examen de l'humérale mérite une place dans la séméiologie de cette affection.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1908)

Traitement de la tuberculose par le cinnamate de soude. — M. REYNIER, en déposant sur le bureau un travail, sur ce sujet, d'un de ses élèves, le docteur Blusson, fait connaître le résultat de ses propres expériences relatives à l'emploi du cinnamate de soude chez les tuberculeux. Il rappelle que ce sel provient du baume du Pérou. Des auteurs étrangers, en particulier le docteur Sanchez en Espagne, l'avaient déjà employé à la dose de 0,025 milligrammes en injections intraveineuses dans le traitement de la tuberculose.

M. Reynier, à l'exemple de M. Blusson, l'a employé à des doses beaucoup plus élevées. Il pratique des injections sous-cutanées de 0,10 centigrammes. Il en a obtenu de très bons effets qui se caractérisent par les phénomènes suivants : d'abord augmentation, pendant quelques jours, de l'expectoration, puis diminution de la toux et de l'expectoration, relèvement des forces et de l'appétit, disparition des sueurs, cicatrisation assez rapide des lésions pulmonaires.

Ces résultats sont tellement encourageants, qu'il serait à désirer que M. Reynier nous fit connaître dans tous leurs détails les observations qu'il a citées. Il serait très utile aussi de savoir exactement à quels degrés se trouvaient les tuberculoses qu'il a ainsi traitées.

Respiration des nouveau nés. — M. WEISS communique un travail sur les échanges respiratoires du nouveau-né et l'indice d'oxygénation.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Letulle ; en deuxième ligne et par ordre alphabétique, MM. Brault et Roger ; en troisième ligne, par ordre alphabétique, MM. Achard, Borrel et Ménétrier.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 81, M. Letulle obtient 77 suffrages; M. Borrel, 3; M. Brault, 1.

En conséquence, M. Letulle est proclamé élu.

Tout le corps médical applaudira à ce choix, et nous félicitons M. Letulle, d'avoir ainsi réuni la presque unanimité des suffrages de l'Académie.

La séance annuelle aura lieu le 15 décembre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1908)

Sur un cas de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — M. L. G. RICHELOT rappelle que dès 1882, il publiait un mémoire dans lequel il disait que, pour ouvrir les voies aériennes chez l'adulte en cas d'asphyxie par œdème sus-glottique, tumeur ou sténose du larynx, l'incision de la membrane crico-thyroïdienne était plus facile et moins dangereuse que la trachéotomie. L'appareil instrumental est presque nul, le manuel opératoire très simple. Il y a de la peau, une couche de tissu cellulaire, la membrane crico-thyroïdienne ; ni vaisseaux, ni nerfs sur la ligne médiane. De telle sorte que chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence.

Cancer primitif des bronches. — M. Maurice LETULLE trace une étude générale du cancer des bronches, basée sur des préparations histologiques et sur l'observation de nombreux cas cliniques. A l'appui de sa description, il fait des projections microphotographiques très démonstratives.

La fulguration et le cancer. — MM. DE KEATING-HART e JUGE (de Marseille) présentent une série de malades atteints de cancers inopérables et traités par la fulguration. A l'aide de projections photographiques, ils font constater l'efficacité de la méthode.

ANALYSES

MÉDECINE

Immunisation active par injections sous-cutanées de bacilles typhiques vivants dans l'infection éberthienne. Résultats pratiques utilisables. (B. PESCAROLO et QUADRONE. *Centralbl. f. Inn. Med.*, 3 oct. 1908, n° 40, p. 989.) — Les recherches expérimentales de Strong, de Yersin et Garré, d'Albrecht et Ghon, de Kulle et Otto, de Gaffky, de Pfeiffer, de Sticker et de Dieudonné ont montré que l'inoculation expérimentale de bacilles pesteux et de virulence atténuée, mais vivants, déterminent chez les animaux une immunisation active beaucoup plus rapide et plus puissante que les cultures tuées ; de plus, maniées avec prudence, elles sont inoffensives. En présence de ces résultats, Strong n'a pas hésité à employer ce procédé pour la vaccination antipesteuse chez l'homme et n'eut qu'à se louer de cette pratique.

C'est pourquoi Pescarolo et Quadrone, qui avaient essayé sans succès les injections de bacilles d'Eberth tués dans la fièvre typhoïde, ont cherché à obtenir, chez les typhiques, la production de substances immunisantes plus actives par l'emploi de cultures vivantes.

Ils ont d'abord utilisé des cultures de provenances diverses, puis pour obtenir une plus grande affinité des germes vis-à-vis des ambocepteurs spécifiques, des cultures provenant des malades de la même épidémie.

Les cultures sur agar vieilles de quinze à vingt jours ont été maintenues quelques heures à l'étuve à 45 à 50 degrés. La virulence du bacille était ensuite éprouvée par inoculation au cobaye et sa vitalité par ensemencement sur gélose et bouillon.

Avec la culture remplissant les conditions voulues on faisait une émulsion dans l'eau salée à 7,5 p. 1000, de telle façon qu'il y eût une ou plusieurs anses, de chacune environ un demi-milligramme de culture, en suspension dans 5 centimètres cubes de liquide. La dose initiale injectée a été d'un demi à un centimètre cube ; les injections ultérieures étaient poussées progressivement jusqu'à 5 centimètres cubes, et renouvelées tous les quatre à sept jours.

Vingt cas ont été traités de cette façon ; tous étaient des formes graves, prises dès les premiers jours, chez lesquelles le bacille existait dans le sang et l'agglutination faisait défaut ou était très légère. Presque immédiatement après l'injection surviennent des frissons ; la température s'élève, puis au bout de quelques heures tombe au-dessous du point où elle était avant l'injection. Le patient ne ressent rien de particulier, mais au point de l'injection se développent de la rougeur, du gonflement et de la tuméfaction des ganglions correspondants. Le tout disparaît en trois jours. Ensuite survient un abaissement graduel de la fièvre, une amélioration de l'état général, accompagnée de sueurs profuses et d'une diurèse plus abondante. En même temps la réaction agglutinante du sérum apparaît, ou son taux s'élève. Dans certains cas ces

modifications se sont montrées dans les quatre à sept jours suivant la première injection; dans d'autres cas il a fallu répéter l'injection avec une dose double ou triple, et les symptômes réactionnels ont été cette fois moins intenses.

Enfin les bacilles avaient disparu du sang quelques jours après la première ou la deuxième injection. Dans quelques cas on a pu constater la disparition de la leucopénie et le retour de la leucocytose à la normale.

En résumé, les injections de bacilles d'Eberth vivants chez les typhiques semblent inoffensives; elles ne semblent pas avoir une action très puissante sur la guérison, mais déterminent sans doute l'apparition plus active de substances immunisantes. A ce titre il est indiqué de les employer d'une façon précoce. A. LEMIERRE.

Trois cas d'hémiplégie post-scarlatineuse. (ROLLESTON. *Review of Neurol. a. Psych.*, sept. 1908.) — L'hémiplégie post scarlatineuse est excessivement rare ; d'août 1899 à décembre 1907, sur 10.781 malades, on n'en a relevé que trois cas, et, dans toute la littérature, il n'en existe que 63 cas. Elle ne s'observe guère que chez l'enfant, et s'explique habituellement par le mécanisme de l'embolie, plus rarement, par une thrombose, une hémorragie ou une encéphalite aiguë, ou, peut-être, par l'urémie. Ce pronostic est fâcheux, en ce sens que le côté paralysé ne revient jamais à la normale. L'hémiplégie urémique, de brève durée, est presque toujours curable.
L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Ossification de l'appareil stylo-hyoïdien. (Thomas DWIGHT. *Ann. of Surg.*, vol. XLVI, n° 5, nov. 1907, p. 721-735.) — Il s'agit là d'une anomalie moins rare que le petit nombre de cas bien décrits le ferait supposer. Elle a particulièrement été bien étudiée en France. Dwight a eu la chance d'en découvrir un cas sur un sujet de dissection, avant que la dissection eût été poussée loin, ce qui lui a permis de le faire radiographier. De même pour un autre sujet où l'apophyse styloïde était si longue qu'elle atteignait presque l'os hyoïde.

Les vues de l'auteur sur la nomenclature et la pathogénie de cette disposition n'ont rien de nouveau pour le public médical français; ses conclusions sont celles de Debierre, de Retterer et de Poirier. Il s'agit, non d'une ossification du ligament stylo-hyoïdien due à l'âge, mais d'une anomalie. Le point original, c'est la possibilité de diagnostiquer ces cas par les rayons X, et c'est aussi leur importance clinique, jusqu'à présent méconnue.

Il faut se rappeler qu'il peut y avoir une tige osseuse s'étendant de l'apophyse styloïde à l'os hyoïde. La dite tige peut être grêle ou grosse. Quand elle est grêle, elle a une certaine élasticité, au moins pendant le jeune âge. Quand elle est grosse, elle présente par places des renflements qui généralement correspondent aux jointures des pièces de l'arc hyoïdien. Cette tige passe entre les carotides et pourrait entraver leur ligature et probablement aussi les opérations sur la parotide dans la face interne de laquelle elle creuse une dépression. Là où elle passe près du ptérygoïdien interne, elle repose sur la face externe de l'amygdale qu'elle repousse ou excave. Evidemment elle pourrait gêner une ablation d'amygdale à l'aide du tonsillotome ou autrement.

Dwight cite le cas d'un laryngologiste à qui cela arriva. Le déplacement de l'amygdale peut être assez marqué pour rétrécir considérablement l'entrée du pharynx et même pour empiéter sur la région située en arrière des ouvertures postérieures des fosses nasales. De la difficulté de la déglutition peut en résulter, ainsi qu'en témoignent deux cas diagnostiqués cliniquement par Lücke chez des sujets jeunes. A priori, l'on penserait que la difficulté dût être maxima après ossification des articulations, particulièrement si les articulations des extrémités supérieures et inférieures des petites cornes de l'os hyoïde sont intéressées, mais il n'y a pas encore de faits cliniques confirmatifs de cette manière de voir.

Il n'est pas invraisemblable que le jeu d'une des parties de la tige sur une autre pût donner lieu à des symptômes subjectifs désagréables ou même à des sons perceptibles par d'autres personnes, quoiqu'un cas très remarquable de Kostanecki démontre que cela n'arrive pas fatalement. Bigelow eut l'occasion d'observer une femme qui était gênée par un continuel tic-tac que les assistants pouvaient entendre nettement et qui semblait se produire dans la région du larynx. Elle quitta l'hôpital sans amélioration et sans même la consolation d'un diagnostic. Dwight pense aujourd'hui qu'il s'agissait d'une ossification stylo-hyoïdienne. F. CARDNER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Sont inscrits d'office au tableau d'avancement au titre des expéditions lointaines :

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Vacher.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de premièe classe Berton.

— Sont inscrits d'office au tableau de concours pour la Légion d'honneur au titre des expéditions lointaines :

Pour chevalier de la Légion d'honneur. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Blary, Jullien et Uzac.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Médailles décernées pour services rendus à l'Assistance publique :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Yvon (de Paris), Lande (de Bordeaux) et Blanche (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Montaya (de Perpignan), Barthe, J. Carles, Courtin, Verdelet (de Bordeaux), Chaumont et Malbec (de Paris), M. Louis Bazy, interne des hôpitaux de Paris.

Médaille des épidémies en bronze. — MM. Cléret, Lorin, internes des hôpitaux; Lemarignier, interne provisoire; Bonhoure, Desnoues, Duché, Fège et Weber, externes des hôpitaux de Paris.

— Des médailles d'honneur, des mentions honorables et des lettres de félicitations ont été décernées aux personnes ci-après désignées, qui ont accompli des actes de courage et de dévouement et dont la belle conduite a été signalée pendant le mois d'octobre 1908 :

Médailles de bronze. — M. le docteur Galinier, médecin de l'Assistance publique au Cambodge.

Mentions honorables. — MM. les docteurs de Rycker (de Lille), Lacaze-Doni (de Montauban), Béringuier et Péguillan (de Grisolles).

Lettres de félicitations. — M. le docteur Richard (de Montoire).

COMITÉ DE VIGILANCE DU CONGRÈS DES PRATICIENS. — Une conférence sous la présidence du docteur Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur, aura lieu le samedi 5 décembre à cinq heures du soir.

Cette conférence, organisée avec le concours de MM. Babinski, Bourneville, Hitz, Huchard, Championnière, Noir, et autres personnalités médicales, sera faite par le docteur Sorel (de Dijon), et portera sur *l'agrégation, le privat docentisme, le libre choix du maître.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dudon, agrégé, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux.

CONFÉRENCES. — M. le docteur Kolbé (de Chatel-Guyon), ancien professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, fera à partir du 10 décembre, à six heures du soir (67, rue du Montparnasse, métro Edgar-Quinet) une série de conférences avec démonstrations pratiques sur « L'examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve », d'après A. Schmidt (de Halle), avec applications à la pratique journalière et ses résultats pour le diagnostic et la thérapeutique.

Renseignements : chez Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole de médecine, Paris.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

NOTES POUR L'INTERNAT

PYLORE[1]

D. MUQUEUSE. — De couleur gris-rosé, épaisse de $2^{mm}2$, elle présente des plis transitoires et des mamelons criblés de fossettes glandulaires, comme dans le reste de l'estomac.

La structure est surtout intéressante par la présence des glandes pyloriques.

1° *Epithélium.* — Cylindrique à une assise. Les cellules se présentent sous trois aspects : granuleux, en voie de transformation muqueuse, caliciforme ;

2° *Membrane basale.* — Hyaline et anhiste pour les uns, fenêtrée pour d'autres ;

3° *Chorion.* — Conjonctivo-élastique, il entoure les glandes formant une zone inter-glandulaire et une zone sous-glandulaire, condensée en une assise spéciale : le stratum compactum ou membrane de Zeissl.

Le chorion présente une grosse infiltration lymphoïde. Ces amas expliqueraient la constatation de certaines formes gastriques de la fièvre typhoïde (formes de Chauffard) ;

4° *Musculaire muqueuse.* — Fibres lisses circulaires et longitudinales entourant la muqueuse. Elle envoie quelques fibres dans les zones inter-glandulaires ;

5° *Glandes.* — 1. *Caractères généraux.* — Elles sont plus longues que celles du cardia.

Le conduit excréteur est assez long et large; il se divise vers la partie moyenne de la glande en deux ou trois conduits secondaires cylindriques comme le principal et sans cul-de-sac glandulaire. Arrivés près de la musculaire muqueuse, dans la profondeur du chorion, ces conduits se couvrent de culs-de-sac allongés, arrondis, pelotonnés, ce qui les fait ressembler à des glandes en grappe.

A la coupe, on voit : a. Près de la surface, des conduits peu ramifiés, parallèles, très clairs ;

b. Dans la profondeur : Des culs-de-sac pelotonnés un peu plus foncés.

2. *Structure.* — a. *Paroi propre.* — Mince lamelle anhiste, tapissée extérieurement par des cellules étoilées et anastomosées (Henle) ;

b. *Epithélium.* — Tandis que les glandes du cardia présentent des cellules principales ou adélomorphes et des cellules bordantes ou délomorphes, les glandes pyloriques ne contiennent pour les classiques (Kölliker, Ebstein) que des cellules principales. Ce sont des cellules muqueuses, claires, à contours peu précis, prismatiques ou cylindriques. Le protoplasma est clair, mal colorable, rempli pendant la période de repos de granulations qui disparaissent dans la période de digestion. Le noyau volumineux est situé à la périphérie.

Stöhr et Nüssbaum ont décrit de plus, des cellules arrondies ou triangulaires, foncées et à contour net : ce seraient des cellules bordantes (la question est très controversée).

3. Cobelli a décrit cinq à sept rangées de *glandes acineuses* rayonnant à partir du pylore. Elles diffèrent des glandes de Brunner en ce qu'elles ne dépassent pas le chorion. Ce sont des glandes muqueuses.

E. ORIGINE ET TERMINAISON DES VAISSEAUX ET NERFS. — *Artères.* — Elles rampent sous le péritoine, traversent la musculaire en lui fournissant par des collatérales un riche *réseau intramusculaire*, puis se ramifient et s'anastomosent en formant le *plexus sous-muqueux*. Les rameaux qui en partent forment un *plexus sous-glandulaire*, d'où monte le *réseau périglandulaire*. Celui-ci se reforme en un dernier *réseau sous-épithélial* qui forme la *couronne vasculaire des glandes*.

Veines. — Elles se réunissent sous l'épithélium, en une étoile d'où part une veinule verticale, qui aboutit à un *plexus sous-muqueux*. Les veines efférentes traversent la musculaire pour former un *réseau sous-séreux* à mailles polygonales d'où partent les veines collectrices.

Lymphatiques. — Ils naissent par des culs-de-sac renflés en massue d'où des *canaux verticaux* se rendent au *plexus périglandulaire* et au *plexus sous-glandulaire* ; celui-ci disposé en plusieurs couches. Les canaux droits qui en partent vont au *plexus sous-muqueux* ; puis des troncs efférents vont à travers la musculeuse former un *plexus sous-séreux.*

Tous ces canaux sauf les derniers sont réduits à l'endothélium et avalvulés.

Nerfs. — Ils se terminent en deux plexus de fibres de Remak avec ganglions nodaux : le *plexus musculaire* (plexus d'Auerbach de l'intestin) et le *plexus sous-muqueux* (plexus de Meissner de l'intestin).

Openchowski a décrit sept petits ganglions nerveux autour du pylore qui jouent un rôle dans les mouvements automatiques de l'organe.

PHYSIOLOGIE (1). — 1° RÔLE MÉCANIQUE. — Le pylore présente des contractions rythmiques qui contribuent à brasser le contenu stomacal pendant la digestion. Il ne s'ouvre pour laisser passer le bol alimentaire dans le duodénum que quand le chyme est formé. Cependant pour certains auteurs les liquides passeraient en grande partie d'emblée. Le passage du chyme se fait en plusieurs fois pour les classiques, en bloc pour Richet dans l'espace d'un quart d'heure environ.

2° RÔLE SÉCRÉTOIRE. — Il a été très discuté :

1. Les cellules glandulaires du pylore sécrètent de la mucine ;

2. Elles sécrètent de la pepsine, sous forme de pepsinogène transformable sous l'influence des acides, comme les cellules principales des glandes cardiaques (Heidenhain, Langley, Ebstein);

3. La sécrétion de l'acide serait pour les mêmes auteurs réservée aux cellules bordantes des glandes cardiaques.

Cependant pour Arthus les glandes pyloriques sécréteraient aussi de l'acide. Pour d'autres il n'y aurait comme chez beaucoup d'animaux inférieurs qu'une catégorie de cellules glandulaires stomacales ayant des aspects différents mais une sécrétion analogue. Pour d'autres enfin l'élaboration du suc gastrique se ferait progressivement dans les deux espèces de cellules.

Les résultats des expériences sont contradictoires et la question n'est pas encore réglée.

3° RÔLE DU SYSTÈME NERVEUX. — *Innervation motrice.* — Le *pneumogastrique* est le nerf moteur. Son excitation donne de la contraction du pylore.

Le *sympathique*, le splanchnique en particulier, sont frénateurs, leur excitation relâche le pylore.

Les *ganglions nerveux* intra-pyloriques jouent un rôle moteur important, car la motricité persiste après section de tous les nerfs; ils président surtout aux contractions rythmiques.

Openchowski a décrit un centre spinal dilatateur et un centre cérébral constricteur dans les corps striés.

Innervations sensitive et sécrétoire. — Elles sont sous la dépendance du pneumogastrique, mais la sécrétion se fait sous une influence psychique beaucoup plus que réflexe.

La sensibilité agit aussi sur les contractions du pylore, qui s'ouvre, quand le chyme acquiert une certaine acidité et se ferme quand ce chyme acide est entré en contact avec la muqueuse duodénale ; ce qui expliquerait les évacuations fractionnées du contenu stomacal.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 133, p. 1593, et 136, p. 1629.

(1) Voir pour les détails de la sécrétion gastrique : ARTHUS, *Eléments de physiologie.*

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 31 oct. 1908.) Sh. NEAVE : Une mission médicale au Katanga de 1906 à 1908. — DEMOOR et PHILIPPSON : Influence de la pression osmotique sur l'allure de la contraction musculaire. — GALLEMAERTS : Cysticerque sous-rétinien.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 10, oct. 1908.) AUDRY et SUFFRAN : Notes sur l'histopathologie comparée de la peau (tumeurs, folliculites à demodex, botryomycose, etc.). — MALINOWSKI : Atrophie idiopathique de la peau.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 10, oct. 1908.) GLEITSMANN : Paralysies laryngées (récurrent et abducteur). Remarques anatomiques et physiologiques. Etiologie des paralysies d'origine centrale. — LUC : Troisième contribution à la question du diagnostic et du traitement de la périostite temporale suppurée d'origine auriculaire sans suppuration intra-osseuse. — BOURGEOIS : Thrombophlébite otique du sinus caverneux. Guérison. — MAHU : Périsinusite et abcès extra-dural latents d'origine otique chez un homme de soixante ans. Opération. Guérison. — CAUZARD : De l'esthétique de la chirurgie des sinus frontaux dans la cure radicale des sinusites chroniques. — Robert FOY : L'impotence fonctionnelle nasale. Son traitement par la rééducation. — ABOULKER : Valeur diagnostique de l'immobilisation de la corde vocale (quatre observations).

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Nov. 1908.) MARTEL : La rage dans le département de la Seine. — Gustave REYNAUD : Aptitude des officiers et des soldats au service dans les pays tropicaux. — E. FRANÇOIS : Hygiène des houillères (essai historique et critique). — LECLERC DE PALLIGNY : Interdiction des boîtes de conserves peintes ou vernies à l'aide de couleurs à base de plomb.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, nov.-déc. 1908.) Lucien LAGRIFFE : Guy de Maupassant. Etude de psychologie pathologique (*suite*). — AMELINE : Note sur le traitement des corps étrangers du tube digestif. — SELWARTZ : Auto-dénonciation chez un alcoolique dégénéré et mythomane. — G.-G. DE CLÉRAMBAULT : Note sur le régime des aliénés en Angleterre (*fin*). — J. BREDER : Sur la situation actuelle des aliénés. Rapport présenté au IIIe Congrès international de l'assistance aux aliénés

Archives de médecine des enfants. — (N° 11, nov. 1908.) GAUJOUX : Maladie de Hirschsprung. — GIROU : Angines nécrotiques de la scarlatine. — F. HOUSSAY : Lavages intestinaux au vin rouge. — GIROU : Kyste congénital de la région pectorale.

Archives générales de médecine. — (N° 10, oct. 1908.) PIC : Formes cliniques de la septicémie pneumococcique. — ROCH et Mlle COTTIN : De la théocine comme diurétique, revue générale. Expériences cliniques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

LE MARDI 29 DÉCEMBRE 1908 à 2 heures et demie, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 84 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1909.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3 avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Parmentier, Claisse, Barié, Garnier, Guibé et Brindeau, qui acceptent; MM. Tapret, Veau, Rochard et Mouchet, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le jury du concours de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés est ainsi composé :

Président, M. Granier; membres titulaires, MM. Dupré, Raviart, Lépine, Mabille, Kéraval et Anglade; suppléant, M. Bourdin.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Un concours ponr la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles de la Seine s'ouvrira le 6 janvier 1909 à une heure précise à l'asile clinique, 1, rue Cabanis, à Paris.

S'inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, premier bureau annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures. — Le registre sera ouvert du lundi 7 au samedi 19 décembre inclusivement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (51, rue de Clichy, fondée en 1796). — Prix Duparcque. — En décembre 1909, dans sa dernière séance (quatrième samedi), la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque (une somme de 1300 francs est disponible) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur un point des sciences médicales, le sujet restant au choix de l'auteur.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, devront être déposés au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le secrétaire général, 69, boulevard Malesherbes, avant le 24 octobre 1909, dernier délai. — Chaque mémoire sera désigné par une épigraphe ou devise écrite sur la première page, de la main de l'auteur, et accompagné d'un pli cacheté : ce pli devra porter uniquement, à l'extérieur, la même épigraphe reproduite ; à l'intérieur, nom et adresse de l'auteur.

Tout concurrent qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix serait exclus de fait du concours. — Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 DÉCEMBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Legry et Sicard; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 15 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Albarran et Auvray; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 16 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Rieffel et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e (1re série) : MM. Gariel, Retterer et Langlois; — (2e série) : MM. Gley, Desgrez et Mulon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Potocki et Branca; — (2e partie) : MM. Brissaud, Pierre Marie et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Macaigne; — M. Proust, suppléant.

Jeudi 17 décembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Bezançon.

2e : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Marion et Morestin.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 18 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Rieffel et Ombredanne.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Roger, Desgrez et Legry.

2e : MM. Gariel, Langlois et Mulon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Lepage et Branca; — (2e partie) : MM. Brissaud, Sicard et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Lecène; — M. André Jousset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 19 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MALADIE DE MADELUNG
(RADIUS CURVUS)

Par M. Félix MARSAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — Sous le nom de luxation spontanée du poignet, Madelung a décrit un relâchement spontané de cette articulation, qui se fait en dehors de tout traumatisme ou de toute lésion inflammatoire.

C'était là une erreur de sa part, car comme l'ont montré Pierre Delbet, Poulsen, Sauer et Petit, il n'existe pas de luxation du poignet, mais une incurvation diaphysaire ou épiphysaire du radius à concavité antérieure qui ne modifie pas les connexions radio-carpiennes et entraîne seulement une subluxation radio-cubitale inférieure.

La plupart des auteurs qui eurent l'occasion d'étudier cette déformation ont proposé une dénomination en rapport avec leur théorie pathogénique. S. Duplay, croyant à une manifestation tardive du rachitisme, l'a dénommée « Rachitisme tardif des poignets »; A. Guépin, n'ayant en vue que la subluxation radio-cubitale inférieure, la désigne sous le nom de « Laxité congénitale de l'articulation radio-cubitale inférieure »; Pierre Delbet l'appelle « Carpus curvus », Sauer « Manus valga »; Kirmisson, constatant que la maladie se produit lentement, s'aggrave peu à peu, et se montre chez des jeunes gens, propose de lui donner le nom de « luxation progressive du poignet chez les adolescents ». Enfin, Estor, qui défend brillamment la théorie congénitale, lui donne le titre de « subluxation congénitale du poignet ».

Toutes ces dénominations sont inexactes, car elles ne tiennent pas compte du seul fait anatomique important, l'*incurvation du radius*. Aussi, avec Gangolphe, Broca et Destot, nous désignerons la maladie de Madelung sous le nom de « Radius curvus », terme qui a l'avantage de bien préciser la nature de la déformation et qui ne préjuge rien des idées pathogéniques.

II

Historique. — Bien que cette difformité porte le nom d'un chirurgien allemand; c'est à Malgaigne cependant que revient le mérite d'avoir, le premier, attiré l'attention sur cette singulière déformation.

En 1841, Bégin (2) rapportait à l'Académie un cas unique de relâchement des ligaments radio-carpiens qu'il avait observé à la clinique de Dupuytren, chez un ouvrier imprimeur.

Dupuytren prétendait en avoir vu d'assez nombreux exemples, bien que, pendant plus de vingt ans, Malgaigne en ait vainement cherché d'analogues dans les plus grandes imprimeries de Paris. Par contre, le hasard apprit à Malgaigne (3) un exemple de cette sorte de luxation, et il cite le cas d'un enfant qui, trois ans après une fracture du radius, commença à sentir une douleur vers l'extrémité inférieure du cubitus. Celle-ci fit peu à peu saillie en arrière, sans gonflement, sans gêne dans les mouvements, et au bout de dix-huit mois, le carpe était complètement subluxé en avant.

Nélaton (1) a cité une pièce trouvée par M. Boinet sur le cadavre d'une vieille femme; le carpe était luxé en avant, sans déformation des os, sans trace apparente d'anciennes déchirures.

En 1875, Jean (2), dans les *Bulletins de la Société anatomique*, relate l'observation d'une femme âgée de soixante-treize ans, atteinte d'une déformation double des poignets, ayant apparu pendant l'enfance et qu'il dénomme double luxation congénitale complète du cubitus et incomplète du radius sur les os du carpe.

Trois ans après, Madelung (3) publiait un mémoire dans lequel il apportait des observations et des comptes rendus d'autopsies et consacrait définitivement l'existence de la maladie qui porte son nom.

Ensuite, vinrent la thèse de Joseph Félix (4) inspirée par Tripier, puis les travaux de Duplay (5) qui invoqua le rachitisme comme cause de cette déformation et en précisa le traitement chirurgical.

Plus tard, P. Delbet (6), dans ses *Leçons de clinique*, reprenait la thèse de Duplay et soulignait l'importance de la déformation du radius.

Quelques thèses furent consacrées à la question, celles de Malfuson (7), d'Eug. Raget (8) et de Charles Barthès (9).

Des observations furent publiées par Redard (10), Gangolphe (11), Abadie (12), Albertin et Leclerc (13), Poulsen (14) et Lenormant (15).

En 1907, Estor (16) en fait une étude très intéressante dans la *Revue de chirurgie* où il apporte quelques vues personnelles sur la pathogénie et le traitement de cette déformation.

Enfin, Poncet et Leriche (17), récemment, à la suite de 3 cas qu'ils ont observés, émettent l'hypothèse d'une origine inflammatoire refusée jusqu'alors à la maladie de Madelung et suscitent de nombreuses discussions à la Société de chirurgie auxquelles prirent surtout part MM. Kirmisson et Broca (18).

---

(2) Bégin. *Dict. abrégé des sc. méd.*, t. XIII, p. 493, art. radio-carpien, et séance de l'Acad. de méd. du 29 juin 1841.
(3) Malgaigne. *Traité des luxations*, p. 712.

(1) Nélaton. *Elém. de pathol. chir.*, 1874, t. III, p. 398.
(2) Jean. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mai 1875, p. 398.
(3) Madelung. Die spontane Subluxation der Hand nach vorne, *Arch. f. klin. Chir.*, von Dr B. Langenbeck, Berlin 1878, t. XXXIII, p. 395.
(4) Joseph Félix. Th. de Lyon, 1884, n° 246.
(5) S. Duplay. *Arch. gén. de méd.*, 1885, 7e série, t. XV, p. 385, et Leçons cliniques, *Gaz. des hôpit.*, 31 déc. 1891, n° 152, p. 1397.
(6) P. Delbet. *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris 1899.
(7) Malpuson. *Déformation du poignet d'origine probablement rachitique*, Th. de Paris, 28 juillet 1894.
(8) Eug. Raget. *Etude sur le radius curvus*, Th. de Lyon, 26 avril 1899, n° 121.
(9) Charles Barthès. *De la luxation progressive du poignet chez l'adolescent et chez l'adulte*, Th. de Paris, 1904, n° 495.
(10) Redard. *Arch. gén. de méd.*, 1892, 7e série, vol. II, t. XXX, p. 651.
(11) Gangolphe. Soc. de chir. de Lyon, 2 fév. 1899, et *Lyon méd.*, 38e année, t. XC, p. 451.
(12) S. Abadie. De la luxation progressive du poignet chez l'adolescent, *Revue d'orthop.*, 1903, n° 6, p. 481.
(13) Albertin et Leclerc. Soc. de chir. de Lyon, séance du 16 mars 1905.
(14) Poulsen. *Arch. f. klin. Chir.*, Legründet von Dr von Langenbeck, Berlin 1905.
(15) Lenormant. Un nouveau cas de radius curvus, *Revue d'orthop.*, 1er janv. 1907.
(16) Estor. Subluxation congénitale du poignet, *Revue de chir.*, 1907, nos 8 et 9.
(17) Poncet et Leriche. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 8 oct. 1907, 3e série, t. LVIII, p. 214.
(18) Broca. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 29 juillet 1908, p. 1004.

III

Anatomie pathologique. — Avant d'aborder l'étude clinique de la maladie de Madelung, il convient de bien connaître d'abord les lésions qui la caractérisent.

Ce ne sont pas les autopsies qui nous renseignent à ce sujet, car l'on a rarement l'occasion d'en pratiquer. La déformation qui nous occupe ne compromet jamais l'existence. Cependant, Jean, en 1875, présentait à la Société anatomique 2 pièces qu'il avait disséquées. Ce sont ces mêmes pièces déposées par lui au musée Dupuytren que Pierre Delbet a étudiées de nouveau. Madelung, Destot et Bérard ont pu disséquer aussi des poignets atteints de radius curvus. Toutes ces dissections, malgré les soins apportés par leurs auteurs, étaient insuffisantes pour nous permettre de juger de la valeur et de l'importance des différentes lésions existant dans le squelette.

La radiographie a comblé cette lacune en dévoilant les déformations presque constantes de l'extrémité inférieure du radius, et surtout les troubles existant dans son cartilage de conjugaison dia-épiphysaire.

Radius. — C'est donc par lui que nous commencerons, car les autres lésions sont secondaires et inconstantes. La déformation dominante, caractéristique de la maladie de Madelung, c'est, avant tout, l'*incurvation à concavité antérieure de l'extrémité inférieure du radius*. C'est cette incurvation que crée toute la maladie et, sans elle, il n'existe plus le type clinique décrit par Madelung. Poncet et Leriche étaient dans l'erreur en présentant 3 malades atteints de la maladie de Madelung, alors que le premier seul avait un double radius curvus, tandis que les deux autres, malgré l'aspect typique de la déformation, avaient leurs squelettes de l'avant-bras rectilignes.

La déformation du radius consiste en une incurvation qui porte sur l'épiphyse inférieure de l'os et en partie sur la diaphyse. Elle atteint en général le tiers inférieur de l'os, mais peut remonter plus haut. Dans le cas de Schultze (1), la diaphyse radiale présentait une concavité antérieure au niveau de son tiers inférieur et de la moitié de son tiers moyen. Cette incurvation est parfois très accentuée dans les cas de Piollet (2) et de Jagot (3).

Par suite de cette incurvation, la surface articulaire prend *une direction oblique en bas et en avant*, plus ou moins prononcée. Il en résulte que son bord postérieur forme parfois une arête saillante sous la peau, et que les os du carpe glissent un peu en avant, mais sans pour cela jamais perdre contact avec la surface articulaire du radius. Il n'existe donc jamais de luxation radio-carpienne même incomplète, et c'est cette obliquité de la surface articulaire du radius qui avait trompé les premiers observateurs et leur avait fait croire à une subluxation. Le scaphoïde et le semi-lunaire restent en connexion normale avec l'extrémité inférieure du radius, et c'est l'opinion de Guépin (4), Jagot, Dekeyser (5), Kirmisson (1), Ardouin, Gevaert (2), Abadie, Poulsen et Sauer (3).

Dans le compte rendu de ses dissections, Pierre Delbet trouve que les connexions du scaphoïde et du semi-lunaire avec le radius ne sont pas modifiées, et que Madelung s'est trompé quand il a cru sentir sur la face dorsale une partie de la surface articulaire du radius déshabitée. Nous ajouterons que c'est le rebord postérieur épaissi et saillant de cette surface qu'il a probablement pris pour la surface articulaire elle-même. Seul, Schultze aurait constaté par la radiographie, en même temps que l'incurvation du radius, une véritable subluxation radio-carpienne. Mais la reproduction de cette radiographie est peu nette et ne permet de voir aucun des détails signalés par l'auteur.

C'est encore cette incurvation de l'os qui explique en partie la *diminution de longueur du radius*. Je dis, en partie, car nous verrons tout à l'heure une autre lésion qui l'explique suffisamment à elle seule. Le raccourcissement du radius est assez fréquent et plusieurs observateurs l'ont signalé. Ce raccourcissement est en moyenne de 2 centimètres, mais il peut être plus considérable et atteindre 10 centimètres, comme dans le cas d'Abadie. Parfois il n'est que de 1 centimètre, comme dans l'observation de Lenormant et même de un demi-centimètre, comme chez un malade que nous avons eu l'occasion d'observer.

En même temps, qu'il est *raccourci* et *incurvé*, le radius a parfois *son extrémité inférieure épaissie*. Cet épaississement atteint toute l'épiphyse ou se localise au niveau de l'apophyse styloïde qui est déformée et renflée en massue. Sur l'extrémité inférieure de sa face interne, on peut voir une épine osseuse longue, comme chez notre malade, de 1 à 2 centimètres, et qui explique la diminution d'amplitude des mouvements de pronation et de supination. Dans le cas d'Abadie, le radius présentait une exostose en forme d'éperon. Lenormant signale une véritable exostose qui n'existe pas du côté sain et empiète sur le cubitus.

Mais ce qu'il y a surtout d'intéressant, ce sont les *lésions qui existent au niveau du cartilage de conjugaison* et que nous montre la radiographie. Ce cartilage de conjugaison, au lieu d'être transversal et de présenter une bande claire continue et d'épaisseur uniforme, prend parfois une direction oblique et disparaît en certains points.

Ces lésions du cartilage de conjugaison existaient chez la malade de Lenormant et avaient déjà été signalées par Gangolphe, car elles pouvaient, d'après lui, expliquer l'accroissement irrégulier de l'os et la courbure de son segment inférieur. C'est là un point important sur lequel nous insistons, et la radiographie du double radius curvus que nous avons vu, montrait qu'il existait des lésions au niveau des cartilages de conjugaison dia-épiphysaire inférieure du radius droit et gauche, et qu'elles étaient plus marquées à gauche où la déformation était accentuée.

Cubitus. — Le cubitus participe parfois aux déformations du radius. Les modifications dans sa *longueur* ont été signalées seulement dans les observa-

(1) Schultze. Ein Fall von spontaner Subluxation der Hand nach unten (Dupuytren Madelungscher Subluxation), *Münch. med. Wochens.* 1905, p. 1441.
(2) Piollet. Soc. de chir. de Lyon, 5 juillet 1906, et *Lyon méd.*, 18 nov. 1906, p. 799.
(3) Jagot. *Arch. méd. d'Angers*, 20 avril 1897.
(4) Guépin. Soc. de biol., 2 juillet 1892, p. 627.
(5) Dekeyser. *Journ. méd. de Bruxelles*, 17 oct. 1901, p. 593.

(1) Kirmisson. *Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence*, Paris 1902.
(2) Gevaert. *Revue d'orthop.*, 1902, p. 236.
(3) Sauer. Die Madelungsche Deformitat des Handgelenkes, *Beit. z. klin. Chir.*, 1906, p. 179.

tions de Dekeyser, Gangolphe, Ardouin, Poulsen et Raget, où il est dit que le raccourcissement variait de 2 à 3 centimètres. Abadie note le chiffre de 3 centimètres. Dans toutes les autres observations, le cubitus avait une longueur normale. Ce qui prouve bien que c'est un fait exceptionnel et que la diminution de longueur ne porte pas, en général, sur les deux os de l'avant-bras. Par contre, la plupart des auteurs, qui ont mesuré le squelette de l'avant-bras, signalent un raccourcissement, si minime qu'il soit, du radius. Dans les cas où le cubitus était diminué de longueur, le radius l'était aussi, ce qui nous permet de dire que le raccourcissement est fréquent pour le radius, exceptionnel pour le cubitus.

L'extrémité inférieure du cubitus est aussi parfois augmentée de volume, mais le fait important, c'est *sa luxation en arrière*. Tandis que l'hyperostose n'est mentionnée que dans de rares observations, la luxation en arrière plus ou moins complète a été constatée dans tous les cas. Sa surface articulaire est libre et ne s'articule plus avec le pyramidal. Il perd aussi tout contact avec le radius et n'a plus aucun rapport avec l'articulation radio-carpienne, si ce n'est peut-être, dit Jagot, par des ligaments très allongés.

On n'a jamais signalé des troubles de son cartilage de conjugaison, ce qui prouve encore que si, au point de vue clinique, la luxation du cubitus est la déformation saillante, les lésions du radius, par contre, constituent le fait dominant au point de vue anatomique.

Os du carpe. — Il n'existe pas de modifications dans la forme des os du carpe et les observations sont muettes au sujet de leurs altérations. Cependant, Estor signale les particularités suivantes : « Le grand os est plus volumineux, plus développé surtout dans le sens vertical que sur un poignet normal et il paraît avoir refoulé en haut le semi-lunaire qui, à son tour, a refoulé le radius (1). »

Ligaments. — Les ligaments de l'articulation radio-carpienne sont intacts. Il n'en est pas de même des ligaments de l'articulation radio-cubitale inférieure qui, par suite de la luxation du cubitus en arrière, sont étirés, allongés et distendus dans le sens antéro-postérieur. Un fait à prévoir, c'est que le ligament triangulaire change de direction, et de transversal il devient antéro-postérieur. De plus, Delbet, dans ses dissections, l'a trouvé plus grêle qu'à l'état normal.

Synoviales. — Les lésions des synoviales sont nulles. Cependant, certains auteurs ont signalé du gonflement de l'articulation radio-carpienne et des synovites séreuses des tendons des muscles extenseurs des doigts.

Muscles. — Les muscles sont normaux. On a rarement signalé de la contracture, plutôt une prédominance d'action des muscles fléchisseurs, et presque jamais de l'atrophie.

Squelette de la main. — Enfin, le squelette de la main est normal, et si l'on désarticulait le poignet, dit Delbet, la main enlevée serait normale. Cependant, Raget et Piollet ont constaté une diminution de la longueur de la main, ce qui est tout à fait exceptionnel. Par contre, on a trouvé parfois une atrophie des muscles interosseux de la main.

(1) Estor. Loc. cit., in *Revue de chir.*, 1907, nº 8, p. 146.

IV

Etiologie. — Le radius curvus est une affection rare, puisque nous ne connaissons que 90 cas dans la littérature médicale : Malgaigne (1), Jean (1), Madelung (5), Félix (2), Duplay (2), Redard (1), Guépin (15), Malfuson (2), Féré (25), Jagot (4), Raget (5), Delbet (1), Gangolphe (2), Dekeyser (2), Kirmisson (1), Ardouin (2), Gevaert (1), Abadie (1), Barthès (1), Albertin et Leclerc (1), Poulsen (1), Schultze (1), Piollet (1), Bennecke (1), Schade (1), Putti (1), Sauer (4), Estor (2), Lenormant (1), Poncet et Leriche (1), Lenormant et F. Marsan (1).

Age. — La déformation apparaît au moment de l'adolescence entre douze et dix-huit ans. Cependant, elle peut débuter plus tôt à neuf ans (Schultze), à huit ans (Schade), et même à la première enfance à cinq ans, si l'on en croit Albertin et Leclerc.

La malade de Barthès avait trente-six ans quand la déformation a commencé à se montrer. C'est une anomalie, car c'est la seule observation où l'on voit l'âge s'éloigner si sensiblement de celui de l'adolescence.

Sexe. — Le sexe féminin y est particulièrement prédisposé, ce qui ne cadre pas bien avec l'influence du traumatisme et de la profession. Poulsen, sur 40 cas, en trouve 32 chez des filles et presque tous vers l'âge de douze à seize ans, ce qui fait une proportion de un cinquième chez les garçons.

Siège. — Madelung considérait l'unilatéralité comme la règle ; il n'avait rencontré que deux subluxations bilatérales pour dix unilatérales. Les observations ultérieures ont montré qu'en fait les deux types sont de fréquence égale. En ajoutant aux quarante cas recueillis par Poulsen ceux plus récents de Sauer, Schultze, Bennecke (1), Schade (2), Putti (3), Lenormant, Poncet et Leriche et le nôtre, je trouve vingt-cinq déformations bilatérales et vingt-quatre unilatérales. Parmi ces dernières, douze siégeaient à gauche et neuf à droite ; dans trois observations, le côté malade n'est pas précisé.

Hérédité. — L'hérédité, dit Estor, est un facteur étiologique de très haute valeur, et on ne peut pas, d'après lui, la contester dans les cas où plusieurs membres de la même famille sont atteints de la même affection, et dans ceux où la déformation s'est montrée sans cause connue dès la première enfance. Guépin compte quinze membres d'une famille atteints de la même déformation ; Malfuson (deux : mère et fille) ; Jagot (quatre : fille, père, oncle, grand-père) ; Gangolphe (deux : mère et fille) ; Dekeyser (deux : mère et fille) ; Ardouin (deux : frère et sœur) ; Sauer (quatre sœurs) ; Estor (deux : père et fille).

Profession. — La profession exercerait une influence, par suite de la répétition des mêmes mouvements. Il est vrai que les auteurs ne sont pas d'accord sur les mouvements dont la répétition et l'exagération amèneraient la déformation, puisque Madelung accuse la prédominance d'action des fléchisseurs sur les extenseurs et la flexion exagérée,

(1) Bennecke. Ueber einen Fall von sagennanter progressiver Luxation des Handgelenkes, XXXIIIᵉ Congrès allemand de chir., 1904.

(2) Schade. *Kasuistischer Beitrag zu den Luxationen im Handgelenk auf Grund pathologischer Zustande*, Th. de Kiel, 1906.

(3) Putti. La difformità di Madelung, *Arch. intern. de chir.*, t. III, 1906, p. 64.

tandis que Bennecke et Putti font jouer le rôle essentiel à l'hyperextension répétée avec appui du corps sur le condyle carpien. De plus, dans les cas mentionnés, les professions sont extrêmement variées et on ne peut réellement pas en faire une maladie professionnelle.

Rachitisme et épilepsie. — Enfin, on a fait jouer un rôle important à deux maladies sur l'évolution du radius curvus : le *rachitisme* et l'*épilepsie*. Sans parler du rachitisme sur lequel nous reviendrons tout à l'heure à propos de la pathogénie, il nous est permis de douter de l'influence que l'épilepsie peut exercer sur le développement du radius curvus, bien que Féré (1) l'ait constaté 25 fois sur 148 épileptiques.

V

Pathogénie. — Pour expliquer cette curieuse déformation de l'adolescence qui survient en somme, sans cause connue, progressivement et parfois sans douleur, on comprend toutes les hypothèses qui ont été émises. Certaines de ces théories n'ont qu'un intérêt historique et il nous suffira de les mentionner ; d'autres, au contraire, s'appuient sur des faits précis et se basent sur un ensemble de cas qui les rendent plus vraisemblables.

Théorie du relâchement ligamentaire. — Malgaigne (2), dans son *Traité des luxations*, cite l'opinion de Dupuytren qui avait trouvé chez de nombreux imprimeurs de Paris une curieuse déformation du poignet, consistant en une subluxation des os du carpe qui se réduisait assez facilement. Il l'attribuait au relâchement des ligaments de l'articulation radio-carpienne, par suite des violents efforts répétés et des tractions que nécessite la profession.

Théorie de la contracture musculaire. — Weber (3) et Busch (4) incriminaient la contracture musculaire, et ce dernier a pratiqué des ténotomies dans deux cas de radius curvus. Mais, déjà, l'insuccès de la méthode aurait suffi à détruire la théorie, si nous ne savions pas encore que la contracture musculaire existe rarement, et que quelques auteurs ont observé seulement un peu de prédominance d'action des fléchisseurs.

Théorie nerveuse. — Elle a été émise par Félix, élève de Tripier : « Pour nous, tout semblerait résulter d'une affection nerveuse. Sans l'intervention de cet élément, comment comprendre la contracture qui paraît faire partie intégrante de la lésion. La douleur n'est pas suffisante à l'expliquer : très atténuée le plus souvent, elle n'est jamais assez violente pour réveiller et rendre permanente la contracture des muscles périphériques. Encore moins doit-on songer à l'inflammation qu'on n'observe jamais dans cette affection. Cette contracture est cependant d'observation constante dans la subluxation du poignet, à tel point que lorsqu'on est en face des malades, c'est elle qui attire tout d'abord l'attention (5). »

C'est là l'erreur, car la contracture musculaire est loin d'être constante. Elle est même tout à fait exceptionnelle, et ce qui attire notre attention, en face du malade, c'est la saillie exagérée de l'extrémité inférieure du cubitus et le déplacement de la main, mais pas la contracture musculaire qui, quand elle existe, est parfois si faible qu'il faut la rechercher.

Théorie traumatique. — Une théorie qui a rallié beaucoup de partisans, c'est celle du traumatisme. Il a été incriminé, soit sous forme de traumatisme unique et violent, amenant une entorse ou un décollement épiphysaire (Malgaigne, Abadie) et les auteurs font ressortir l'influence d'un effort pour soulever un lourd fardeau, une chute légère ou un mouvement de torsion brusque du poignet, soit, sous forme de traumatismes professionnels répétés, du surmenage frappant la région du poignet pendant la croissance (Madelung, Gevaert, Putti).

Théorie rachitique. — Elle a trouvé en Duplay un puissant défenseur. Il compare le *radius curvus* au *genu valgum* et au *genu varum*. « Ces deux affections qui semblent indiscutablement dues à un processus analogue au rachitisme, surviennent elles aussi à un âge déjà avancé ; elles surviennent souvent chez des enfants qui n'ont pas d'antécédents rachitiques (1). »

Plus tard, Pierre Delbet reprenait les idées de Duplay et écrivait : « Le *carpus curvus* est une affection de croissance ; voilà qui le rapproche singulièrement de la *scoliose* et du *genu valgum*. La prédominance du sexe féminin est énorme ; la scoliose n'est-elle pas bien plus fréquente chez les jeunes filles (2) » ?

Quelques observations paraissent favorables à la thèse de Duplay et Delbet qui considèrent le radius curvus comme *une manifestation tardive du rachitisme*.

Dans le cas d'Albertin et Leclerc, la jeune fille qui était atteinte d'une déformation des deux poignets plus accentuée à gauche, présentait quelques traces de rachitisme. La malade de Félix avait en même temps qu'une double maladie de Madelung un double pied plat valgus douloureux. Gevaert (3) attirait l'attention sur la coexistence d'un radius curvus avec une scoliose très marquée et un genu valgum double. « Cet ensemble d'altérations siégeant dans la plupart des os du squelette est bien en concordance avec l'idée que la plupart des auteurs se font de ces différentes affections qui ont entre elles une parenté qui est indiscutable. Elles se rattachent par une souche commune à ce que l'on a appelé le *rachitisme tardif*. »

En 1904, Bennecke (4) rapporte un cas dans lequel il attribue au rachitisme le rôle de cause prédisposante.

Estor combat énergiquement la théorie rachitique. Sans compter l'absence de manifestations rachitiques de la première enfance chez les malades observés, il est un autre argument qui, pour lui, présente une plus grande valeur : « Le rachitisme tardif ne produit que des déformations de même forme que celles qu'on observe journellement dans le rachitisme des premières années ; le genu valgum, le genu varum, la scoliose appartiennent aussi bien au rachitisme

(1) Ch. Féré. *Revue de chir.*, 1896. t. XVI, p. 398.
(2) Malgaigne. *Traité des luxations*, p. 712.
(3) Otto Weber. *Chirurgische Erfahrungen und Untersuchungen nebst Zahbreischen, Resbachtungen aus der chirurgischen Klinick und dem evangelischen Krankenhause zu Bonn*, Berlin 1859, p. 231.
(4) Busch. *Lehrbuch der Chirurgie*, Berlin 1864, Bd. II, 3 abt, p. 111.
(5) Joseph Félix. Loc. cit., in Th. de Lyon, 1884, n° 246.

(1) S. Duplay. Loc. cit., in *Gaz. des hôpit.*, 31 déc. 1891, n° 152, p. 1397.
(2) P. Delbet. Loc. cit., in *Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu* (août-sept. 1897), Paris 1899, p. 161.
(3) Gevaert. *Revue d'orthopédie*, 1er sept. 1902, n° 5, p. 337.
(4) Bennecke. XXXIIIe Congrès de la Soc. allemande de chir., Berlin, 6 au 9 avril 1904.

des enfants qu'au rachitisme tardif. Observe-t-on le carpus curvus chez les enfants rachitiques ? On ne pourrait en citer une seule observation. Il faudrait donc admettre pour accepter la théorie de S. Duplay et P. Delbet que, seul, le rachitisme tardif puisse produire la maladie de Madelung, et on a peine à le croire (1). »

Marfan (2) partage l'avis d'Estor et trouve que les faits signalés par Duplay, malgré leur intérêt, ne permettent pas d'affirmer l'existence d'un rachitisme tardif.

Théorie congénitale. — En 1907, Estor, dans un mémoire très documenté, publié dans la *Revue de chirurgie*, expose ses idées sur la pathogénie de la maladie de Madelung. Elles peuvent être formulées ainsi : *La maladie de Madelung est constituée par une laxité congénitale de l'articulation radio-cubitale inférieure, assez souvent apparente dès la plus tendre enfance, mais qui peut n'être révélée qu'au moment de l'adolescence par un traumatisme accidentel ou des manœuvres professionnelles.*

Il pense donc qu'il s'agit d'une affection congénitale et les arguments sérieux qu'il donne à l'appui de son opinion laissent vraiment aux lecteurs l'impression qu'elle est inattaquable.

Il se base sur les faits suivants :

1° *La difformité n'est que l'exagération d'une disparition normale*, car la saillie du cubitus en arrière et l'incurvation du radius se rencontrent plus ou moins prononcées chez la plupart des sujets;

2° *La maladie de Madelung est une affection congénitale parce qu'elle est souvent héréditaire*, et il trouve le chiffre énorme de 36 cas sur 85 où l'hérédité entre manifestement en jeu, soit dans la proportion de 40 p. 100. « Cette proportion, dit-il, est beaucoup plus élevée que dans la luxation congénitale de la hanche, dans l'étiologie de laquelle l'hérédité joue cependant un rôle si important »;

3° *La maladie de Madelung est souvent bilatérale comme dans le pied bot, la luxation congénitale de la hanche, affections héréditaires.* Il donne la proportion de 80 p. 100, chiffre qui ne concorde pas avec celui de Poulsen et Lenormant qui est de 50 p. 100.

Il ne nie pas tout à fait l'influence du traumatisme, mais il se passe, d'après lui, dans le radius curvus, ce que l'on observe dans la luxation congénitale de la hanche, tant qu'on ne demande pas au poignet un travail pénible, la déformation passe inaperçue, mais sitôt qu'on exige d'un poignet congénitalement déformé des mouvements fréquents et étendus, il devient douloureux et impuissant. *Ce n'est pas le métier qui développe le radius curvus, c'est l'apprentissage.*

Guépin aussi pense que la maladie de Madelung est due à une laxité congénitale de l'articulation radio-cubitale inférieure.

Enfin, pour Jagot, l'hérédité semble jouer un rôle considérable et le surmenage ne paraît servir qu'à augmenter la lésion, à la mettre en relief, en accentuant la difformité.

Théorie inflammatoire. — Dans une communication à l'Académie de médecine en 1907, Poncet et Leriche, à la suite des cas de radius curvus qu'ils avaient observés, chez des sujets sûrement tuberculeux, émettent l'hypothèse de l'origine inflammatoire jusqu'alors refusée à la maladie de Madelung.

« Ces faits parlent, disent-ils, en faveur de l'hypothèse infectieuse et c'est à cause d'eux que nous refusons à croire congénitale la maladie de Madelung, observée chez les adolescents. Englobée dans le groupe des maladies ressortissant du rachitisme tardif, elle est, comme les autres, le résultat d'une ostéomalacie inflammatoire de nature quelconque et qui peut être tuberculeuse ainsi que nous l'avons indiquée (1). »

Nous avons publié l'observation d'un radius curvus double apparu chez un malade atteint de tuberculose à forme articulaire. Il était entré à l'hôpital pour une coxalgie droite et il était guéri d'une tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Ce sujet ne présentait aucune trace de rachitisme, et l'affection était survenue à dix-huit ans, en même temps que les localisations tuberculeuses articulaires, à la suite de douleurs très intenses, revêtant le caractère rhumatismal. Ces douleurs articulaires avaient pris le type inflammatoire, surtout aux poignets, car il était resté un an avec du gonflement articulaire, des synovites des tendons extenseurs, et l'impotence fonctionnelle était telle que, pendant un an, il a été dans l'incapacité de se servir de ses mains et de porter les aliments à sa bouche.

En recherchant dans les autres observations publiées, nous avons trouvé celle de Lenormant où il est dit que la déformation s'était établie d'une façon insidieuse et que l'enfant, âgée de treize ans, présentait comme seul antécédent pathologique des douleurs articulaires survenues à l'âge de huit ans et ayant nécessité le repos au lit pendant plusieurs mois.

Albertin et Leclerc citent le cas d'une jeune fille atteinte d'une déformation des deux poignets, plus accentuée à gauche. Cette affection aurait débuté à l'âge de cinq ans, à la suite d'une violente torsion des deux mains. Il y aurait eu alors des phénomènes inflammatoires tels que les deux poignets furent soumis à l'immobilité pendant trois mois.

Voilà donc un fait nouveau : le *début inflammatoire dans l'évolution de la maladie de Madelung*. Dans deux cas surtout, il est irréfutable, celui d'Albertin et Leclerc et le nôtre, puisque la maladie a suivi immédiatement la période inflammatoire. Ce mode de début méritait d'autant plus d'être souligné que, jusqu'alors, tous les auteurs qui avaient étudié le radius curvus niaient toute origine inflammatoire. C'est ainsi que Félix a pu dire, en défendant l'origine nerveuse de la maladie : « Encore moins doit-on songer à l'inflammation, qu'on n'observe jamais dans cette maladie, pour expliquer la contraction. »

Loin de nous l'idée de tirer une conclusion de ces quelques cas qui sont insuffisants pour rendre acceptable la théorie inflammatoire, mais qui doivent néanmoins attirer l'attention à l'avenir, et faire rechercher l'origine infectieuse, tuberculeuse ou autre, dans les cas nouveaux qui se présenteront aux observateurs.

D'ailleurs, Marfan dit aussi : « On voit quelquefois des sujets de huit à dix ans qui présentent le plus souvent, après une maladie aiguë, la rougeole,

(1) Estor. Loc. cit., in *Revue de chir.*, 1907, n° 9, p. 329-330.
(2) Marfan. Rachitisme, in *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, t. III, 1904.

(1) Poncet et Leriche. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 5 oct. 1907, 3e série, t. LVIII, p. 214.

par exemple, les symptômes suivants : ils se sentent fatigués ; ils ne souffrent pas mais ils ont besoin de repos ; on voit alors se produire une déformation du squelette, presque toujours très limitée, une scoliose ou un genu valgum ou un pied plat valgus. M. le professeur Duplay a décrit des cas de rachitisme tardif des poignets. Ces faits sont rares et mal étudiés, et ne permettent pas d'affirmer l'existence d'un rachitisme tardif (1). »

Théorie éclectique. — En présence de ces nombreuses théories plus ingénieuses les unes que les autres, et qui ont comme défenseurs des auteurs d'une si haute valeur scientifique, on ne peut s'empêcher de remarquer qu'elles sont soutenables dans certains cas, mais qu'elles sont insuffisantes à expliquer tous les cas. Aussi, à part la contracture musculaire et l'origine nerveuse qui réunissent peu de partisans, nous croyons qu'il faut être éclectique et ne pas rechercher une cause unique dans l'évolution de la maladie. Dans chacune il y a du vrai et, suivant les cas, l'une d'entre elles peut intervenir efficacement et suffire pour favoriser une déformation qui tient uniquement à une lésion du cartilage de conjugaison dia-épiphysaire inférieure du radius.

VI

Mécanisme de la déformation. — Sous l'influence du traumatisme, du rachitisme, de l'hérédité ou même d'une infection atténuée chez un adolescent, des lésions apparaissent dans le cartilage de conjugaison dia-épiphysaire inférieur du radius. Il en résulte des troubles dans la croissance de l'os, le radius s'incurve et prend une forme qui n'est que l'exagération de sa courbure normale. Il s'en suit une diminution de la longueur de l'os avec parfois hyperostose, qui entraîne la luxation du cubitus, avec relâchement ligamentaire et la saillie de son extrémité inférieure en arrière.

Madelung, le premier, a pensé à une perturbation de la vitalité du cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

La théorie a été reprise par Redard qui croit que la *déformation du poignet est la conséquence d'une perturbation dans la croissance et le fonctionnement du cartilage de conjugaison des os de l'avant-bras à leur extrémité inférieure* (2).

Gangolphe croit aussi à un trouble dans le fonctionnement des cartilages conjugaux, à un arrêt de développement de la partie antérieure du cartilage de conjugaison du radius.

C'est avant tout au niveau du cartilage de conjugaison du radius que les lésions apparaissent et celles du cartilage de conjugaison du cubitus sont secondaires quand elles existent.

« L'incurvation du radius paraît être la clef de l'affaire, dit Delbet ; elle est la première en date. Par suite de cette incurvation, la surface articulaire inférieure de cet os change de plan d'orientation. Elle est reportée en avant et, au lieu de regarder presque directement en bas, comme à l'état normal, elle regarde très fortement en avant. Dans ce mouvement, elle entraîne le scaphoïde et le semi-lunaire qui lui sont fortement attachés. Mais les os du carpe sont plus solidement unis entre eux qu'ils ne le sont au cubitus. Aussi, le scaphoïde et le semi-lunaire entraînent-ils le pyramidal qui se luxe. La luxation cubito-pyramidale est donc un phénomène secondaire (1). »

(1) Marfan. Loc. cit. in *Traité* Brouardel et Gilbert, t. III, 1904.
(2) Redard. *Arch. gén. de méd.*, 1892, 7e série, vol. II, t. XXX.

(1) P. Delbet. Loc. cit.

VII

Etude clinique. — Début. — Le début de la déformation est presque toujours le même. C'est lentement qu'elle se produit, parfois sans douleur, et c'est par hasard qu'on la découvre.

D'autres fois, c'est à la suite de fatigues, de travaux pénibles, que les malades éprouvent une gêne au poignet, une douleur vague qui limite certains mouvements et les force à s'arrêter.

Enfin, dans certains cas rares, il est vrai, le début peut se faire par des douleurs articulaires généralisées, qui revêtent surtout aux poignets l'allure inflammatoire et simulent le rhumatisme articulaire aigu.

Période d'état. — *Signes physiques.* — a) *Inspection.* — Quand la déformation est accentuée, deux points importants attirent l'attention : l'*énorme saillie sous la peau de l'extrémité inférieure du cubitus et le déplacement de la main en avant du plan passant par l'avant-bras.*

Par suite de cette saillie du cubitus, la déformation est plus visible sur le *bord cubital* du poignet. L'extrémité inférieure du cubitus soulève la peau qu'elle tend, et en avant d'elle se trouve une dépression brusque d'à peu près un travers de doigt. Il en résulte que la face dorsale du poignet et de la main, au lieu de se trouver, comme normalement, sur le même plan que celui de l'avant-bras, se trouvent sur un plan bien plus inférieur.

Les métacarpiens se relèvent en pente douce pour compenser cette déformation, de telle sorte que leurs extrémités antérieures atteignent presque le plan passant par l'avant-bras.

Du *côté radial*, il n'existe pas de saillie. L'extrémité inférieure du radius se continue insensiblement, sans ressaut, avec le bord radial de la main. Il existe une *incurvation à concavité antérieure* à laquelle participent le tiers inférieur du radius et le carpe. Cette incurvation est, en général, douce. Elle est parfois accentuée et presque toute la diaphyse peut y concourir. C'est cette incurvation qui est importante à reconnaître, car c'est elle seule qui permet de faire le diagnostic de la maladie de Madelung.

Pour la bien faire ressortir, on place l'avant-bras en supination et reposant sur un plan horizontal. Dans cette position, chez un sujet normal, les doigts relâchés et en demi-flexion, la moitié postérieure de l'avant-bras et l'extrémité antérieure des métacarpiens reposent seulement sur le plan horizontal. La moitié antérieure de l'avant-bras s'écarte même assez sensiblement de ce plan. Quand le radius est incurvé, l'avant-bras s'applique sur toute sa longueur sur ce plan horizontal. C'est là un signe que j'appelle : *signe de l'incurvation radiale.*

A la *face antérieure* du poignet, on constate parfois une saillie des tendons palmaires et du cubital antérieur, mais surtout des muscles fléchisseurs. Cette saillie peut être prononcée et les tendons être aussi tendus qu'une corde de violon.

Enfin, *la main*, elle-même, peut être déviée de son axe et se porter soit du côté cubital, soit du

côté radial. Cette déviation n'est pas fréquente et existe plus souvent du côté cubital.

b. Palpation. — La palpation confirme les données fournies par l'inspection. Elle décèle parfois une légère hypertrophie de l'extrémité inférieure du cubitus, mais elle montre surtout que le cubitus a perdu toute connexion avec le squelette carpien. Sa surface articulaire est accessible sur presque toute son étendue. Par la pression, on réduit imparfaitement la saillie qu'elle forme sous la peau, et qui se reproduit sitôt que les doigts cessent d'agir, ce qui montre bien que le cubitus est complètement luxé. D'ailleurs on peut sentir, d'après Delbet, le pisiforme sur le même plan horizontal que l'extrémité inférieure du cubitus, alors que normalement il est situé à 1 centimètre environ au-dessous.

Du *côté externe*, on suit l'extrémité inférieure du radius presque toujours augmentée de volume. On ne sent pas d'irrégularités sur l'os, mais une douce incurvation qui se continue sans ressaut avec les os du carpe. *Il n'y a donc pas de luxation vraie, mais une apparence de luxation radio-carpienne.*

Le talon de la main est en général accusé par la saillie des os du carpe que l'on perçoit facilement. Au-dessus, existe une dépression surtout marquée sur le bord cubital de la main et qui montre le relâchement notable de l'articulation radio-cubitale.

c. Mensuration. — Par la mensuration, on constate une augmentation du diamètre antéro-postérieur du poignet du côté cubital. Cet épaississement signalé par la plupart des auteurs, atteignait $4^{cm}8$ dans le cas de Delbet, alors que normalement le diamètre antéro-postérieur du poignet est de 3 centimètres.

On peut aussi trouver une diminution dans la longueur des deux os de l'avant-bras, ce qui revient à dire que l'avant-bras tout entier peut être raccourci. Le plus souvent, le raccourcissement porte seulement sur le radius et varie d'un demi-centimètre à 3, 4 centimètres et même 8 centimètres dans un cas déjà cité.

d. Radiographie. — Enfin, la radiographie est un précieux auxiliaire, car elle renseigne non seulement sur le degré d'incurvation du radius et l'intégrité de l'articulation radio-carpienne, mais sur les troubles qui peuvent exister au niveau de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras et de leurs cartilages de conjugaison dia-épiphysaires inférieurs.

Signes fonctionnels. — *a*. *Douleur*. — La douleur a une intensité très variable. Elle est parfois nulle quand l'articulation est au repos, mais elle apparaît sitôt que le sujet essaie de se servir de sa main. C'est une douleur vague, mal délimitée, siégeant parfois sur le radius, parfois sur le cubitus et le doigt localise mal son siège précis. Ce sont toujours les mêmes mouvements qui l'exaspèrent chez le même sujet et qui fait de lui un infirme en lui rendant impossible l'usage de sa main.

b. *Mouvements*. — Les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont en général conservés. Les mouvements de flexion sont même plus étendus, par contre l'extension dorsale de la main est souvent diminuée. Ce fait s'explique par le changement survenu dans l'orientation de la surface articulaire du radius qui, au lieu de regarder directement en bas, regarde en bas et en avant.

Les mouvements de latéralité sont rarement intéressés. Il en est de même des mouvements de pronation et de supination. Dans certains cas cependant où l'on a constaté une épine osseuse sur le radius, l'amplitude de ces mouvements s'est trouvée diminuée.

c. *Etat des muscles*. — La force musculaire est quelquefois diminuée et dans deux cas, on a même constaté une atrophie des muscles interosseux.

La contracture musculaire est rare et quand elle existe, elle porte plutôt sur les fléchisseurs. Ce que l'on observe surtout, c'est une prédominance d'action des muscles fléchisseurs qui se traduit par la saillie plus accusée de leurs tendons et par la tendance qu'a la main à se placer en légère flexion.

VIII

Evolution et pronostic. — L'évolution complète de la maladie se ferait dans l'espace de deux ans environ. Elle apparaît progressivement au moment de l'adolescence, mais d'autres fois, comme l'a montré Kirmisson (1), elle évolue par poussées successives. Le pronostic fonctionnel est grave, car la douleur compromet l'usage de la main. Il est à noter cependant, qu'au bout d'un temps plus ou moins long, les douleurs disparaissent, la difformité persiste seule.

IX

Diagnostic. — Le diagnostic de la maladie de Madelung est facile et peu fréquentes sont les causes d'erreur.

Toutefois, il ne faudrait pas prendre pour la déformation décrite par Madelung, *la saillie exagérée que fait parfois, chez les sujets maigres, l'extrémité inférieure du cubitus*. C'est un fait sur lequel Estor a attiré l'attention que la maladie de Madelung n'est que l'exagération d'une disposition normale. Aussi, il suffit de palper le cubitus pour voir qu'il n'est pas luxé et que la saillie qu'il forme n'est même pas réductible en partie.

Une ancienne fracture du radius avec cal volumineux pourrait faire hésiter, car tous les observateurs ont comparé la déformation du radius curvus à celle en dos de fourchette de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Mais, si la saillie dorsale du cal peut simuler une incurvation de l'os, le cubitus, par contre, a conservé ses rapports normaux avec le pyramidal d'une part et le radius d'autre part. Il ne faudrait pas se contenter, pour écarter l'idée du radius curvus, des renseignements fournis par le malade sur l'existence d'une ancienne fracture, car l'on sait que C. Nélaton (2) attribuait la maladie de Madelung à un déplacement du carpe se produisant en même temps qu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec déplacement des fragments inférieurs en avant.

Les luxations traumatiques du poignet, par suite de la déformation du poignet, pourraient aussi simuler la maladie de Madelung. La seule luxation du poignet qui soit susceptible d'être mal interprétée, c'est la luxation en avant qui est assez rare et nécessite un violent traumatisme pour la produire. Or, les cas où le radius curvus a succédé à un violent traumatisme sont exceptionnels. Ensuite, dans la luxation en avant, le radius ainsi que le cubitus ont perdu toute connexion avec les os du carpe qui remontent en haut sur leur face antérieure, tandis que

(1) Kirmisson. *Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence*, Paris, 1902.

(2) Nélaton. *Eléments de pathologie chirurgicale*, 1874, t. III p. 195.

dans la maladie de Madelung le radius conserve toujours ses connexions avec les os du carpe.

Enfin, il ne faudrait pas dénommer maladie de Madelung *une arthrite dislocante du poignet* avec squelette de l'avant-bras intact, et commettre l'erreur de Poncet et Leriche qui signalaient, comme atteints de déformation typique, des malades dont le squelette de l'avant-bras était rectiligne. « Il suffit, comme le dit Broca (1), de parler la même langue et de désigner par une nomenclature précise les maladies dont on désire déterminer la nature. » *Or, la maladie de Madelung n'existe pas sans incurvation du radius.*

X

Traitement. — Pour ce qui est du traitement de la maladie de Maledung, la première des choses, c'est le repos de la jointure. On peut y joindre des frictions et des massages, mais ce traitement anodin ne soulage que la douleur et ne corrige pas la déformation, une fois qu'elle est accusée.

Pour lutter contre cette déformation et surtout contre la luxation du cubitus, on comprend tous les appareils qui ont été imaginés et qui n'ont en somme donné que des résultats médiocres à leurs auteurs.

Le plus simple est un gantelet en cuir moulé, immobilisant le poignet, tout en laissant aux doigts leur entière mobilité.

Redard a imaginé un bracelet qui entoure la partie inférieure de l'avant-bras et redresse la déformation au moyen de pelotes à vis qui portent sur les parties saillantes et hypertrophiées.

Hoffa a proposé aussi un appareil qui permet de fixer la main en extension.

Sur les indications de Pierre Delbet, Collin a construit un appareil muni d'un coussinet mobile qui porte sur la saillie du cubitus et que l'on peut serrer à volonté.

Sans faire usage d'appareils silicatés aussi compliqués que ceux de Tripier, le plâtre peut donner d'excellents résultats. Il suffit de corriger la déformation, de mettre la main en extension, d'appliquer la gouttière plâtrée, et d'avoir soin, comme le fait Kirmisson, de placer un petit tampon d'ouate exerçant une pression au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus.

Mais, dès qu'il fût établi que l'incurvation du radius est la cause essentielle de la déviation de la main, on en devait logiquement conclure à l'emploi de l'ostéotomie pour redresser le radius. L'intervention sanglante ne doit être réservée cependant qu'aux cas où la douleur est très vive et l'impotence fonctionnelle complète. Différemment, si la déformation ne gêne pas outre mesure, on comprend que le mieux est de n'avoir recours à aucun traitement.

Le manuel opératoire de l'ostéotomie linéaire du radius a été très bien établi par Duplay. « Il a montré qu'il fallait autant que possible éviter la face externe du radius, pour ne pas léser les tendons des radiaux, et reporter au contraire l'incision en avant, comme si l'on voulait faire la ligature de l'artère radiale. Le tendon du grand palmaire est récliné en avant, les tendons des radiaux en arrière, et l'on arrive aisément sur le radius qui est entamé de dehors en dedans, et sectionné complètement avec l'ostéotome (2).

(1) Broca. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 29 juillet 1908, p. 1005.

(2) Kirmisson. Loc. cit., *Traité de chirurgie infantile*, 1906, p. 565.

Pierre Delbet s'est fait, en France, le défenseur de cette méthode thérapeutique et son opinion a été admise par la plupart des auteurs qui se sont occupés depuis lors de cette question.

Cependant, Sauer combat l'ostéotomie qui, d'après lui, ne donnerait qu'une correction temporaire et serait fatalement suivie de récidive. Elle a cependant donné de bons résultats à Duplay, Delbet, Poulsen, Putti, Lenormant.

On ne voit pas bien la nécessité de faire une section oblique au radius, comme le préconise Poulsen.

Par contre, l'ostéotomie cunéiforme peut trouver des indications dans une incurvation radiale extrêmement accentuée. C'était le cas de Kirmisson (1), qui a dû faire une excision cunéiforme, tant la difformité était prononcée; le résultat a été très satisfaisant. Il faut cependant l'employer dans des cas exceptionnels, car comme le dit Delbet : « On est tenté de croire qu'une résection cunéiforme donnerait de meilleurs résultats. Mais, il faut songer que le coin devrait être à base dorsale; il faudrait donc opérer du côté où les gaines tendineuses sont absolument adhérentes à l'os, ce qui ne serait pas sans inconvénients. »

Jusqu'alors, l'ostéotomie du radius constituait l'unique méthode du traitement sanglant, mais Estor s'est demandé :

1° S'il n'y avait pas lieu de compléter l'opération de Duplay, d'en rendre les effets plus durables par une arthrodèse de l'articulation radio-cubitale inférieure, l'ostéotomie du radius ne remédiant en rien à la laxité de cette articulation;

2° S'il n'était pas plus avantageux dans l'immense majorité des cas, de pratiquer l'ostéotomie du cubitus que l'ostéotomie du radius.

Il a renoncé à l'arthrodèse de l'articulation radio-cubitale inférieure, malgré le succès d'Hoffa, dans les luxations récidivantes de cette articulation, car ses expériences lui ont montré que cette arthrodèse supprimait en totalité les mouvements de pronation et de supination.

Par contre, l'ostéotomie du cubitus pratiquée à quatre travers du doigt au-dessus de l'apophyse styloïde lui aurait donné un bon résultat.

Cependant, Estor reconnaît lui-même que, dans certains cas, l'ostéotomie du cubitus peut être insuffisante et qu'il faut la compléter par une ostéotomie du radius, en ayant soin de ne pas sectionner les deux os à la même hauteur, pour éviter la formation d'un col intermédiaire qui viendrait s'opposer aux mouvements de pronation et de supination.

Mais, outre que cette double ostéotomie est une opération plus grave que l'ostéotomie simple du radius, il semble que l'opération d'Estor ne doive être préférée à celle de Duplay que dans des cas exceptionnels, car cette dernière a donné de bons résultats à la plupart des auteurs qui l'ont pratiquée.

BIBLIOGRAPHIE

Consulter la bibliographie d'Estor dans le numéro du 10 septembre 1907 de la *Revue de chirurgie.*

Schade. *Kasuistischer Beitrag zu den luxationen in Handgelenk auf Crund pathologischer Zustande*, Th. de Kiel, 1906. — Putti. La deformità di Madelung, *Arch. internat. de chir.*, 1906, t. III, p. 64. — Kirmisson. *Traité de chirurgie infantile*, 1906. — Estor. *Revue de chir.*, 1907, n°s 8 et 9. — Lenormant. Un nouveau cas de radius curvus, *Revue d'orthop.*, 1er janvier 1907. — Poncet et Leriche. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance

(1) Kirmisson. *Traité de chirurgie infantile*, 1906, p. 565.

du 8 oct. 1907, 3e série, t. LVIII, p. 214. — Broca. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, séance du 29 juillet 1908, p. 1004. — Félix Marsan. Sur un nouveau cas de maladie de Madelung, *Arch. gén. de chir.*, 25 nov. 1908.

L'orthopédie indispensable aux praticiens, par le docteur F. Calot (de Berck). In-8° de 741 pages avec 825 figures originales dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, Masson et Cie.

L'origine de la vie, par J.-M. Pargame. In-18 avec 69 figures. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Schleicher frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 141. — MARDI 8 DÉCEMBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 8 DÉCEMBRE 1908. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Tapret, Barié, Parmentier, Claisse, Garnier, Guibé, Brindeau, Veau et Mouchet, qui acceptent, et de M. Sébileau, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Victor Audibert, professeur suppléant à l'École de médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 5 décembre 1908, la chaire d'opérations et appareils et une chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris sont déclarées vacantes.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Pugliesi-Conti, député de Paris, vient d'adresser au ministre de l'Instruction publique une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

« Les étudiants ont-ils obtenu les légitimes satisfactions qui leur avaient été accordées, à la date du 16 novembre 1908 ?

Il n'en est rien : seule la réouverture de Clamart est chose faite ; pour toutes les autres concessions, aucune n'a été réalisée.

Les étudiants figurent en aussi grand nombre autour des tables de dissection, dans l'impossibilité d'un travail sérieux courant le risque de se blesser à tout instant ; ceux de première et de deuxième années continuent à être réunis.

L'enseignement de l'ostéologie est tout aussi écourté, malgré l'avis formellement opposé de professeurs éminents, tels que Farabeuf, Rieffel et Sébileau.

Plus de cent étudiants sont encore privés de sujets de dissection et dans l'obligation d'interrompre leurs études.

Les engagements pris à l'égard des étudiants ont donc été presque complètement méconnus et je viens en appeler à vos sentiments d'équité.

Les protestations de ces jeunes gens sont trop légitimes et purement scientifiques pour que je ne sois pas assuré qu'elles rencontreront de votre part un bienveillant accueil, alors surtout qu'elles se manifestent aujourd'hui en des conditions parfaitement calmes et dignes. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Beauvois (de Neuilly-sur-Seine), de Coquet (de Bordeaux), Dauvé (de Colombey), Delherm (d'Auzeville), Grégoire (de Tergnier) et Le Moaligou (de Quimperlé).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Armand-Delille, Baumgartner et Bigeard (de Paris), Bilouet, médecin-major de première classe à Cambrai ; Boisseau et Cargue (de Buchon), Daday (de Privas), Fraenkel (de Paris), Frappat et Gailly (de Romans), Gidon (de Caen), Gilles (de Coudray-Saint-Germer), Guichard (de Bordeaux), Pettidi (de la Ferté-Milon), Petit (d'Epone), Pust (de la Motte-Chalançon), Sarrazin (de Maule), Schackmann (de Plerguer), Sergent (de Fontaine-Notre-Dame), Simon (de Labruguière), Truelle (de Dun-sur-Auron).

MARINE. — Un concours pour l'emploi de professeur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Brest s'ouvrira dans ce port le 20 janvier 1909.

— Un concours pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchements à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux s'ouvrira à Brest le 21 janvier 1909.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-huitième semaine, 887 décès, au lieu de 858 pendant la semaine précédente et de 869, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont toujours rares.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 146 décès, au lieu de 165 pendant la semaine précédente et au lieu de 133 moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 173 décès (moyenne 186).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Abel Lagarde (de Vals-les-Bains), Alfred Maurel (de Marseille), Tinal (de Cambrai) et Gignac (de Mouzon).

HOPITAL LAENNEC. — M. le docteur E. Barié commencera ses conférences de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux le mercredi 16 décembre, à dix heures, et les continuera chaque semaine aux mêmes jours et mêmes heures.

Tous les vendredis à dix heures, consultation pour les maladies du cœur.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1690.*)

DEUX CAS DE MALADIE DE WERLHOF

DANS LA MÊME FAMILLE, A QUINZE JOURS D'INTERVALLE SOUS LE MÊME TOIT

Par le docteur Gabriel RAVARIT,
Chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Poitiers,
Médecin des hôpitaux.

Premier cas. — Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans, le second a trait à une fillette de six ans, petite-fille de notre première malade, habitant avec elle sous le même toit.

Le 23 août dernier, je fus appelé d'urgence à la campagne auprès d'une femme âgée de cinquante-cinq ans, qui avait cessé de voir ses règles à cinquante ans et qui avait eu une ménopause définitive à cinquante-deux ans. Cette femme n'avait jamais eu une heure de maladie, c'était une robuste paysanne adonnée aux travaux des champs. Ses antécédents héréditaires ne présentent aucune particularité; son père est mort à l'âge de quatre-vingts ans, sa mère s'est éteinte subitement à soixante-douze ans. Dans ses collatéraux, nous relevons l'existence de deux frères, tous les deux bien portants. Elle a eu deux garçons et une fille; elle n'accuse pas de fausses couches. Tous ses enfants sont en bonne santé.

Lorsque nous voyons la malade, le 23 août au matin, elle nous dit être souffrante depuis seulement deux jours, et être en proie depuis quelque temps à une constipation des plus opiniâtres. L'avant-veille, le vendredi, sa maladie avait débuté vers quatre heures et demie du matin par une stomatorrhagie des plus abondantes, qui d'ailleurs persistait encore. Cette stomatorrhagie était apparue brusquement, sans prodromes; elle était incessante, toujours abondante, et le sang rejeté était très noir. Ce n'est que le lendemain samedi que l'entourage de la malade s'aperçut qu'elle présentait sur tout le corps une éruption de taches sanguines, et qu'on avait fait appeler le médecin, le docteur Ardillaux (de Clan). Ces taches seraient apparues brusquement le samedi matin, c'est-à-dire le lendemain de son indisposition. Le dimanche matin, à notre première visite, nous avons examiné longuement ces taches hémorragiques, et ce avec d'autant plus d'intérêt que nous n'avions jamais rencontré dans la pratique médicale des cas de ce genre chez des adultes; seulement deux ou trois fois à l'hôpital Saint-André à Bordeaux, une fois dans le service de médecine infantile du professeur Moussous, et une autre fois avec le docteur Faivre, à Poitiers. Ces taches hémorragiques étaient discrètes, quelques-unes larges. A la région fessière seulement elles étaient confluentes, formant ainsi par leur réunion de larges taches ecchymotiques. Comme autres caractères, nous ajouterons qu'elles n'étaient point effaçables à la pression, *leves ad tactum*, comme les taches rosées lenticulaires que l'on observe dans le premier septénaire de l'évolution de la dothiénentérie.

Leur couleur était rouge vineux pour la plupart; quelques-unes, mais très peu, commençaient déjà à revêtir la coloration violette, leur contour était arrondi.

En présence de tous ces signes, je portais immédiatement le diagnostic de purpura hémorragique, syndrome décrit par Werlhof dès 1775, et qui a porté son nom. J'ajouterai que le diagnostic avait été déjà fait par mon confrère, le docteur Ardillaux (de Clan) qui avait vu la malade la veille et qui avait déjà institué un traitement approprié.

Il était important d'essayer de nous rendre compte au point de vue du pronostic si nous avions là affaire à un purpura symptomatique ou à un purpura essentiel, à allures infectieuses. La dernière hypothèse fut adoptée par nous, et l'avenir donna malheureusement raison au pronostic sombre qui fut porté dès le début.

En effet, l'examen de tous les organes ne nous révéla aucun signe pathologique, aucun signe d'altération, aucun souffle à aucun des orifices du cœur, pas de symptômes de brightisme, car tous les petits signes si bien mis en évidence par le professeur Dieulafoy faisaient défaut, et de plus l'analyse rapide de l'urine pratiquée par nous, rapidement, au lit de la malade, ne révélait ni sucre ni albumine. L'urée, dosée le lendemain, atteignait son taux normal. L'estomac, le foie semblaient sains; l'examen de ces organes dénotait pour chacun d'eux des limites normales, et la réaction d'Haykraft que je cherchais aussi me décelait la parfaite vitalité, la non insuffisance de la cellule hépatique. Jamais d'ictère. Restait la constipation opiniâtre dont nous avons parlé. La température était de 36°9.

Le traitement classique fut institué; j'essayais surtout de lutter contre les hémorragies par les divers astringents : 3 grammes d'eau de Rabel en potion, de la limonade citrique en abondance, un gargarisme aluné, l'élévation des membres. Déjà la veille mon confrère Ardillaux avait administré des piqûres d'ergotine.

Nous avions aussi pensé, ainsi qu'il est de règle dans les infections, à faire du lavage du sang et à pratiquer des injections de sérum artificiel. Trois raisons nous empêchèrent de mettre à exécution notre idée : l'état de la pression sanguine, qu'il aurait été important de connaître auparavant, sous peine de l'augmenter peut-être encore; c'est ensuite les bosses séro-sanguines volumineuses constatées aux régions où avaient eu lieu les piqûres d'ergotine, faites cependant de la façon la plus aseptique possible; c'est enfin l'opposition systématique de la malade et de son entourage pour de nouvelles injections hypodermiques. Ils acceptèrent cependant le lendemain une nouvelle piqûre hémostatique, faite par le docteur Ardillaux.

Le lendemain 24, état stationnaire; hémorragies légèrement atténuées. Moins de malaises. Nuit assez calme.

Le 25, le docteur Ardillaux est rappelé sur mes conseils, et le soir il m'envoie la note suivante :

« La malade a eu des vomissements deux fois; elle accuse des bourdonnements d'oreilles continuels; son pouls est à 150, la température est montée à 37°6 (c'était la première fois depuis quatre jours que la malade avait un peu de température). La stomatorrhagie, un instant atténuée, a reparu de plus

belle. Je crois aussi que l'affection prend le caractère nettement infectieux. Je fais une nouvelle injection d'ergotine. »

Le lendemain 26 au matin, nous revoyons ensemble la malade. Il y a eu dans la nuit du melæna en petite quantité. Le pouls est à 120, la température = 37°7. Nous prescrivons une potion avec xxx gouttes de perchlorure de fer et des boissons glacées. La malade accuse des douleurs abdominales assez vives. Le 26 au soir, les hémorragies buccales et intestinales ont cessé, et la famille vient m'annoncer ce résultat qui la satisfaisait fort. Je ne partageais point son optimisme, et en effet le 27, à deux heures du matin, notre pauvre malade s'est éteinte, après avoir eu du melæna en très grande abondance, et avoir manifesté des tendances syncopales avec cryesthésie et les autres signes habituels d'adynamie. C'est donc l'intensité des hémorragies viscérales qui a causé la mort.

On me raconta que quelques heures avant le décès quelques-unes des taches qui étaient violettes étaient devenues vertes, ainsi que nous l'avions prédit au début, dès notre première visite.

Il nous a semblé que cette observation pouvait présenter un certain intérêt, puisque depuis quelque temps on est convenu de considérer le purpura non pas comme une maladie, mais au contraire comme un syndrome apparaissant au cours d'états pathologiques divers : des intoxications de toutes sortes, exo ou auto-intoxications, des maladies nerveuses, du mal de Bright, des maladies infectieuses, des affections cardiaques, etc. Or, chez notre malade, aucune de ces diathèses ne peut être étiologiquement incriminée. De plus, dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas eu de stade prémonitoire, pas de courbature de début, peu ou point de fièvre jamais (la température est allée seulement à 37°8 une fois), pas d'albuminurie, pas d'hémorragies nasales ni rénales, ni gastriques, ni pulmonaires, seulement buccales et intestinales. Même avec la maladie de Werlhoff, notre observation présente quelques légères différences, quelques particularités qui sont à noter.

Nous ne nous arrêterons pas à établir un diagnostic différentiel avec d'autres affections telles que le scorbut par exemple, puisque nous n'avons pas eu à constater de stomatite fongueuse, ni de bosses sanguines ulcérées, ni d'infiltration musculaire sanguine.

Notre regret sera de n'avoir pu pratiquer un examen hématologique étant donnée la distance très éloignée du domicile de notre malade et le dénouement fatal si prompt. Il aurait été intéressant d'y rechercher le monas hemorragica de Klebs ou le bacillus purpuræ de Letzerich. Nous n'y aurions probablement point trouvé de staphylocoques, puisque notre malade n'avait pas eu le moindre signe d'angine, ni de pneumocoques ou de streptocoques puisque la femme était exempte de toutes les affections dans lesquelles ces espèces microbiennes sont rencontrées. La présence de ces agents infectieux d'ailleurs dans une atmosphère aussi saine, dans un milieu aussi amicrobien, en pleine campagne, serait intéressante à constater, car je le répète, nous avons eu affaire à une robuste paysanne, ayant toujours vécu depuis son plus jeune âge dans un milieu amicrobien, n'ayant jamais eu une heure de maladie, placée dans des conditions hygiéniques excellentes, étant née et ayant toujours vécu à la campagne, où elle s'est adonnée toute sa vie aux travaux des champs, et cependant emportée en cinq jours par une affection à allures infectieuses et à début brusque.

Peut-être est-il permis de penser, et en ce qui nous concerne nous osons le penser, qu'il y a eu dans le cas qui nous occupe une dyscrasie que nous ne connaissons pas encore, qui nous échappe, qui est là sous roche, mais qui n'est qu'à l'état d'ébauche, non encore franchement typique dans l'état actuel de nos connaissances. Sous la réserve de l'examen hématologique, je serais disposé à me ranger à cet avis, et à dire qu'il y a là un cadre d'attente, puisqu'il y a des purpuras dont l'agent infectieux microbien n'a pu être isolé, et que là encore un vaste champ d'expériences semble ouvert au clinicien.

Deuxième cas. — *Maladie de Werlhof chez une enfant de six ans (petite-fille de la malade précédente) habitant sous le même toit.* — S'il existe, comme l'indiquent les auteurs, une forme épidémique de purpura, le cas relaté plus haut semblerait pouvoir s'y rattacher, sur un terrain prédisposé il est vrai, cette fois.

Douze jours après le décès de notre cliente, le 8 septembre dernier, on amena à ma consultation sa petite-fille âgée de six ans. Cette enfant, d'une intelligence au-dessus de son âge, en entrant avec sa mère, dans mon cabinet, me tint ce propos, imprudemment sans doute répété par sa famille : « J'ai des boutons comme ma grand'mère, je vais mourir moi aussi. »

Cette fillette, âgée de six ans, est née à terme, robuste, bien constituée. Ses parents jouissent d'une bonne santé, ainsi que leur autre petite fille, qui a dix ans. Elle-même a été bien portante jusqu'à l'âge de quatre ans et demi, époque à laquelle son histoire pathologique devient assez chargée. A cet âge en effet elle contracte la rougeole, qui guérit sans complications. Six mois plus tard, en novembre 1907, exactement le jour de la Toussaint, elle est prise de coqueluche. Cette coqueluche dure quatre mois, et à sa période de déclin, l'enfant est atteinte d'angine sans gravité. Un médecin appelé lui donne ses soins et la laisse guérie, sans rien lui trouver d'anormal.

Au mois d'avril dernier, les parents de l'enfant se trouvant dans une ville voisine la conduisent chez un confrère, car elle avait de fréquentes épistaxis, de la dyspnée d'effort et se plaignait de « mal dans les jambes ». Le médecin diagnostique « une anémie de croissance », mais leur dit néanmoins de revenir le revoir. On s'adresse alors à un autre confrère qui diagnostique une maladie de cœur due à la coqueluche.

Ce diagnostic m'a semblé exact ; il y a chez notre petite malade des lésions valvulaires très accentuées, un souffle très fort, râpeux, en jet de vapeur à l'orifice mitral, avec propagation à tous les autres ori-

fices. Il est fort probable que pendant les quintes de coqueluche des ruptures valvulaires ont pu avoir lieu et produire dans le myocarde des désordres profonds.

La petite malade avait été prise de purpura la veille. Elle était bien prédisposée, et par ses lésions cardiaques, et s'il est vrai qu'il existe une forme de purpura épidémique par la maladie de la grand'mère. Elle présentait des taches sanguines toutes discrètes, pas une seule confluente, sur tout le corps. Les taches n'étaient pas rouge vineux, mais violettes; il n'y avait pas de température. Pas d'hémorragies de muqueuses. Les urines étaient normales.

Nous avions là affaire à un purpura symptomatique puisque l'enfant était une cardiaque, aussi je rassurais les parents en leur promettant presque une guérison assez prompte, cette affection étant d'ailleurs plus bénigne chez l'enfant que chez l'adulte. Sous l'influence de la cure d'alitement, de la cure lactée qui déchargea son cœur en excitant son rein, sous l'influence des révulsifs sur la région précordiale et des bromures alcalins qui calmèrent son éréthisme cardiaque, l'enfant guérit en huit jours de son purpura qui évolua normalement : les taches devinrent de violettes vertes, puis une desquamation légère s'ensuivit, et tout rentra dans l'ordre au bout d'une semaine et demie.

Ces deux observations nous ont semblé pas banales à plusieurs titres : d'abord la rareté de ces cas, ensuite l'évolution de ce purpura essentiel chez une femme de cinquante-cinq ans vivant dans des conditions hygiéniques parfaites, et celle de ce purpura symptomatique presque concurremment chez une enfant vivant sous le même toit, mais présentant il est vrai en ce qui la concerne un *locus minoris resistantiæ*.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES ANGINES CHRONIQUES (1).

Hygiène. — Eviter les atmosphères chargées de poussières, l'impression de l'air froid.

Proscrire les irritants locaux : tabac, alcool.

Ordonner le repos au lit dans les poussées aiguës congestives.

Traitement local. — *a.* POUSSÉES AIGUËS CONGESTIVES. — *Assurer l'antisepsie nasale :*

Introduire matin et soir dans les narines un peu de la pommade :

Vaseline	30 grammes.
Menthol 0gr10 à	0gr15
Acide borique	3 grammes.

ou un peu d'*onguent goménolé*.

Pratiquer trois ou quatre fois par jour, pendant cinq minutes, des inhalations avec le liquide :

Baume du Pérou	20 grammes.
Alcool à 90 degrés	10 —

Quelques gouttes dans un demi-verre d'eau bouillante.

Assurer l'antisepsie de la gorge. — Cinq ou six fois par jour, *gargarisme alcalin* tiède :

Chlorate de soude	5 grammes.
Eau	300 —

ou :

Borate de soude	15 grammes.
Infusion de feuilles de coca à 10 p. 1000	500 —
Teinture de myrrhe	10 —

ou :

Chlorate de potasse	10 grammes.
Infusion de feuilles de ronces	450 —

Pulvérisations trois fois par jour, avec les mêmes liquides, quelques minutes chaque fois.

b. PÉRIODE CHRONIQUE. — *Gargarismes*, selon les formules précédentes.

Pulvérisations d'eaux sulfureuses (Enghien, Challes, Cauterets), pendant cinq minutes tous les matins.

Application de *topiques* : iode, tannin, etc.

Pratiquer des badigeonnages du pharynx buccal et nasal avec un pinceau à poils durs et coupés courts, imbibé des liquides :

Teinture d'iode 4 à	10 grammes.
Glycérine 12 à	20 —

Pour badigeonnages une ou deux fois par jour.

ou :

Iode pur	0gr50
Iodure de potassium	1 gramme.
Lanoline	10 —

Pour badigeonnages deux fois par semaine (Castex).

ou :

Tannin	5 grammes.
Glycérine	30 —

ou :

Tannin } *āā*	30 grammes.
Alcool à 60 degrés }	

ou :

Acide lactique } *āā*	10 grammes.
Glycérine }	

Pour badigeonnages quotidiens.

On peut encore employer le *chlorure de zinc* à 1 p. 100, la *résorcine* à 5 ou 10 p. 100, le *naphtol camphré*.

Ruault recommande un nettoyage préalable à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de bicarbonate de soude, puis un badigeonnage avec une solution de cocaïne, lequel sera suivi d'un attouchement avec le liquide suivant :

Iode } *āā*	2 grammes.
Iodure de potassium }	
Eau distillée 15 à	20 —

Une certaine douleur s'éveille et dure quelques heures. On la modère à l'aide de gargarismes froids avec une solution aqueuse d'acide phénique à 1/2 p. 100 et au besoin en faisant sucer de petits morceaux de glace.

Les parties frottées se couvrent d'une fausse membrane blanchâtre qui tombe du quatrième au sixième jour. Les séances seront répétées à huit ou dix jours d'intervalle. Douloureux, ce procédé est parfois difficilement accepté du malade.

Les grosses granulations pharyngées, les amygdales hypertrophiées seront attaquées par le *thermocautère* ou le *galvanocautère*.

On traitera aussi le catarrhe rhino-pharyngien par des *irrigations tièdes boriquées ou chlorurées* à 7 p. 1000, et, en outre, par des *instillations* dans les narines *d'huile mentholée* à 1/50, *d'huile goménolée* à 5 ou 10 p. 50.

Traitement général. — *a.* POUSSÉES AIGUËS CONGESTIVES. — On conseillera le *benzoate de soude* à l'intérieur :

Benzoate de soude	5 grammes.
Sirop diacode	30 —
Eau de laitue	150 —

b. PHASE CHRONIQUE. — Chez les arthritiques, médication alcaline.

Chez les enfants lymphatiques, huile de foie de morue,

(1) Extrait de l'excellent ouvrage de MM. Courtois-Suffit et Trémolières, *La pratique thérapeutique*, qui vient de paraître à la librairie Doin.

sirop iodotannique, eaux sulfureuses et arsenicales. On peut conseiller par exemple de prendre pendant quinze jours un verre à bordeaux d'eau du Mont-Dore ou un demi-verre à bordeaux d'eau de la Bourboule et, les quinze jours suivants, un verre à bordeaux d'Eaux-Bonnes, ou deux cuillerées d'eau de Challes, etc., dans une tasse de lait chaud.

Traitement adjuvant. — S'il existe une lésion locale irritative, la traiter directement : cautérisations des granulations au galvanocautère, ablation des débris adénoïdiens, des queues de cornets, des cloisons déviées, etc.

Instituer un traitement approprié, si le malade est goutteux, rhumatisant, dyspeptique, neurasthénique, brightique ou diabétique. On ne doit jamais négliger d'analyser les urines.

Régime alimentaire. — Supprimer les agents irritants : épices, alcool, etc.

La diététique est variable selon l'affection générale dont l'inflammation chronique de la gorge est souvent l'effet.

Traitement thermal. — Cure aux eaux *sulfureuses* (Saint-Honoré, Cauterets, Eaux-Bonnes, Enghien, Allevard), *arsenicales* (La Bourboule, le Mont-Dore), ou *alcalines* (Royat).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1908)

Sur la valeur thérapeutique du sulfate d'hordénine. — MM. SABRAZÈS et GUÉRIVE. L'hordénine, alcaloïde découvert par M. E. Léger dans les touraillons d'orge en 1906 est la paraoxyphényl éthyldimétylamine ($C^{10}H^{15}NO$). Connaissant l'efficacité de la décoction de touraillons dans les entérites et s'inspirant des travaux physiologiques de M. L. Camus à ce sujet, MM. Sabrazès et Guérive, après s'être assurés de l'innocuité du produit, ont entrepris des essais thérapeutiques.

Dans les diarrhées infantiles, à raison de 5 centigrammes par jour et par année d'âge, dans les diarrhées simples de l'adulte, dans l'entérite muco-membraneuse, dans la fièvre typhoïde, les auteurs ont obtenu des résultats favorables. Notons que l'on ne peut continuer indéfiniment le remède, après l'amélioration survenue, sans s'exposer à une rechute.

Dans les dyspepsies avec stase et hypersécrétion acide, les résultats ont été également favorables.

Enfin l'action toni-cardiaque, sans avoir l'énergie de celle de la digitale, de la spartéine ou du strophantus, n'est pas négligeable.

Sur le sucre total du sang. — MM. R. LÉPINE et BOULUD.

Effets comparés des sérums à minéralisation complexe et de l'eau salée sur les phénomènes d'excrétion et de nutrition. — M. FLEIG.

Identification d'une empreinte de main ensanglantée sur un drap. — M. BALTHAZARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1908)

Découverte du sporotrichum Beurmanni dans la nature. — MM. DE BEURMANN et GOUGEROT annoncent qu'ils ont pu dans deux endroits différents des Alpes françaises recueillir trois échantillons de sporotrichum Beurmanni, saprophyte des végétaux. Par les cultures et l'étude sur lames sèches, ces sporotriches s'identifient avec le sporotrichum Beurmanni retiré des lésions humaines. La morphologie du parasite dans les cultures naturelles, sur les débris végétaux, est identique à celle des cultures artificielles Par deux séries d'inoculation les auteurs montrent que, d'abord dénué de virulence, le sporotrichum-graminée est devenu par passage successif chez le rat, nettement virulent pour l'homme.

Tuberculose et goitre exophtalmique. — MM. F. RAMOND et A. BLOCH. De toutes les affections capables d'engendrer l'hypertrophie du corps thyroïde, la tuberculose est une des plus fréquentes. Sous son influence, il se produit parfois une sclérose hypertrophique de l'organe avec hyperthyroïdie et symptômes fonctionnels consécutifs. Inversement, la tuberculose peut agir sur un goitre déjà formé, et amener une sclérose atrophique avec hypothyroïdie. Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de trente-trois ans, qui deux ans après le début d'une tuberculose pulmonaire à marche très lente, et sans aucune autre cause, vit apparaître tous les symptômes d'un goitre exophtalmique; puis la tuberculose évoluant, le goitre rétrocéda au bout de huit ans, et avec lui le syndrome clinique de la maladie de Basedow. La tuberculose agit donc sur le corps thyroïde, comme sur tous les autres viscères; elle produit l'hypertrophie ou l'atrophie de l'organe, suivant les cas, ou quelquefois même, elle peut sur le même malade engendrer successivement les deux processus : à l'hyperthyroïdie succède l'hypothyroïdie, au goitre exophtalmique le myxœdème.

Syndrome polyglandulaire par hyperactivité hypophysaire (gigantisme avec tumeur de l'épiphyse) et par insuffisance thyro-ovarienne. — MM. Louis RÉNON, Arthur DELILLE et R. MONIER-VINARD. Une malade, âgée de seize ans et demi, présente depuis l'âge de douze ans une affection ainsi caractérisée :

1° Accroissement considérable et progressif de la taille, avec disproportion entre les dimensions du tronc et celles des membres (taille, 1m68; envergure, 1m80; longueur des membres inférieurs, 1m03).

2° Tous les signes indiqués comme révélant la présence d'une tumeur de l'hyphyse : céphalée à paroxysmes fréquents et à maximum siégeant dans les régions orbito-temporales, nausées, vomissements faciles, sensation vertigineuse, atrophie blanche des papilles sans œdème, élargissement de la selle turcique prouvé par la radiographie.

3° Insuffisance thyroïdienne légère : constipation (du moins au début de l'affection), sensation du froid aux pieds très accusée, tendance aux idées noires, absence de corps thyroïde à la palpation, adipose spéciale du tronc (que l'on peut aussi attribuer à l'insuffisance ovarienne).

4° Insuffisance ovarienne : aménorrhée choline, douleurs lombo-abdominales, aspect infantile des mamelons, bassin à type masculin, développement insuffisant des poils du pubis et des aisselles, bouffées de chaleur avec sudation, etc.

Les auteurs, après avoir exposé ce syndrome polyglandulaire, cherchent à définir le rôle de l'hypophyse et celui de l'ovaire, dans la production du gigantisme. Ils discutent ensuite l'utilité, chez cette malade, de la médication opothérapique associée thyro-ovarienne. A l'amélioration passagère que pourrait provoquer le traitement médical, il paraît logique de préférer le traitement chirurgical et l'ablation de l'hypophyse, surtout en raison de la gravité des troubles visuels. L'hypophysectomie, tentée jusqu'ici par Schloffer, Von Eiselsberg, Hochenegg, Horsley, a donné les résultats les plus encourageants.

Syndromes bulbaires multiples chez un même sujet. — MM. Louis RÉNON et R. MONIER-VINARD. Les auteurs présentent un malade chez lequel une lésion bulbaire s'est traduite par l'apparition de syndromes moteurs, sensitifs, paralytiques, oculaires et viscéraux dont les caractères cliniques, l'interprétation anatomo-physiologique ont été formulés dans le cours de ces dernières années par M. Babinski.

L'intérêt de ce cas tient à la fois à la remarquable multiplicité des syndromes coexistants et à leur netteté.

Ce sujet présente dans la moitié gauche du corps une hémi-asynergie à type cérébelleux avec syndrome oculo-pupillaire de Claude Bernard du même côté. Il existe de la thermo-asymétrie avec de la vaso-asymétrie; la température du côté gauche du corps est plus élevée que celle du côté droit, et les veines superficielles sont beaucoup plus apparentes à gauche qu'à droite; la sensibilité au chaud et au froid est perturbée dans le membre inférieur droit et il y a hypoesthésie dans la sphère du trijumeau gauche. En outre, le malade a présenté dans les premiers jours de la maladie des crises

prolongées de hoquet et de vomissement imputables encore à la lésion bulbaire.

Chez ce sujet enfin, un syndrome d'Avellis (lésion pyramidale droite, paralysie du voile et du récurrent gauche) apporte une preuve nouvelle de l'origine bulbaire de l'ensemble des troubles précédents.

Sporotrichose du tibia ayant simulé une ostéomyélite chronique et nécessité quatre interventions chirurgicales. Diagnostic par la sporo-agglutination et la réaction de fixation. Guérison. — M. Josset-Moure. On sait depuis les observations rapportées ici-même par MM. Fage, Sicart, Bith et Gougerot, Widal et Weil, que la sporotrichose est capable de créer, chez l'homme, des lésions osseuses, spécialement localisées aux tibias.

Le diagnostic de ces lésions est grandement facilité lorsqu'elles coexistent avec des productions de sporotrichose gommeuse, dermiques ou hypodermiques. Mais on conçoit qu'il n'en soit plus de même, quand la gomme périostique ou osseuse constitue la seule détermination de la mycose ; la confusion est alors fatale, avec les lésions d'ostéomyélite chronique infectieuse que l'on observe le plus communément.

Tel a été le cas d'un malade de cinquante-cinq ans dont nous rapportons en détail l'observation. Chez lui, les lésions uniquement localisées à l'extrémité inférieure du tibia, avaient si bien revêtu le signe de l'ostéomyélite chronique, que quatre opérations chirurgicales furent, en trois ans, pratiquées sur le membre malade sans amener la guérison.

Lorsque nous vîmes le malade, rien dans l'aspect extérieur de ses lésions ne permettait de penser à une ostéite mycosique ; seule, l'apparition tardive de l'affection, de même que l'absence de syphilis et de tuberculose nous ont engagés à rechercher si une mycose n'était pas à l'origine des accidents.

La culture ne nous donna pas de résultat car les fistules contenaient de nombreux germes banaux d'infection secondaire.

La recherche du séro-diagnostic de MM. Widal et Abrami, en révélant chez notre malade l'existence d'une sporo-agglutination et d'une réaction de fixation très intenses à l'égard du sporotrichum Beurmanni, nous a permis d'affirmer la nature sporotri-chronique de cette ostéite. Le diagnostic ainsi porté, grâce à cette méthode de recherche, fut contrôlé ultérieurement par la culture, lorsque la désinfection des fistules nous permet d'isoler le parasite par ensemencement du pus osseux.

Le séro-diagnostic, en révélant chez notre malade la nature sporotrichosique de sa maladie, nous a permis de la guérir en moins d'un mois, par l'administration d'iodure de potassium d'une affection que le traitement chirurgical était depuis trois ans impuissant à enrayer.

Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Injections intra-rachidiennes de collargol. Mort. Etude histologique des lésions de la méningite et de l'action locale du collargol. — MM. P. Ménétrier et R. Mallet. Il s'agit d'un homme de trente et un ans, débile du système nerveux, alcoolique, atteint de méningite cérébro-spinale, auquel on a fait des injections intra-rachidiennes de collargol. Après une amélioration passagère consécutive à celles-ci, la mort est survenue le douzième jour de la maladie. Le liquide de la ponction lombaire était franchement purulent; l'examen microscopique du culot a montré que le pus était presque exclusivement formé de polynucléaires et y a décelé un grand nombre de diplocoques qu'on a pu identifier au méningocoque. A l'autopsie, on a trouvé des lésions de méningite étendues à toute la hauteur de l'arc cérébro-spinal avec exsudat purulent surtout abondant à la base du cerveau, le long de la face postérieure de la moelle et à la partie inférieure de celle-ci, où le pus formait une gaine presque complète autour du renflement lombaire et des nerfs de la queue de cheval. Cette dernière région seule portait des traces de collargol qui teintait en brun la dure-mère et la couche de pus. Microscopiquement on a constaté à ce niveau l'englobement par la fibrine et les leucocytes des grains de collargol qui n'a pas diffusé au delà. Dans les lésions méningitiques, les auteurs insistent sur la répartition différente des leucocytes dans l'exsudat et dans l'épaisseur de la méninge enflammée. Tandis que l'exsudat est formé de polynucléaires, on ne trouve dans la méninge, outre les éléments fixes hyperplasiés, que des lymphocytes en infiltration diffuse. Il y a vraisemblablement là deux modalités réactionnelles différentes: la réaction polynucléaire, résultat de la diapédèse d'origine sanguine, et la réaction lymphocytique, d'origine lymphatique, qu'on trouve aussi bien dans les séreuses, comme les méninges et leurs gaines lymphatiques périvasculaires, que dans les appareils lymphatiques. Et ces deux réactions, ici associées, peuvent être isolées dans les inflammations chroniques non exsudatives comme dans la tuberculose et la syphilis, où la réaction lymphocytique reste nulle.

Sur un cas de fièvre de Malte observé dans l'Ile de France. — MM. Danlos, Wurtz et Tanon communiquent l'histoire de deux malades, atteints de fièvre de Malte, observés dans l'Ile de France. Ces deux malades étaient journellement en contact avec des chèvres dont plusieurs étaient d'origine étrangère.

L'allure clinique de la maladie était celle de la fièvre de Malte typique (courbe ondulante, sueurs, arthralgies, orchite). Le séro-diagnostic donna les résultats suivants :

Le sang du premier malade agglutina constamment (neuf examens), deux échantillons différents de micrococcus melitensis, à des taux variant de 1/10 à 1/500. Le sang du second malade agglutinait également, quoiqu'à un taux moins élevé.

Parmi les chèvres que les auteurs purent examiner, trois sur quatre avaient un sérum agglutinant à 1/50. L'urine et le lait n'agglutinaient pas, non plus que le sang de deux chevreaux nés d'une mère malade. Les cultures de sang des animaux malades donnèrent également un résultat négatif.

Les auteurs ont en outre fait la contre-épreuve de ces expériences avec divers échantillons de typhiques ou paratyphiques. Ils ont constaté qu'il n'y avait pas agglutination.

Ils concluent donc qu'il s'agit bien de fièvre de Malte, l'affection ayant évolué chez les chèvres sans déterminer aucun symptôme, comme l'ont d'ailleurs constaté les vétérinaires.

Parmi les animaux malades, une était d'origine alpine. Il y a donc lieu de se demander si cette race ne peut pas être atteinte par la fièvre de Malte. Les auteurs se proposent de faire de nouvelles recherches afin d'élucider cette question.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 2 décembre 1908)

La tarsalgie. — La discussion se poursuit entre M. Poncet et M. Kirmisson sur ce sujet. Dans son argumentation du 29 juillet dernier, M. Poncet avait déclaré que la théorie mécanique de la tarsalgie était « une vieille histoire à laquelle personne ne croyait plus ». M. Kirmisson a consulté tous les traités classiques français et étrangers et il a constaté que tous, sans exception, maintiennent la théorie mécanique ou statique de la tarsalgie. Il fait de nombreuses citations à l'appui de cette assertion. M. Poncet a donc pris ses désirs pour des réalités et M. Kirmisson lui demande d'appuyer sur des faits précis sa nouvelle théorie.

Fractures et luxations du coude. — M. Broca fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Silhol (de Marseille). Dans un cas, il s'agissait de luxation irréductible du coude; dans un autre, de luxation divergente, radius en avant, cubitus en arrière; dans un troisième, de raideur du coude consécutive à une fracture du condyle ; dans un autre de fracture à grand déplacement, etc. M. Broca discute la conduite tenue dans ces divers cas par M. Silhol. Il est difficile de reproduire cette discussion qui repose sur des radiographies que nous ne pouvons reproduire. M. Broca a parlé des cals secondaires, des ossifications dont il est préférable, selon lui, d'attendre la résorption avant d'intervenir. Il a parlé aussi des cals osseux antérieurs, haut ou bas situés et s'opposant plus ou moins à la flexion. Il a fait, au sujet des radiographies, cette réflexion très juste que pour des déplacements antérieurs, il faut faire les radiographies de profil, que pour des déplacements latéraux, il faut faire les radiographies de face.

Traumatisme du rein. — M. MORESTIN fait un rapport sur une observation présentée par M. Fredet. Il s'agissait d'un homme qui avait reçu dans le flanc gauche une violente contusion déterminée par un poids de 2.000 kilogs.

Cet homme est amené à l'hôpital dans un état syncopal. M. Fredet, séance tenante, fait une incision lombaire et trouve le rein divisé par de profonds sillons ; il fait une série de sutures rapprochant les bords de ces fentes et parvient ainsi à arrêter l'hémorragie abondante qui résultait de ce traumatisme. On fit des injections de sérum et le malade se rétablit après avoir présenté une fistule qui a nécessité une opération complémentaire.

Dans des discussions anciennes, MM. Tuffier, Ricard, Gérard Marchant ont présenté des faits de guérison spontanée de ces ruptures du rein, même chez des malades qui avaient eu des hématuries. M. Morestin estime que, quand il y a des signes précis d'hémorragie interne, il vaut mieux intervenir. Vaut-il mieux recourir d'emblée à la néphrectomie, comme on l'a proposé, ou à une opération conservatrice? Alors même qu'il ne reste que des fragments de rein, ne vaut-il pas mieux les conserver? M. Morestin est d'avis qu'il faut tout tenter pour conserver même des fragments de rein. On peut intervenir soit par la suture, soit par le tamponnement. La suture est, aux yeux de M. Morestin, plus avantageuse que le tamponnement. Il faut réserver la néphrectomie pour les cas où le rein est absolument broyé.

M. LEGUEU est aussi d'avis que, dans ces cas de ruptures du rein, il faut être aussi conservateur que possible.

Ces lésions sont d'ailleurs généralement bénignes. Sur une statistique de 1200 cas, on trouve 75 p. 100 de guérison spontanée. Les accidents secondaires sont très rares. L'hématurie peut manquer dans les cas les plus graves. M. Legueu cite un exemple dans lequel, à l'autopsie, on trouva le rein complètement détaché; ce blessé n'avait pas eu d'hématurie. Par contre, on a constaté des hématuries très graves dans des cas qui ont guéri spontanément.

Quand il y a des signes d'hémorragie interne importante, il faut intervenir en recourant aux procédés de conservation.

Suit une série de présentations intéressantes :

Rétrécissement de l'œsophage, poche pharyngienne supplémentaire. — M. ROUVILLOIS présente un jeune soldat qui est atteint de rétrécissement de l'œsophage et d'une poche pharyngienne dans laquelle s'accumulent les aliments. On a fait la dilatation de l'œsophage en s'aidant de l'œsophagoscopie.

Cette observation fera l'objet d'un rapport.

Epithélioma de la bouche. — M. MORESTIN présente un malade qui était atteint d'un épithélioma de la base de la langue et du pharynx, qu'il a opéré il y a trois ans et demi par la résection de la mâchoire et l'ablation de toutes les parties atteintes. Ce malade ne présente pas trace de récidive.

M. SÉBILEAU fait observer que dans ces cas on peut faire des pharyngectomies aussi larges que possible, sans faire de résections osseuses.

M. MORESTIN pense qu'il vaut mieux faire ces résections osseuses. Mais il a présenté ce malade, non au point de vue de la technique opératoire, mais au point de vue de l'absence de récidive trois ans et demi après l'intervention.

Exfoliation complète de la muqueuse vésicale. — M. GUINARD présente une jeune fille de dix-neuf ans qui, se croyant enceinte, se fit *dans la vessie* une injection contenant 500 grammes de sel marin et 1 litre de vinaigre. Elle fut prise de douleurs atroces, de syncopes et d'hématuries. Elle entra à l'Hôtel-Dieu. On lui fit des lavages de vessie ; elle avait des frissons, une température de 40 degrés et des hématuries constantes. L'interne qui la soignait constata un jour une sorte de mèche qui semblait sortir de l'urèthre. M. Guinard tira sur ce semblant de mèche et finit par extraire la muqueuse vésicale dans sa totalité. Il n'y avait pas que la muqueuse ; en plusieurs endroits elle était doublée de fibres musculaires. Cette jeune fille a très bien guéri malgré cette tentative d'avortement dangereuse autant qu'inutile, car elle n'avait jamais été enceinte.

MM. LEGUEU et THIÉRY communiquent des observations analogues.

Les injections de chlorure de zinc dans le traitement des tumeurs blanches. — M. WALTHER présente une jeune fille qu'il a déjà présentée il y a trois ans et qui était guérie d'une tumeur blanche très grave par les injections de chlorure de zinc. Il y a eu une légère récidive qui a été traitée par le même moyen avec le même succès.

Décalcification des os de la main. — M. LEGUEU montre une radiographie représentant une décalcification totale de tous les os de la main, trouble trophique consécutif à un traumatisme carpien.

Kyste du pancréas. — M. POTHERAT présente un volumineux kyste qu'il a enlevé chez une femme de quarante-sept ans. Il s'agissait d'une tumeur abdominale sus-ombilicale, tumeur du rein, du pancréas ou du mésentère? Elle occupait tout le flanc gauche. M. Potherat fit la laparotomie. Il s'agissait d'un kyste contenant 7 litres de liquide noirâtre et dont le pédicule faisait suite à la queue du pancréas. Au cours de l'ablation du kyste, assez difficile, M. Potherat croit avoir coupé l'artère splénique. Cette malade a succombé, après quarante-six heures, à des troubles cardio-vasculaires, très intenses. L'ouverture de l'abdomen après la mort a montré qu'il n'y avait ni infection, ni hémorragie.

Tumeur vasculaire du cou. — M. WALTHER présente une tumeur de la gaine de la jugulaire dont la dissection a été particulièrement difficile.

Un cas de pseudo-hermaphrodisme masculin externe coïncidant avec un sarcome de l'ovaire; laparotomie. — M. BÉGOUIN (de Bordeaux) présente un cas de pseudo-hermaphrodisme masculin externe, coïncidant avec un sarcome de l'ovaire. Un enfant de sept ans, qui avait toujours été considéré par sa famille et son médecin comme un garçon, lui fut conduit en 1904, pour une tumeur abdominale.

Les organes génitaux externes étaient à peu près ceux d'un hypospade, avec un seul testicule à droite, recouvert d'une hernie inguinale. Chez une fille, on eût fait le diagnostic de « fibrome de l'ovaire »; chez ce garçon, on dit « fibrome du mésentère ».

La laparotomie, pratiquée le 17 mars 1904, montra que la tumeur était, en effet, développée au niveau de l'ovaire gauche; il y avait un utérus rudimentaire, dont le col et le vagin étaient remplacés par un tractus fibreux; la trompe gauche était petite, mais normale. A droite, il n'y avait ni trompe, ni ovaire, ni ligament large.

Le ventre refermé, M. Bégouin fit la cure radicale de la hernie droite et, dans le sac, trouva la trompe et l'ovaire droits. Il les refoula dans l'abdomen, et refit la paroi inguinale. Guérison.

Actuellement, quatre ans après, cette fille est à l'école avec les garçons, et les parents ne voulant point faire modifier son état civil, on se demande si, un jour, elle ne risque pas de faire son service militaire.

Fistules vésico-vaginales. — M. BÉGOUIN (de Bordeaux) rapporte une série de six malades atteintes de fistules vésico-vaginales, dont trois avaient des dimensions égales ou supérieures à celles d'une pièce de deux francs, et chez lesquelles il obtint six guérisons consécutives, à la suite d'une seule opération, avec la méthode du dédoublement vulgarisée par M. Ricard, dédoublement très large suivi d'une suture à deux plans : vésical et vaginal.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1908)

Essai de détermination de l'unité de pouvoir amylolytique dans les recherches sur la quantité d'amylase. — M. PARISET. Cette unité, qui permettrait de rendre directement comparables entre eux les travaux des auteurs, peut être définie : le rapport de la quantité de sucre en centigrammes fournie par l'action de 1 centimètre cube du liquide examiné sur 50 centigrammes d'amidon soluble pendant deux heures d'étuve à 39°, à cette quantité d'amidon elle-même.

Détermination du pouvoir amylolytique des urines chez les individus sains et chez les diabétiques. — MM. Enriquez et E. Binet. L'étude comparative du pouvoir amylolytique des urines des individus sains et des diabétiques dont le régime alimentaire était exactement connu et dont les évacuations intestinales étaient largement assurées, a permis aux auteurs d'arriver aux conclusions suivantes :

1° Chez certains glycosuriques, le taux de l'amylase urinaire est plus élevé que chez les individus sains ;

2° Chez ces mêmes glycosuriques, la diminution de la glycosurie s'accompagne toujours d'une diminution de l'amylase urinaire et cela dans une mesure très nettement proportionnelle ;

3° Le chiffre de l'amylase urinaire pour un temps déterminé semble être une constante, puisque chez les glycosuriques débarrassés de leur sucre, on trouve un pouvoir amylolytique sensiblement égal à celui des sujets non glycosuriques.

Imperméabilité rénale aux agglutinines et aux sensibilisatrices typhiques. — MM. Chiray et Sartory. L'urine des typhiques est dénuée de pouvoir agglutinatif, même chez des malades dont le sérum agglutine à 1/100 et 1/150 et dont les urines contiennent de grandes quantités de bacilles d'Eberth. Donc :

1. Les bacilles d'Eberth trouvent seulement dans les milieux circulatoires les éléments organiques susceptibles de réagir contre eux en produisant les agglutinines. Ces substances ne dérivent donc pas de l'activité des épithéliums ;

2. Les albumines urinaires des typhiques sont dénuées de pouvoir agglutinatif tandis que l'on considère comme probable que les albumines sanguines le possèdent ou, comme les albumines urinaires, dérivent partiellement au moins des albumines sanguines ; il faut admettre ou que celles-ci sont dépouillées du pouvoir agglutinatif, lors de leur passage à travers le rein, ou que jamais elles n'ont eu de pouvoir agglutinatif et qu'elles le tiennent seulement des substances solubles diffusées dans les milieux liquides où elles sont elles-mêmes contenues.

Lésions fines du cervelet. — Chez un idiot du type familial âgé de quinze ans, MM. J. Nageotte et Léon Kindberg ont trouvé une atrophie cérébelleuse avec dégénération des cordons postérieurs, des faisceaux pyramidaux et des faisceaux cérébelleux directs. L'atrophie cérébelleuse paraissait due à des lésions spéciales des dendrites, des cellules de Purkinje ; ces dendrites, déformés, portent des nodosités, les unes petites et arrondies, situées sur le trajet des rameaux les plus grêles ; les autres, volumineuses, situées aux points de bifurcation dichotomique : ces nodosités, d'origine inflammatoire, contiennent deux sortes d'enclaves : des granulations de divers ordres et des sphérules. Bien qu'il soit difficile d'émettre, au sujet de ces lésions, une opinion définitive, « il faut convenir que l'aspect des arborisations atteintes évoque, sans que l'on puisse s'en détruire, l'impression d'une lésion parasitaire. »

Diagnostic de l'échinococcose par la recherche des anticorps spécifiques. — MM. Weinberg et Parne ont déjà mis en évidence la production d'anticorps dans l'organisme infesté par les helminthes. Cherchant aujourd'hui les anticorps dans le sérum des animaux porteurs de kystes hydatiques, ils ont employé comme antigène le liquide du kyste. Les résultats ont été très nets. De même, dans l'échinococcose humaine.

Athérome spontané chez le lapin. — M. Weinberg a trouvé l'athérome spontané, chez le lapin, dans 4 à 19 p. 100 des cas. Cette constatation, que l'on peut faire, même chez des lapins jeunes, doit nous mettre en garde contre les conclusions que certains auteurs récents veulent tirer d'un tout petit nombre d'expériences.

Pouvoir leuco-activant des humeurs. — MM. Achard et Foix ont étudié le pouvoir activant des humeurs sur les leucocytes, en transportant ces cellules dans un mélange de liquide à examiner avec une émulsion de levures de muguet stérilisées par le formol. Le nombre de levures incluses par rapport au nombre des polynucléaires donne l'activité leucocytaire. On prend comme unité de mesure l'activité que manifestent les leucocytes de sang normal dans un sérum normal et on lui rapporte l'activité de ces mêmes leucocytes dans le liquide pathologique soumis à l'examen.

Action de la peptone sur les globulins in vivo et in vitro. — MM. Achard et Aynaud. L'injection de peptone dans les veines fait disparaître temporairement les globulins de la circulation. *In vitro*, la peptone, dans le plasma oxalaté, agglutine les globulins. Il en est de même dans le sang citraté, mais à des degrés variables, l'agglutination étant d'autant plus fonte que le taux du citrate est moindre ou que celui de la peptone est plus grand. Le citrate gêne l'agglutination, mais le calcium ne paraît pas intervenir dans cette action. L'agglutination ne se produit pas à 0 degrés, mais les globulins tués par le froid restent agglutinables par la peptone.

L'agglutination des globulins explique peut-être la leucopénie qui suit les injections de peptone : les amas des globulins englobent les leucocytes et les retiendraient dans les capillaires, puis la désagrégation de ces amas permettrait le retour simultané des leucocytes et des globulins dans la circulation.

Hémolyse, flux leucocytaire et ictère. — M. Feuillié n'a pu arriver à la production de bilirubine ni dans la circulation générale, ni dans la rate ; il pense que l'ictère est impossible sans l'intervention du foie.

Expérimentalement, les poisons hémolytiques comme la toluylénediamine produisent, par action toxique directe sur le leucocyte, une infiltration et une obstruction parcellaire des voies biliaires qui précèdent ou accompagnent l'hémolyse.

Cette lésion des voies biliaires, pouvant aboutir rapidement à des scléroses énormes, est indépendant de l'état de la cellule hépatique.

L'électrargol et l'électro-palladium, médication préventive et curative de l'infection suraiguë du cobaye par la bactérie anaérobie du rhumatisme, le virus fixe rhumatismal. — M. G. Rosenthal, par des injections colloïdales, a pu prévenir et guérir l'infection suraiguë du cobaye consécutive à l'inoculation de la bactérie anaérobie du rhumatisme. Les résultats sont malheureusement en laboratoire comme en clinique inconstants et irréguliers.

Les injections sous-cutanées, intra-musculaires et intra-veineuses des eaux de la Bourboule chez l'animal et chez l'homme. — M. C. Fleig détaille les résultats qu'il a obtenus avec les eaux de la Bourboule administrées en injections par diverses voies, suivant la méthode générale qu'il a préconisée de l'application des eaux minérales comme sérums artificiels. Il a utilisé les eaux des sources Choussy-Perrière ($\Delta = 0°30$) et Croizat ($\Delta = 0°47$), soit en nature, soit rendues isotoniques par addition de NaCl, chez l'animal et chez l'homme, filtrées sur bougie ou le plus souvent sans stérilisation aucune. Soit en injections massives, soit en injections répétées, soit en injections prolongées et à vitesse lente, les animaux peuvent recevoir par les diverses voies et en particulier dans les veines des quantités énormes de ces eaux sans présenter de symptômes d'intoxication (3 litres à un chien de 17 kilos en trois heures); les éliminations par les émonctoires sont abondantes. De plus, les transfusions de ces eaux après des saignées importantes donnent des résultats très supérieurs à ceux de l'eau salée ordinaire, la rénovation globulaire en particulier est plus rapide.

Chez l'homme, M. C. Fleig a injecté en une fois jusqu'à 450 centimètres cubes dans les veines et jusqu'à 700 centimètres cubes dans les muscles. Il signale des résultats thérapeutiques dans quelques maladies de la peau, de la nutrition, dans les adénopathies, etc.

Action vaso-motrice comparée de divers aldéhydes sur le rein. — MM. C. Fleig et Lisbone ont recherché si divers aldéhydes exerçaient sur le rein la même action vaso-constrictive que celle trouvée par Fleig avec le formol. L'aldéhyde cinnamique est le seul qui ait un effet marqué, mais on retrouve cependant, à des degrés d'intensité près, une action rénale de même nature pour d'autres aldéhydes, ce qui est intéressant au point de vue de la chimie pharmacodynamique de la fonction aldéhyde.

Autres communications :

Exploration fonctionnelle de l'intestin dans la fièvre typhoïde. — MM. OLMER et MONGES.

Sur la température de la grenouille dans les divers gaz. — M. G. WEISS.

Contribution à l'étude du rôle biologique des quinones. MM. BRISSEMORET et COMBES.

Sur quelques réactions de l'iodoforme. — MM. ŒSCHNER DE CONINCK et CHAUVENET.

Excitabilité du nerf vague chez le canard. — MM. BATTELLI et STERN.

Recherche de l'indol dans les cultures microbiennes à l'aide du furfurol. — MM. ESCALLON et SÈCHE.

Précipito-diagnostic du kyste hydatique. — MM. FLEIG et LISBONNE.

Action du grand sympathique sur l'accommodation. — M. MAWAS.

Diagnostic bactériologique de la méningite tuberculeuse. — M. MANICATIDE.

Présence des bacilles dysentériques dans la colite infantile. — M. MANICATIDE.

Neurotisation des foyers du ramollissement cérébral. — M. MARINESCO.

Réaction des lépreux à la tuberculine. — MM. SLATINÉANU et DANIELOPOULU.

Réaction de fixation dans la lèpre en employant la tuberculine comme antigène. — MM. SLATINÉANU et DANIELOPOULU.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ARTÉRIO-SCLÉROSE ET PRÉSCLÉROSE

Dans son important rapport au Congrès de médecine de Genève, M. Huchard a particulièrement insisté sur ce fait que l'insuffisance rénale est un symptôme précoce et constant des cardiopathies artérielles, d'où l'indication de leur traitement rénal dès le début. Hygiène sévère, alimentation lacto-végétarienne et médication diurétique sont une triade à laquelle doivent être systématiquement soumis artério-scléreux et préscléreux.

Comme agent de diurèse, les préférences de M. Huchard vont à la *Santhéose*, dont il a minutieusement expérimenté la valeur dans son service de l'hôpital Necker. « C'est, a-t-il déclaré, le plus constant, le plus fidèle et le plus inoffensif des diurétiques. »

Rappelons que la *Santhéose* se présente en cachets en forme de cœur, dosés à 50 centigrammes. La dose journalière à prescrire est de deux à quatre cachets. Le produit se trouve dans le commerce par boîtes de vingt-quatre cachets.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 DÉCEMBRE 1908

THÈSES

Mercredi 16 décembre 1908, à une heure. — M. FRINAULT. Des dystrophies osseuses dans la tuberculose articulaire de l'enfant. (MM. Déjerine, président; Gaucher, André Jousset et Zimmern.) — M. PARISOT. Sur une forme spéciale d'infection bronchique au cours de la coqueluche (bronchite coquelucheuse à type septicémique). (MM. Gaucher, président; Déjerine, André Jousset et Zimmern.) — M. PETIT. De l'application du rayonnement ultra-pénétrant du radium au traitement des cancers de la peau et des muqueuses. (MM. Gaucher, président; Déjerine, André Jousset et Zimmern.) — M. CHEVREUL. Des indications de la cholécystectomie complémentaire au cours des interventions pratiques pour lithiase biliaire sur le cholédoque et l'hépatique. (MM. Segond, président; Walther, Gosset et Pierre Duval.) — M. ROYER. De l'exclusion du pylore comme complément de gastro-entérostomie. (MM. Segond, président; Walther, Gosset et Pierre Duval.) — M. FRAVAL. Contribution à l'étude pathologique et clinique des tumeurs osseuses à myéloplaxes avec deux observations nouvelles. (MM. Segond, président; Walther, Gosset et Pierre Duval.) — M. DELPECH. L'audition chez les adénoïdiens non otitiques (85 observations personnelles). (MM. Segond, président; Walther, Gosset et Pierre Duval.)

Jeudi 17 décembre, à une heure. — M. MONGHAL. Deux cas de fractures spontanées dans la maladie de Parkinson. (MM. Debove, président; De Lapersonne, Bar et Castaigne.) — M. RUCKER. Contribution à l'étude des angio-fibromes de l'orbite. (MM. De Lapersonne, président; Debove, Bar et Castaigne.) — M. CANCE. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite chez l'enfant au-dessous de trois mois. (MM. Bar, président; Debove, De Lapersonne et Castaigne.) — M. LE CAIN. Contribution à l'étude des syphilides par les injections mercurielles locales. (MM. Raymond, président; Thoinot, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. FRICK. De la mort subite et de la mort accidentelle au cours du travail. (MM. Thoinot, président; Raymond, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. WALLON. Le délire chronique à base d'interprétation. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Thoinot et Jeanselme.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Pendant le semestre d'hiver, des cours seront faits par :

MM. les docteurs Bergé, Dufour, Hirtz, Le Noir, Mosny et Sergent (médecine générale).

MM. les docteurs Darier et Hudelo (maladies de la peau).

MM. les docteurs Babinski et Gasne (maladies du système nerveux).

M. le docteur Roubinowitch (psychiatrie).

M. le docteur Dalché (gynécologie médicale).

M. le docteur Boissard (accouchements).

M. le docteur Béclère (radiologie médicale).

MM. les docteurs Richardière et Variot (médecine infantile).

MM. les docteurs Broca et Villemin (chirurgie infantile).

MM. les docteurs Morax et Terrien (ophtalmologie).

Pour plus amples renseignements, consulter l'affiche apposée dans les hôpitaux et hospices.

COURS D'OPHTALMOLOGIE. — Le docteur A. Terson, ancien interne, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, reprendra ses leçons pratiques le jeudi 10 décembre, à deux heures et demie, à sa clinique, 52, rue Jacob, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. Objet du cours : clinique thérapeutique, rapports des affections oculaires avec la pathologie et la pathogénie générales (présentation de malades). Le cours est gratuit.

Un cours technique sur la thérapeutique oculaire, avec exercices, aura lieu ultérieurement les mardis.

S'inscrire à l'avance, ou par lettre, à la clinique, 52, rue Jacob, tous les jours à deux heures.

CONFÉRENCES. — M. le docteur Kolbé (de Chatel-Guyon), ancien professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, fera à partir du 10 décembre, à six heures du soir (67, rue du Montparnasse, métro Edgar-Quinet) une série de conférences avec démonstrations pratiques sur « L'examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve », d'après A. Schmidt (de Halle), avec applications à la pratique journalière et ses résultats pour le diagnostic et la thérapeutique.

Renseignements : chez Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole de médecine, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 142. — JEUDI 10 DÉCEMBRE 1908. 81e ANNEE. JEUDI 10 DÉCEMBRE 1908. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Tapret, Barié, Parmentier, Claisse, Garnier, Guibé, Brindeau, Veau, Sébileau et Mouchet.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS). — Le concours s'ouvrira le jeudi 11 mars 1909, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 4 au 9 janvier 1909 inclusivement.

Le mémoire prescrit devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 9 janvier 1909, à trois heures, dernier délai.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance annuelle aura lieu le mardi 15 décembre 1908, à trois heures.

Ordre du jour. — 1° Rapport général sur les prix décernés en 1908, par M. Troisier, secrétaire annuel; 2° Proclamation de ces prix, par M. Bucquoy, président; 3° Eloge de Tarnier, par M. Pinard, membre de l'Académie.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE. — L'Académie a tenu lundi sa séance annuelle. Le discours d'usage a été prononcé par M. le professeur Bouchard, président, qui a fait l'éloge des membres de la compagnie disparus pendant l'année : Henri Becquerel, Albert de Lapparent, l'un et l'autre secrétaires perpétuels; lord Kelvin, membre associé étranger de la compagnie, dont la dépouille mortelle eut dans son pays les honneurs de Westminster; l'astronome Janssen, le naturaliste Giard, dont l'activité intellectuelle a été si intense; le physicien Mascart, le chimiste Ditte, et, hier encore, Fliche, dont les travaux de botanique appliqués à l'économie forestière sont bien connus, et Albert Gaudry, l'éminent géologue auquel nous devons tant de trésors paléontologiques.

Voici les prix décernés en médecine, chirurgie et physiologie pour 1908 :

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Trois prix de 2500 francs chacun à MM. Albert Frouin, pour ses études sur la « Sécrétion intestinale »; Jules Tissot, pour son « Etude expérimentale de l'anesthésie chloroformique »; Carré et Vallée, pour leurs travaux sur l'« Anémie pernicieuse du cheval (typho-anémie infectieuse) ». — Trois mentions de 1500 francs chacune à MM. J. Rennes, vétérinaire militaire; Maurice Chevassu, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris; J. Joly. — Des citations à MM. Georges Rosenthal, Adrien Lippmann, Soubies.

PRIX BARBIER (2000 francs). — MM. Maurice Piettre et A. Vila; mention honorable à M. Charles Blarez, « l'Urine au point de vue chimique et médical ».

PRIX BRÉANT (100 000 francs). — Ce prix, destiné à récompenser celui qui aura trouvé le moyen de guérir le « choléra asiatique » n'est pas décerné. — L'Académie décerne, sur les arrérages de la fondation, 3500 francs au docteur Vincent, professeur au Val-de-Grâce, et 1500 francs au docteur P. Remlinger, qui dirige l'Institut antirabique de Constantinople.

PRIX GODARD (1000 francs). — MM. Henry Lamy et André Meyer; mention honorable : M. Chiray.

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — M. le médecin-major Bonnette.

PRIX BELLION (1400 francs). — M. J. Basset; mention honorable : M. Alquier.

PRIX SERRES (7500 francs). — M. Albert Brachet, professeur à l'Université de Bruxelles.

Physiologie. — PRIX MONTYON (750 francs). — Le prix est partagé entre MM. J. Sellier, Henri Pottevin, F.-X. Lesbre et F. Maignon.

PRIX PHILIPEAUX (900 francs). — M. G. Lafon.

PRIX LALLEMAND (1800 francs). — M. G. Pagano, professeur à l'Université de Palerme.

PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1400 francs). — M. Eugène Colin.

PRIX POURAT (1000 francs). — M. Jules Lefèvre, professeur au lycée du Havre.

PRIX TRÉMONT (1100 francs). — M. Charles Frémont.

PRIX GEGNER (3800 francs). — M. J.-H. Fabre, correspondant de l'Académie.

PRIX LANNELONGUE (2000 francs). — Réparti entre Mmes Béclard, Bück, Cusco et de Nabias.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

DIATHÈSE ET MÉTASTASES

Par le professeur GAUCHER (1).

Messieurs,

J'étudierai avec vous cette année pendant le semestre d'hiver, dans nos leçons didactiques du dimanche, les dermatoses diathésiques. Mais cet enseignement serait incomplet et manquerait de base, si j'abordais l'étude particulière de chacune de ces dermatoses, sans vous montrer le lien qui les rapproche et les unit, sans vous dire ce qu'il faut entendre par diathèse. Je vais donc aujourd'hui me borner à des considérations générales, persuadé qu'en apportant à votre esprit quelques notions précises sur la diathèse, je vous aurai permis de suivre les leçons ultérieures avec plus de profit et surtout plus d'intérêt.

La *diathèse* est une disposition innée ou acquise de l'organisme qui le rend capable de faire, spontanément ou sous l'influence de causes secondaires diverses, des maladies cutanées ou viscérales, qui peuvent se succéder l'une à l'autre ou se remplacer l'une par l'autre, chez le même individu ou dans la même famille.

Telle est la définition clinique de la diathèse, telle qu'elle existait autrefois et telle qu'elle subsiste encore aujourd'hui.

Les anciens ne connaissaient, en effet, la diathèse que par ses effets. Ils savaient que certaines affections cutanées, telles que l'eczéma, le psoriasis, le prurigo, l'acné, et certaines affections viscérales comme la migraine, l'emphysème pulmonaire, la goutte, la lithiase biliaire et urinaire avaient une commune origine et appartenaient au même groupe morbide.

Quand, chez un même individu, ils voyaient l'emphysème pulmonaire succéder à un eczéma, une bronchite chronique ou une dyspepsie tenace succéder à un psoriasis, ils disaient qu'il y avait *transport de l'essence de la maladie* d'un point à un autre de l'organisme : c'est ce qu'ils appelaient une *métastase*.

La diathèse et la métastase ont survécu ; longtemps elles ne furent que l'expression vague d'une conception qui se dégageait logiquement de faits cliniques bien observés ; aujourd'hui les termes ont revêtu une signification plus précise et ils correspondent à quelque chose de réel et de bien défini.

En 1889, au premier Congrès de dermatologie, j'étais le premier, je crois, à montrer que la diathèse était due à une élaboration incomplète de la matière azotée dans l'organisme et je pensais qu'on pouvait chimiquement la définir : une *auto-intoxication chronique par les matières extractives azotées*. Cette définition demande des explications.

Vous savez, messieurs, que l'urée est le terme ultime et parfait de l'oxydation et de l'élaboration de la matière azotée dans l'organisme. Dans les conditions physiologiques normales, l'azote de l'urée représente 85 à 90 p. 100 de l'azote urinaire total et le reste, 10 à 15 p. 100, appartient à des substances azotées incomplètement transformées et qui sont : l'acide urique, la leucine, la tyrosine, la xanthine, l'hypoxanthine, la créatine, la créatinine, etc. C'est à ces corps imparfaitement transformés qu'il faut réserver le nom de matières extractives azotées.

Mais, entre l'urée et les matières extractives, il n'existe pas qu'une différence chimique : il y a également une différence biologique, qui doit nous intéresser davantage ; l'urée est soluble, dialysable, nullement toxique, sans danger pour l'organisme et facile à éliminer. Au contraire les matières extractives sont peu solubles, toxiques et difficiles à éliminer.

En proportion normale, c'est-à-dire 10 à 15 p. 100, leur élimination est possible, à condition que le rein soit intact. Mais si cette proportion augmente, l'élimination devient plus difficile et incomplète ; elles restent en partie dans l'organisme et l'intoxiquent.

L'intoxication est d'autant plus facile que ces substances, irritantes pour beaucoup d'organes, le sont en particulier pour l'épithélium rénal, qu'elles peuvent déterminer une néphrite épithéliale, un mal de Bright, un gros rein blanc. Comme je l'ai montré, le mal de Bright est en effet une néphrite par auto-intoxication. Cliniquement on connaît la fréquence de l'albuminurie dans les affections diathésiques.

Le rein, ainsi altéré, le rein dont la perméabilité est compromise, suffit encore moins à l'élimination des matériaux toxiques. Les matières extractives, accumulées dans l'organisme, créent un état humoral spécial d'auto-intoxication qui constitue la diathèse.

Ces considérations générales vous montrent tout l'intérêt qui s'attache à la détermination du rapport azoturique pour le diagnostic de l'état diathésique. Ce rapport est toujours faible dans les grandes dermatoses et, en particulier, dans le psoriasis et l'eczéma, comme je l'ai montré dans des recherches antérieures effectuées avec M. Desmoulière. Normalement l'azote uréique représente 85 à 90 p. 100 de l'azote urinaire total. Dans les affections diathésiques, le rapport tombe à 83, 80, 78 p. 100 et même moins, qu'il s'agisse d'une détermination cutanée, comme l'eczéma, ou d'une affection viscérale, comme la lithiase biliaire, la goutte, etc.

Par quel mécanisme la diathèse, ainsi constituée, donne-t-elle naissance à l'affection cutanée ?

Vous savez que l'organisme dispose de trois voies d'élimination, l'une essentielle, rénale, deux autres accessoires ou vicariantes, l'intestin et la peau.

Dans un organisme normal, la presque totalité des déchets de la vie des tissus est éliminée par le rein. Quand celui-ci devient insuffisant, il y a effort éliminateur des deux autres émonctoires.

Si l'effort porte sur l'intestin, l'irritation de cet organe donne lieu à une diarrhée chronique, si fréquemment observée chez les malades intoxiqués par les produits azotés.

Si l'effort éliminateur vicariant porte sur la peau, il se produit une irritation cutanée qui se traduit par

(1) Leçon d'ouverture de 1908-1909, recueillie par M. Giroux, interne du service.

la production d'une dermatose le plus souvent eczémateuse.

Si la sécrétion vicariante de la peau se tarit, si la dermatose disparaît, l'organisme est privé d'un émonctoire précieux, et vous voyez apparaître des troubles gastro-intestinaux, des altérations viscérales, c'est-à-dire surtout des lésions des autres émonctoires, mais souvent aussi des lésions ou des troubles des autres appareils : poumons, foie, système nerveux, intoxiqués également par le poison morbide.

Nous voici revenus au *transport de l'essence de la maladie d'un point à un autre*, à la MÉTASTASE ; mais cette métastase a maintenant un *substratum* chimique, elle n'est plus une simple vue de l'esprit.

C'est la même auto-intoxication qui produit ces lésions de sièges divers, cutanées ou viscérales ; c'est le même poison qui, ne se portant plus sur une voie par laquelle il peut s'éliminer, s'accumule sur un autre organe, où sa présence a des conséquences plus graves.

Le type le plus connu de ces métastases toxiques est réalisé par les métastases goutteuses, que personne ne conteste. Tous les médecins savent que la disparition brusque de l'accès de goutte et de la fièvre goutteuse, qui brûle l'acide urique, peut être suivie de l'apparition de lésions pulmonaires, cardiaques ou rénales, qui sont des lésions métastatiques.

Ce qui est vrai et incontesté pour la goutte est également vrai pour les autres états diathésiques relevant de la même cause humorale, du même trouble de la nutrition que la goutte ; les matières extractives azotées, telles que la leucine, la tyrosine, etc., ont la même origine que l'acide urique, les mêmes propriétés toxiques, une action nocive comparable sur l'organisme.

D'ailleurs, plus que la théorie les faits ont leur importance, et voici des faits, observés surtout chez les enfants et chez les vieillards, mais aussi chez l'adulte :

Un enfant de deux ans, atteint d'eczéma généralisé de la tête, du tronc et des membres, est traité uniquement par des cataplasmes d'amidon, et seulement sur les bras. Sous une influence inconnue, l'éruption cutanée rétrocède brusquement et disparaît en quelques jours, et l'enfant succombe dans un accès de convulsions. A l'autopsie, on trouve seulement une congestion pulmonaire et encéphalique très intense.

Une enfant âgée de deux ans et demi est atteinte d'un eczéma chronique sec, généralisé, très prurigineux, avec épaississement et induration de la peau. Je prescris des cataplasmes d'amidon. Malgré mes conseils, le père, qui était médecin, fait, pendant deux ou trois jours, des lotions sur tout le corps avec une solution phénique faible. Les phénomènes cutanés s'atténuent, mais une congestion pulmonaire survient et l'enfant meurt en quatre jours.

Une petite fille de trois ans, née d'un père obèse et acnéique, présente un eczéma en plaques du tronc et des membres inférieurs. Je conseille le glycérolé cadique faible. L'eczéma disparaît rapidement et fait place à une entérite cholériforme grave, qui ne guérit qu'avec la réapparition de l'eczéma.

Un garçon de dix-huit mois, né de père eczémateux, présente une entérite dysentériforme rebelle à la suite de la guérison d'un eczéma en plaques des membres supérieurs et de la face. L'enfant guérit de son affection intestinale et l'eczéma reparaît peu de temps après.

Une jeune fille de onze ans, atteinte d'eczéma croûteux généralisé, est traitée par des bains d'amidon, des cataplasmes d'amidon et une pommade au sous-nitrate de bismuth et à la cocaïne. L'eczéma s'améliore, mais l'enfant s'amaigrit, perd l'appétit, a de la diarrhée, devient cachectique. Le traitement local de l'eczéma est supprimé ; l'éruption reparaît et l'état général s'améliore peu à peu.

Un enfant de neuf mois est atteint d'eczéma croûteux généralisé et traité par des bains et des cataplasmes d'amidon et la pommade au bismuth. Les phénomènes cutanés s'améliorent, mais bientôt l'enfant est atteint d'anasarque et albuminurie. Le traitement est suspendu et l'anasarque disparaît.

Une petite fille de quatre ans présente un eczéma de la tête, du tronc et des membres ; elle est traitée par les bains et les cataplasmes d'amidon et par la liqueur de Fowler. Les lésions cutanées s'améliorent, mais l'état général devient mauvais, et le traitement doit être suspendu.

Un garçon de quinze mois, né de père eczémateux, présente un eczéma du cuir chevelu, des oreilles et du cou. Sous l'influence du traitement, les lésions s'atténuent, mais l'état général devient mauvais, les fonctions digestives s'altèrent. Le traitement est suspendu et la santé se rétablit.

Un enfant de seize mois atteint d'eczéma de la tête et des membres est traité par les cataplasmes d'amidon. Les lésions s'améliorent, mais il survient de l'œdème des membres inférieurs. Le traitement est suspendu et l'œdème disparaît.

Les faits sont suffisamment nombreux et précis pour qu'il ne vienne pas à l'esprit de les expliquer par une simple coïncidence. Vous voyez, messieurs, avec quelle fréquence se rencontrent les métastases au cours de l'eczéma et cela surtout dans le jeune âge. Cette prédilection trouve son explication dans la plus grande activité de la nutrition, la délicatesse des organes et la résistance vitale moindre des enfants.

Les métastases de l'eczéma sont beaucoup plus rares chez l'adulte ; il s'agit en effet de sujets vigoureux dont les émonctoires n'ont encore subi aucune altération. Néanmoins, j'ai eu l'occasion d'observer un malade qui, dans son enfance, présentait des accès d'asthme qui disparurent avec l'apparition d'un eczéma. L'eczéma guérit, mais un rhumatisme articulaire aigu survint peu après.

Le vieillard, comme l'enfant, est sujet aux métastases ; la cause en est facile à saisir, et paraît surtout tenir aux altérations rénales si fréquentes à un âge avancé. J'ai vu, chez un vieillard, la guérison d'un eczéma être suivie de complications cardiaques graves ; il existait antérieurement des altérations cardiaques qui ont été subitement aggravées par la suppression de l'émonctoire cutané. J'ai aussi pu observer plusieurs cas dans lesquels la guérison

d'un eczéma s'accompagna de congestion pulmonaire mortelle.

Les métastases n'appartiennent pas en propre à l'eczéma ; le psoriasis, qui est également une affection diathésique, peut présenter les mêmes complications et je vais encore vous donner le résumé de deux observations que j'ai publiées antérieurement.

La première est celle d'un malade âgé de trente-deux ans, atteint de psoriasis généralisé en larges placards sur le tronc et les membres. Le grand-père et un frère étaient goutteux. Je prescrivis l'huile de cade, les bains de vapeur et d'amidon. Six semaines après le début du traitement, le psoriasis disparaît, mais il survient un rhumatisme articulaire aigu, avec endocardite et rhumatisme cérébral.

La seconde observation est celle d'un psoriasique héréditaire, âgé de quarante-neuf ans. Le père est psoriasique, une sœur et un cousin sont atteints de la même dermatose. Le psoriasis de notre malade existe depuis l'âge de quinze ans, avec amélioration et poussées successives, et vers quarante-cinq ans il guérit définitivement. Environ six mois après, surviennent des troubles gastriques : digestions pénibles, lentes, pesanteur et brûlure de l'estomac, vomissements après les repas. Subitement, au cours de cet état dyspeptique et trois ans et demi après la guérison du psoriasis, apparaissent des vomissements noirs qui font porter le diagnostic de néoplasme de l'estomac. Averti par mes observations antérieures, je m'efforce de rappeler l'éruption par l'application de sinapismes. Un mois après, le psoriasis reparaît et le malade guérit complètement de sa gastrite ulcéreuse.

J'ai observé ces dernières années un autre cas semblable, dans lequel la guérison d'un psoriasis fut suivie d'hématémèses, qui disparurent par la réapparition du psoriasis.

Je pourrais multiplier les exemples semblables et vous montrer encore que l'évolution du prurigo peut être accompagnée des mêmes phénomènes. Notamment, les alternatives du prurigo et des bronchites ne sont pas très rares.

Les notions générales que je viens de vous exposer, précisées par quelques faits démonstratifs dont je vous ai donné le résumé, doivent vous conduire à considérer les dermatoses diathésiques comme des toxidermies autogènes déterminées par un poison qui résulte d'une nutrition viciée et naît dans l'organisme lui-même.

La pathogénie des dermatoses diathésiques, c'est-à-dire de l'eczéma, du psoriasis, de l'acné, du prurit sénile, etc., est comparable à celle des dermatoses pathogénétiques de Bazin, consécutives à l'ingestion de certains aliments ou de certains médicaments ; les unes sont des toxidermies endogènes, les autres des toxidermies exogènes.

De cette comparaison découle un enseignement pratique et thérapeutique. Une éruption médicamenteuse comporte, comme première indication, la suppression du médicament ; une manifestation diathésique exige la proscription de tout ce qui entretient ou exagère la diathèse.

Je ne vous exposerai pas aujourd'hui, dans le détail, le traitement des dermatoses diathésiques ; ultérieurement j'aurai trop souvent l'occasion d'y revenir à propos de chaque cas particulier, je voudrais seulement vous donner quelques notions fondamentales, relatives au régime diététique et au traitement général des affections cutanées.

Quand vous aurez à traiter une dermatose diathésique, supprimez d'abord ce qui l'entretient ou l'aggrave. Ecartez de l'alimentation toutes les substances riches en matières extractives et en particulier le bouillon de viande où la créatine entre dans une si grande proportion. Eliminez les poissons de toute espèce, que ce soient des poissons d'eau de mer ou d'eau douce, en raison de la fragilité et de l'altération rapide des matières albuminoïdes qui entrent dans leur composition. Ecartez le gibier dont vous connaissez la grande toxicité, proscrivez certains légumes, riches en acide oxalique comme l'oseille, ou facilement fermentescibles comme les choux.

Vous devrez ensuite faciliter l'élimination des matières extractives retenues dans l'organisme. Vous obtiendrez ce résultat en prescrivant les diurétiques, en conseillant les boissons abondantes et en particulier l'eau simple ou l'eau d'Evian, qui doivent précisément leurs propriétés diurétiques à leur faible minéralisation.

Vous n'oublierez pas davantage de faciliter la tâche des émonctoires secondaires ou vicariants. Vous conseillerez à vos malades de se bien couvrir, pour entretenir à la surface de la peau un état constant de moiteur ; vous surveillerez l'intestin et au besoin vous en régulariserez la fonction par l'emploi de laxatifs. Enfin vous aurez intérêt à interdire la vie sédentaire, à prescrire un exercice modéré, qui, en activant la nutrition générale, favorisera les oxydations.

En résumé, pour guérir une dermatose et éviter les métastases graves qui peuvent en compliquer l'évolution, il vous suffira d'instituer un régime et une hygiène convenables. Actuellement, nous ne pouvons faire davantage, car nous ne connaissons pas de médicament capable de modifier une nutrition viciée et de rétablir la transformation normale de la matière azotée dans l'organisme.

FORMULAIRE

BLEU DE MÉTHYLÈNE EN SOLUTION GAIACOLÉE

M. Ed. Crouzel (de Bordeaux) recommande dans le *Journ. de méd. de Bordeaux* (n° 44, 1908), la formule suivante :

Bleu de méthylène	1 gramme.
Gaïacol	2 —
Glycérine	47 —

Dissoudre le bleu de méthylène dans le gaïacol et ajouter la glycérine.

La préparation obtenue est employée en badigeonnages.

Pour éviter une perte du topique et pour préserver le linge de corps, M. Crouzet fait recouvrir les surfaces traitées par du taffetas gommé qui n'adhère pas à la peau, ne l'irrite pas et constitue une enveloppe absolument imperméable.

M. Crouzel a utilisé sa formule dans trois cas de zona, trois cas de furonculose du cou, deux cas d'ecthyma généralisé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1908)

Réactions hématiques de présaturnisme. — Séance très chargée. Après la lecture du rapport de la commission de l'hygiène de l'enfance, par M. Blache, après l'élection de deux membres correspondants étrangers, MM. Unna (d'Eimsbüttel) et Pick (de Prague), M. Hayem présente les conclusions d'un travail de MM. Agasse-Lafont et Heim sur les réactions hématiques de présaturnisme. Voici ces conclusions :

Les auteurs entendent par présaturnisme un état de l'organisme des professionnels des industries du plomb, dans lequel l'imprégnation par le plomb est décelable, à l'aide d'une méthode chimique suffisamment précise, tandis que les réactions de l'organisme sont assez faibles pour passer plus ou moins inaperçues; cet état semble fréquent dans la population ouvrière des industries saturnines, et compatibles, chez nombre de sujets, avec le maintien d'une santé normale.

Si les réactions sanguines du saturnisme avéré sont parfaitement connues, une étude des modifications hématiques dans l'imprégnation saturnine lente restait à poursuivre.

Les sujets dans la force de l'âge, maniant le plomb depuis des années, n'ayant jamais présenté d'accidents saturnins, présentant un teint normal, non anémique, ou même fortement coloré, ont été seuls retenus.

Les constatations faites sur le sang de ces professionnels présaturnins sont les suivantes :

Il est impossible de doser, par les procédés actuels d'investigation les plus sensibles, le plomb circulant dans le sang, en faisant cette recherche sur la minime quantité qu'il est possible de prélever sur le vivant; la coagulation est normale; il y a parfois légère leucocytose, et assez souvent tendance à la mononucléose; l'anémie est absente ou légère; la diminution de la quantité d'hémoglobine est plus ou moins forte, mais constante; la résistance globulaire généralement augmentée; la présence d'hématies basophiles, granuleuses et nucléées est le fait le plus constant.

La réaction des organes hémapoiétiques qui aboutit à la présence dans le sang de ces hématies anormales paraît être la réaction la plus précoce et la plus caractéristique de l'imprégnation saturnine latente.

La recherche et la numération des hématies à granulations basophiles ou nucléées, combinées avec l'étude de l'élimination plombique par l'urine, semblent constituer la méthode de choix pour le dépistage du présaturnisme professionnel, dépistage auquel restent subordonnés nombre de problèmes d'un intérêt primordial pour l'assainissement des industries saturnines.

Le dipyconium caninum. — M. Blanchard rapporte l'observation d'une petite fillette qui lui a été présentée par MM. Leroux et Labbé et qui présentait des accidents assez graves dus à la présence, dans son intestin, d'un helminthe rarement observé, le dipyconium caninum et qui provient de la puce du chien ou du chat. Pour peu qu'une de ces puces tombe dans la soupe ou le lait d'un enfant, cet helminthe se développe dans le tube digestif.

Il y a donc lieu de prendre des précautions contre les chiens et les chats d'appartement. M. Blanchard demande que l'Académie émette un vœu dans ce cas.

La proposition de M. Blanchard est adoptée.

Diagnostic précoce de la tuberculose. — MM. Duportel, Méry et Armand Delille, qui ont été les collaborateurs du regretté professeur Grancher dans ses études de préservation scolaire de la tuberculose et de diagnostic précoce de cette affection chez les enfants, ont comparé les résultats fournis par cette méthode de Grancher avec ceux que donne l'ophtalmo-réaction de Calmette. Ces résultats sont concordants; 76 p. 100 des enfants chez lesquels on avait diagnostiqué la tuberculose par la méthode de Grancher ont présenté l'ophtalmo-réaction.

Le bilan des Consultations de nourrissons et des Gouttes de lait. — M. E. Ausset (de Lille) a organisé une vaste enquête dans tous les départements (Seine excepté) sur les résultats que les Consultations de nourrissons et les Gouttes de lait ont pu donner, en vue, particulièrement, de rechercher quelle pouvait être l'influence de ces œuvres sur l'abaissement de la mortalité infantile dans les villes où elles sont installées. Il convenait de savoir : 1° si la mortalité infantile avait diminué dans ces localités depuis la fondation des œuvres; 2° si la diminution était plus élevée avec celles s'occupant d'allaitement maternel (Consultations type Budin) ou avec celles ne surveillant que l'allaitement artificiel (Gouttes de lait); 3° si les reproches qu'on a faits à ces œuvres, d'exposer à la contagion et aux refroidissements, étaient justifiés.

Il résulte des documents considérables produits par M. Ausset que la consultation de nourrissons est une arme incomparable pour la lutte contre la mortalité infantile. Certes elle demande à être bien organisée et bien dirigée, mais, une fois remplies les conditions qu'étudie aussi M. Ausset, elle permet d'abaisser la mortalité infantile dans des proportions considérables.

L'œuvre géniale du regretté professeur Budin reste donc comme le meilleur moyen que nous ayons actuellement entre les mains pour lutter contre les hécatombes de petits enfants et par suite contre la dépopulation.

Diagnostic précoce de la tuberculose par la méthode de la déviation du complément. — M. Marmorek dit que ce nouveau procédé est destiné à déceler la tuberculose dès ses débuts, en fournissant en même temps des indications précises sur l'activité du bacille de Koch et sur l'intensité de l'intoxication bacillaire (différente, selon la conception de M. Marmorek, de la tuberculine) dans le sang et dans les urines des malades. La présence de cette toxine est révélée au moyen de la méthode de la déviation du complément. L'anticorps nécessaire est représenté par le sérum antituberculeux, l'indice colorant par un système hémolytique (lapin, sang de mouton).

Pour faire la réaction, il suffit de trois ou quatre gouttes de sang ou d'urine. La présence de la toxine tuberculeuse empêche l'action hémolytique, totalement ou partiellement, selon la quantité de toxine contenue dans le sang ou dans les urines.

Sur 600 personnes examinées par M. Marmorek, la réaction a été conforme au diagnostic clinique dans 95 p. 100 des cas. Cette réaction diffère de toutes celles fournies par la tuberculine d'abord par son innocuité absolue, puisqu'elle se fait en dehors de l'organisme malade, ensuite par l'indication qu'elle donne sur la présence, non pas du bacille, mais d'un processus tuberculeux en activité.

Le principe de la méthode préconisée par M. Marmorek est selon lui applicable à d'autres maladies infectieuses dont l'antitoxine est connue.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1908)

Etude des troubles de la mémoire musicale chez un musicien devenu paralytique général. — M. Nathan.

Opothérapie surrénale dans la myasthénie. — M. Claude. Le malade déjà présenté à la Société en juillet dernier est actuellement très amélioré ; il a engraissé de 9 kilos, les troubles ont disparu, il reste encore de la réaction de dégénérescence de certains muscles. Le traitement a consisté en l'administration discontinue de poudre de surrénale, à dose de 0g30, puis de 0g40; l'amélioration se faisait surtout sentir aux périodes d'administration du médicament. — MM. Sicard et Raymond ont obtenu une amélioration remarquable, dans un cas semblable, par l'opothérapie thymique et surrénale. — M. Dufour se félicite également de l'emploi de l'opothérapie surrénale. — M. Babinski a eu un succès par le traitement hypophysaire.

Hémiplégie et athétose chez une épileptique. — MM. Long et Noica. Les crises d'épilepsie se répètent au plus deux fois par mois; la malade a, depuis l'enfance, une hémiplégie flasque avec abolition des réflexes, et présence du signe de Babinski. Les auteurs ne peuvent se prononcer sur la pathogénie de cette hémiplégie (congénitale ou consécutive à des convulsions survenues dans le bas âge).

Œdème unilatéral post-traumatique, dissociation du syndrome hystéro-traumatisme. — MM. Klippel et P. Weil. Un homme de cinquante-cinq ans eut, à la suite d'un violent traumatisme, une quadriplégie, puis une hémiplégie gauche, sans troubles sensitifs, avec un œdème gauche, respectant la face. On aurait pu penser à l'hystéro-traumatisme; il s'agit d'une lésion organique, probablement, hémorragies miliaires de la moelle cervicale.

Résistance de la lymphocytose céphalo-rachidienne au traitement spécifique. — M. Sicard. Les résultats de l'auteur concordent avec ceux de MM. Widal et Lemierre, l'auteur discute la signification de la lymphocytose.

Méningo-myélite syphilitique avec signes tabétiformes. — MM. Rose et Lemaitre. Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, qui fut prise, il y a six mois, de céphalée, et, il y a trois mois, de paralysie faciale gauche améliorée par le traitement spécifique. On constate, en outre, de l'anesthésie dans le domaine de la cinquième paire gauche, l'abolition du réflexe pharyngé gauche, le signe d'Argyll, une légère ataxie, avec signe de Romberg, douleurs fulgurantes, l'abolition de tous les réflexes tendineux, sauf celui du poignet gauche.

Deux cas de myosclérose atrophique, rétractile, sénile. — MM. Dupré et Lhermitte. Dans les deux cas, l'autopsie montra l'intégrité du système nerveux, et une myosclérose très intense, avec atrophie et dégénérescence graisseuse et pigmentaire des fibres musculaires.

Tabes et grossesse, vomissements par crises gastriques. — MM. Dufour et Cottenot. Une femme de trente-cinq ans avait, au cours d'une grossesse, des vomissements paroxystiques, à caractères incoercibles, l'examen révéla les signes d'un tabes fruste. Deux grossesses avaient été accompagnées des mêmes vomissements qui s'étaient répétés dans leur intervalle; les deux premiers enfants étaient morts peu après la naissance.

Hémiplégie hystérique ayant simulé une hémiplégie organique. — M. Laignel-Lavastine. Il s'agit d'un homme qui, il y a dix ans, à la suite d'une chute, eut quelques jours de coma, puis une hémiplégie qui fut diagnostiquée d'origine mésocéphalique. Or, actuellement, il a un mutisme complet, avec une contracture unilatérale, qui disparaît pendant le sommeil, il s'agit donc d'une hémiplégie hystérique.

Etude des mouvements associés. — M. Noica. L'étude des réflexes osseux vient confirmer la théorie de Hitzig, relative aux mouvements associés. Pour l'auteur, contracture et mouvements associés sont deux phénomènes connexes, existant toujours simultanément.

Amyotrophie scapulo-humérale myélopathique (type Vulpian). — MM. Dupré et Monnier-Vinard. Un adulte présente, depuis un an, une amyotrophie progressive de l'épaule; l'évolution et l'existence de réaction de dégénérescence des muscles et nerfs dans le territoire atteint montrent qu'il s'agit de l'amyotrophie scapulo-humérale décrite par Vulpian.

Insuffisance endocrinienne thyrotesticulaire.—MM. Brissaud, Gougerot et Gy. Dans le cas actuel, l'insuffisance pluriglandulaire porte sur les deux glandes sus-mentionnées, et, peut-être, sur la surrénale.

Tumeurs cérébrales frustes (forme hémiplégique). — M. Souques. Autopsie de deux vieillards atteints d'une tumeur (gliome et sarcome) intéressant le lobe pariétal. Chez l'un, il n'y avait d'autre symptôme qu'une hémiplégie progressive, avec troubles sensitifs et douleurs dans les membres paralysés; chez l'autre, à l'hémiplégie, s'ajoutaient des troubles de déficit intellectuel, caractérisant la forme psycho-paralytique de MM. Brissaud et Lœper.

Réflexe plantaire intermédiaire. — M. Marbé. C'est l'immobilité apparente du gros orteil, que l'auteur décrit sous ce nom.

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude du tabes rudimentaire associé aux affections de l'aorte. (Mattirolo. *Revue neurol.*, 1908, p. 648-653.) — Il s'agit, d'après l'auteur, d'un de ces cas dénommés par Strumpell « tabes rudimentaire » en raison de leurs symptômes très effacés, et de leur évolution très lente; cette forme spéciale est associée, chez des sujets syphilitiques, aux affections aortiques. Dans le cas actuel, les premières douleurs remontaient à trois ans. L'autopsie révéla des lésions des cordons postérieurs, diffuses et non systématisées aux bandelettes de Pierret, comme dans le tabes initial; la démyélinisation n'était nulle part complète, ce qui peut expliquer l'effacement des symptômes, par rapport à l'étendue des lésions.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Lésions des nerfs craniens dans les fractures du crâne. (John J. Thomas. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LI, n° 4, 25 juillet 1908, pp. 271-275.) — Tous les livres signalent la blessure des nerfs dans les fractures de la base du crâne, mais sans en donner la fréquence. Thomas évalue celle-ci à 1/7 environ. Il a réuni une statistique de 541 cas avec 69 blessures des nerfs, soit 12,75 p. 100.

L'ordre de fréquence est le suivant :

Facial................	44	cas dont	2 bilatéraux.
Moteur oc. externe......	12	—	1 bilatéral.
Auditif...............	10	—	4 bilatéraux.
Moteur oc. commun.....	9	—	3 partiels.
Optique..............	8		

L'olfactif, le pathétique, le trijumeau et l'hypoglosse ont été atteints, chacun une fois. Thomas n'a compté comme lésions de l'auditif que les cas à surdité marquée, et lésions de l'optique que les cas à vérification ophtalmoscopique.

Certaines de ces lésions étaient isolées, c'est-à-dire qu'un seul nerf était atteint; quelquefois les lésions de plusieurs nerfs étaient combinées.

Voici par ordre de fréquence ces associations : VII et VI; VII et VIII; VII et VII; II, VII et VIII; II, III et VI; VII, VII et VI; les combinaisons sont très irrégulières; à part la prépondérance énorme des lésions de la septième paire, sur laquelle tout le monde est d'accord, on ne peut établir de loi. Cushing donne comme associations les plus fréquentes, VII, VIII et VI; V et III; IX, X et XI; il n'y a pas un seul cas de blessure de ces derniers nerfs dans la statistique de Thomas.

Que le facial soit le plus souvent atteint, cela s'explique; que l'auditif lui soit fréquemment associé, cela n'étonne pas à cause du voisinage intime des deux nerfs. Pathogéniquement, il peut y avoir écrasement du nerf; il y a alors déformation osseuse; mauvais pronostic. Il peut y avoir hémorragie ou infiltration séreuse dans la gaine du nerf; pronostic meilleur. Pronostic généralement mauvais pour les nerfs qui passent dans un long canal, facial et auditif; déplorable pour l'optique. Bien peu de chose à faire pour le traitement immédiat; anastomose nerveuse plus tard en cas de paralysie faciale.

F. GARDNER.

Actinomycose de la peau du pied. (Leo Buerger. *Amer. Journ. med. Sc.*, vol. CXXXIV, n° 5, nov. 1907, p. 702-709.) — L'invasion primitive de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané par l'actinomyces bovin n'est point fréquente. Il y en a moins de 20 cas publiés (17 exactement) et une étude soigneuse montre que plusieurs de ces cas sont probablement des cas d'inoculation secondaire de la peau, l'inoculation primitive étant ailleurs. Cela est surtout vrai de cas où une actinomycose cutanée coïncidait avec une actinomycose de la mâchoire. Si l'on exclut ces cas, il n'en reste que

8 dont l'origine primitivement cutanée est indiscutable. Buerger en ajoute un neuvième.

La particularité clinique frappante notée par la plupart des observateurs, c'est la ressemblance avec la tuberculose cutanée. La malade de Buerger avait un nodule sur le dos du pied gauche, au niveau du quatrième métatarsien. L'aire intéressée était elliptique de 2,5 × 1,3 centimètres. La peau était surélevée et violacée. Le tout était mou et semi-fluctuant, les bords nets, bien découpés et entourés d'une zone légèrement indurée. Le diagnostic probable fut tuberculose; la tumeur fut excisée à la cocaïne. A un premier examen, on ne trouva pas d'actinomycès. Toute la tumeur fut examinée histologiquement; on la divisa en douze fragments et dans un seul l'on trouva trois colonies d'actinomyces. Il y avait de nombreux vaisseaux néoformés. La guérison fut rapide après que l'iodure de potassium fut administré. Ce cas montre bien les difficultés du diagnostic. F. GARDNER.

Sur l'emploi de filigranes de fil d'argent pour la cure de hernies considérées habituellement comme inopérables (MAC GAVIN. *The British med. Journ.*, 16 nov. 1907.) — La méthode décrite par Mac Gavin s'applique soit à des cas de récidives répétées après des opérations de cure radicale de hernie, soit à ceux dans lesquels une affection chronique comme l'asthme, une bronchite, entraînant l'accroissement répété de la tension abdominale, soit encore ceux dans lesquels la hernie résulte d'une perte de substance de la paroi comme l'exérèse d'une tumeur, soit enfin chez les malades trop âgés pour espérer un résultat d'une cure radicale.

Il montre les inconvénients de l'emploi des plaques métalliques perforées, des feuilles grillagées d'argent, et décrit en détail sa méthode.

L'asepsie présente ici une importance primordiale. La préparation de la peau avant l'opération doit être très soignée. Le filigrane est placé pendant cinq à dix minutes dans un bain d'éther, puis ensuite bouilli dans une solution de soude.

Le filigrane est ensuite placé dans la plaie entre le grand droit et son aponévrose postérieure. On ne draine pas et on ferme par-dessus par des sutures. Les résultats ont été excellents. Le métal ne se résorbe pas, ne s'élimine pas et ne s'est pas rompu. M. LANCE.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des gastro-entérites infantiles par le régime sec. (COURTELLEMONT. *Gaz. méd. de Picardie*, n° 10, oct. 1907; — *La Pediatrie pratique*, 15 août 1908, p. 197.) — Le traitement classique des gastro-entérites infantiles par la diète hydrique, puis par le bouillon de légumes ou la décoction végétale, le babeurre, les bouillies diastasées est d'une efficacité incontestable; mais on trouve partout des cas rebelles et alors il peut être utile d'essayer le régime sec préconisé par Gallois. M. Courtellemont conseille d'employer le régime sec chaque fois qu'une diète hydrique de vingt-quatre heures, suivie de l'emploi du bouillon de légumes pendant vingt-quatre heures, n'a pas enrayé les accidents. Il institue le régime sec de la façon suivante : On donne d'abord à l'enfant des bouillies très épaisses faites avec du bouillon de légumes et de la crème de riz; ces bouillies sont données, au nombre de quatre le premier jour, de cinq à six le second jour; après deux jours de ce régime, on y adjoint des gâteaux secs (type petit-beurre), du fromage Gervais ou du jaune d'œuf.

Le régime sec comporte quelques moyens adjuvants : administration du sous-nitrate de bismuth, hydratation par voie rectale et sous-cutanée.

Avec ce traitement, l'auteur a obtenu de bons résultats; les vomissements et la diarrhée cessent rapidement. La reprise de l'alimentation ordinaire est plus aisée après le régime sec qu'après le régime liquide. LÉON BABONNEIX.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Parmi les symptômes de la phtisie pulmonaire, il en est peu qui soient aussi fatigants pour le malade et aussi rebelles à tout traitement que la toux, d'où la nécessité de discipliner cette toux, de supprimer la toux sèche, la toux inutile, suivant l'expression de M. Lalesque (d'Arcachon), pour ne conserver que la toux utile, c'est-à-dire l'effort nécessaire pour rejeter le crachat.

Cette toux quinteuse, persistante, empêche le malade de reposer, elle maintient l'irritation locale, elle amène souvent par sa persistance des vomissements répétés aboutissant à l'intolérance gastrique complète.

Dans ces conditions, les préparations opiacées sont mal supportées, c'est aux bromures alcalins qu'il faut s'adresser, et en particulier au bromure de potassium qui, depuis les travaux d'Henry Mure, est resté la base de toute thérapeutique nerveuse.

Le sirop d'écorces d'orange au bromure de potassium préparé par les procédés Henry Mure, a l'avantage de supprimer complètement l'élément spasmodique de la toux des phtisiques. Il n'irrite pas le larynx plus ou moins ulcéré des tuberculeux et grâce au sirop d'écorces d'oranges amères qui constitue un véhicule parfait au bromure, il est en outre un excellent excitant des fonctions stomacales.

Calmer la toux des tuberculeux, favoriser son alimentation, n'est-ce pas le point essentiel que doit viser le thérapeute?

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 248, 25 oct. 1908.) Stéphane LEDUC : Démonstration par les courants électriques de l'existence de centres de synergie dans les centres nerveux. — H. MARQUÈS et H. CHAVAS : Résultats obtenus par le traitement électrique dans la névralgie faciale. — WETTERER : Une nouvelle application des rayons X, l'irradiation homogène des tissus profonds. (Homogenstrahlung Dessauer.) — BÉCLÈRE : De la substitution des gaz aux liquides isolants dans les interrupteurs rotatifs à jet de mercure et de la valeur comparée des divers gaz comme diélectriques. — (N° 249, 10 nov.) René DESPLATS : Contribution à l'étude de la fulguration dans le traitement des cancers. — DE NOBELE et TYTGAT : Action de la fulguration sur les tissus normaux. — Francis BIRAUD : Traitement radiothérapique de la névralgie du cordon.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 11, nov. 1908.) BOPPE : La méthode de Thiriar en chirurgie. — DUBUJADOUX : Hernie inguinale étranglée. Mortification de l'intestin. Résection de l'anse herniée et entérorraphie circulaire. — BASSERÈS : Un cas de résorption totale du cristallin chez l'adulte. — VIEILLE : Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de poignard. Grosse hernie épiploïque. Désinfection. Résection de l'épiploon. Pansement à la Mikulicz. Guérison. — BOUCHEREAU : Deux observations de gynécomastie. — MONÉGER : Un cas d'hystérie latente se révélant tout d'un coup par des accidents alarmants (spasme de la glotte, hémiplégie) à l'occasion d'une grippe légère.

Archives de médecine navale. — (N° 11, nov. 1908.) DONNARD : Etude hygiénique du croiseur-cuirassé *Victor-Hugo* (*suite*). — CARBONEL : Secours aux blessés pendant le combat. — PFIHL : Note sur un cas de régénération complète de la phalangette de l'index droit. — LAURÈS : Gymnastique rationnelle et force vitale. — BARBOLAIN : Aperçu sur la pathologie de Saïgon et de la division navale en 1906. — DUFRANC : Rapport sur la campagne de la *Surprise* (océan Indien). — DEZEUZES : Sur le dosage dans l'air de proportions d'hydrogène variant de 0 à 10 p. 100. — LANCIEN : Recherches physico-chimiques sur quelques composés uraniques.

Archives générales de chirurgie. — (N° 10, 25 oct. 1908.) Ch. LINÉ : Traitement du pneumothorax opératoire en plèvre saine (*fin*). — Denis G. ZÉAS : Les hémorroïdes chez l'enfant. — MAUCLAIRE et LEVANT : Les sténoses intestinales secondaires aux hernies étranglées avec ou sans phlegmon stercoral (fig.).

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 1, janv. 1908.) LEGUEU et DEVERRE : Deux cas d'arthropathie tabétique tibio-tarso-métatarsienne.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 oct. 1908.) LAUMONIER : La question de l'arthritisme (*fin*). — (15 nov.) A. ROBIN : Traitement du rhumatisme articulaire aigu. —

Bulletin médical. — (N° 85, 28 oct. 1908.) E. SACQUÉPÉE : L'ictère hémolytique d'origine paludéenne. — (N° 86, 31 oct.) Sir DYCE DUCKWORTH : La tuberculose inflammatoire à forme scléreuse et la diathèse arthritique. — (N° 87, 4 nov.) Jacques CARLES : Phobies et troubles dyspeptiques. — GRANJUX : Sur l'état sanitaire des ouvriers d'une fabrique de liqueurs. — (N° 88, 7 nov.) PAUCHET : Les indications opératoires de l'ulcère de l'estomac. — PLICQUE : Le traitement des anorexies (*suite*). — (N° 89, 11 nov.) Albert CHARPENTIER : Tabes (maladie de Duchenne). — (N° 90, 14 nov.) GARNIER et SABARÉANU : Des variations de poids dans la fièvre typhoïde. Influence de la rétention de l'eau pendant la fièvre. — (N° 91, 18 nov.) PINARD : De l'obstétrique opératoire dans la dystocie par viciation pelvienne. — LE GENDRE : Comment on apprend et comment on applique la thérapeutique. — (N° 92, 21 nov.) E. RIST : Étude sur les renseignements fournis par la radiologie chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire. — G. KUSS : Radioscopie et auscultation des poumons. Radiographies comparatives de tuberculoses caséeuses et de scléroses pulmonaires ou ganglionnaires. — L. MARTIN et DARRÉ : La trypanosomiase chez les blancs et son traitement.

Écho médical du Nord. — (N° 43, 25 oct. 1908.) GÉRARD : La nouvelle pharmacopée française ; modifications importantes pour la posologie et l'art de formuler. — CHARMEIL, BERTIN et POITEAU : Traitement de la syphilis par l'atoxyl. — Jean MINET et R. PIERRET : Rétrécissement mitral pur, nanisme et tuberculose. — (N° 44, 1er nov.) GELLÉ et LECLERCQ : Le pancréas dans la syphilis héréditaire. — LOUVEAU : Inconvénients de l'application trop prolongée des corsets orthopédiques rigides. — (N° 45, 8 nov.) LAGUESSE : Deux leçons sur les capsules surrénales. — (N° 46, 15 nov.) COURTELLEMONT et HAUTEFEUILLE : Fièvre typhoïde et crises hypothermiques. — INGELRANS : Phlébite goutteuse ou phlébite chez les goutteux. — (N° 47, 22 nov.) M. BRETON : Introduction à l'étude de la défense de l'organisme contre l'infection.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 43, 25 oct. 1908.) KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*). — E. GINESTOUS et L.-A. BLANCHARD : L'assistance aux aveugles dans le département de la Gironde. — (N° 44, 1er nov.) KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*). — (N° 45, 8 nov.) KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*). — (N° 46, 15 nov.) DUVERGEY : Une variété de lipome ; le lipome rameux. — (N° 47, 22 nov.) Paul LEMAIRE : Sur la composition du vin diurétique de Trousseau ; Sur le sirop de laurier-cerise. — J. KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 43, 25 oct. 1908.) R. SAINT-PHILIPPE : De l'hémoptysie chez les enfants. — P. CARLES : L'engrais humain chez les maraîchers. — (N° 44, 1er nov.) A. BOURSIER : Sur un cas de tuberculose hypertrophique non ulcéreuse de la vulve. — Ed. CROUZEL : Sur quelques propriétés thérapeutiques inédites du bleu de méthylène en solution gaïacolée. — (N° 45, 8 nov.) CHARRIER : Deux cas de néphrectomie pour tuberculose rénale. — (N° 46, 15 nov.) R. SAINT-PHILIPPE : Que vaut la consultation de nourrissons dans la lutte actuelle contre la mortalité infantile ? — P. CARLES : Balnéation et radioactivité. — (N° 47, 22 nov.) A. CHARRIER : Deux cas de néphrectomie pour tuberculose rénale (*suite*). — MONGOUR : A propos de tuberculose et du Congrès de Washington.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 oct. 1908.) A. SIREDEY : Les métrorragies des vieilles femmes. — E. MÉNAGER : Séjour au lit après l'accouchement.

Journal des praticiens. — (N° 43, 24 oct. 1908.) BAR : La folie des nourrices (*fin*). — (N° 44, 31 oct.) HUTINEL : Les infections hospitalières. — (N° 45, 7 nov.) RECLUS : Les greffes dermo-épidermiques. — J.-Ch. ROUX : La constipation (*fin*). — (N° 46, 14 nov.) BERNHEIM : Sur un cas de chlorose avec phlébite crurale et embolie croisée cérébrale. — Paul-Emile LÉVY : Inutilité de l'isolement dans la neurasthénie et les névroses. Supériorité de la cure libre. — (N° 47, 21 nov.) LE GENDRE : Quelques régimes pathologiques en particulier. — JOFFROY : Les accidents nerveux produits par la fulguration et l'électro-action. — B. CHALMET : Evacuants et constipation.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 43, 24 oct. 1908.) G. LEMIÈRE : Action biologique de la lumière. — (N° 44, 31 oct.) GRASSET : Les criminels à responsabilité atténuée. — G. LEMIÈRE : Action biologique de la lumière (*fin*). — (N° 45, 7 nov.) DURET : Les guérisons de Lourdes sur le passage du Saint-Sacrement. — DAVID : Sur un cas de paratyphoïde. — (N° 46, 14 nov.) DURET : Les guérisons de Lourdes sur le passage du Saint-Sacrement (*suite*). — L. CHATEAU : Fracture de l'occipital avec irradiation à l'étage postérieur de la base, et fracture indépendante de l'étage antérieur.

Lyon chirurgical. — (N° 1, nov. 1908.) ALBERTIN : Des abcès froids tubaires. — CARREL : La transfusion directe du sang par la méthode de Crile. — COTTE : La cholécystectomie sous-séreuse. — TAVERNIER : Les traumatismes du poignet.

Marseille médical. — (N° 22, 15 nov. 1908.) IMBERT et MASINI : La hernie inguinale (*fin*). — FOURNIER : Création d'un service d'inspection des écoles.

NOTES POUR L'INTERNAT

SÉMÉIOLOGIE DE L'ICTÈRE CHRONIQUE

L'ictère est un syndrome caractérisé par la coloration jaune des téguments et des muqueuses ; cette coloration est due à la présence dans le sang et dans les tissus des pigments normaux ou modifiés de la bile ; dans la plupart des cas, ces mêmes pigments s'éliminent par les urines. L'ictère peut être dit chronique quand il persiste pendant plus de six semaines à deux mois.

A l'état normal, les cellules hépatiques fabriquent une quantité nécessaire et suffisante de bile ; le pigment biliaire normal, la bilirubine, provient de la destruction des hématies et de la transformation de l'hémoglobine ; la bile s'écoule dans l'intestin après avoir séjourné dans la vésicule. Pour que l'ictère se produise, il faut soit que l'hémolyse et la fonction biligénique deviennent anormales, soit que le cours de la bile dans les voies d'excrétion se trouve entravé. Ce dernier cas, le plus simple, est celui de l'ictère par rétention mécanique ; le cholédoque est oblitéré par un calcul, par un cancer de la tête du pancréas ; la bile ne pouvant plus passer dans l'intestin est résorbée, circule dans le sang et imprègne les téguments ; dans certaines cirrhoses biliaires, l'angiocholite et la périangiocholite des canaux biliaires de petit calibre peuvent également mettre le foie en état de rétention biliaire. Les anomalies de la fonction biligénique expliquent plus difficilement l'ictère ; on admet cependant que la bile est résorbée quand elle est sécrétée en quantité trop considérable (ictère polycholique), quand elle contient une quantité trop grande de pigments biliaires normaux (ictère pléiochromique) ou quand elle renferme des pigments anormaux. Des ictères d'origine hématique avaient été admis par Gübler (ictère hémaphéique) puis très discutés ; plusieurs travaux récents

ont montré qu'il existait des ictères hémolytiques résultant de la dissolution de certains globules rouges (hémolyse) et de la mise en liberté de leurs pigments (Chauffard, Widal). Cette physiologie pathologique des ictères ne peut servir de base à une étude clinique et séméiologique; il est préférable de distinguer cliniquement deux grandes variétés d'ictère : 1° L'ictère vrai ou biliphéique, dit encore *ictère ortho-pigmentaire*, est le plus important; les pigments normaux de la bile se retrouvent dans le sang, dans les tissus et dans les urines, l'ictère est à la fois sanguin, cutané et urinaire (Chauffard) dans les cas les plus typiques; cependant cet ictère peut être acholurique, c'est-à-dire sans pigments biliaires dans les urines; 2° l'ictère urobilinique (Hanot) ou *ictère méta-pigmentaire* (Boix) est dû à la résorption de pigments biliaires modifiés (urobiline, pigment rouge brun); il correspond cliniquement à la plupart des faits décrits par Gübler sous le nom d'ictère hémaphéique, mais il n'est pas d'origine hémolytique.

ÉTUDE CLINIQUE. — *Ictère biliphéique ou ortho-pigmentaire.* — La jaunisse est très nette, sauf si on examine le malade à la lumière d'une lampe; la coloration des téguments peut parcourir toute la gamme du jaune, depuis le jaune soufre, la teinte citron jusqu'au jaune très foncé; lorsque l'ictère est intense et surtout lorsqu'il se prolonge, il devient de plus en plus foncé et tend alors à tirer sur le vert, vert bronze, vert olive et même vert noir. Dans l'ictère chronique ortho-pigmentaire, il n'est pas nécessaire de rechercher la coloration jaune aux points d'élection (partie scléroticale de la conjonctive, région sublinguale) qui sont surtout importants pour le diagnostic du début de l'ictère. Les parenchymes et les tissus sont également pour la plupart imprégnés de bile. Les sécrétions, sauf l'urine, sont peu colorées, la salive et les larmes ne se modifient pas; la sueur est très rarement colorée; le lait peut contenir des pigments biliaires.

La coloration des *urines* varie du jaune orangé avec reflet verdâtre à la surface jusqu'à la couleur brune de la bière forte et même d'une infusion de café. L'agitation détermine une mousse qui persiste et reste colorée en vert. De réaction acide, ces urines sont habituellement diminuées de quantité. On y décèle les pigments biliaires par la *réaction de Gmelin* en versant dans un verre contenant l'urine de l'acide azotique nitreux; à la surface de séparation des deux liquides, se forme une série d'anneaux colorés vert, bleu, violet, jaune; la teinte caractéristique est la teinte vert émeraude, due à l'oxydation de la bilirubine ou biliverdine. La *réaction de Salkowski* est beaucoup plus sensible. On pourra aussi chercher la présence des acides biliaires par la *réaction de Hay* en saupoudrant de fleur de soufre l'urine fraîche et filtrée; si elle contient des acides biliaires, le soufre tombe au fond du verre, sinon il reste à la surface. La réaction de Hay est surtout due aux acides biliaires, mais comme l'urine ne contient pas d'acides sans pigments, cette réaction devient ainsi pathognomonique de ces derniers. On peut encore faire la *réaction de Pettenkofer*. (Pour toutes ces réactions, voir les Traités classiques.) Les urines ictériques ne contiennent des acides biliaires que d'une façon inconstante.

Dans le *sérum sanguin*, on constate la présence des pigments biliaires par la réaction de Gmelin.

L'examen des *matières fécales* a une grande importance clinique. Souvent les matières sont décolorées, d'un blanc grisâtre, pâteuses, très grasses; ces caractères indiquent que la bile ne passe plus dans l'intestin et par conséquent qu'il existe un obstacle dans les voies biliaires. Lorsque les fèces sont au contraire fortement colorées, d'un brun verdâtre foncé et comme chargées d'un excès de bile, il s'agit d'un ictère pléiochromique. Quelquefois les matières sont peu modifiées. Dans certains cas de diagnostic difficile, il devient utile de faire une étude chimique complète des matières fécales, d'employer les diverses méthodes de *coprologie* (Gaultier).

A l'examen clinique des ictériques, on peut constater, en dehors des symptômes de la maladie causale, un certain nombre de troubles morbides qui sont sous la dépendance de l'ictère. Au *tube digestif*, c'est l'anorexie, la lenteur de la digestion, ce sont les alternatives de constipation et de diarrhée, quelquefois du météorisme. La bile est un poison dont l'action se fait sentir sur l'appareil circulatoire et le système nerveux; la *bradycardie*, l'instabilité du pouls sont des symptômes très fréquents, cependant la bradycardie se constate plutôt dans les ictères passagers que dans les ictères chroniques; la *pression artérielle* est abaissée (Chauffard); à l'auscultation du *cœur*, on entend quelquefois des souffles; Gangolphe a décrit un souffle systolique de la pointe par insuffisance mitrale fonctionnelle; Potain a montré que ces souffles de la pointe étaient d'origine extra-cardiaque et que les souffles des ictériques ont plutôt leur siège au foyer tricuspidien : sous l'influence d'un réflexe dont le point de départ est dans la muqueuse biliaire irritée ou enflammée, la pression augmente dans le réseau de l'artère pulmonaire et plus tard les cavités droites du cœur se laissent distendre. Les malades atteints d'ictère se plaignent souvent de *prurit*, ce qui a pour conséquence des lésions de grattage, des papules de prurigo, des excoriations linéaires; mais le prurit, comme la bradycardie, appartient surtout aux ictères aigus (Chauffard). Quant aux plaques de xanthélasma, plaques de couleur peau de chamois, ayant surtout comme siège le bord des paupières, mais pouvant se voir en un point quelconque de la surface du corps, elles ne sont pas dues à une pigmentation locale par les matières colorantes de la bile plus ou moins modifiées, elles résultent d'un trouble trophique dont les relations avec l'ictère sont incontestables mais mal connues. Les troubles sensoriels, en particulier les troubles oculaires, sont très rares; on a signalé la xanthopsie ou vision des objets en jaune, l'héméralopie.

Enfin tout ictère chronique a un profond retentissement sur l'*état général* du malade; l'assimilation intestinale est troublée, l'auto-intoxication se produit d'abord par la résorption de la bile, ensuite et surtout parce qu'un foie ictérique fonctionne mal aussi bien pour la glycogénie que pour sa fonction d'arrêter ou de transformer les substances toxiques (Dastre et Arthus, Roger). Alors le malade perd ses forces et maigrit, arrive à un véritable état de cachexie ictérique; ces modifications de l'état général dépendent aussi beaucoup de l'affection dont l'ictère chronique est un symptôme.

Ictère méta-pigmentaire. — L'ictère par pigments modifiés présente des caractères très différents. La coloration de la peau est plutôt jaune sale, jaune pâle que franchement jaune verdâtre; dans les cas intenses, cette coloration est très nette, mais bien souvent, il faut la rechercher en particulier aux tempes, dans la région en fer à cheval formée par les lèvres et le menton (Boix); cet ictère se rencontre particulièrement chez les saturnins, et surtout chez les alcooliques atteints de cirrhose atrophique. Les urines sont d'un jaune rougeâtre, un peu orangé; par transparence elles sont jaunes, rougeâtres à la lumière réfléchie; elles sont dichroïques (Hayem). Les principaux pigments anormaux qu'on y trouve sont l'urobiline et le pigment rouge brun; l'*urobiline* sera recherchée avec le chlorure de zinc ammoniacal et au spectroscope (voir les classiques). Le *pigment rouge brun* se reconnaît à la coloration brun acajou que prend l'urine dans laquelle on verse de l'acide nitrique nitreux.

Les malades atteints de cette variété d'ictère n'ont pas de prurit, pas de ralentissement du pouls; les matières fécales sont parfois un peu décolorées, mais plus souvent très colorées. Souvent cet ictère méta-pigmentaire s'accompagne de signes d'insuffisance hépatique; en effet, d'après Hayem et Tissier, l'urobiline est le pigment du foie malade, le produit de l'insuffisance hépatique; il y a un rapport constant entre l'urobilinurie et les lésions atrophiques ou dégénératives de la cellule hépatique. Telle était la théorie classique jusqu'à ces dernières années, mais d'après Gilbert et Herscher, l'urobiline a dans la plupart des cas une origine rénale, et voici comment il faut comprendre l'ictère urobilinique : ce sont les pigments biliaires normaux qui circulent dans le sang et colorent les téguments, mais, au niveau du rein, ces pigments sont transformés en urobiline que l'on retrouve dans les urines; il y a donc en même temps cholémie et urobilinurie; l'urobilinurie n'est donc pas toujours un symptôme d'insuffisance hépatique, elle est plutôt dans la plupart des cas un des signes révélateurs de la cholémie. On trouve dans le sérum sanguin des pigments biliaires, dans l'urine de l'urobiline; par conséquent l'ictère dit méta-pigmentaire n'est pas un ictère urobilinique; c'est un *ictère urobilinurique*. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Lepicard, Alexandre et Sans.

GUERRE. — MM. les médecins-majors de première classe Rivière et Perrogon sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

MONUMENT VICTOR CORNIL. — Le Comité vient de se réunir sous la présidence de M. Loubet. La souscription atteint à ce jour environ 24000 francs sur lesquels 17000 sont attribués à la statue de Cusset. La souscription reste ouverte, le surplus sera attribué au monument de la Faculté de médecine.

On souscrit à Paris chez M. F. Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, et à Cusset (Allier), chez M. James Combe.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-neuvième semaine, 912 décès, au lieu de 887 pendant la semaine précédente et de 940, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 161 décès, au lieu de 146 pendant la semaine précédente et au lieu de 168 moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès (moyenne 201).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ernest Delbet, député ; Delaporte (de Paris) et Edgard Lévy (de Nancy).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE, DU NEZ, DU PHARYNX ET DU LARYNX. — Sous la direction du docteur M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, les docteurs Paul Laurens et Hautant, assistants, commenceront le lundi 11 janvier 1909, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques. Ce cours aura lieu tous les jours à huit heures et demie du matin. Il sera complet en trente leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance, dans le service, auprès du docteur Paul Laurens.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 DÉCEMBRE 1908

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Gosset et Proust ; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Lecène ; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 22 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Morestin ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant ; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 23 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Rieffel et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e (1re série) : MM. Gariel, Langlois et Mulon ; — (2e série) : MM. Pouchet, Retterer et Zimmern ; — (3e série) : MM. Gley, Desgrez et Macaigne.

3e (oral, (2e partie) : MM. Déjerine, Sicard et André Jousset ; — M. Richaud, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Lepage, Potocki et Couvelaire; — M. Gosset, suppléant.

Jeudi 24 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Desgrez, Fernand Bezançon et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Gley, Launois et Nicloux.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Retterer, Marion et Brindeau ; — (2e série) : MM. Ricard, Demelin et Morestin ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget ; — (2e série) : MM. Hallopeau, Castaigne et Nobécourt.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Carnot et Balthazard; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Richaud ; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Thoinot et Claude ; — M. A. Broca, sup.

Samedi 26 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, G. Ballet et Claude ; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt ; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Fernand Bezançon.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Launois, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

DE L'ILÉUS BILIAIRE

PAR MM.

LERICHE, chef de clin. chirurg., et G. COTTE, prosecteur, à la Faculté de médecine de Lyon.

Les calculs biliaires peuvent déterminer sur l'intestin des accidents variés d'occlusion qui ressortissent à plusieurs mécanismes. Quelquefois, la cholécystite calculeuse fait des adhérences péritonéales rétrécissant le duodénum ou le côlon; d'autres fois, c'est une grosse vésicule bourrée de calculs ou remplie de pus qui comprime directement l'intestin; dans quelques cas plus rares, on a observé des phénomènes parétiques consécutifs à de la péritonite suppurée ou localisée; mais le véritable iléus biliaire est dû à la migration anormale et à l'arrêt de calculs dans la lumière intestinale. C'est de cette seule variété que nous nous occuperons ici, les autres ne présentant aucune particularité anatomique ou clinique et n'imposant pas de conduite thérapeutique spéciale.

I

Historique. — La présence de calculs biliaires dans l'intestin et son occlusion consécutive ont été signalées déjà depuis fort longtemps. C'est ainsi que d'après Garin, on en trouverait déjà des notions dans les œuvres de Lucas Schrok (Augsbourg 1680), de Gross (Breslau 1696), de Lemery (Amsterdam 1704), de van Swieten, Vicq d'Azyr, etc. Meckel et Monro le jeune, dans la seconde moitié du XVIIIe siècle, font allusion à cette cause d'obstruction intestinale et J.-L. Petit en parle dans ses œuvres chirurgicales. Fauconneau-Dufresne, dans son *Traité de l'affection calculeuse du foie*, Cruveilhier père, dans son *Anatomie pathologique*, Frerichs, dans son *Traité des maladies du foie*, en rapportent des exemples.

Mais, c'est seulement en 1870 que commence avec Bryant et Clifford-Allbut la période chirurgicale de cette affection. Après les travaux de Leichtenstein (1876) et de Murchison (1878), de Mossé (Th. d'agrégation, 1880), on trouve les thèses de Leclos (Munich 1882), de Béraud (Paris 1884) et de Gonzalès (Paris 1887).

Dans un mémoire paru à la même époque dans le *Lyon médical*, Audry réunit 6 cas où la laparotomie donna 6 insuccès. Nous signalerons encore, sans y insister davantage, le travail de Wising et celui de Dufourt (*Lyon médical*, 1887), les thèses de Hölscher (Fribourg 1887), de Schwann (Giessen 1891), de Schüller (Strasbourg 1891) et celle de Dagron (Paris 1891); puis, l'étude de Kirmisson et Rochard dans les *Archives générales de médecine* (Paris 1892) et les chapitres consacrés par Courvoisier et Naunyn à cette complication de la lithiase biliaire. Citons enfin, parmi les mémoires plus ou moins importants, datant encore de cette époque, les études de Eves en Angleterre, de Galliard, de Jaboulay en France, la communication de Körte au Congrès de la Société allemande de chirurgie (1893), les dissertations inaugurales d'Otto (Leipsick 1893), de Castner (Greifswald 1894) et l'article de Löbstein dans le *Beiträge z. klinischen Chirurgie* (1895).

Si nous rappelons ici tous les travaux avec la date de leur publication, c'est que beaucoup d'entre eux, parus à l'étranger, ont échappé aux auteurs qui se sont occupés de la question. Mais, nous avons hâte d'en arriver aux travaux de ces douze dernières années, car, à vrai dire, c'est seulement à cette époque que l'occlusion intestinale par migration anormale de calculs biliaires devient réellement chirurgicale. Le nombre sans cesse toujours plus grand de laparotomies pratiquées pour combattre les accidents aigus ou chroniques de l'obstruction intestinale laisse supposer d'ailleurs qu'aux faits signalés par les auteurs que nous venons de citer vont venir s'en ajouter d'autres et dans de bien plus grandes proportions encore. Nous allons rapidement les énumérer en nous attachant à mettre en évidence les travaux d'ensemble écrits sur la question et en laissant de côté les faits publiés isolément de différents côtés.

En 1897, Kölliker, dans le *Centralblatt für Chirurgie*, fait une étude de diagnostic différentiel entre l'appendicite et l'occlusion intestinale par calcul biliaire. Puis nous trouvons la thèse de Raymond (Lyon 1897) inspirée par Gangolphe, bientôt suivie de celles de Garin (Paris 1898) et Payan (Lyon 1899). A la même époque, en Allemagne, nous rencontrons les thèses inaugurales de Melzer (Marbourg 1898) et de Funke (Kiel 1898), les communications de Delore à la Société nationale de médecine de Lyon (1899) et de Herzfeld à la Réunion libre des chirurgiens de Berlin (1899).

Depuis cette époque, la question a été surtout étudiée à l'étranger; des études d'ensemble ont été écrites par Rehn et par Hönigmann en 1900, par Barnard en 1902. Ranke (Inaug. dissert., Leipsick 1903) a étudié exclusivement les coudures de l'intestin à la suite des cholécystites calculeuses.

La thèse de Hermann (Iéna 1904) constitue le mémoire le plus complet paru jusqu'à ce jour et comprend 249 observations.

Citons, pour terminer, les thèses plus récentes de Benning (Leipsick 1905), de Köllecker (Kiel 1905), de Carl (Fribourg 1905) et le chapitre consacré par Wilm à cette affection dans son article du *Deutsche Chirurgie* sur l'iléus (1907). Dans leurs livres ou leurs articles récents sur la chirurgie des voies biliaires, Schwartz, Kehr, Körte, Mayo-Robson, Goldammer rapportent des observations nouvelles qui ne font encore partie d'aucune statistique (1).

(1) Il serait trop long de mettre ici les indications bibliographiques complètes de tous les travaux cités. Nous renvoyons pour cela à l'étude bibliographique de von Bardeleben, parue dans le *Centralblatt für Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie* (1907) et qui se rapporte à tous les faits de chirurgie du foie et des voies biliaires parus depuis le mémoire de Langenbuch dans le *Deutsche Chir.* (1897). Voir aussi les thèses de Hermann (Iéna 1904) et l'article de Wilm (*Deutsche Chir.*, 1907).

II

Etiologie et pathogénie. — 1° Fréquence. — L'occlusion intestinale provoquée par des calculs biliaires est relativement fréquente (1). Leichstenstein (1876) en relevait 41 cas auxquels Mossé ajoutait 25 faits nouveaux, quatre années plus tard. Courvoisier (1890) en réunissait 131. Gaillard, en 1895, portait ces chiffres à 225. Enfin, plus récemment, Hermann, dans sa thèse en résume 249 observations. Nous pourrions actuellement en citer, sans peine, plus de 350.

Parmi tous ces faits, on relève une *notable prédominance de l'affection chez la femme*. Toutes les statistiques s'accordent sur ce point. Naunyn, dans ses 127 observations, ne trouve que 37 hommes; Kirmisson et Rochard disent également que la femme est trois fois plus frappée que l'homme. Barnard donne la proportion de 1 contre 5. Hermann groupe 153 femmes et 62 hommes; dans 34 cas, le sexe n'était pas déterminé. Ceci s'explique aisément par la grande fréquence de la lithiase dans le sexe féminin.

Pour un motif identique, on comprend que presque toutes les observations concernent des malades d'âge mûr. Naunyn a dressé le tableau suivant que nous nous bornons à reproduire ici :

Au-dessous de 30 ans........	7 cas.
De 31 à 40 ans.............	7
De 41 à 50 ans..............	26
De 51 à 60 ans..............	45
De 61 à 70 ans..............	25
Au-dessus de 70 ans........	12

En somme, sur 125 cas, il s'agissait 82 fois de sujets ayant dépassé la cinquantaine.

2° Nombre et volume des calculs. — Presque toujours ce sont de grosses pierres qui mènent à l'occlusion, et rarement il y en a beaucoup. De petits calculs peuvent pourtant y conduire : nous verrons tout à l'heure comment. Généralement ronds ou allongés, quelquefois irréguliers, ils portent souvent des facettes, indices de leur multiplicité primitive dans les voies biliaires.

3° Par où passent les calculs pour arriver a l'intestin? — Comme on peut le supposer *a priori*, il s'agit presque toujours de calculs ayant anormalement migré dans l'intestin. Des pierres ayant suivi le chemin naturel du cholédoque peuvent assurément provoquer de l'occlusion, mais c'est un fait plutôt rare : Courvoisier n'en relève que 7 cas sur 39 observations, Le Roy, 6 sur 111. Généralement, c'est par *une perforation* que la pierre passe dans l'intestin. Cette perforation siège, le plus souvent, sur la vésicule et aboutit au duodénum. Elle conduit rarement au côlon, comme l'ont vu Andersonn, Lange, Lund. D'après Wilm, sur 30 autopsies, la communication anormale était 28 fois cholécysto-duodénale et 2 fois seulement cholécysto-colique. Enfin, tout à fait exceptionnellement, le calcul s'est frayé route dans l'estomac et ne vient obturer l'intestin qu'après la traversée pyloro-duodénale.

4° Siège de l'occlusion. — C'est habituellement dans l'intestin grêle que le calcul s'arrête; ce qu'expliquent la longueur et le diamètre de cet intestin. Dans les 145 cas de Hermann, utilisables à ce point de vue, le calcul siégeait :

15 fois dans l'intestin grêle en général,
9 fois dans le duodénum,
30 fois dans le jéjunum,
9 fois dans l'iléon en général,
6 fois dans la partie supérieure de l'iléon,
10 fois dans la partie moyenne,
53 fois dans la partie terminale,
13 fois dans le gros intestin.

On voit par là que c'est la *fin du grêle qui est de beaucoup la partie la plus souvent intéressée*. D'ailleurs, il est classique d'admettre que c'est la partie la plus étroite de l'intestin dont le calibre général est infundibuliforme. Assez souvent, le calcul s'arrête au niveau de la valvule de Bauhin ou juste à son contact (13 fois pour 100, d'après Naunyn).

Les chiffres que nous venons de citer montrent qu'après avoir passé sans encombre la valvule, le calcul peut encore faire obstacle au libre cours des matières. En pareil cas, il s'est progressivement enrobé de matières fécales; primitivement biliaire, il est devenu stercoral. Schüller en rapporte 12 cas dont 6 furent mortels. Mais il est vrai d'ajouter que parfois les pierres arrêtées dans le gros intestin y sont entrées par effraction, venant soit des voies biliaires, soit de l'intestin grêle par une entéro-anastomose spontanée. Frank enfin a observé l'enclavement du calcul au niveau du rectum. Chez son malade, une canule de lavement vint buter contre un corps dur dont le noyau était formé de trois calculs biliaires agglomérés. Mayo Robson rapporte un cas de cet ordre dû à Mac Gill. Nous en connaissons une observation où seule une extraction digitale eut raison d'une grave obstruction dont on cherchait la cause par un toucher rectal qui devint instantanément curatif.

5° Comment se produit l'étranglement? — Il est certains calculs qui peuvent par leur seul volume produire l'étranglement, mais le plus habituellement des facteurs adjuvants le favorisent : nous voulons parler de toutes les lésions extrinsèques ou intrinsèques, récentes ou anciennes de la paroi intestinale : rétrécissements cicatriciels, tuberculose (1), néoplasme, adhérences.

On voit plusieurs fois noté dans les observations l'arrêt du calcul dans un sac herniaire ou simple-

(1) La fréquence relative est indiquée par les statistiques suivantes que nous empruntons à Rolleston (*Diseases of the Liver, Gall bladder and bile-ducts*; New-York 1905) :

Fitz...........	23 cas pour 295	occlusions	= 1 pour 13.
Gilson.........	40 cas pour 696	—	= 1 pour 17.
Leichtenstein....	41 cas pour 152	—	= 1 pour 28.
Barnard........	8 cas pour 360	—	= 1 pour 45.

(1) Mayo Robson en cite un cas dans son récent ouvrage. Il a également observé l'arrêt au niveau de la traversée mésentérique sur la troisième portion du duodénum.

ment au niveau d'un trajet herniaire. Diffenbach en a rencontré dans une hernie étranglée ou immédiatement au-dessus du collet d'une hernie crurale non étranglée. De même Rehn et Franke, dans des hernies ombilicales, en dehors de tout accident.

On a signalé quelques faits exceptionnels dans lesquels la pierre déterminait par son poids un volvulus ou une coudure de l'intestin. Czerny a rapporté un fait où un calcul enclavé dans la partie inférieure de l'iléon avait entraîné dans le petit bassin cette anse qui présentait également une coudure.

Mais le plus souvent, c'est aux lésions mécaniques engendrées par le calcul au niveau de la paroi que sont dus les accidents. Certains auteurs allemands (Helferich, Rehn) invoquent, il est vrai, la péritonite comme facteur primitif de la fixation de la pierre et des désordres qu'elle produit. Nous croyons que les phénomènes mécaniques sont les premiers en date et que la péritonite, quand elle existe, est une lésion secondaire consécutive à l'ulcération de pression. Autour de celle-ci, la paroi intestinale enflammée réagit ; son épaississement lardacé arrive à englober en quelque sorte le calcul, à le fixer, à l'enchâtonner, à déterminer ainsi une occlusion que l'obstacle calculeux serait impuissant à réaliser.

D'autrefois, l'ulcération ou le corps étranger lui-même engendrent le spasme ; l'intestin, tétanisé à ce niveau sur le calcul, devient imperméable.

C'est en somme le mécanisme banal de toutes les occlusions. On comprend aisément par suite que les phénomènes d'obstruction puissent disparaître spontanément pour se reproduire plus loin, donnant ainsi des iléus en étages, qui se traduisent en clinique par des crises abdominales intermittentes.

Pour Israël enfin, la musculeuse pourrait encore intervenir par paralysie. Surmenée par contracture expulsive, trop longtemps soutenue, elle deviendrait incapable d'assurer le libre cours des matières. Mais nous croyons que bien souvent, en pareille occurrence, il doit s'agir d'une parésie d'origine péritonitique.

Bien d'autres théories ont été invoquées encore. Nous nous contenterons de citer celles de Castner et de Kœnig. Le premier invoque un étirement de l'intestin par traction due au calcul, d'où diminution de la lumière intestinale et obstruction. Le second suppose une invagination de la muqueuse refoulée en doigt de gant par le calcul, d'où rétrécissement du diamètre intestinal et embarras stercoral. Tout cela est trop théorique et trop hypothétique pour être retenu.

6° Évolution locale et migration du calcul. — En dehors des accidents d'obstruction qu'il engendre, le calcul offense gravement la paroi intestinale. Ulcérée, enflammée comme nous l'avons dit, celle-ci peut se rompre, laissant libre issue aux matières sus-jacentes à l'obstacle. Cette perforation peut se faire dans un péritoine sain et libre, amenant une péritonite diffuse promptement fatale ou dans un péritoine déjà malade et cloisonné, ne laissant place qu'à des accidents localisés. Le plus habituellement il s'agit en pareil cas d'un phlegmon cæcal, l'arrêt du calcul se faisant le plus souvent vers la fin de l'iléon. Treves et Rehn se sont trouvés tous deux en présence de faits de ce genre et songèrent à de l'appendicite.

D'autres fois, la fistulisation peut se faire dans une anse intestinale voisine par une sorte d'entéro-anastomose spontanée.

III

Symptômes. — De temps à autre, l'iléus calculeux est précédé d'un passé lithiasique plus ou moins long; mais d'ordinaire, c'est en pleine santé apparente qu'il fait sa brutale apparition. Dans beaucoup d'observations, il s'agit de malades qui n'ont présenté aucune douleur dans l'hypocondre droit et n'ont jamais eu de crise hépatique. Ce fait paradoxal de prime-abord est, en réalité, facilement compréhensible. Ces gros calculs susceptibles de faire bouchon dans l'intestin sont ceux qui, immobiles dans la vésicule, n'amènent ni de douleur ni de poussée de cholécystite.

Au reste, la fréquence des antécédents lithiasiques est très diversement appréciée par les auteurs. Tandis que Lobstein sur 92 faits n'en relève que 17 où l'attaque d'occlusion ait été précédée d'accidents vésiculaires, Naunyn trouve 26 fois sur 40 un passé biliaire plus ou moins chargé.

Pour certains auteurs, on pourrait saisir sur le vif le début de la migration du calcul dans les voies digestives. Parfois, les signes qui la révèlent sont ceux d'une péritonite aiguë à grand fracas ou ceux d'une cholécystite intense. Mais à ces symptômes, il en est d'autres auxquels on attache une signification plus particulière : hématémèses ou mélæna. Ils sont malheureusement exceptionnels et Schüller n'en a relevé que 5 cas. C'est à partir de là que l'on a voulu compter la durée probable de la migration, sur laquelle nous reviendrons.

Les symptômes d'occlusion sont des plus variables dans leur date ultérieure d'apparition aussi bien que dans leur gravité. On doit admettre, à tort ou à raison, avec les classiques, que des calculs peuvent séjourner longtemps dans l'intestin sans produire le moindre accident. C'est ainsi que Körte n'a vu les premiers signes intestinaux apparaître que trois mois après une hémorragie intestinale qui aurait été la traduction clinique de la perforation cholécysto-duodénale. De même, Schüller signale dans une de ses observations une hématémèse quatre ans avant le premier signe d'iléus.

Le développement clinique des symptômes tient ensuite surtout à la hauteur de l'arrêt du calcul.

Dans les occlusions haut situées, des phénomènes graves apparaissent brusquement et évoluent très vite. Une femme, en pleine santé apparente, est prise brusquement d'une douleur violente, d'abord localisée, puis rapidement généralisée à tout le ventre. Bientôt la dyspnée est marquée, le pouls précipité, le ventre météorisé dans la seule région inférieure de l'abdomen. Des vomissements incessants presque d'emblée, bilieux et même fécaloïdes emportent le malade avant même que n'ait pu se manifester l'arrêt des matières et des gaz : le bord inférieur est trop

long à se vider pour que ces signes aient le temps de se produire.

Si l'obstacle siège plus haut encore, au niveau de la portion fixe du grêle, on a le syndrome des sténoses duodénales, dont nous ne voulons pas rappeler ici les différentes variétés.

A la hauteur du gros intestin, les symptômes alarmants sont plus lents à apparaître. C'est de l'obstruction plus que de l'occlusion. L'arrêt stercoral est complet, alors que le malade ne vomit pas encore.

On a voulu signaler deux symptômes particuliers à l'iléus biliaire. Lobstein attache une certaine importance au météorisme qui serait moins accentué que dans les autres variétés d'occlusion. Naunyn et Maclagan insistent sur la persistance de l'émission des gaz alors que l'arrêt des matières est complet. Mais, il ne semble pas que ces signes aient une valeur suffisante pour y insister davantage; ils manquent d'ailleurs dans la presque totalité des observations.

De tous les symptômes, celui qui certainement possède la plus grande valeur séméiologique, c'est la brusque apparition d'une tumeur dure en un point quelconque de l'abdomen. Elle peut siéger partout, plus ou moins superficielle, généralement très dure, perceptible parfois seulement au toucher vaginal ou rectal, directement en rapport avec le siège du calcul dans l'intestin. Dans la statistique de Schüller, elle existait 20 fois sur 150 observations; mais il faut ajouter que cette tumeur a une importance beaucoup plus apparente que réelle, car il est souvent difficile de palper profondément un ventre adipeux ou météorisé. Quand elle existe, c'est à son niveau que vient finir le péristaltisme et à son contact on peut trouver tout à fait au début du météorisme localisé.

La conservation de l'état général est extrêmement variable : elle tient uniquement à la hauteur du siège de l'obstruction; ceci n'a rien de spécial à l'iléus biliaire.

La durée de ces accidents est également très diverse, elle est surtout influencée par le siège des lésions, le degré de l'obstruction et les réactions inflammatoires de la paroi intestinale. On a fourni de nombreuses statistiques établissant la durée moyenne des accidents. Nous nous contenterons de reproduire ici celle de Naunyn qui est la plus complète. On voit dans un premier groupe de faits qui se sont terminés spontanément par la guérison, que la durée de la maladie fut de :

30 heures	1 fois.
2 à 5 jours	8 —
6 à 10 jours	10 —
11 à 15 jours	2 —
15 jours	1 —
17 jours	1 —
3 semaines	1 —
28 jours	1 —

Dans une seconde série comprenant les faits mortels et sans intervention, nous constatons que les accidents durèrent :

1 à 5 jours dans	7 cas.
6 à 10 —	16 —
11 à 15 jours dans	6 cas.
16 —	1 —
18 —	1 —
26 —	1 —
28 —	1 —

En résumé dans la très grande majorité des cas, et quelle qu'en soit l'issue, les signes d'occlusion se prolongent pendant près de dix jours. Au bout de ce temps, quand la guérison survient on retrouve habituellement le calcul dans les selles; mais il arrive parfois que l'examen le plus minutieux ne montre pas le corps du délit. Bien que les accidents aient cessé, le calcul est resté dans l'intestin et le malade est exposé à voir se renouveler des phénomènes identiques. Ils peuvent se répéter à brève échéance, et on a insisté souvent avec raison sur ces iléus intermittents qui sont pathognomoniques de cette variété d'obstruction. L'évolution de la maladie est de ce chef fortement prolongée. Ainsi, chez un malade de Wilkinson, la durée totale fut de onze semaines. D'autres fois, les accidents ont complètement disparu et ce n'est qu'après un long intervalle libre qu'on les voit apparaître. Kocher est intervenu chez une femme de soixante-sept ans qui avait eu à deux reprises, cinq et deux ans auparavant, des crises de coliques intestinales et des symptômes d'occlusion. Elle avait un gros calcul dans le jéjunum à 35 centimètres de son point d'origine. De même, Van Assen a laparotomisé une femme pour un calcul de la valvule de Bauhin, qui, dans l'année précédente, avait donné lieu à deux reprises à des signes d'occlusion.

Si l'on examine les observations recueillies à ce jour, il semblerait, de prime abord, que l'iléus biliaire se termine assez souvent par la guérison spontanée. Courvoisier d'après 125 cas donne la proportion de 50 p. 100, et Schüller d'après 150 celle de 44 p. 100; Kirmisson et Rochard sur 105 cas non opérés relèvent 71 morts, soit 32 p. 100 de guérisons spontanées. Hermann sur 162 malades traités médicalement trouve 78 morts et 84 guérisons. Mais il faut faire remarquer que ces chiffres n'indiquent nullement le taux de la mortalité : certains malades sont passés mourants en chirurgie, grossissant le chiffre de la mortalité opératoire et allégeant la gravité de l'iléus abandonné à lui-même.

Enfin, en les distinguant d'après leur siège, on verrait que les occlusions haut situées sont presque toutes mortelles à brève échéance, tandis que les obstructions coliques sont rarement fatales.

La mort, quand elle se produit, est le résultat de l'intoxication stercorale et parfois de la péritonite : celle-ci relève soit d'une propagation inflammatoire de l'infection partie de l'intestin, soit d'une perforation. La fistulisation dans les organes voisins est exceptionnelle et comporte le pronostic habituel de ces communications anormales.

IV

Traitement. — On a discuté beaucoup sur la valeur thérapeutique des différents modes de traitement de l'iléus biliaire. Le nombre relativement considérable de guérisons spontanées relevées dans la littérature a

conduit certains auteurs à pousser l'expectative jusqu'aux plus extrêmes limites. Pendant longtemps, les chirurgiens n'opérèrent que des agonisants et les statistiques opératoires, déplorables, donnant une mortalité bien plus haute que les statistiques médicales, cette opinion pouvait paraître justifiée. Il serait facile au reste de démontrer l'inexactitude de ces chiffres anciens : à vrai dire, les résultats obtenus par le traitement médical sont délestés de tous les malades confiés *in extremis* aux chirurgiens, et qui seraient morts, à coup sûr, sans intervention. Aujourd'hui, où l'on est mieux fixé sur l'évolution et le pronostic opératoire de l'occlusion, la question a changé de face. En effet si l'iléus biliaire conserve un pronostic relativement favorable par suite du nombre assez important de guérisons spontanées susceptibles de se produire, il importe de rappeler que le plus souvent, il est impossible de faire le diagnostic de la cause de l'occlusion. On ne peut donc compter sur l'issue favorable dont nous avons parlé : le malade est un occlus, il doit être opéré dans les plus brefs délais.

Quand le tableau clinique suffisamment précis, aura permis un diagnostic ferme, on pourrait, cependant, essayer de favoriser l'expulsion du calcul par les voies naturelles et attendre quelques heures la guérison spontanée : pour favoriser la migration de la pierre on a préconisé certains médicaments plus ou moins actifs. Wising, Schüller, Holz recommanmandent des purgatifs; d'autres ont parlé d'antispasmodiques et employé les opiacés. Wilkinson, Kirmisson et Rochard indiquent l'injection d'atropine et l'extrait de belladone. Certains auteurs ont également préconisé le massage, les lavements de toutes sortes, gazeux, électrique, etc.

Il sera bon de ne pas trop s'attarder à ces petits moyens. Certes, on a vu des calculs volumineux franchir sans encombre toute la filière intestinale. Blackburn a observé la migration sans accroc d'une pierre de 4 centimètres de long sur 9cm5 de large. Old, Goldschmidt, des calculs de 4 sur 5, etc. Mais ce sont des éventualités rares, sur lesquelles il ne faut point compter. Et, en règle générale, quand au bout de trente-six heures, la thérapeutique médicale n'aura donné aucune modification appréciable dans l'état du malade, il ne faudra pas attendre la péritonite ou la stercorémie pour agir. Le pronostic de l'opération et la vie du malade dépendent maintenant de la rapidité de la décision.

L'opération étant admise, la conduite à tenir sera simple.

Si l'on excepte les cas rares où la palpation indique nettement, en un point fixe de l'abdomen, le siège du calcul, et où l'on incisera directement sur lui, le plus souvent on aura recours à une laparotomie médiane à la fois sus et sous-ombilicale. Le ventre ouvert, il sera généralement facile de trouver l'anse obstruée. Elle sera amenée au dehors toutes les fois et autant qu'on le pourra; dès lors, on devra se proposer comme objectif de lever l'obstacle. Dans un cas partout cité, Desguin réussit à chasser dans le cæcum un calcul obstruant la fin de l'iléon, et referma le ventre sans s'occuper plus du sort de cette pierre. Le malade guérit, mais ce succès n'est point suffisant pour faire ériger en méthode un mode de faire qui laisse dans l'intestin un corps étranger capable de nouveaux méfaits. On ne doit pas terminer l'opération sans avoir levé l'obstacle, quel qu'en soit le siège (duodénum, iléon, etc.) et pour cela, il faut ouvrir l'intestin. Lejars a conseillé avec raison de ne pas faire cette entérotomie au niveau même du calcul où les tuniques sont friables et infiltrées, mais de se reporter en zone saine où les sutures tiendront mieux.

La pierre enlevée, il faudrait de plus pour certains auteurs, assurer la vidange intestinale, et évacuer tous les produits toxiques amoncelés au-dessus de l'obstacle. Si l'état général est mauvais, la stercorémie profonde, il sera bon, en effet, d'aboucher l'intestin à la peau, mais il nous semble exagéré de faire l'anus contre nature systématique, comme le recommande Körte. Il va de soi que si la paroi intestinale est en danger de sphacèle, l'entérotomie s'impose, comme dans toute autre occlusion. Hors ces cas, l'intestin sera refermé à deux plans et l'anse abandonnée dans le ventre sans drainage. Wilm a préconisé la suture transversale de la plaie d'entérotomie, de façon à agrandir le calibre intestinal et à prévenir la sténose ultérieurement possible. On est libre de s'y conformer ou non; mais nous ne croyons pas que cela puisse mettre à l'abri d'une sténose s'il doit s'en faire une.

Tout ce que nous venons de voir vise l'occlusion aiguë complète. Dans l'obstruction, la ligne de conduite est moins nette, et les indications moins impérieuses sont surtout fournies par l'état général et l'intensité des signes fonctionnels.

D'une manière générale on a le temps de la réflexion. Du reste, les lignes générales de l'intervention sont les mêmes : entérotomie, extraction du calcul, entérorraphie.

Quels sont les résultats actuels de cette intervention?

Il est intéressant de les opposer tout d'abord aux résultats anciens.

Les premières statistiques donnent assez régulièrement une léthalité de 100 p. 100. Audry en 1886 cite 6 opérés, 6 morts. Gonzalès, un an après, 7 cas, 7 morts. En 1897, Raymond, dans sa thèse, réunissait par contre 32 cas avec 14 décès, soit 64 p. 100 de guérisons.

Les chiffres bien plus complets colligés par Hermann donnent 82 opérés avec 52 morts, mais il s'agit dans la plupart des cas d'opérations faites avant la période antiseptique. Et Benning qui ne retient que les faits de la période décennale 1894-1904 apporte 43 succès sur 64 interventions, c'est-à-dire du 67,2 p. 100.

La mortalité semble donc être aujourd'hui de 32 p. 100, en moyenne; elle s'abaissera beaucoup encore, le jour où on n'aura plus à opérer des calculeux en péritonite ou en collapsus.

Ce qui le montre bien, c'est que, en enlevant, dans la statistique de Benning, les cas opérés *in*

extremis, on voit la guérison se produire dans 77,6 p. 100 des cas, bien plus souvent, par conséquent, que la guérison spontanée, qui d'après les chiffres relevés ne s'observe guère que dans la moitié des cas.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1908)

Plaies de la rate, du rein, du foie. — M. AUVRAY, à propos d'un récent rapport sur ce sujet, rappelle le travail qu'il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* sur cette question (voy. 1901, n° 46, p. 441).

En principe, en cas de rupture de la rate, mieux vaut recourir à la suture, chaque fois qu'elle est possible ; on peut aussi, dans certains cas, avoir recours au tamponnement comme l'a dit M. Souligoux. La splénectomie doit être réservée aux seuls cas où la rate est, pour ainsi dire, broyée. Quels sont les résultats éloignés de la splénectomie ? C'est sur ce point que veut insister M. Auvray. Un malade qu'il a splénectomisé a vécu sept ans sans en éprouver le moindre trouble. Il est mort de typhus en Tunisie. Il s'était très bien porté jusqu'au moment où il contracta le typhus ; il avait fait son service militaire, s'était marié et son organisme n'avait nullement souffert de la suppression de la rate (1).

Pour ce qui est des plaies du rein, la suture est la méthode de choix, chaque fois qu'il est possible de la réaliser. Dans un cas de rupture simultanée du rein et du foie, M. Auvray à l'aide d'une incision latérale a exploré la cavité abdominale à travers le péritoine ; ayant reconnu une hémorragie provenant du foie, il a incisé le péritoine, a vu sur le foie un foyer de contusion, a évacué les caillots et a tamponné. Puis ayant décollé le péritoine en arrière, par la même incision, il est arrivé sur le rein, a arrêté l'hémorragie provenant d'une plaie de cet organe, a tamponné et est revenu ensuite du côté du foie. Dans ce cas, l'incision latérale lui a rendu un grand service.

Il s'agit encore d'un cas de rupture de la rate dans un rapport que fait M. MAUCLAIRE sur une observation adressée par M. Baudet. Un jeune homme de vingt-trois ans fait une chute de haut ; il est amené à Ivry ; l'interne de garde ne trouvant pas de signes d'hémorragie immédiate, on attend. Le lendemain, vingt-huit heures après, apparaissent des symptômes d'hémorragie interne ; M. Baudet intervient ; il se trouve en présence d'une hémorragie considérable ; la rate est fissurée ; il l'enlève ; on fait des injections de sérum ; le blessé guérit. Un an après, ce malade allait aussi bien que possible.

M. Mauclaire ajoute à ce fait deux observations personnelles : un cas de plaie par balle de la région thoraco-abdominale, incision le long du bord externe du grand droit ; la rate est rompue, fixe et adhérente ; tamponnement. Quelques jours après, nouvelle hémorragie, nouveau tamponnement. Mort.

Dans le second cas, il s'agissait d'un violent coup de pied dans la région thoraco-abdominale gauche ; intervention trente-six heures après, hémorragie considérable, rupture de la rate, splénectomie, guérison. Mort un an et demi après de tuberculose pulmonaire.

Au point de vue des suites éloignées de la splénectomie, on a constaté des modifications du sang. Aussi M. Mauclaire estime que, dans les cas de rupture de la rate et du rein, il faut être aussi conservateur que possible et réserver l'ablation aux cas où elle reste la seule ressource.

Luxation externe complète de la rotule avec genu valgum. Transplantation du tendon du triceps et ostéotomie supra-condylienne du fémur. Guérison avec excellent résultat. — M. CHAPUT communique l'observation suivante :

Mlle X..., âgée de dix-huit ans, est tombée, il y a trois ans, d'une hauteur de 2 mètres ; peu à peu sa marche est devenue douloureuse, difficile, puis impossible.

On constate au palper et à la radiographie les lésions suivantes : luxation externe, complète et irréductible de la rotule ; condyle externe atrophié en longueur et largeur ; le plateau tibial est très élargi et subluxé en dehors, il a en outre subi un mouvement accentué de rotation en arrière.

L'opération a consisté à débrider l'aileron externe rétracté, à réséquer et rétrécir l'aileron interne. M. Chaput a dû en outre sectionner le tendon du triceps et transplanter la rotule plus en dedans, d'ailleurs sans succès. Il n'a obtenu la correction convenable, qu'au moyen de l'ostéotomie du fémur suivie du redressement du genu valgum.

Au cours de l'opération, M. Chaput a noté l'atrophie du cartilage du fémur et le rétrécissement de la synoviale de la région du condyle interne.

D'après cette observation, il semble que les manœuvres sur la trochlée fémorale soient inutiles et que l'intervention doit seulement viser à débrider l'aileron interne et à redresser le genu valgum.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, dans un cas analogue, a creusé une loge profonde dans le condyle interne et y a ramené la rotule. Il n'y avait pas de genu valgum.

M. KIRMISSON partage l'avis de M. Lucas-Championnière et estime que, dans le cas de M. Chaput, on aurait ainsi conservé la rotule.

La teinture d'iode comme antiseptique cutané. — M. ROUTIER présente une jeune femme qu'on avait apportée mourante dans son service par suite de la rupture d'une grossesse extra-utérine. L'opération était urgente, il n'y avait pas de temps à perdre. Aussi, comme antiseptique de la peau, M. Routier se contenta de badigeonner de teinture d'iode la paroi abdominale. Cette malade guérit et obtint une parfaite réunion par première intention. Depuis M. Routier a eu recours plusieurs fois au même procédé, avec le même succès.

Applications locales de chaleur et de lumière. — M. DELORME présente au nom de M. Miramond de Laroquette, médecin-major à Nancy, un appareil nouveau pour applications locales de chaleur et de lumière. Cet appareil appelé « radiateur photothermique » utilise et concentre les radiations calorifiques et lumineuses émises par des lampes électriques à incandescence, produisant une hyperémie active et une sudation intenses, de l'excitation des propriétés cellulaires (leucocytose, phagocytose, bourgeonnement des tissus) et une action analgésique manifeste. Léger et peu volumineux, il s'adapte à n'importe quelle région du corps de n'importe quel sujet, au thorax ou à l'abdomen aussi bien qu'aux divers segments de membre ; d'un emploi réellement commode et pratique il peut être utilisé pour des affections diverses et servir aux malades chez eux et dans leur lit. Il répond aux diverses indications des bains d'air chaud mais agit plus profondément. La chaleur radiante lumineuse a en effet une action plus pénétrante que la chaleur obscure et les radiations lumineuses des lampes à incandescence traversent les tissus sous une assez grande épaisseur, car M. Miramond de Laroquette a pu impressionner des plaques photographiques avec les radiations ayant traversé la main, y compris le métacarpe et même le carpe. Utilisé dans de nombreux cas d'hydarthroses traumatiques, dans des arthrites chroniques rhumatismales ou goutteuses, des névralgies, des plaies atones, il a donné d'excellents et rapides résultats. Il est enfin particulièrement indiqué après les laparotomies pour produire le chauffage de l'abdomen préconisé en Allemagne et qui a pour effet de combattre le choc traumatique local et la parésie intestinale qui l'accompagne.

Election. — M. ROCHARD a été élu secrétaire général de la Société de chirurgie par 34 suffrages sur 39 votants.

Toutes nos félicitations à notre sympathique confrère.

(1) Péan a fait sa première splénectomie en 1869. Son opérée a pu être suivie pendant de longues années et n'a jamais rien présenté de particulier. (*N. D. L. R.*)

PRATIQUE MÉDICALE

LA BRONCHO-PNEUMONIE INFANTILE, D'ORIGINE INTESTINALE

Par M. TARDIER.

Il n'y a pas de broncho-pneumonie sans inflammation bronchique préalable. Telle est la loi qui domine l'étiologie de cette affection. Nous devons, cependant, à Sevestre, l'étude d'une forme spéciale de broncho-pneumonie infantile dont l'origine serait intestinale.

Chez un enfant de deux ans environ, soumis à une alimentation défectueuse, survient de l'entérite simple avec diarrhée fétide. « Cette période diarrhéique dure deux à cinq jours et ne s'accompagne pas de fièvre. Puis la fièvre apparaît et l'enfant se met à tousser. La dyspnée est en général modérée et le chiffre des inspirations ne dépasse pas 30 ou 40. L'auscultation fait entendre dans divers points et surtout dans la région axillaire, des foyers de râles crépitants ou bien un souffle peu intense, inspiratoire. Ces signes stéthoscopiques sont très mobiles. Pendant la période des troubles respiratoires la fièvre oscille entre 39 et 40 degrés, le pouls est fréquent 120, 140, 160 pulsations. »

Cette maladie est extrêmement grave, car elle se termine souvent par la mort dans le collapsus. Nous avons observé, l'été dernier, deux cas de ce genre et il nous semble utile de les signaler. Il s'agissait de tout jeunes enfants qui, à la suite d'une entérite de moyenne intensité, présentèrent le tableau symptomatique broncho-pulmonaire que nous venons de citer.

Or, nous avouerons volontiers que, dans le premier cas, notre médication fut un peu hésitante et se termina par un insuccès, tandis que nous pensons, au contraire, avoir amené la guérison du second malade par des moyens thérapeutiques décisifs et vraiment faciles à employer.

Chez notre premier malade, en effet, nous avions traité l'entérite par les procédés ordinaires, changement d'alimentation, diète et potion à l'acide lactique, comptant bien obtenir en peu de temps une amélioration sérieuse. Mais l'enfant se mit à tousser sans inquiéter, tout d'abord, l'entourage et ce ne fut qu'au bout de quarante-huit heures, que les signes de broncho-pneumonie devinrent évidents. La thérapeutique dès lors fut inactive et l'enfant mourut dans le collapsus.

Tout autre est le second cas; notre première observation avait été instructive. Nous souvenant que la médication thiocolée est à la fois antiseptique du poumon et de l'intestin, nous avons ordonné, dès l'apparition de la toux, quatre cuillerées à café par jour de sirop Roche au thiocol.

Rapidement la diarrhée diminua et surtout la mauvaise odeur des selles. Puis la fièvre baissa et les râles fins localisés dans l'aisselle parurent diminuer de nombre. La dose du remède fut alors portée à six cuillerées à café par jour (enfant de deux ans) et dès lors l'état général et local s'améliora nettement. L'entérite disparut, puis la dyspnée et les râles congestifs. La fièvre n'existait plus et le pouls régulier, bien frappé, était à 105-90. L'abattement s'atténuait, le pronostic devenait favorable.

La dose de sirop Roche fut donc ramenée à quatre cuillerées à café, mais pendant dix jours de suite. Nous avons constaté alors la disparition complète de tout signe pulmonaire congestif, et le retour à la normale de la fonction respiratoire.

Dans les cas de ce genre, Sevestre utilisait le calomel et il signale plusieurs cas où, sous l'influence de ce remède, les désordres intestinaux s'amendèrent, entraînant avec eux les désordres pulmonaires. A notre avis, le calomel comme le bétol, le benzonaphtol, etc., ne peuvent suffire dans des cas aussi graves où il faut agir énergiquement sur le poumon; et le thiocol mieux que tout autre remède nous semble capable d'y arriver. Il est démontré, en effet, que les comprimés de thiocol exercent sur les agents infectieux et secondaires de l'appareil broncho-pulmonaire, une action destructive réelle et qu'ils stimulent en même temps les réactions défensives locales.

Que ce soit le streptocoque ou le colibacille que l'on rencontre à l'origine de ces graves affections infantiles, ce remède, pouvant lutter tout à la fois contre la septicité intestinale et pulmonaire, doit forcément exercer une action préventive et curative indéniable et que notre seconde observation semble bien d'ailleurs démontrer.

LIVRES NOUVEAUX

Dictionnaire médical des langues allemande et française (1), par M. Paul SCHOBER, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Strasbourg, préfaces de MM. les docteurs A. VILLARET, médecin-inspecteur d'armée (Berlin-Charlottenbourg), et LEREBOULLET, membre de l'Académie de médecine, 2e édition, revue et augmentée.

La seconde édition du dictionnaire médical de M. Schober, qui joint au *dictionnaire français-allemand*, dont le succès avait été très vif en Allemagne, un *dictionnaire allemand-français*, va être accueilli avec plaisir par tous ceux, étudiants ou médecins, que leurs travaux obligent à de fréquentes recherches dans les publications étrangères. Il ne suffit pas, en effet, de savoir la syntaxe et la grammaire allemande pour lire couramment journaux et revues qui traitent des sujets de médecine; le grand nombre de mots techniques, les néologismes parfois déconcertants qui abondent dans la littérature scientifique de l'Allemagne, nécessitent pour être bien compris l'incessant secours d'un lexique. L'utilité de l'ouvrage de M. Schober est évidente et nous est un sûr garant du succès qu'il doit rencontrer auprès de nos confrères.

L. LE SOURD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LES PALPITATIONS ET LA TACHYCARDIE

(Symptomatiques d'insuffisance du muscle cardiaque et de désordres nerveux, plus rarement du goitre exophtalmique.)

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou V gouttes de la solution au millième pendant 10 jours.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal médical de Bruxelles. — (N° 43, 22 oct. 1908.) Georges BOUCHÉ : Assistance des épileptiques. — (N° 44, 29 oct.) Georges BOUCHÉ : Assistance des épileptiques (*fin*). — A. LORAND : Hygiène des glandes sexuelles; sur les dangers de la suractivité sexuelle et de l'abstinence sexuelle. — (N° 45, 5 nov.) R. WYBAUW : Un nouveau sphygmomanomètre permettant d'apprécier la pression maxima (systolique) et la pression minima (diastolique). — (N° 46, 12 nov.) A. DEBRAY : Quel doit être le traitement des hystériques? — (N° 47, 19 nov.) MORIMONT et A. LIPPENS : A propos d'un cas d'hypertrophie partielle des muscles striés.

(1) In-8 de 347 p. — Prix : 9 fr. 50. — Stuttgart : Ferdinand Henke, et Paris : Haar et Steinert éditeurs, 1908.

Lyon médical. — (N° 43, 25 oct. 1908.) NOVÉ-JOSSERAND et PÉHU : Sténose pylorique par hypertrophie musculaire. — VIANNAY : Cure radicale de deux cas de fistule stercorale. — (N° 44, 1er nov.) LANNOIS et CHÈZE : Syndrome du noyau de Deiters par hémorragie localisée de la protubérance. — ROCHAIX : Traitement du diabète par les corps gras. — (N° 45, 8 nov.) CANTAS : Contribution à l'étude de la chirurgie du cœur; sur un nouveau mode d'attaque du volet thoracique. — (N° 46, 15 nov.) ARNAUD : Tumeur maligne de la vessie. — REVILLET : Note sur l'action thérapeutique et physiologique de l'extrait biliaire dans le goitre exophtalmique. — (N° 47, 22 nov.) LÉPINE : Sur les sécrétions internes. — WEILL et PÉHU : Trois cas de scorbut infantile.

Montpellier médical. — (N° 43, 25 oct. 1908.) GRASSET : Les criminels à responsabilité atténuée. — VEDEL : Maladies de la peau chez le vieillard (*fin*). — (N° 43, 1er nov.) TRUC et BOUSSET : Nouveaux documents inédits sur la chaire d'ophtalmoïatrie du collège de chirurgie de Montpellier. — (N° 45, 8 nov.) F. S. BOSC et COTSAFTIS : La consultation des nourrissons de Montpellier (1906-1907). Son action sur la mortalité infantile en particulier par l'envoi des nourrissons à la montagne. — (N° 46, 15 nov.) BAUMEL : Un cas d'inanition grave chez un enfant de douze ans, guérison. — BOSC et COTLAFTIS : La consultation des nourrissons de Montpellier (1906-1907). Son action sur la mortalité infantile en particulier par l'envoi des nourrissons à la montagne (*fin*).

Nord médical. — (N° 338, 1er nov. 1908.) GÉRARD, LEMOINE et LEULIER : Sur la composition des substances lipoïdes de l'organisme et leur rôle de défense contre les infections. — V. BUÉ : Les ictères du nouveau-né. — VANVERTS : La section de l'arcade crurale dans la cure radicale de la hernie crurale. — BETTREMIEUX : Un cas de tic douloureux de la face guéri depuis onze ans. La névralgie des larmoyants. — VANVERTS : De l'avivement des parois vaginales dans la colporraphie.

Pédiâtrie pratique. — (1er nov. 1908.) Paolo GALLI : Syndrome dû à la croissance et au dysthyroïdisme. (Essai d'application pathogénique et tentative opothérapique.) — Jean LÉPINE, M.-E. LAMBERT et A. SALIN : Hydrocéphalie tuberculeuse ancienne, état convulsif, lombricose, granulie ultime. — (15 nov.) E. AUSSET : Les diarrhées saisonnières liées à la mauvaise alimentation de la vache laitière. — NOBÉCOURT et HARVIER : Considérations sur un cas d'anémie éclamptique post-scarlatineuse, en particulier sur les phénomènes cardio-vasculaires. — SCHIFFERS : Trophœdème du larynx.

Presse médicale. — (N° 87, 28 oct. 1908.) Paul CARNOT : La méthode du renversement latéral droit dans les diagnostic et traitement des gastrectasies atoniques. — (N° 88, 31 oct.) DOPTER et Raymond KOCH : Recherche du méningocoque dans les fosses nasales. Son identification. — (N° 89, 4 nov.) Maurice LŒPER et X. GOURAUD : Le régime décalcifiant dans l'athérome artériel. — Stephen CHAUVET : Séméiotique de la fosse sus-épineuse, zone d'alarme dans la tuberculose. — (N° 90, 7 nov.) LANDOUZY et GOUGEROT : Endocardites bacillaires infantiles. Endocardites secondaires. Endocardites primitives septicémiques non folliculaires. — Léon BERNARD : Les travaux du Congrès de Washington. — (N° 91, 11 nov.) DIEULAFOY : Polioencéphalite syphilitique. Ophtalmoplégie totale et bilatérale, accompagnée de symptômes bulbaires. Efficacité du traitement spécifique. — (N° 92, 14 nov.) ROGER : Les ferments du tube digestif. — BRUMPT : La fièvre jaune. — Léon BERNARD : Les travaux du Congrès de Washington (*suite*). — (N° 93, 18 nov.) MARFAN : Les troubles digestifs dans le rachitisme. — (N° 94, 21 nov.) E. FORGUE : La hernie inguinale directe. — M. LETULLE : Contribution à l'étude des branchiomes (tumeurs mixtes) de la lèvre. Le « conjonchiome » pur. — LE NOIR et COURCOUX : Septicémie cancéreuse secondaire.

Province médicale. — (N° 43, 24 oct. 1908.) Jean ABADIE : Névrite traumatique localisée avec névralgie ascendante. — René CRUCHET : Règles générales de l'éducation chez l'enfant. — (N° 44, 31 oct.) JEANNEL : Enfoncement du crâne au niveau du pariétal droit; pachyméningite; hémiplégie gauche deux ans après le traumatisme; étude médico-légale et clinique. — Maurice PERRIN : Intoxication mercurielle mortelle et rétention placentaire apyrétique. ARNAUD : Actinomycose angulo-faciale. — (N° 45, 7 nov.) H. FRENKEL : Sur le syndrome de Mikulicz à l'état physiologique. — P. SAVY : Le bégaiement hystérique. — (N° 46, 14 nov.) A. CADE, A. MOREL et Ch. ROUBIER : Quelques observations sur le sang des tuberculeux et des cancéreux (résistance globulaire, dosage des albumines coagulables du sérum). — VIANNAY et TRUCHET : Un cas de duodéno-pancréatectomie.

Revue de chirurgie. — (N° 11, 10 nov. 1908.) Nécrologie : Paul Berger. — Congrès français de chirurgie, XXIe session, Paris 1908.

Revue de médecine. — (N° 11, 10 nov. 1908.) D'ESPINE et H. MALLET : Un cas de malformation congénitale du cœur avec cyanose paroxystique. Autopsie. — CLAUDE et GOUGEROT : Les syndromes d'insuffisance pluriglandulaire, leur place en nosographie (*fin*). — H. LABBÉ et VITRY : L'urine dans l'intoxication digestive. — Ch. RICHET fils et Fr. SAINT-GIRONS : La microsphygmie. — S. J. KANELLIS : Quelques réflexions sur la pathogénie de la fièvre hémoglobinurique bilieuse.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 144. — MARDI 15 DÉCEMBRE 1908. 81e ANNÉE. MARDI 15 DÉCEMBRE 1908. — N° 144

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Lucien Laroyenne.

— MONTPELLIER. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Chauvin, Sangouard; *ex æquo* : Picheyre et Vallois; *ex æquo* : Aimes, Cathala et Vismard; *ex æquo* : Etienne, Fabre et Œconomos; *ex æquo* : Guinier et Varda.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — *Prix de la Faculté.* — Année 1907-1908 :

Prix d'anatomie et d'histologie : M. Watrin. — Mention honorable : M. Macé.

Prix de physiologie. — M. Macé.

Prix de chirurgie et d'accouchements. — M. Hermant.

Prix de médecine : M. Aweng. — Mention très honorable : M. Harter.

Prix du Conseil général de Meurthe-et-Moselle et de la ville de Nancy. (*Prix de thèses.*) — Prix : M. Bedin, pour sa thèse intitulée : « La photographie au laboratoire de médecine légale de l'Université de Nancy.

Mentions honorables : M. Hanrion : « Traitement physicothérapeutique du lupus »; M. Marmoiton : « La théosinamine, son action sur les tissus de cicatrice, son emploi en oculistique »; M. Mineff : « Le plancher du quatrième ventricule chez l'homme (étude morphologique) »; M. Richard : « Contribution à l'étude du traitement de la paralysie infantile par les greffes tendineuses »; M. Stouff : « Contribution à l'étude de la pathogénie et des évolutions cliniques diverses des myélites »; M. Verdun : « De la dysenterie bacillaire, son étiologie, ses formes chronique et larvée, son traitement par le sérum antidysentérique »; M. Baudry : « Corps étrangers de la trachée et des bronches. Leur traitement par la trachéobronchoscopie ».

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Une médaille d'argent est décernée à M. le docteur Martin, médecin-major de première classe au pénitencier de Tadmit (dévouement au cours d'une épidémie grave de typhus exanthématique).

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 10 décembre 1908 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Simon est nommé médecin-chef de l'hôpit. milit. de Constantine.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Faure passe au 146e d'inf.; Coullaud, aux hôpit. de la division de Constantine; Blanchard, aux sapeurs-pompiers de Paris; Moulin, au 10e chass. à cheval.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Duc passe aux hôpit. de la division de Constantine; Schneider, au 141e d'inf.; Crémadelis, au 59e d'inf.; Trollat, aux hôpit. de la division de Constantine.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. de Vezeaux de Lavergne, passe au 129e d'inf.; Trabaud, au 3e d'inf.

HOSPICE BRÉZIN. — Un concours pour une place de médecin s'ouvrira le lundi 25 janvier 1909, à midi, dans la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères.

Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 28 décembre 1908 au samedi 9 janvier 1909, de midi à trois heures, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jouvenel (de Montigny-en-Ostrevent).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du jour de l'An. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 10 au 31 décembre 1908.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris); leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris) moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60; 2e classe, 131 fr. 50.

RENSEIGNEMENTS

A PROPOS

DE

DEUX CAS DE TÉTANOS

DÉVELOPPÉS MALGRÉ L'EMPLOI PRÉVENTIF DU SÉRUM

Par MM. H. VENNAT,
Médecin-major de deuxième classe à l'Ile-de-Ré,
et E. MICHELEAU,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

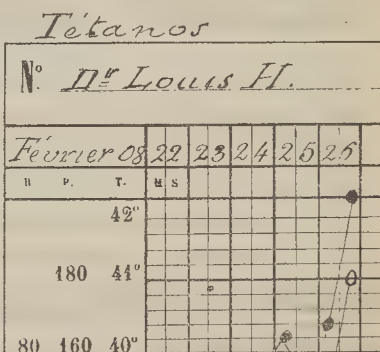
Depuis quelques années un revirement à l'égard des théories microbiennes paraît s'opérer dans l'esprit médical. Le microbe n'est plus l'ennemi autant qu'il le fut jadis, on en a moins peur, on s'habitue à lui davantage. On ne crie pas encore à la faillite de la bactériologie, mais on se méfie un peu plus, on ose un peu plus que jadis discuter ses prétentions et opposer des faits, de pauvres faits cliniques, à ses théories. La notion du terrain, la notion du malade tend à reprendre quelque importance et certains déjà osent penser et osent même dire que lorsqu'un malade se comporte vis-à-vis d'une infection accidentellement acquise d'une manière un peu différente de celle dont se comporte un animal de laboratoire chez qui on l'a assez précisément déterminée, ce n'est pas toujours le malade qui s'est trompé et qui a eu tort. Qui sait ! on arrivera peut-être à se souvenir ou à découvrir que Peter écrivit jadis un *Traité des maladies du cœur* en se contentant d'avoir vu des malades, de vrais malades, et sans aller « chercher dans le plexus solaire de la grenouille saine les secrets du plexus cardiaque de l'homme malade », peut-être aussi à découvrir que les idées de Trousseau sur les rapports de l'hôpital et du laboratoire ne sont pas tout à fait malsaines, et essaiera-t-on de faire moins de science et un peu plus d'observation. Il y a longtemps déjà que Malgaigne avait émis le vœu de voir la chirurgie — et aussi la médecine — prendre pour devise le mot : Réalité !...

Il nous a été donné d'observer deux faits de tétanos dans lesquels la notion du terrain nous paraît avoir été la plus importante. Dans les deux cas des injections préventives de sérum antitétanique furent pratiquées : on peut dire que les résultats en furent nuls. En rapportant ici ces deux observations nous n'avons pas l'intention de seulement soulever la question de la spécificité du bacille de Nicolaier : ce serait puéril. Nous n'avons pas davantage l'intention de nous élever contre l'emploi prophylactique du sérum. Mais il nous paraît que ces injections ont plus d'efficacité au laboratoire que dans la pratique courante de la médecine ; de récentes discussions ont montré que d'autres, et non des moindres, avaient déjà commencé à penser comme nous.

Observation I. — Dans les premiers jours de février 1908, le docteur Louis H... (de Saint-Martin-de-Ré), en donnant ses soins à une femme tétanique (morte trois jours après), reçoit des gouttes de salive sur la figure et en particulier au niveau d'une excoriation siégeant à l'extrémité du nez. Cette excoriation, large à peine comme une lentille, toute superficielle, épidermique, fut aussitôt lavée avec soin et désinfectée à l'acide phénique. Malgré l'exiguité de cette érosion et la très problématique réalité du contage, le docteur H..., *hanté de la crainte de l'infection*, se fait dès le lendemain une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. A noter que son attention, attirée sur les portes d'entrée possibles du contage, ne découvrit aucun autre point suspect. Huit jours après, ayant l'occasion d'opérer avec lui, l'un de nous put constater une forte éruption sérique à forme habituelle urticariée. C'est à ce moment qu'il nous conta l'histoire de son doute au sujet de la souillure contagionnante et de la piqûre qu'il s'était faite. L'érosion de son nez était à ce point insignifiante que les trois médecins présents ne purent s'empêcher de trouver au moins exagérée la précaution du sérum préventif. Ceci se passait le vendredi. Le mercredi suivant, 19 février, le docteur H... ressent un malaise subit avec un peu de trismus, de la raideur de la nuque, des contractures des membres supérieurs, de la dyspnée. De suite la température monte à 39 degrés : le tétanos est déclaré.

Les quatre médecins appelés immédiatement instituent un traitement mixte énergique : chloral, acide phénique, sérum. Pendant trois jours, même état : crises de contractures très douloureuses, mais pouls excellent, urines abondantes et sans albumine, température, 38 à 38°5. Seule la dyspnée persistante (respiration autour de 30) fait tache. Le malade reprend connaissance entière toutes les deux ou trois heures, cause avec son entourage (un peu difficilement à cause du trismus) ; il se rend compte de la gravité de son cas et dicte ses dernières volontés. A certains moments les contractures cessent. On prend de l'espoir, mais ce mieux ne doit être que passager.

Le dimanche, paralysie du sphincter anal à la suite d'une purgation ; légère cyanose des extrémités, dyspnée plus intense (vers 40). Le lundi matin, température, 38°9 ; pouls, 110 ; respiration, 33. Traînées d'éruption urticariée très accentuées au niveau des flancs et des cuisses. Cette poussée éruptive s'atténue vers le soir, mais la dyspnée augmente : respiration, 50 ; température, 39°2 puis 39°8. Rares moments de connaissance complète ; gêne de la parole de plus en plus grande. Incontinence des sphincters. Le malade prend assez bien du lait et de l'eau de Vittel. Mauvaise nuit : grande agitation.



Le mardi, aggravation marquée : respiration, 60 puis 68, très superficielle. Sueurs profuses. Pouls, 122 ; température, 40°2. Urines fortement alcalines, jumentées, toujours sans albumine. La cyanose des extrémités s'accentue. Au soir, une saignée abondante donne un sang noir très visqueux. Pour la dernière fois vers neuf heures, le malade recouvre un peu de lucidité et reconnaît son entourage. Il essaie vainement de parler, puis tombe dans un semi-coma d'où il ne sortira plus. Nuit d'agonie. La température monte à 40 degrés, le pouls reste aux environs de 120, la respiration à 60. Trois crises horriblement douloureuses : le malade hurle à la mort. Le trismus se resserre encore ; paralysie du pharynx. Après la troisième crise, la respiration prend le type inverse à 40, la température monte de minute en minute : 40°6, 40°9, 41°6, 42°2. Puis la respiration se ralentit insensiblement jusqu'à la mort.

Obs. II. — Le docteur Jules H... (de Puteaux), frère du précédent, arrive le vendredi 21 février à Saint-Martin pour le soigner. L'état de son frère le frappe tellement qu'il s'en remet à nous des soucis du traitement. Il ne fait que recevoir les dernières volontés du malade à qui, rarement, il prend les mains. D'ailleurs, après chaque contact aussi minime

soit-il, il procède à une désinfection minutieuse : savonnage et formol. Enfin *pris de crainte, de véritable tétanophobie*, il se fait injecter le soir même de son arrivée 10 centimètres cubes de sérum. Six jours après, devant la persistance de cette phobie, l'un de nous lui fait une deuxième injection de sérum afin de le tranquilliser. Deux jours après cette deuxième injection préventive, le docteur Jules H... est saisi de fièvre et se plaint d'une éruption urticariée très étendue. Le lendemain, syncope après un violent frisson, raideur de la nuque. Le surlendemain, augmentation de cette raideur et trismus. Il a pu faire néanmoins le voyage de Paris. Mais là il doit appeler un confrère qui diagnostique le tétanos. Ce tétanos prit le type atténué, mais pendant trois semaines le malade garda le lit dans un état alarmant avec des crises de contractures, de la fièvre persistante et quelques symptômes cérébraux. La convalescence fut très longue.

Ajoutons que le frère cadet de ces deux malades, *lui aussi injecté préventivement*, a présenté un peu de *trismus*, de la *raideur de la nuque* et une assez forte *éruption* ortiée avec fièvre.

Par contre, le quatrième frère, non injecté, est le seul de la famille à n'avoir présenté aucun phénomène morbide. Cependant, c'est certainement lui qui a approché de plus près et le plus souvent le défunt !

A l'occasion de ces deux observations *bien mystérieuses* suivant le terme de M. Lucas-Championnière à qui nous les avons communiquées, et dont la première se terminait par la mort d'un confrère particulièrement aimé et admiré de tous, malades comme amis, se posait à nous très poignant le problème du tétanos, de sa pathogénie, de sa contagiosité, de sa thérapeutique préventive surtout.

Il semblait que nous n'avions pour le résoudre qu'à nous reporter aux séances de la Société de chirurgie d'avril-mai 1907 et de l'Académie de médecine de juin 1908. C'est ce que nous avons fait, étudiant les discussions, cherchant à découvrir dans les opinions, souvent contradictoires, la « substantifique moelle » d'une théorie-guide, d'éclairer les ténèbres au milieu desquelles nous nous étions débattus, au cours des veillées devant notre pauvre malade.

Accusons-nous franchement de n'être pas arrivés à nos fins. Pourtant les résultats de nos efforts — si minimes soient-ils — offriront peut-être quelque intérêt à nos confrères : c'est pourquoi nous les résumons ici.

Depuis sa découverte en 1884 et les nombreux travaux qui ont suivi (Rosenbach, Kitasato, Kund, Faber, Vincent, Vaillard, etc.), la spécificité du bacille de Nicolaier ne semble pas devoir être mise en doute. Ce bacille a des habitats multiples (poussières, fumiers, végétaux, eaux), tous plus ou moins liés au sol. Il affectionne particulièrement les climats tropicaux (Antilles, Guyane), mais se rencontre communément aussi dans nos régions. En particulier l'île de Ré, peut-être de par la fumure superficielle constante de la terre par le varech et le fumier animal, forme un petit centre où le tétanos est relativement fréquent : il n'est pas de médecin de l'île qui n'en ait observé plusieurs cas.

Le bacille de Nicolaier pénètre d'habitude dans l'organisme par des plaies ; c'est à leur niveau qu'il se développe et élabore sa toxine sans produire jamais d'infection sanguine généralisée. Le type de ces « plaies à tétanos » est la fracture ouverte souillée de terre, la plaie contuse et anfractueuse, l'accident d'écurie. Il n'y a pas encore longtemps, c'étaient là les seuls cas signalés dans les hôpitaux aux étudiants comme devant faire l'objet de soins préventifs particuliers. Puis les observations se multiplient de tétanos, succédant à des plaies insignifiantes. Après bien d'autres, Potherat signalait le 24 juillet 1907 à la Société de chirurgie une mort par tétanos consécutive à des écorchures très légères. A la même séance, Routier citait un cas déterminé par une piqûre d'aiguille. Nous y reviendrons plus loin.

Bien plus, malgré l'opinion contraire de quelques auteurs (G. Lyon, par exemple, qui dans la sixième édition de sa *Clinique thérapeutique* définit le tétanos « maladie d'origine chirurgicale, développée *toujours* à la suite d'une plaie de la peau ou des muqueuses »), à côté de ce tétanos à porte d'entrée décelable, de ce tétanos *chirurgical*, on admet avec les anciens un tétanos *médical*. On l'appelait autrefois, selon les théories pathogéniques de chacun, tétanos *rhumatismal* (Niemeyer), tétanos *spontané* (Grisolle), tétanos *a frigore* (Jaccoud). Vaillard écrit (1) : « On doit reconnaître que le tétanos peut se produire en l'absence de toute plaie en évolution ou récemment guérie. Ces cas se présentent sous toutes les formes de la spontanéité. » Le bacille du tétanos (car il reste bien entendu qu'il n'y a pas de tétanos sans bacille) a donc pénétré par une autre voie. Que si nous nous rappelons sa présence dans les poussières, sur les végétaux comestibles, il semble assez logique d'admettre une pénétration par voie digestive ou respiratoire, pénétration pacifique qui ne provoquera d'accidents que sous des influences extérieures.

On peut rapprocher cette question du tétanos médical et chirurgical de ce qu'était, il y a trente ans, la question de l'érysipèle. Le streptocoque de l'érysipèle était considéré comme d'origine immédiate toujours externe : on cherchait partout, en chaque cas, la contagion et ses portes d'entrée. Il fallut de multiples travaux, voire la question mise au concours des Sociétés médicales, pour admettre que, si l'érysipèle est souvent provoqué par le contact immédiat ou médiat d'un malade infecté, il peut être dû, au moins aussi souvent, à la virulence, momentanément exaltée sous des influences secondes multiples (associations microbiennes, déchéance organique quelconque) d'un streptocoque saprophyte.

N'en est-il pas de même pour le tétanos ? Les cas de tétanos médical, les cas de contagion par les sécrétions d'un malade (Obs. I, salive) — alors que, nous le savons, l'infection reste locale et ne se généralise pas — ne sont-ils pas des preuves du saprophytisme du bacille de Nicolaier ?

Le saprophytisme du bacille de Nicolaier. — La bactériologie, dans ses conclusions pessimistes de la première heure, avait jeté l'épouvantable alarme des microorganismes partout existants et partout menaçants. On se rappelle — en riant maintenant — la folie provoquée chez les timorés et les faux savants ! Qui n'a connu de ces hygiénistes (?) voyant de l'infection partout, proscrivant légumes et fruits crus, bouillant et filtrant leur eau, se bourrant de drogues préventives, mourant de peur devant la poussière soulevée par un balai, n'admettant que des appartements sans tapis, sans tentures, sans rideaux, allant jusqu'à passer à la flamme toutes les matins les jouets de leurs enfants, et désinfecter au sublimé la boîte aux lettres qui avait pu recevoir l'envoi de quelque médecin (*sic*). Ce temps n'est plus.

L'équation microbe-maladie n'est plus admise pour beaucoup d'espèces.

Bien réellement, il était juste qu'une bactériologie

(1) Vaillard. *Traité de méd. et de thérap.*, 1906, art. tétanos.

plus rassise fournît des raisons d'espérer dans cet enfer microbien.

Ces microbes pullulant dans notre ambiance n'étaient pas si terribles : les malades n'étaient-ils pas l'infime minorité? C'est qu'ils peuvent fort bien vivre en paix avec nous, vivre en saprophytes. Et ce fut le triomphe de la doctrine chère au vénéré professeur Bard : nous avons sans doute en nous quasi tous les microbes; seulement, tant que l'équilibre organique se maintient, ils ne peuvent nous infecter et doivent attendre que, sous l'influence de causes accidentelles, nous formions pour eux des sortes de milieux de culture où puiser leur virulence. « Tant il est vrai, disait le professeur Vaillard dans ses cours, que le meilleur moyen de n'être pas malade est de se bien porter ».

On tend de plus en plus à admettre le saprophytisme possible du streptocoque, du pneumocoque, du bacille de Lœffler, du staphylocoque, du bacille d'Eberth (1), bientôt sans doute du bacille de Koch.

Ne peut-on ajouter à cette liste le bacille de Nicolaier?

Les cas de latence prolongée de ce bacille dans l'organisme sont nombreux. Dans sa communication à l'Académie de médecine du 2 juin dernier, Vaillard dit : « Le tétanos peut éclater très tardivement après une blessure : trente, quarante, et même quatre-vingt-sept jours après l'injection. C'est que des spores tétaniques restent parfois assez longtemps vivantes mais immobilisées dans une plaie. Or, jusqu'à l'heure de leur destruction, ces spores demeurent capables de germer, si les circonstances s'y prêtent. »

Le cas cité par le docteur Reynier est probant : « Un marin se pique à la tempe avec une écharde de bois; et c'est seulement six ans après qu'ayant pris la fièvre intermittente, après une injection de sulfate de quinine, le tétanos apparaît. Or, pendant ces six ans, à certains moments, il avait eu des crises frustes de raideur de la mâchoire, des douleurs dans les temporaux, cédant à la diète et au repos » (2).

L'expérimentation reproduit ces faits cliniques. Si l'on injecte, par exemple, une faible quantité de spores tétaniques dans l'épaisseur de la cuisse d'un cobaye, trois mois et demi après seulement, sans raison, on voit survenir de l'amaigrissement et le tétanos apparaît (3).

D'où proviennent ces spores tétaniques qui vivent ainsi en saprophytes dans l'organisme attendant l'occasion favorable de se développer? De plaies anciennes passées plus ou moins inaperçues? Pourquoi pas aussi de cette pénétration par voies intestinale ou respiratoire dont nous avons signalé la possibilité théorique?

Importance des causes secondes. — Peu importe d'ailleurs l'origine des spores saprophytes puisque leur introduction dans un tissu sain peut ne pas provoquer le tétanos; mais, viennent des circonstances transformant momentanément l'organisme en milieu de culture favorable, et ces spores vont germer.

Ces circonstances sont les causes dites « secondes ». Les anciens, en leur ignorance du bacille causal, n'avaient pas laissé de noter l'influence néfaste de certains phénomènes sur l'éclosion de la maladie. Ils avaient surtout été frappés de l'influence des pansements faits sans soins (Ambroise Paré), des variations brusques de température, des chocs nerveux, soit traumatiques, soit moraux.

(1) Job et Grysez. *Arch. de méd. milit.*, janv. 1908.
(2) Communication à l'Acad. de méd., 9 juin 1908.
(3) Loc. cit.

Avons-nous fait autre chose, de nos jours, que confirmer et expliquer leurs observations?

Les expériences de Vincent montrent le tétanos survenant jusqu'à soixante jours après l'inoculation sous l'influence de la chaleur (1). N'est-ce pas aussi la chaleur qui doit être incriminée dans l'endémicité du tétanos en Guyane et aux Antilles?

Le rôle du froid était très anciennement soupçonné. On a cité il y a longtemps des cas de tétanos survenus en l'absence de traumatisme ouvert chez des sujets exposés à un refroidissement prolongé : individus en sueur restés sous la pluie, vagabonds ou ivrognes couchant en plein air, etc. Vincent a montré l'importance du refroidissement local : « En fixant pendant une heure ou deux sous un filet d'eau froide un membre postérieur d'un cobaye et en injectant ensuite quelques spores sous la peau de ce membre, le tétanos éclate après une incubation très courte et emporte l'animal avec des symptômes parfois suraigus ».

Ambroise Paré, en signalant l'influence des pansements « vicieux », sales, indiquait déjà, sans s'en douter, l'influence des associations microbiennes sur le développement du tétanos. Il est de fait que l'antisepsie, à elle seule, de même qu'elle a fait presque disparaître toutes les complications érysipélateuses des plaies, a fait disparaître pareillement toutes les complications tétaniques dans les grands services de chirurgie autrefois infectés (2).

L'expérimentation, ici encore, est confirmative. Un cobaye est infecté par l'insertion intra-musculaire d'une écharde vecteur de spores tétaniques; trois mois après, l'animal étant en parfaite santé, on lui injecte sous la peau du ventre 2 centimètres cubes d'une culture de bacille typhique : bientôt après se déclare le tétanos (3).

Raymond incrimine l'association des fièvres paludéennes (4) et l'observation de Reynier ci-dessus en est un exemple.

L'influence des traumatismes nerveux a toujours été considérée comme primordiale par les médecins d'autrefois. C'était assez naturel vu les manifestations nerveuses si dramatiques de la maladie. Il en est de même des émotions vives (5), de la peur. Il y a vingt-cinq ans, se trouvait à l'hôpital de Saint-Martin-de-Ré une vieille femme pensionnaire. Alitée depuis des mois, sans qu'elle ait présenté la moindre plaie de décubitus, sans qu'il y ait eu dans la ville aucun cas suspect, elle fut prise de tétanos deux jours *après une grosse frayeur* et mourut dans des crises typiques.

Emploi du sérum préventif. — Après la communication retentissante du professeur Vaillard à l'Académie de médecine, le 2 juin dernier, il semblait que l'accord fût fait sur l'efficacité du sérum antitétanique, en tant que préventif tout au moins.

En réalité, comme le faisait remarquer huit jours après le professeur Le Dentu à la même tribune, la discussion reste toujours ouverte. C'est que, encore qu'il les ait émondés au maximum, des faits indis-

(1) In Vaillard. Loc. cit.
(2) Delorme. Soc. de chir., 22 mai 1907.
(3) In Vaillard. Loc. cit.
(4) *Dict. de Dechambre*, art. tétanos.
(5) Grisolle. T. II, p. 765.

cutables restent d'insuccès flagrants de ce sérum employé selon toute la rigueur possible et ce chiffre des insuccès est considérable, relativement à la rareté de cette infection.

Nos deux observations ne sont pas pour nous faire admettre, sans restrictions, les conclusions du professeur Vaillard. Comme le font remarquer Delorme et Le Dentu, dans une maladie aussi rare, les statistiques ne prouvent rien, surtout que les cas surviennent « en bouffées », par séries très espacées. La question pratique est celle-ci, à laquelle il est, croyons-nous, bien hasardeux de répondre par l'affirmative : un médecin peut-il se croire tranquille, lorsqu'il a fait à un blessé l'injection ou les injections préventives de sérum antitétanique? Car nous admettrons la nécessité de renouveler l'injection, comme le recommande le professeur Vaillard : « L'assurance éventuelle, dit-il, que le sérum confère à l'organisme contre les risques d'intoxication, n'a qu'une durée limitée. Elle dure tant que l'antitoxine se trouve présente et circule en quantité suffisante, c'est-à-dire une semaine environ chez l'homme. » (*Acad. de méd.*, 2 juin.)

A côté des échecs complets de la méthode (on peut joindre notre observation I aux 41 cas cités par Reynier) il y a les demi-succès, dans la catégorie desquels nous devons peut-être ranger notre observation II. Il y a aussi les cas où l'injection préventive semble seulement retarder l'éclosion de la maladie. Tel le cas de Maunoury cité par Reynier. Un ouvrier a le pied pris sous un wagon. Immédiatement Maunoury lui injecte 10 centimètres cubes de sérum, six jours après nouvelle injection, six jours après une troisième injection. Comme douze jours après la troisième injection le blessé se plaint de douleurs vives dans le membre, une quatrième injection est faite en même temps que l'amputation du membre. Malgré cela, trois jours après cette dernière injection, le trismus apparaissait, le tétanos se confirmait et le malheureux mourait en vingt-quatre heures.

Tout de même, parce que nous n'avons aucun autre traitement causal, nous ne demandons pas mieux que d'admettre les conclusions mitigées de Berger (1). Sur 35 cas de tétanos « malgré l'injection préventive » il a trouvé 19 guérisons. Il admet que l'injection préventive, si elle n'a pas empêché l'infection, en a diminué la virulence. Ce ne fut malheureusement pas vrai pour notre malade, mais, somme toute, n'est-ce pas ce qu'on admet pour la vaccination, laquelle, si elle n'empêche pas toujours la variole, la rend (?) plus bénigne?

Donc, même en redoutant les insuccès, même en craignant de ne faire que retarder l'éclosion de la maladie, nous sommes, conformément aux conseils de M. le professeur Vaillard, disposés à faire au moins deux injections préventives à huit jours d'intervalle, à tout blessé suspect.

Quels sont les malades « suspects » à injecter?

Et d'abord, il nous faut renoncer à injecter les suspects de tétanos « médical ». A quoi les reconnaîtrions-nous? La pénétration pacifique des spores n'a laissé chez eux aucune trace.

Par exemple, malgré la désillusion de notre échec (Obs. II), nous n'hésiterons pas à proposer des injections à l'entourage des tétaniques. Nous avons même donné l'exemple et nous sommes récemment inoculés, nous et nos infirmiers.

(1) BERGER. Soc. de chir., 15 mai 1907.

Mais, même en nous tenant aux blessés, aux suspects de tétanos « chirurgical », comment ferons-nous pour mettre cette étiquette « suspect » à un blessé? Nous contenterons-nous, comme la plupart des praticiens, d'injecter les grands traumatisés, ceux à plaies souillées de terre ou de fumier, ceux que nous avons appelés les « suspects classiques »? Dans les discussions dernières on a cité des cas nombreux de tétanos consécutif à des lésions très légères : Peyrot, Reynier, Routier, Potherat, etc.; rappelons notre observation I et le cas d'un enfant de Saint-Martin à Ré, le jeune R..., mort tétanique il y a deux ans, à la suite de l'infection d'une petite plaie causée par le frottement d'un appareil plâtré. M. le profeseur Vaillard, dans son article du *Traité de médecine et de thérapeutique*, éd. 1906, auquel nous avons fait de nombreux emprunts, se demande aussi si la cause du tétanos ne peut être quelque porte d'entrée inaperçue, « plaies insignifiantes ou déjà guéries, *caries dentaires*, angines ulcéreuses, *lésions de grattage*, piqûres d'abeilles, etc ».

« Nous voyez-vous, disait à l'Académie le 9 juin M. Reynier, pour tout traumatisme, toute écorchure (il aurait pu ajouter « toute carie dentaire » et alors!) nous mettre à faire des injections de sérum antitétanique tous les huit jours... Songez au nombre de fois où vous êtes tombé pendant votre enfance et pensez que vous auriez pu être soumis à cette sérothérapie réitérée pour un tétanos qui ne vous a jamais frappé. Pensez-vous que nous pourrons, pour des blessures légères, soumettre nos clients à pareille pratique? »

Assurément, ce serait de par la grosse augmentation de la note du traitement qui s'ensuivrait, une façon originale de remédier à la crise médicale actuelle. Mais ces questions de frais nouveaux et d'acceptation difficile d'une thérapeutique pessimiste mises à part, peut-on dire que les patients ne courraient aucun risque de par cette méthode d'injections préventives généralisées?

INCONVÉNIENTS DU SÉRUM. — L'injection est-elle *anodine toujours* pour l'inoculé? Il ne paraît pas qu'on puisse dire certainement « non ». L'introduction d'un sérum quelconque dans l'organisme (fût-ce celui, de mode actuelle, appelé plasma de Quinton) ne va point sans réaction parfois assez vive. Mais, dans la préparation des sérums antitoxiques, il semble, *pour des profanes*, qu'il y ait un certain aléa. Leur action est basée sur la prédominance dans le sérum de l'animal immunisé, au moment de sa récolte, des antitoxines sur les toxines. Ne peut-on concevoir la possibilité, pour quelques raisons mystérieuses, de la prédominance contraire, à l'instant du prélèvement, des toxines sur les antitoxines? Alors? Alors ce serait non le contre-poison, mais le poison lui-même qui serait injecté au patient. Les esprits paradoxaux ne manqueraient pas de dire, prenant texte sur notre observation II, que c'est le sérum seul qui a déterminé à notre malade son tétanos.

Pour revenir du domaine hypothétique sur le terrain pratique, nous voyons des injections antitétaniques provoquer pas mal d'accidents. Ceux-ci, pour ne pas être souvent graves, n'en sont pas moins assez pénibles.

Dans le cas du docteur Gerst (cité par Reynier) il y a, six jours après l'injection, de la fièvre à 39 degrés, de l'érythème généralisé, des arthralgies qui retiennent le malade au lit cinq à six jours.

Le malade du docteur Savariaud, après avoir reçu deux injections de sérum à sept jours d'intervalle, est atteint de douleurs dans les poignets, d'érythème généralisé avec fièvre, raideur du cou et des jambes, état qui persiste quatre ou cinq jours.

Nous avons eu personnellement l'occasion d'observer, chez trois malades injectés, des éruptions urticariées très étendues avec fièvre et légère raideur de la nuque. L'un de nous, après avoir reçu 10 centimètres cubes de sérum, ressentit du prurit qui persista plusieurs mois.

Sans qu'il lui soit permis d'hésiter dans les cas réellement suspects, est-ce que le médecin, vu ces accidents fréquents, se reconnaîtra le droit d'employer le sérum à tort et à travers?

Allons plus loin. En pays d'endémie ou dans l'entourage d'un malade on peut admettre (Obs. I), que pas mal de personnes sont en latence de tétanos, vecteurs de spores, comme, en temps d'épidémie de typhoïde, le nombre augmente des vecteurs de bacilles d'Eberth. Or, le fait étant acquis de l'influence désastreuse des émotions violentes et surtout de la peur sur l'éclosion du tétanos latent, n'y a-t-il pas à redouter l'impression profonde que ressentiront sûrement certains apeurés quand, en leur faisant l'injection préventive, on leur montrera qu'ils ont à redouter l'horrible maladie? Dans le doute où nous laisse l'observation du docteur Jules H..., nous avouons nous être demandé aussi s'il n'y avait pas une influence semblable dans son cas.

Traitement préventif rationnel. — Alors que faire? Sans doute et nous tenons à le répéter, *jamais nous n'hésiterons en face d'un grand traumatisme, à user largement de l'injection préventive*. Nous serons surtout prodigues de son usage dans les milieux infectés : régions endémiques, gens d'écurie ou de ferme, etc.

Nous conseillerons même à l'entourage d'un tétanique, mais en nous gardant soigneusement de semer la terreur, de recourir à semblable pratique.

Mais nous nous refusons — parce que c'est le plus souvent inutile et que ce n'est pas sans inconvénients sérieux — d'injecter toutes les plaies qui ont pu fournir un exemple de tétanos.

Par contre, nous nous efforcerons de mettre nos malades à l'abri des causes secondes.

L'antisepsie sera méticuleuse; les malades seront soustraits aux influences déprimantes; surtout leur moral sera particulièrement surveillé et les réconforts de l'optimisme employés à tous instants.

Que si, malgré tout, le tétanos se déclare, nous recourrons de notre mieux à la thérapeutique éclectique mise à notre disposition par les travaux récents, conservant, en dépit du terrible souvenir, l'espoir d'être plus heureux que dans les soins vainement donnés à notre cher confrère disparu.

FORMULAIRE

CONTRE L'ACNÉ ROSACÉ

Sulfidal	10 grammes.
Acide salicylique	2 —
Oxyde de zinc	20 —
Amidon	20 —
Vaseline q. s. p.	100 —

F. s. a. — Faire en même temps plusieurs attouchements par jour à l'alcool résorciné (2 à 5 p. 100).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 7 DÉCEMBRE 1908)

PRIX DÉCERNÉS

(Voir *Gaz des hôpit.*, 1908, n° 142, p. 1693).

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1909, 1910, 1911, 1912

Prix annuels.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix Montyon (2 500 francs, mentions de 1 500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir*.

Prix Barbier (2 000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir*.

Prix Bréant (100 000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (Voir pour les détails *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1908, n° 23, p. 1227.)

Prix Godard (1 000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Larrey (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

Prix Bellion (1 400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

Prix Mège (10 000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10 000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

Prix Montyon (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

Prix Philipeaux (900 francs). — Physiologie expérimentale.

Prix Lallemand (1 800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

Prix proposés pour 1909.

(Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 144, p. 1721).

Prix proposés pour 1910.

Prix Leconte (50 000 francs) [Triennal]. — Aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales. — Ne peut être partagé.

Prix Dusgate (2 500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix Pourat (1 000 francs). — *Action qu'exercent les rayons X et les rayons du radium sur le développement et la nutrition des cellules vivantes.*

Prix Martin-Damourette (1 400 francs) [Biennal]. — A l'auteur d'un ouvrage de physiologie thérapeutique.

Prix Serres (7 500 francs). — Au meilleur ouvrage sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Prix proposés pour 1911.

Prix Chaussier (10 000 francs). — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

Prix Jean Reynaud (10 000 francs). — Décerné « à une œuvre originale, élevée et ayant un caractère d'invention et de nouveauté » ou « à quelque grande infortune scientifique, littéraire ou artistique ». — Ne peut être partagé.

Prix proposé pour 1912.

PRIX PARKIN (3400 francs). — Sur les effets de l'action volcanique dans la production de maladies épidémiques dans le monde animal et le monde végétal, et dans celle des ouragans et des perturbations atmosphériques anormales.

Prix généraux (annuels).

PRIX TRÉMONT (1 100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

PRIX LANNELONGUE (2000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical.

PRIX SAINTOUR (3000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences.

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif.*

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

La clôture de tous les concours a lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un PRIX. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1908)

Thyroïdite aiguë et tuberculose. — M. P. LEREBOULLET, à propos de l'observation du goitre exophtalmique chez un tuberculeux rapportée par MM. Ramond et Bloch, relate l'histoire d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire qui, entré à l'hôpital pour une poussée de tuberculose au sommet du poumon droit, fit secondairement, sans infection surajoutée, sans influence médicamenteuse, une thyroïdite aiguë; celle-ci se présenta avec l'allure d'un goitre aigu suffocant, accompagné d'une hyperthermie considérable. Les accidents rétrocédèrent en quelques jours, en même temps que s'atténuaient les phénomènes pulmonaires. Le malade, revu plusieurs mois plus tard, gardait, outre des signes de tuberculose pulmonaire, d'ailleurs torpide et apyrétique, une légère hypertrophie du corps thyroïde ne s'accompagnant d'aucun symptôme secondaire. La poussée fluxionnaire au niveau du corps thyroïde semble bien, comme celle observée simultanément au niveau du poumon, avoir été sous la dépendance de la tuberculose et montre que celle-ci, si elle entraîne fréquemment des scléroses thyroïdiennes anatomiquement bien connues, susceptibles de commander diverses manifestations cliniques, peut aussi, comme d'autres infections, provoquer des thyroïdites aiguës passagères.

Traitement de la méningite cérébro spinale suppurée. Efficacité des injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique. — M. NETTER a traité depuis 1899, à l'hôpital Trousseau, 32 cas de méningite cérébro-spinale suppurée à diplocoque de Weichselbaum, auxquels il peut joindre 4 cas soignés en ville avec les docteurs Marguet, Archambault, Mallet et Thomas. Ces cas, tous vérifiés par la ponction et l'examen bactériologique, lui ont donné 14 décès, soit une mortalité de 38,9 p. 100. Ce chiffre est satisfaisant surtout si l'on tient compte que l'auteur a exclu tous les cas à épanchement inflammatoire mais non purulent : méningites séreuses, méningites atténuées, dont l'addition à sa liste aurait singulièrement amélioré sa statistique. Son traitement des méningites a passé par trois étapes, dont chacune constitue un progrès qui se traduit par la diminution de la mortalité.

De 1898 à la fin de 1902, M. Netter a employé les bains chauds prolongés et les ponctions lombaires répétées. Ce traitement exposé par lui en 1900 a été adopté par de nombreux auteurs et, s'il est critiqué de divers côtés, continue à avoir l'appui de Köplik, de Zupnik, de Lenhartz, etc. Sur les malades de l'hôpital traités par l'auteur, il a donné une mortalité de 53,9 p. 100. Depuis la fin de 1902, il a combiné cette médication avec l'administration de l'argent colloïdal sous forme de frictions, injections intra-veineuses, injections intra-rachidiennes. La mortalité avec ce traitement a été de 45,37 p. 100; en rapprochant ce chiffre du précédent on constate que l'adjonction du collargol a eu certainement une influence précieuse. L'analyse de ses observations semble établir que, contrairement à l'opinion générale, le médicament est plus actif en frictions, mortalité 40 p. 100 et surtout en injections intra-veineuses qu'en injections intra-rachidiennes, mortalié 57 p. 100.

Le fait n'est pas surprenant si l'on tient compte du mode d'action des métaux colloïdaux. Il est d'ailleurs corroboré par des observations des docteurs Follet et Sacquepée, à Rennes.

En 1906, Kolle et Wassermann, Jochmann, Ruppel en Allemagne, Markl à Vienne, Flexner à New-York ont obtenu chez le cheval un sérum antiméningococcique dont les propriétés préventives et curatives démontrées expérimentalement chez l'animal ont été éprouvées sur l'homme. L'efficacité de ces sérums aux injections intra-rachidiennes est dès à présent établie. Parmi les exemples les plus démonstratifs, l'auteur cite en Allemagne ceux de Schone à Ratibor où la mortalité tombe de 53 p. 100 à 24 p. 100 avec le sérum de Jochmann, de Lévy à Essen 11,76 et 16,27 avec le sérum de Kolle et Wassermann, au lieu de 60 p. 100. Le sérum de Flexner a été employé chez plus de 400 malades et a donné une proportion de décès de 33 p. 100 au lieu de 73; Köplik a vu la mortalité tomber, dans son service à New-York, de 51,3 à 18,8 p. 100; Ladd, Cleveland et Castalia 66 à 33 p. 100; Sladen à Baltimore 64 à 14,1; Chase à Akron de 90 à 33 p. 100; Robb à Belfast de 72,3 à 30 p. 100; Kerr à Edimbourg de 80,5 à 43 p. 100.

A l'hôpital des enfants de Boston de 1899 à 1907, avant le sérum, la mortalité était en général supérieure à 70 p. 100 avec le chiffre le plus bas de 58 p. 100 en 1902. En 1908, il tombait à 18 p. 100.

Le sérum antimeningococcique ne diminue pas seulement la mortalité et abrège la durée, prévient les complications. Les effets sont parfois très prompts et la maladie se termine par crise.

La quantité de sérum, le nombre des injections sont variables; il faut les répéter jusqu'à disparition des symptômes. Les chiffres de 300 et même 600 centimètres cubes, ont été injectés. Les chances de guérison sont les plus grandes chez les sujets de cinq à dix ans et lorsque le traitement est commencé dans les trois premiers jours, la mortalité est de 14,9 p. 100.

En injections sous-cutanées le sérum anti-méningococcique n'est pas actif. M. Netter n'a pu jusqu'ici l'employer que chez cinq malades et encore faut-il éliminer deux enfants de trois à quatre mois chez lesquels l'injection dans le canal rachidien n'a pas été possible. Les trois enfants qui ont reçu dans le canal rachidien le sérum ont donné deux guérisons. Le cas terminé par la mort a été traité tardivement; il se compliquait de mastoïdite consécutive à une otite à pneumocoques.

Le microscope isolé dans ce cas différait du diplocoque de Weichselbaum par son action sur les sucres. Il ne s'agissait peut-être pas dans ce cas de méningite cérébro-spinale ordinaire justiciable du sérum. Chez l'un des malades guéris qui a reçu du sérum fabriqué par M. Dopter à l'Institut Pasteur l'effet du sérum a été remarquable : suppression immédiate de la fièvre, disparition très prompte de tous les symptômes.

On voit que les résultats obtenus par M. Netter sont très

encourageants alors même qu'ils portent encore sur un petit nombre de malades.

Diagnostic bactériologique des méningites à méningocoques. — M. DOPTER. Trop souvent on se croit autorisé à affirmer la présence du méningocoque d'après cette seule constatation que le liquide céphalo-rachidien contient des diplocoques en grains de café, décolorés par le gram. Ce diagnostic est insuffisant, car, à côté du méningocoque on connaît une série de germes qui lui ressemblent au seul examen direct, mais lui sont totalement étrangers; leurs réactions biologiques en font foi. Ces « pseudo-méningocoques » saprophytes habituels du rhino-pharynx peuvent provoquer des méningites pour leur propre compte ou s'associer au vrai méningocoque, ou encore à la méningite tuberculeuse. L'auteur rappelle les caractères du méningocoque, qu'on ne peut identifier actuellement que par l'agglutination avec un sérum spécifique, et l'épreuve de la fermentation des sucres.

Par conséquent, devant un cas de méningite où l'on constate un germe en grain de café, ne prenant pas le gram, on doit seulement le considérer comme suspect et lui faire subir les différentes épreuves capables de l'identifier. M. Dopter étudie à cet égard les diverses éventualités qui peuvent se produire, et montre les difficultés du diagnostic, et le moyen de les lever quand le méningocoque a disparu du liquide céphalo-rachidien, et quand, après cette disparition, il persiste encore des germes d'association secondaire. La technique se résume dans les points suivants :

1° Ponction lombaire, examen direct du liquide après centrifugation, culture sur agar-ascite;

2° Agglutination du ou des germes isolés par un sérum antiméningococcique hautement agglutinant;

3° Epreuve de la fermentation produite par ces germes sur les milieux sucrés;

4° Si ces moyens sont insuffisants, séro-diagnostic à l'aide du sérum du malade vis-à-vis d'un méningocoque déjà bien identifié;

5° Si ce procédé échoue encore, rechercher le méningocoque dans le rhino-pharynx. On sait que cette cavité est l'habitat de choix du méningocoque, avant que la méningite se déclare, et pendant toute la durée de son évolution.

Hémi-atrophie de la langue au cours d'un cancer du sein. — MM. Paul SAINTON et Fernand TRÉMOLIÈRES présentent une femme de trente-sept ans chez qui ont apparu ou tout au moins ont été remarqués à peu près en même temps, une tumeur du sein, de nature épithéliomateuse, des phénomènes douloureux osseux à début brusque et une hémi-atrophie gauche de la langue; on constate en outre chez elle un rétrécissement de la pupille gauche avec intégrité du réflexe lumineux et l'atrophie du trapèze gauche.

La radiographie permet de constater une lésion des quatre ou cinq premières vertèbres cervicales.

L'hémi-atrophie linguale est donc due, comme il arrive le plus souvent, à une compression du nerf hypoglosse à la sortie de la base du crâne, soit par une lésion osseuse simple, soit plutôt par une altération des méninges vertébrales sous-jacentes.

L'inégalité pupillaire paraît être un phénomène paralytique dû à la lésion des fibres irido-dilatatrices ascendantes nées du sympathique.

L'atrophie du trapèze peut être attribuée soit à une amyotrophie d'origine articulaire, soit à une légère atteinte du spinal.

Mais il est difficile de déterminer si la lésion osseuse constatée à la radiographie est un mal de Pott sous-occipital ou une localisation cancéreuse vertébrale, d'autant plus que l'examen du liquide céphalo-rachidien a été négatif.

Il semble logique de se conformer à la règle clinique qui consiste à n'admettre qu'une seule maladie chez le même malade et d'attribuer à la même cause, au cancer, les lésions mammaires et vertébrales, bien que la localisation cancéreuse sous-occipitale soit très rarement observée.

Ulcère chronique de l'estomac chez l'enfant. — MM. PARMENTIER et LASNIÉE, chez un enfant de douze ans et demi atteint depuis plusieurs mois de gastro-entérite, observèrent des vomissements et des hématémèses, qui rétrogradèrent sous l'influence du traitement approprié. Il n'y avait pas d'hyperchlorhydrie. Les auteurs font suivre leur communication d'une revue générale des cas analogues d'ulcère chronique.

Urémie chronique et leucocytose céphalo-rachidienne. — MM. MOSNY et Marcel PINARD rapportent l'observation d'un malade atteint d'urémie chronique avec réaction leucocytaire céphalo-rachidienne et lésions méningées. Il s'agissait d'une néphrite saturnine ayant abouti à l'urémie et à la mort.

A noter incidemment que le malade, amaurotique, recouvrait la vision pendant quelques instants lorsque l'on faisait artificiellement baisser la pression sanguine par inhalation de nitrite d'amyle.

Comment interpréter la réaction céphalo-rachidienne, les polynucléaires étant en majorité dans la première rachicentèse puis en nombre inférieur aux lymphocytes dans les ponctions suivantes? Doit-on la rattacher à l'urémie? Evidemment non; l'absence de réaction est la règle dans les urémies chroniques et le malade n'a présenté aucun phénomène convulsif. Il semble que si le saturnisme (où la lymphocytose pure est la règle) peut expliquer la lymphocytose, la polynucléose trouve son explication dans la présence d'un petit noyau d'hémorragie cérébrale effleurant la corticalité, ayant d'ailleurs évolué insidieusement et constaté seulement à l'autopsie; et peut-être aussi dans l'existence de petits foyers histologiques d'hémorragie méningée.

Le professeur OSLER fait une communication sur les endocardites infectieuses. Il est ensuite nommé membre correspondant de la Société.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1908)

Augmentation brusque du nombre des leucocytes dans l'asphyxie aiguë. — On sait que la leucopénie rapide peut s'observer dans des conditions assez nombreuses, en particulier après l'injection de diverses substances, de peptone entre autres. Les conditions susceptibles d'entraîner une brusque augmentation du taux leucocytaire sont moins communes.

MM. L. LE SOURD et Ph. PAGNIEZ ont constaté qu'une telle augmentation pouvait s'observer pendant l'asphyxie aiguë réalisée chez le lapin par occlusion des narines. Après cinquante secondes d'occlusion, on note dans le sang prélevé au niveau des veines de l'oreille une augmentation considérable du nombre des leucocytes, dont le chiffre peut doubler, tripler même, passant par exemple de 6000 à 13500, de 6000 à 16000, etc. Le nombre des globules rouges reste fixe ou ne subit que de minimes variations.

Cette hyperleucocytose est transitoire et, une demi-heure après l'asphyxie, le chiffre des leucocytes est revenu à la normale.

Il ne semble pas s'agir d'une distribution inégale des leucocytes en différents points de l'appareil circulatoire, car la teneur du sang circulant en leucocytes augmente brusquement pendant l'asphyxie aiguë, aussi bien dans le cœur que dans les territoires veineux périphériques.

Cette hyperleucocytose asphyxique, brusque et transitoire, ne paraît pouvoir s'interpréter que comme la conséquence d'une mise en circulation des leucocytes immobilisés le long des parois vasculaires, celle-ci étant commandée par les modifications de la pression, de la fréquence du cœur, et par les violents efforts inspiratoires de l'animal.

Recherches du bacille de Koch dans les poussières des salles de tuberculeux. — MM. LE NOIR et Jean CAMUS poursuivant leurs recherches sur la contagion de la tuberculose par l'air ont inoculé à des cobayes des poussières sèches recueillies à différentes hauteurs, dans des salles de tuberculeux de l'hôpital Saint-Antoine.

Plusieurs fois les résultats des inoculations ont été négatifs, mais ils ont été positifs dans un petit nombre de cas. Les auteurs, tout en remarquant que ces poussières sèches sont assez peu virulentes, concluent cependant, que dans une salle d'hô-

pital bien tenue, elles constituent un danger réel, conformément à l'opinion classique contestée par un certain nombre d'auteurs.

Virulence des crachats tuberculeux mélangés à des poussières. — MM. Le Noir et Jean Camus dans ce second travail ont voulu se placer dans les conditions ordinaires de la contagion de la tuberculose par l'air; ils ont étudié la virulence des crachats bacillifères, mélangés à des poussières et desséchés.

On peut en effet penser que les poussières agissent comme corps étrangers ou par les germes infectieux qu'elles contiennent, et peuvent modifier les conditions d'inoculation et de développement de la tuberculose. Or, ces poussières bouillies ou non bouillies ne paraissent rien changer à l'infection tuberculeuse; cependant alors qu'au bout d'un mois de conservation les bacilles de Koch étaient très atténués, les autres germes de poussières non bouillies étaient encore très virulents. Les auteurs remarquent que dans le mélange inoculé les bacilles tuberculeux apparaissaient encore après un mois très nombreux et bien colorés par le Ziehl, néanmoins plusieurs inoculations furent négatives et les autres suivies de tuberculisation discrète, ce qui prouve l'atténuation de la virulence.

Ce travail complète les résultats du précédent et montre que si la tuberculisation par les poussières sèches est possible, il faut en inoculer une quantité relativement considérable pour obtenir des résultats positifs.

(A suivre.)

PRATIQUE MÉDICALE

LES BAINS D'ACIDE CARBONIQUE « FORMICA »

Par M. Suzor.

L'acide carbonique est l'un des éléments les plus constants et des plus actifs des eaux minérales, soit sous sa forme libre, soit combiné. C'est ce qui explique la vogue des sources de Nauheim, Marienbad, Carlsbad, Kissingen, etc.

Cette médication s'applique avec un succès souvent remarquable dans un grand nombre d'affections cardiaques, artérielles, nerveuses, cutanées, gynécologiques, et spécialement les affections de l'appareil respiratoire, la gastralgie, le rhumatisme, la goutte, les névralgies et la paralysie, l'anémie et la débilité générale. Elle s'administre sous des formes diverses suivant les cas, inhalations, douches, bains et injections.

Cependant le bain reste de beaucoup le mode d'emploi le plus utile.

Mais jusqu'à ces dernières années les malades moins fortunés, qui ne peuvent se déplacer ainsi que ceux qui veulent faire une cure en dehors de la saison thermale, ont dû se contenter de bains d'acide carbonique artificiel. L'emploi de l'acide carbonique comprimé nécessite des appareils coûteux, compliqués et dangereux et qui ne sont guère utilisables que dans les grands établissements d'hydrothérapie. L'autre système, décomposition de sels par les acides, est d'un emploi plus facile chez soi; cependant il n'est pas exempt d'inconvénients très sérieux. Les acides en question attaquent les baignoires en métal et, par leur action sur les carbonates, forment des sels inactifs. Mais leur principal défaut est que l'acide carbonique se dégage avec véhémence lorsqu'on mélange les ingrédients du bain, ce qui impressionne fâcheusement certains malades nerveux. D'autre part, la violence du dégagement fait que des particules d'acide sont projetées de tous côtés et peuvent occasionner des brûlures.

Enfin, la plus grande quantité du gaz s'échappe sans produire d'effet utile. Le dégagement devient de plus en plus faible et a complètement cessé après quelques minutes.

Tout récemment l'on est cependant parvenu à des simplifications vraiment intéressantes. Nous avons pu utiliser les bains « Formica » chez plusieurs de nos malades avec des résultats qui nous ont paru dignes d'être signalés.

Les bains d'acide carbonique « Formica » constituent un progrès sérieux. L'idée d'employer un dérivé de l'acide formique pour dégager l'acide carbonique est entièrement nouvelle et très heureuse. L'action favorable de l'acide formique sur les affections rhumatismales ou goutteuses, l'anémie, les états de faiblesse, les diverses algées est connue depuis très longtemps. Tout récemment le docteur Clément a démontré dans un rapport à l'Académie de médecine que l'acide formique possède la propriété éminente d'exciter l'énergie musculaire et de réagir contre la fatigue.

Par le procédé de fabrication spécial employé pour la préparation des bains Formica le dégagement subit d'acide carbonique est entièrement évité et, un dégagement intense, régulier et de longue durée, est obtenu.

On peut combiner les bains d'acide carbonique Formica avec tous les médicaments voulus, avec l'extrait de pin, le tannin, les sels de fer et de manganèse, les huiles essentielles, qui ne décomposent ni les bains ni les autres ingrédients.

Le bain se prépare très simplement, sans aucun appareil spécial, au moyen d'une poudre et d'un liquide. La première, répartie aussi également que possible, se dépose rapidement au fond de la baignoire; on verse alors le contenu du flacon du liquide lentement sur toute la surface de l'eau, l'on agite l'air au-dessus du bain au moyen d'un journal ou d'un éventail. L'on entre aussitôt dans le bain, et l'on s'y remue de temps en temps. La durée du bain est ordinairement de dix à vingt minutes. La température ordinaire de l'eau ne doit pas dépasser 30 à 33 degrés centigrades, l'acide carbonique augmentant lui-même la sensation de chaleur.

Il sera toujours utile de se reposer une demi-heure après le bain.

Nous avons soigné quatre malades par ces bains à raison d'un tous les deux jours, trois cas de sciatique ancienne avec raideur articulaire et un cas de « froid aux jambes ». Les trois cas de sciatique ont été grandement améliorés, mieux que par aucun traitement antérieur, le cas de refroidissement a été guéri après le sixième bain.

Dans tous ces cas il s'est évidemment agi d'une augmentation très vive de la circulation cutanée, peut-être aussi d'une action plus profonde, d'ordre nutritif par le système nerveux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 DÉCEMBRE 1908

THÈSES

Mercredi 23 décembre 1908, à une heure. — M. Giraud. Le corps thyroïde des tuberculeux. Recherches histologiques et chimiques. (MM. Landouzy, président; Brissaud, Pierre Marie et Widal.) — M. Gougerot. Bacillose non folliculaire. (MM. Landouzy, président; Brissaud, Pierre Marie et Widal.) — M. Mohammed Hassan Khan. Grossesse, accouchement et puériculture en Perse. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Gaucher et Lœper.) — M. Mallet. De la conduite à suivre dans les cas de phyrométrie. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Gaucher et Lœper.) — M. Sylvestre. Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les enfants âgés. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Gaucher et Lœper.) — M. Moin ol Atebba. Salek (bouton d'Orient). (MM. Gaucher, président; Pinard, Kirmisson et Lœper.) — M. Favreul. Contribution à l'étude de l'étranglement herniaire dans les épanchements liquides aigus de l'abdomen. (MM. Reclus, président; Roger, Segond et Branca.) — M. Beaurain. Considération anatomo-clinique sur l'occlusion aiguë du duodénum par l'artère mésentérique supérieure. (MM. Roger, président; Reclus, Segond et Branca.) — M. Miel. L'élimination mammaire des médicaments minéraux et organiques. (MM. Roger, président; Reclus, Segond et Branca.) — M. Le Calme. Le mégacôlon ou maladie de Hirschsprung (dilatation congénitale du gros intestin. (MM. Segond, président; Reclus, Roger et Branca.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 145. — JEUDI 17 DÉCEMBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 17 DÉCEMBRE 1908. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES. — La réforme des études médicales figure parmi les questions qui seront discutées au Conseil supérieur de l'Instruction publique dont la session s'est ouverte hier.

Le projet de décret, adopté par la section permanente du Conseil supérieur, fixe à cinq années la durée des études en vue du doctorat en médecine, non compris l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Ces études peuvent être faites : pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie; pendant les cinq années, dans une faculté de médecine, dans une faculté mixte ou une école de plein examen de médecine et de pharmacie.

Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions; le cours de celles-ci est suspendu pendant la présence de l'étudiant sous les drapeaux.

Il est établi un livret scolaire au nom de chaque étudiant, et ce livret, sur lequel sont inscrites les notes d'assiduité et d'interrogations obtenues aux travaux pratiques et aux stages, sera obligatoirement communiqué aux juges à tous les examens, sous peine de nullité de l'examen.

L'enseignement en vue du grade de docteur en médecine comprend un enseignement théorique (portant sur les sciences zoologiques et sur les enseignements annexes à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique), un enseignement technique donné dans les laboratoires (travaux pratiques obligatoires et répartis entre les cinq années de scolarité), un enseignement clinique donné dans les hôpitaux.

Le stage est obligatoire pendant les cinq années d'études; il a chaque année une durée de neuf mois. Au cours et à la fin de chaque stage, l'étudiant est interrogé par le chef du service auquel il est attaché.

Les examens sont de deux sortes : examens de travaux pratiques, pour chaque enseignement; examens de fin d'année. La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de clinique.

Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du nouveau décret. Les étudiants qui auront pris inscription avant cette date subiront les examens d'après le régime prévu par le décret du 24 juillet 1899.

L'IMPÔT SUR LE REVENU ET LES MÉDECINS. — La Chambre des députés a adopté dans sa séance du 14 décembre les articles suivants :

SEPTIÈME CATÉGORIE. — *Revenus des professions libérales.* — « Art. 47 (ancien art. 48) : L'impôt sur le revenu des professions libérales est établi annuellement à raison du revenu net réalisé pendant l'année précédente. A l'égard des contribuables exerçant leur profession depuis moins d'un an, le revenu net est calculé en tenant compte des résultats obtenus depuis la date à laquelle la profession a été entreprise.

Sur le revenu déterminé comme il est dit au paragraphe ci-dessus, il est fait, pour chaque contribuable, déduction d'une somme de :

1500 francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 10000 habitants et au-dessous;

2000 francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 10001 à 100000 habitants;

2500 francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune de plus de 100000 habitants;

3000 francs si le contribuable a son domicile réel dans le département de la Seine.

En outre, sur son revenu taxé, chaque imposable a droit aux déductions suivantes :

Cinq sixièmes sur la fraction de son revenu ne dépassant pas 3000 francs;

Quatre sixièmes sur la fraction de son revenu comprise entre 3001 et 3500 francs;

Trois sixièmes sur la fraction de son revenu comprise entre entre 3501 et 4000 francs;

Deux sixièmes sur la fraction de son revenu comprise entre 4001 et 4500 francs;

Un sixième sur la fraction de son revenu comprise entre 4501 et 5000 francs (1).

Art. 48 (ancien 49) : L'impôt est dû dans la commune où le titulaire du revenu imposable a son domicile réel à la date du 1er janvier de l'année de l'imposition.

Art. 49 (ancien art. 50) : Toute personne jouissant de revenus imposables au titre de la septième catégorie est tenue de remettre chaque année, dans le courant du mois de janvier, au contrôleur des contributions directes, une déclaration de ses revenus.

Un règlement d'administration publique prévu à l'art. 94 énumérera limitativement, en tenant compte des conditions d'exercice spéciales à chaque profession et notamment de l'obligation du secret professionnel, les indications que devra contenir la déclaration précitée. »

(*Voir la suite, p. 1737.*)

(1) Notons que le taux de l'impôt n'est pas encore fixé. La commission a proposé 3 p. 100. La Chambre a réservé l'article! Quelle surprise nous prépare-t-elle?

CLINIQUE CHIRURGICALE

APPENDICITE SUPPURÉE

Par M. JABOULAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

Le malade dont je vais vous retracer l'histoire est un jeune homme de dix-sept ans que nous avons opéré, il y a un peu plus de deux mois, pour une appendicite suppurée.

Ses antécédents héréditaires et personnels sont négatifs et le seul fait à retenir de son interrogatoire est le suivant : au mois d'août dernier il aurait eu une colique appendiculaire, caractérisée par une douleur vive dans la fosse iliaque et par des vomissements, le tout ayant disparu après deux jours de repos. Peut-être était-ce là le signal de l'arrivée dans l'appendice de concrétions stercorales devant déterminer des accidents graves dans la suite.

Toujours est-il que, le 8 janvier dernier, se trouvant à son travail, notre jeune malade qui, depuis le matin se plaignait d'inappétence et de soif, ressentit dans la soirée de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Des vomissements bilieux, nettement porracés, ne tardèrent pas à apparaître et un médecin qui le vit alors le fit transporter d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

Il y entre donc, après vingt-quatre heures, le 9 janvier au soir et, le 10 au matin, nous le trouvons dans l'état suivant :

Il est prostré, couché sur le dos et s'efforçant de ne faire aucun mouvement.

La température est de 38. Le pouls, accéléré, bat à 130 à la minute.

La respiration, du fait de l'immobilisation du diaphragme, revêt le type costal supérieur.

La circulation intestinale est complètement arrêtée et le malade a fréquemment des vomissements porracés. Vous savez toute la part qu'il faut accorder à la *distension gastrique dans ces états péritonéaux*, celle-ci, outre les vomissements, provoquant habituellement l'accélération du pouls et des mouvements respiratoires. C'est pour cette raison que, dans ce service, nous pratiquons volontiers une gastrostomie évacuatrice sur de tels malades.

Il n'y a pas de phénomènes de délire. Les urines sont normales et, fait important au point de vue pronostic, notre malade urine seul, il ne présente pas de parésie vésicale.

A l'examen de l'abdomen, le météorisme masquait les contractions intestinales. La sonorité était partout exagérée, sauf au niveau de la fosse iliaque droite, où on notait un peu de matité. Peut-être, toujours à la percussion, remarquait-on une légère diminution de la matité hépatique : c'est là le résultat de l'interposition d'une anse grêle et l'on a voulu trouver dans ce signe une indication formelle d'intervenir d'urgence ; il semble qu'une conclusion aussi absolue soit exagérée.

En résumé, nous avions affaire à un malade qui, après les antécédents que vous savez, restait prostré, subfébrile, présentant un arrêt complet des matières et des gaz, des douleurs abdominales et un peu de submatité dans la fosse iliaque droite.

En présence de ces symptômes, il était facile d'éliminer une tuberculose péritonéale aiguë ou une occlusion ; l'iléus était d'ailleurs incomplet et il n'y avait pas de péristaltisme. Mais il restait à préciser la cause de la péritonite aiguë avec épanchement de la fosse iliaque droite, en présence de laquelle nous nous trouvions.

Et d'abord le foie ni le rein n'étaient en cause ici ; le siège des lésions ne correspondait pas à ces organes qui paraissaient normaux et desquels le malade n'avait jamais souffert. Nous pourrions en dire autant de la vésicule biliaire dont les perforations, parfois latentes et insidieuses, non précédées de signes de lithiase, simulent souvent, vous le savez, celles de l'appendice. Mais l'évolution des accidents est quand même d'ordinaire moins rapide et le siège différent.

C'est bien autour de l'intestin que s'était installé et qu'avait diffusé la péritonite. Et, comme il ne pouvait être question de lésion latente (tuberculose ou cancer) suppurée ou perforée dans ce cas, non plus que de perforation typhique, vous voyez qu'on revenait rationnellement au premier diagnostic d'impression, celui d'appendicite.

Peut-être, était-ce là une première poussée d'appendicite infectieuse ; peut-être des corps étrangers, oxyures ou plutôt calculs stercoraux, avaient-ils déjà préparé le lit d'infection.

C'était vraisemblablement le cas de notre jeune malade et nous pouvions faire remonter à sa première et courte crise du mois d'août dernier, l'existence des calculs appendiculaires.

Quoiqu'il en soit, quelle que soit la date du début de l'appendicite, les accidents actuels remontaient à quarante-huit heures et pouvait-on, dans ces conditions, ne pas intervenir d'urgence et soumettre le malade au traitement médical en attendant l'évacuation spontanée de son abcès ?

Livrés à eux-mêmes, ces abcès d'origine appendiculaire peuvent subir des migrations diverses.

L'évacuation par la *paroi* abdominale antérieure se fait surtout chez les enfants et est une rareté chez l'adulte.

L'ouverture dans le *cæcum*, essentiellement caractérisée par une selle purulente suivie de l'amendement des symptômes, est encore rare, plus rare que l'évacuation par la *vessie* contrairement à ce qui semble rationnel. Cette dernière migration se manifeste par des douleurs vésicales, des épreintes très accentuées aboutissant à l'évacuation pénible et douloureuse d'un mélange d'urine et de pus.

Plus fréquente enfin est la perforation dans le *rectum*. Le pus se collecte au devant de la paroi antérieure du rectum et le toucher rectal permet en pareil cas de sentir une masse fluctuante qu'il faut toujours rechercher pour la drainer par l'incision rectale précoce que vous m'avez vu plusieurs fois pratiquer dans ce service.

Telles sont les évacuations spontanées possibles des abcès appendiculaires ; mais c'est courir de grands risques que d'en attendre une.

On se trouve d'ailleurs parfois en présence de migrations bizarres ; certaines collections remontent et viennent se loger sous le foie ce qui nécessite une incision abdominale antérieure et une contre-incision lombaire si l'on veut les évacuer. D'autres, contournant le foie, deviennent des abcès sus-hépatiques qu'il est quelquefois nécessaire de vider par la voie transpleuro-diaphragmatique.

La pleurésie que risque ainsi l'opéré peut survenir d'autre part spontanément, la base du poumon s'ac-

colera quelquefois à la coupole diaphragmatique et, ainsi, des fusées purulentes pourront se produire jusque dans le parenchyme pulmonaire et s'y installer sous la forme d'abcès que terminera une vomique. Il est rare d'ailleurs que l'on trouve un malade capable de faire les frais de pareilles suppurations et, le plus souvent, l'intervention s'impose avant l'évacuation naturelle.

Outre ces migrations dangereuses, on risquait d'ailleurs surtout, en prolongeant l'expectative, de voir se former en d'autres points du péritoine des collections analogues à la première et il fallait surtout redouter la péritonite généralisée. Au point où nous en étions, notre malade avait bien du météorisme, mais il n'avait pas de pus dans son grand péritoine : le pus était encore collecté, localisé dans la fosse iliaque droite et il ne fallait pas attendre qu'il en sortît pour faire irruption dans la grande séreuse.

Séance tenante donc, l'intervention est décidée et elle est pratiquée le 10 janvier au matin. Jusque-là notre malade avait été soumis au traitement médical : potion d'extrait thébaïque de 5 centigrammes, glace sur le ventre, avec abstention absolue (je ne saurais trop vous le répéter) de purgatifs et de lavements.

On fait une laparotomie iliaque droite : incision, au milieu de la ligne ombilico-iliaque, de la peau, du tissu sous-cutané et de la gaine antérieure du grand droit. Le muscle est récliné et on incise sa gaine postérieure après avoir repéré ses vaisseaux et ses nerfs. Il est en effet de toute importance de ne pas supprimer l'innervation du grand droit pour éviter une flaccidité gênante de la sangle abdominale. Au delà du tissu cellulaire prépéritonéal on trouve le péritoine et, sous le péritoine, le pus.

Dans le cas particulier, nous sommes tombés sur une poche cloisonnée, renfermant un verre de pus très fétide au milieu duquel baignait l'appendice perforé à sa base. Celui-ci, réséqué, renfermait un calcul stercoral du volume d'un noyau de cerise. Les anses intestinales voisines étaient rouges. Il n'y avait pas d'adhérences du grand épiploon.

Le pus une fois évacué nous avons placé deux drains debout, l'un plongeant vers la cavité pelvienne, l'autre se dirigeant vers le haut, en les séparant par une mèche de gaze. Il faut se garder en effet de refermer l'incision et nous nous sommes borné à en maintenir les bords rapprochés par un seul point de suture.

Le soir de l'intervention notre malade a eu 39°4 de température ; son état est resté assez inquiétant pendant une huitaine de jours, avec cependant ce bon signe, qu'il continuait à pouvoir uriner seul. Le drainage fut bien assuré par des lavages répétés dans les drains avec de l'eau oxygénée et par la position du décubitus latéral droit maintenue le plus possible et, au bout d'un mois à un mois et demi nous avons pu enlever mèche et drains.

Actuellement, il est encore très amaigri, son état général ayant d'autre part été éprouvé par des phénomènes pleurétiques qu'il a présentés il y a un peu plus d'un mois, mais il n'en est pas moins complètement remis et en pleine convalescence.

Au point de vue local, il aura, ainsi que vous avez pu vous en rendre compte, une éventration inévitable au niveau de sa cicatrice. Nous aurons à y remédier par une intervention ou, s'il s'y refuse, en lui conseillant le port d'une ceinture.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 15 DÉCEMBRE 1908)

L'Académie a tenu sa séance annuelle hier 15 décembre.

M. TROISIER, secrétaire annuel, a donné lecture du rapport général sur les prix décernés en 1908.

Il a terminé ce rapport en rendant un légitime hommage aux membres décédés cette année, Terrier, Cornil, Riche, Chamberland, Berger, Hamy et Joffroy.

Puis a eu lieu la proclamation des prix par M. le président BUCQUOY.

Enfin M. PINARD a prononcé un bel éloge de Tarnier, retraçant en termes heureux, cette belle carrière toute de travail et de dévouement.

« Tarnier, dit-il, n'est pas connu tout entier. Heureusement nous avons un document qui dévoile sa belle âme. Ce document, c'est son testament :

« Pendant toute ma vie j'ai suivi le droit chemin, sans impatience ni convoitise; j'ai fui les intrigues et je suis resté exempt de cupidité et d'envie. Le travail, le temps et la marche naturelle des événements m'ont seuls donné une situation scientifique et honorifique qui a dépassé mes espérances. Si j'avais à recommencer ma carrière, assurément je m'efforcerais de faire mieux que par le passé, j'ai cependant le ferme espoir que mes travaux auront contribué aux progrès de la science dans une certaine mesure, et que ma vie n'a pas été sans utilité.

J'ai vécu en honnête homme et en bon fils, aussi j'espère mourir sans avoir rien à me reprocher. Pour cela, je n'aurai qu'à suivre les exemples qui m'ont été donnés par mon père et par ma mère que j'ai toujours profondément respectés et tendrement aimés. »

Et il termine de cette façon :

« En commençant mon testament, je pensais n'y trouver que des motifs de tristesse et de regrets ; sa rédaction m'a, au contraire, fait éprouver une grande satisfaction que j'attribue à ce que j'ai pu, d'un trait de plume, assurer l'exécution de la résolution que j'avais prise de consacrer une partie de ce que je possède à des œuvres de bienfaisance ou d'encouragement pour les sciences médicales et de léguer l'autre partie de ma fortune à ceux que j'aime. Je crois avoir fait mon devoir et j'ai la conscience tranquille. »

Ce qui dirigea toute la vie de Tarnier, ajoute M. Pinard, ce qui la rendit si active et si féconde, ce qui le fit souffrir de la souffrance des autres et lutter toujours pour l'amoindrir ou la faire disparaître, ce qui lui fit augmenter nos richesses pour le présent et pour l'avenir, ce fut cette flamme qui brûla toujours, si pure, chez lui, et qui s'appelle la conscience humaine.

C'est parce qu'elle était particulièrement haute et sensible, qu'il éprouvait, plus que tout autre, le sentiment de l'obligation auquel il ne voulut jamais faillir.

Tarnier — qu'on me permette cette comparaison — a été une abeille obéissant à l'esprit de la ruche humaine, esprit qui mène et mènera l'humanité vers des destinées toujours meilleures et qu'on appelle la solidarité sociale.

Il m'apparaît que cette abeille ne peut qu'illustrer le manteau de l'Académie. »

PRIX DÉCERNÉS EN 1908

PRIX DE L'ACADÉMIE (1 000 francs). — Question : *Des relations étiologiques et cliniques entre les maladies infectieuses et les néoplasmes.* — Un mémoire a été présenté. L'Académie ne décerne pas le prix.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (800 francs). — Le prix est décerné à M. P. Chaussé, vétérinaire-inspecteur à Versailles. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Hébert (d'Audierne).

PRIX AMUSSAT (1 000 francs). — L'Académie décerne le

prix à M. le docteur Destot, chef de laboratoire de radiographie des hôpitaux de Lyon.

PRIX APOSTOLI (600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Laquerrière (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le docteur E. Bonnefoy (de Cannes).

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24 000 francs de rente). — Six mémoires ont été présentés. Le prix n'est pas décerné.

PRIX BAILLARGER (2 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Rodiet, médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher).

PRIX BARBIER (2 000 francs). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 800 francs à M. le docteur P. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople ; 600 francs à M. le docteur Lucien Malloizel (de Paris) ; 600 francs à MM. les docteurs Louis Wickham, médecin de Saint-Lazare et Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs J. Thiroloix, professeur agrégé, et G. Rosenthal, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX CHARLES BOULLARD (1 200 francs). — Pas de mémoire présenté.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1 200 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur J. Parisot, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs C. Fleig, préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier ; J. de Fourmestraux (de Chartres) ; Léon Tixier (de Paris).

PRIX HENRI BUIGNET (1 500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. E. Léger, pharmacien des hôpitaux de Paris.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS (2 300 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Maurice Nicloux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX CAPURON (1 000 francs). — Question : *Du décollement placentaire au cours des deux derniers mois de la grossesse et pendant le travail de l'accouchement.* Pas de mémoire présenté.

PRIX CHEVILLON (1 500 francs). — Deux mémoires ont été présentés. L'Académie ne décerne pas le prix.

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *De l'homicide en pathologie mentale.* Le prix est décerné à M. le docteur Vladoff (de Sophia).

PRIX CLARENS (400 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Franck Clair, médecin sanitaire maritime, à Marseille. Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs Cazalis et Lucien Graux (de Paris) ; Ramally, médecin-major au 9e régiment de cuirassiers à Noyon.

PRIX DAUDET (1 000 francs). — Question : *Les sarcomes mélaniques.* L'Académie décerne le prix à M. Gabriel Petit, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

PRIX DESPORTES (1 300 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. les docteurs René Gaultier, chef de laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, Paris ; L. Jacquet, médecin des hôpitaux, et P. Jourdanet (de Paris) ; Lesage, professeur à l'Institut supérieur agronomique et vétérinaire de Buenos-Ayres. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Bouloumié, médecin consultant à Vittel ; Lafay (de Paris) ; MM. Em. Perrot, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, et P. Hurrier, docteur en pharmacie, de Paris ; MM. les docteurs Redard et Lucien Rivet (de Paris).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a accordé, en 1907, à MM. les stagiaires : Une récompense de 500 francs à M. Ameuille, pour son rapport, et une somme de 1 500 francs pour sa mission ; une récompense de 500 francs à M. Feuillié, pour son rapport, et une somme de 1 500 francs pour sa mission ; une récompense de 500 francs à M. Parturier, pour son rapport, et une somme de 1 500 francs pour sa mission ; une somme de 1 500 francs à M. Glinard, pour sa mission.

PRIX ERNEST GODARD (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur F. Pavy, médecin honoraire de King Edward VII Hospitals, médecin consultant de Guy's Hospital de Londres. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Louis Laederich (de Paris).

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 1 328 francs. — Le prix n'est pas décerné.

PRIX THÉODORE HERPIN [de Genève] (3 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Albert Deschamps (de Riom). Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs Beni-Barde et François Moutier (de Paris).

PRIX LABORIE (5 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Monprofit, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Angers. Une mention honorable est accordée à M. le docteur René Lefort, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

PRIX DU BARON LARREY (500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une mention honorable, avec un encouragement de 500 francs à M. le docteur A. Drouineau, médecin-major de deuxième classe au 2e escadron du train, à Amiens.

PRIX LAVAL (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Milhit, interne des hôpitaux, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX LEFÈVRE (1 800 francs). — Question : *De la mélancolie.* Pas de mémoire présenté.

PRIX JULES LEFORT (600 francs). — L'Académie décerne un prix de 400 francs à M. le docteur P. Carles, agrégé libre de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; un prix de 200 francs à M. Albert Buisson, docteur en pharmacie, au Mans. Une mention honorable est accordée à M. H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie, à Paris.

PRIX HENRI LORQUET (300 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur R. Benon (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le docteur Achille Delmas (de Paris).

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2 600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur M. Lannois, professeur-adjoint à la Faculté de médecine de Lyon. Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs E. Escat (de Toulouse) ; Jules Mouret, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Noël Bernard, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales à Paris. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Douzans, médecin-major de deuxième classe de l'armée, hors cadre, à la légation de France à Tanger.

PRIX ANNA MORIN (2 000 francs). — Pas de mémoire présenté.

PRIX NATIVELLE (300 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Léon Bourdier, docteur en pharmacie, à Paris.

PRIX ORFILA (4 000 francs). — Question : *De l'épuration des eaux usées des villes et des eaux résiduaires des usines.* Le prix est décerné à M. le docteur A. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, MM. E. Boullanger, E. Rolants, chefs de laboratoire, F. Constant, L. Massol, préparateurs audit Institut, et M. le professeur A. Buisine, directeur de l'Institut de chimie de la Faculté des sciences de Lille. Une mention honorable est accordée à MM. le docteur J. Roussel et B. Bezault, ingénieur sanitaire, Paris.

PRIX OULMONT (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Mocquot (Pierre), interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL (600 francs). — Question : *Sang et organes hématopoiétiques dans l'anémie pernicieuse.* Pas de mémoire présenté.

PRIX POURAT (700 francs). — Question : *Des modifications de pression qui surviennent dans les cavités cardiaques pendant la pause ventriculaire et des causes qui déterminent ces modifications.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Pachon, maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes à Paris.

PRIX REBOULEAU (1700 francs). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX ROGER (2 500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Marfan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX SAINT-LAGER (1 500 francs). — Pas de mémoire présenté.

PRIX SAINTOUR (4 400 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Emile Sergent (de Paris). Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs A. Borrel, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris ; J. Jolly (de Paris) ; G. Rosenthal, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; Trutié de Vaucresson, médecin-major de deu-

xième classe au 7e d'artillerie à Rennes; Emile-Weil (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs E. Apert, Léopold-Lévi et Henri de Rothschild (de Paris).

Prix Stanski (1400 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs A. Thiroux, médecin-major de première classe des troupes coloniales, directeur du laboratoire de bactériologie de Saint-Louis et L. d'Anfreville, médecin du service d'hygiène à Saint-Louis. Une mention honorable est accordée à M. le docteur J. Dupuy, directeur de la IVe circonscription maritime à Saint-Nazaire.

Prix Tarnier (4500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Couvelaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur J.-L. Chirié (de Paris).

Prix Tremblay (7200 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur B. Motz (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur P. Hallopeau (de Paris).

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 250 francs à MM. L. Aubert, chef du bureau d'hygiène à la Préfecture de police; 250 francs à Mlle le docteur J. Ioteyko, chef de laboratoire à l'Université de Bruxelles et Mlle V. Kipiani, candidate en sciences de ladite Université; 200 francs à M. le docteur E. Ginestous (de Bordeaux). Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Courgey (d'Ivry-Port), MM. M. Frois, ingénieur civil des mines, inspecteur du travail dans l'industrie à Creil, et L. Gaucher, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 10 décembre 1907, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder des récompenses, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1906. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 8, p. 94.)

Service des épidémies. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 14 janvier 1908, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder des récompenses pour le service des épidémies en 1906. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 9, p. 98.)

Service de la vaccine. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1907 :

1° *Médaille d'or* à : M. le docteur Fédou (d'Azille).

2° *Rappels de médaille d'or* à : MM. les docteurs Courtade (d'Outarville), Gros, médecin de colonisation à Rébeval et Hellet (de Clichy).

3° *Médailles de vermeil* à : M. le docteur Goldschmidt (de Strasbourg).

M. Huon, médecin vétérinaire, directeur de l'Institut vaccinogène de Marseille.

4° *Rappels de médaille de vermeil* à : MM. les docteurs Camescasse (de Saint-Arnould), Cazal (de Toulouse), Creutz, médecin de colonisation, à Aïn-Temouchent; Ducournau (de Benesse-Maremne), Lafont, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, directeur du laboratoire de bactériologie de Saint-Denis; Michaux (d'Aubervilliers), Pascalis et E. Richard (de Paris).

5° *Médailles d'argent* à : MM. les docteurs Bouffard, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, directeur de l'Institut vaccinogène de Bamako; Depéret-Muret (de Paris), Heckenroth et Ouzilleau (de Nola-Congo), Perrody (de Paris).

MM. J. Chevrotier, docteur ès sciences, à Lyon; Dupont, médecin de l'assistance indigène en Afrique occidentale française; Tasset, licencié ès sciences, à Saumur.

6° *Rappels de médaille d'argent* à : MM. les docteurs Balland, Billon, Crouigneau, Doury, Frasey (de Paris), Genglaire (de Coucy-le-Château), Guers (de Mouzaïaville), Laloy (de Paris), Lefaye (de Courbevoie), Lemardeley (de Levallois-Perret), Mallet (de Paris), Masson (de Grandris), Pachot (de Vincennes), Sandras, médecin-major de deuxième classe au 10e cuirassiers, à Lyon, Tolédano (de Paris), Vallat (de Vincennes).

Mlle Hénault, sage-femme en chef de la Maternité de Paris.

7° *Médailles de bronze* à : MM. les docteurs Comméléráu, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales à Tidjikdja; Dufougeré, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales; Guégan, médecin-adjoint au directeur de la santé et de l'hygiène publiques du gouvernement tunisien à Tunis; Lainé, médecin municipal de Mateur; Lallement (de Nogent-sur-Marne), Nau et Pouillet (de Champigny) et Sangline (de Paris).

MM. Ferrand et Lemaire, internes à l'hospice des Enfants-Assistés à Paris.

Mmes et Mlles Béthenon et Dréano, suppléantes à l'hôpital Claude-Bernard, à Paris; Chamaud, sage-femme à l'asile Michelet, à Paris; Chaumont, surveillante au Bastion 29.

8° *Rappels de médaille de bronze* à : MM. les docteurs Descrimes, médecin de colonisation à Aïn-Tédelès, A. Ferry (de Mur-de-Sologne), Tranchant, médecin-major de deuxième classe au 91e d'infanterie, à Mézières.

M. Rivet, interne à l'hospice des Enfants-Assistés à Paris.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or* à : M. le docteur Ficatier (de Bar-le-Duc).

2° *Médailles de vermeil* à : MM. les docteurs E. Ginestous, oculiste de l'hôpital suburbain des enfants à Bordeaux; Houssay, médecin de la protection de l'enfance, à Pont-Levoy.

MM. Ém. Cannet, inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes; Geay, inspecteur départemental du Var, à Draguignan; Marois, inspecteur départemental de l'Yonne, à Auxerre.

3° *Rappels de médaille de vermeil* à : M. le docteur Auvert, inspecteur départemental du Cher, à Bourges.

MM. Bougoiran, inspecteur départemental du Gard, à Nîmes; Th. Féraudi, inspecteur départemental des Alpes-Maritimes, à Nice; P. Roche, inspecteur départemental de la Marne, à Châlons-sur-Marne; X. Rouveyre, inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas.

4° *Médailles d'argent* à : MM. les docteurs A. Bruch, à Tunis; L. Havrez, sous-inspecteur départemental de Seine-et-Marne, à Melun; Ch. Leroux, médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine, à Paris; R. Mercier, professeur à l'Ecole de médecine de Tours.

MM. Carré, inspecteur départemental de l'Aisne, à Laon; de Charpal, inspecteur départemental de l'Aude, à Carcassonne; Drouilly, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac; F. Lardet, inspecteur départemental de Vaucluse, à Avignon.

5° *Rappels de médaille d'argent* à : MM. les docteurs Gagnière, médecin de la protection de l'enfance, à Vaulx-Milieu; A. Lévy, médecin de l'Assistance publique et du service de la protection des enfants du premier âge, à Nancy.

MM. G. Denos, secrétaire de la Commission locale de protection des enfants du premier âge, à Chartres; A. Dupont, inspecteur départemental de la Nièvre, à Nevers; Gauthier, inspecteur départemental des Basses-Alpes, à Digne; Viret, inspecteur départemental du Pas-de-Calais, à Arras.

6° *Médailles de bronze* à : MM. les docteurs Bonnamour, secrétaire de la Société protectrice de l'enfance, à Lyon; Bosc (de Guignes-Rabutin); Genglaire, médecin de la protection de l'enfance, à Coucy-le-Château.

MM. J. Desmot, inspecteur départemental de la Mayenne, à Laval; Lavaurs, inspecteur départemental des Landes, à Mont-de-Marsan; A. Oulion, sous- inspecteur départemental de l'Allier, à Moulins; Roux-Duverne, inspecteur départemental de l'Indre, à Châteauroux.

7° *Rappel de médaille de bronze* à : M. A. Couret, inspecteur départemental de la Charente, à Angoulême.

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin.

En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Amussat, Apostoli, Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Louis Boggio, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Dupierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre

Guzman, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, Baron Larrey, Jules Lefort, Henri Lorquet, Magitot, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Perron, Reboulleau, Ricord, Roger, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1909

(Les concours seront clos fin février 1909. — Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie des œdèmes pulmonaires.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix du baron Barbier. — 2000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Radioactivité des eaux minérales.*

Prix Marie Chevallier. — 6000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'anorexie hystérique.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix du XIIIe Congrès international de médecine de Paris de 1900. — 3400 fr., *p. i.* — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique.

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De la sérothérapie dans le traitement des tumeurs cancéreuses.*

Prix Desportes. — 1300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Concours Vulfranc-Gerdy. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1909. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1910. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

En 1909, pathologie externe.

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Itard. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

Prix Laval. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Monbinne. — 1500 fr., *p. a.* (Annuel.) — M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ». — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix du baron Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les tumeurs du corps thyroïde, anatomie pathologique et pathogénie.*

Prix Philippe Ricord. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Prix Tarnier. — 6750 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

Prix Vernois. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1910

(Les Concours seront clos fin février 1910.)

(Pour les prix Alvarenga, Apostoli, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval ,Lorquet, Monbinne, Nativelle et Vernois, voir, ci dessus, les prix proposés pour 1909.)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Physiologie et pathologie de l'hypophyse.*

Prix Amussat. — 1000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Baillarger. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Louis Boggio. — 4300 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

Prix Charles Boullard. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Adrien Buisson. — 10500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Campbell-Dupierris. — 2300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Influence de l'hérédo-syphilis sur la genèse des anomalies et des monstruosités fœtales.*

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1735.)

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des signes fournis au diagnostic des maladies mentales par l'examen du liquide céphalo-rachidien.*

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De la leucoplasie dans ses rapports avec le cancer.*

Prix Falret. — 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Traumatismes cérébraux et troubles intellectuels, au point de vue clinique et médico-légal.*

Concours Vulfranc Gerdy. — (Voir plus haut, p. 1735.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire des eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1910. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1911. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne. (Voir plus haut, p. 1735.)

Prix Herpin (de Metz). — 1200 fr., *p. a.* (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif, soit à leur début, soit dans la période d'incubation, des maladies causées par les trypanosomes.* — A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

Prix Huguier. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Prix Jacquemier. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. — Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

Prix Louis. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Des méthodes hémostatiques internes.*

Prix Magitot. — 1000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans les deux années précédentes sur une question de stomatologie ou d'odontologie, plus spécialement d'odontologie. — Par question de stomatologie ou d'odontologie, le testateur a entendu celles qui sont relatives à la bouche, aux mâchoires, aux dents, aux sinus, à la voûte palatine, au voile, etc., s'en rapportant pour le reste à l'appréciation de la Commission académique. — Au cas où le prix ne serait pas décerné, il serait ajouté deux ans plus tard à l'autre somme qui s'élèverait ainsi à 2000 francs et ainsi de suite.

Prix Mège. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De l'insuffisance thyroïdienne, moins le myxœdème.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

Prix Orfila. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *La toxicité des sérums sanguins. Causes de cette toxicité ; moyens d'y remédier en vue de leur emploi thérapeutique.*

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Perron. — 3800 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine.

Prix Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur le cancer.*

Prix Saint-Lager. — 1500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Saintour. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Tarnier. — 4500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1911

(Les Concours seront clos fin février 1911.)

(Pour les prix Alvarenga, Apostoli, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Lorquet, Monbinne, Nativelle, Ricord et Vernois, voir ci-dessus, les prix proposés pour 1909).

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'influence des inflammations antérieures sur le développement du cancer.*

Prix du marquis d'Argenteuil. — 6800 fr., *p. i.* (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant cet espace de temps aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, mais dans ce cas seulement, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie de l'éclampsie gravidique.*

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *La démence organique.*

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des épithéliomas envisagés uniquement dans les rapports pouvant exister entre leur apparition, leur développement et l'acte de fumer du tabac.*

Concours Vulfranc Gerdy. — (Voir plus haut, p. 1735.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1911. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1912. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut, p. 1735.)

Prix du comte Hugo. — 1000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Lefèvre. — 1800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (médecine).

Prix Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique de l'appendicite.*

Prix Rebouleau. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est

destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de l'asthme.

PRIX TARNIER. — 5 250 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

L'article 50 a été réservé ; le texte de la commission était le suivant :

« ART. 50 (ancien art. 51) : Sont applicables aux déclarations produites en exécution de l'article précédent les dispositions des paragraphes 5, 6 et 7 de l'article 30 relatif aux bénéfices des professions industrielles et commerciales. A défaut de déclaration, il est procédé conformément aux dispositions du paragraphe 9 dudit article 30.

En cas de déclaration inexacte, le revenu non déclaré est frappé de la quintuple taxe.

Indépendamment de cette pénalité, tout contribuable omis au rôle ou qui, soit d'après sa déclaration, soit d'office, a été insuffisamment imposé est redevable d'une cotisation égale au montant des sommes dont le Trésor a été privé pour chacune des années antérieures à celle de la découverte de l'omission ou de l'insuffisance, sans toutefois que le droit de répétition puisse s'étendre à plus de cinq années. »

Sur cet article, qui traite les médecins comme des fraudeurs dangereux, MM. Dubuisson, Delpierre, Halléguen et Cloarec ont présenté un amendement ainsi conçu :

« 1° Rédiger comme suit le paragraphe 1er de l'article 50 :

Sont applicables aux déclarations produites en exécution de l'article précédent les dispositions des paragraphes 5, 6, 7 et 8 de l'article 30 relatif aux bénéfices des professions industrielles et commerciales. A défaut de déclaration, il est procédé conformément aux dispositions du paragraphe 9 dudit article 30, quinze jours après un avis donné au contribuable qui n'a pas fait la déclaration dans le délai prescrit par l'article 49.

Jusqu'à preuve contraire faite par l'administration, la déclaration faite conformément à l'article 49 sera présumée exacte.

2° Supprimer le paragraphe 2 de l'article 50. »

Malgré une vive opposition de M. Caillaux, cet amendement appuyé par MM. Ollivier et Millevoye (1) est adopté par 317 voix contre 257. L'article 50 est donc réservé et renvoyé à la commission.

Est adopté l'article 51 (ancien 52) ainsi conçu :

« Des rôles supplémentaires peuvent être établis à l'égard des personnes qui ont été omises au rôle primitif ou qui sont redevables d'un supplément d'impôt dans les cas prévus aux deux derniers paragraphes de l'article précédent. »

(1) Rappelons les dispositions visées de l'article 30 :

« Si le contrôleur accepte la déclaration pour vraie, elle fixe la base de l'imposition. S'il la juge inexacte, il invite le contribuable à la modifier dans un délai de vingt jours à dater de son avis. Si, passé ce délai, l'accord n'a pu s'établir, le contrôleur procède à une évaluation d'office.

Devant les tribunaux administratifs, le contrôleur justifie son évaluation à l'aide des éléments d'information dont il dispose, spécialement ceux résultant des actes, jugements, déclarations, bordereaux, documents administratifs, pièces ou titres parvenus à la connaissance de l'un quelconque des services publics conformément aux lois existantes.

Le contribuable, de son côté, peut contredire à l'évaluation soutenue par l'administration par tous moyens et par tous documents jugés par lui probants. En aucun cas, même si une expertise est ordonnée, le tribunal ne pourra exiger la production des livres de commerce.

A défaut de déclaration, le contrôleur procède à une évaluation d'office ; il la communique à l'intéressé, qui a vingt jours pour présenter et faire valoir ses observations. Si l'accord ne peut se faire dans ce délai, le recours qui doit dès lors être appuyé de la déclaration réglementaire, est ouvert contre l'évaluation de l'administration dans les formes prévues aux paragraphes précédents. »

Voici d'ailleurs excellement résumée par *Le Temps* la situation créée aux médecins par les articles votés par la Chambre :

« *La déclaration des revenus est donc instituée expressément. L'impôt « est établi annuellement à raison du revenu* net *réalisé pendant l'année précédente ». Toutes les questions que nous avons maintes fois posées au sujet des dépenses à déduire légitimement pour permettre la fixation du revenu « net » seraient ici à formuler encore. Bien d'autres s'y joindraient. Pour le médecin, le revenu est lié au secret professionnel. Ou s'arrêtera l'inquisition fiscale ? Jusqu'où ira-t-elle ou n'ira-t-elle pas ?*

Un « règlement d'administration publique » le déterminera, plus tard ! Si jamais précisions eussent été nécessaires, c'est bien, certes, dans ce cas. Mais l'inquisition fiscale et l'arbitraire vont de pair. Et la Chambre ne discute même plus. Les innovations les plus graves passent sans la moindre objection.

Voilà comment il n'y a plus à s'émouvoir du projet d'impôt personnel sur le revenu. »

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Schneider, répétiteur à l'école du service de santé militaire, a été nommé professeur agrégé de la chaire « maladies et épidémies des armées », à l'école d'application du service de santé militaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

SÉMÉIOLOGIE DE L'ICTÈRE CHRONIQUE (1)

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du syndrome ictère orthopigmentaire est habituellement très facile. On ne confondra pas avec l'ictère le *teint jaune paille* des cancéreux, le teint terreux des saturnins et des paludéens chroniques ; dans certains cas d'ictère très foncé, on a pu croire à une *maladie d'Addison*, mais dans la maladie d'Addison, il y a le plus souvent pigmentation des muqueuses ; quand on traitait les tabétiques par le *nitrate d'argent*, il se produisait à la longue dans la peau un dépôt d'argent métallique qui rappelait un ictère très ancien. Dans certains milieux, il faut parfois penser à la *simulation* ; la coloration jaune des téguments peut être produite par des badigeonnages de la peau avec une infusion ou une teinture de safran, de rhubarbe, de fleurs de genêt, avec de la teinture d'iode.

Dans tous ces cas douteux, le diagnostic se fera par l'examen des urines. Mais encore faut-il tenir compte de quelques causes d'erreur et ne pas se contenter d'examiner la coloration des urines ; car les urines peuvent être colorées en jaune verdâtre quand le malade a pris des médicaments tels que santonine, rhubarbe, séné, salicylate de soude, aspirine ; on recherchera donc les pigments biliaires, dans les urines. Pour la réaction de Hay, on notera encore que les balsamiques, les phénols, le chloroforme favorisent aussi la précipitation du soufre.

Certains ictères légers et frustes doivent être recherchés avec attention. Les travaux de Gilbert et Lereboullet ont montré la très grande fréquence de la cholémie. Beaucoup de malades considérés comme chlorotiques ou comme anémiques sont en réalité des cholémiques.

Le diagnostic classique entre l'ictère ortho-pigmentaire et

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 142, p. 1701.

l'ictère méta-pigmentaire a perdu une partie de son intérêt, si l'on adopte la théorie de Gilbert et Herscher. Il est plus important actuellement de faire comparativement l'examen du sérum et l'examen des urines. Quatre cas peuvent se présenter : 1° pigments biliaires normaux dans le sérum sanguin et dans les urines; 2° pigments biliaires normaux dans le sérum sanguin et pas de pigments biliaires dans les urines; c'est l'ictère acholurique; 3° pigments biliaires normaux dans le sérum et urobiline dans les urines ; 4° urobiline dans le sérum et dans les urines.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Il faut distinguer plusieurs groupes de faits : 1° les cas dans lesquels l'ictère chronique ne constitue pas à proprement parler une maladie, est compatible avec un état de santé presque normal ; c'est la cholémie, c'est l'ictère chronique simple (Gilbert), c'est l'ictère congénital du type Minkowski-Chauffard et du type Widal; 2° les ictères chroniques apparaissant à une période avancée d'une affection hépatique, c'est l'ictère méta-pigmentaire par insuffisance hépatique; 3° les ictères ortho-pigmentaires constituant un symptôme capital de certaines cirrhoses et de certaines affections du foie ou des organes voisins avee compression des voies biliaires.

Cholémie et ictères congénitaux. — La cholémie est plus un tempérament qu'une maladie ; l'ictère est très léger, sans coloration des conjonctives ; le teint est jaunet, verdâtre, olivâtre ou simplement mat; quelquefois l'ictère est partiel, limité à certaines régions de la face, au front, au pourtour des lèvres, aux sillons naso-labiaux, à la paume des mains, à la plante des pieds ; très souvent on constate quelques mélanodermies (nœvi pigmentaires, taches de rousseur, pigmentation périoculaire, masque biliaire, pigmentation marquée du dos des mains) ; le xanthélasma des paupières est un signe révélateur important. Dans les urines on ne trouve pas de pigments biliaires, mais souvent de l'urobiline; dans le sérum on constate presque toujours la réaction de Gmelin. Les cholémiques ont fréquemment des troubles dyspeptiques, un état neurasthénique ; ils ont une grande tendance aux hémorragies. La cholémie est la conséquence d'une angiocholite infectieuse ascendante minime survenant chez des sujets prédisposés par la diathèse biliaire à l'infection des voies biliaires (Gilbert et Lereboullet). A côté de la cholémie, M. Gilbert décrit un *ictère chronique simple* ; selon l'état du foie et de la rate, il en distingue quatre variétés : forme pure, forme spléno-mégalique, forme hépato-mégalique, forme hépato-spléno-mégalique.

L'*ictère congénital*, d'origine hémolytique, décrit par Chauffard est également compatible avec la santé. C'est cependant un ictère assez foncé, jaune d'or ; dans le sérum sanguin, on trouve des pigments biliaires, dans les urines on ne trouve que de l'urobiline et pas de pigments biliaires. Les matières fécales sont colorées ; le foie est de volume normal, la rate souvent augmentée de volume ; cet ictère n'est pas d'origine biliaire, il est d'origine hématique ; il provient de l'hémolyse et de la mise en liberté du pigment des globules rouges ; on constate, en cherchant le taux de la résistance globulaire, que cette résistance est très diminuée; la fragilité globulaire dépend peut-être d'une lésion globulaire, car on trouve dans le sang des hématies granuleuses (Chauffard).

L'ictère hémolytique n'est pas toujours congénital ; il peut être acquis (Widal). On trouve les mêmes symptômes que dans l'ictère congénital; ces ictériques sont aussi des anémiques dans le sang desquels on voit quelquefois des globules rouges à noyaux et des myélocytes. Ces deux variétés d'*ictères hémolytiques* ont entre elles un lien commun : la fragilité globulaire.

Ictère méta-pigmentaire. — La cause de l'ictère est généralement facile à déterminer, cet ictère n'apparaissant qu'à une période assez avancée d'une affection hépatique, alors que le diagnostic est établi et que le malade est soigné depuis longtemps. C'est ainsi qu'on verra la coloration terreuse du visage, le subictère, l'urobilinurie, chez un malade ayant une ascite considérable avec dilatation du réseau veineux souscutané abdominal, un foie petit, une grosse rate, c'est-à-dire chez un malade ayant une *cirrhose alcoolique atrophique* de Laënnec. De même, dans la *cirrhose saturnine* qui présente les mêmes symptômes que la cirrhose de Laënnec et n'en diffère que par l'étiologie. La teinte subictérique vient aussi se confondre avec le teint terreux de la cachexie paludéenne à une certaine période de l'évolution d'une *cirrhose paludéenne*. Les cardio-hépatiques présentent le plus souvent une coloration subictérique du visage, sur laquelle tranche le ton violacé des lèvres et des pommettes; on trouve alors dans les urines de l'urobiline et du pigment rouge brun ; dans les cas favorables, cet ictère méta-pigmentaire disparaît quand la congestion passive du foie cède au traitement de l'asystolie; sinon, le malade arrive à la phase de *cirrhose cardiaque*. On retrouve encore le subictère et l'urobilinurie dans plusieurs formes de la tuberculose hépatique, dans certaines *cirrhoses tuberculeuses*.

Tous ces malades présentent en même temps des signes d'insuffisance hépatique; c'est bien à ces cas que la théorie de Hayem peut s'appliquer; l'ictère méta-pigmentaire est alors l'ictère des malades dont la cellule hépatique est profondément altérée. Et souvent l'affection aboutit à la mort au milieu des symptômes de l'ictère grave.

Ictère ortho-pigmentaire. — Le diagnostic étiologique de l'ictère ortho-pigmentaire est beaucoup plus difficile. Deux cas peuvent se présenter : les matières fécales ne sont pas ou sont décolorées. Ce caractère des fèces a une grande importance, car il permet d'orienter immédiatement le diagnostic vers les cirrhoses biliaires (rétention relative) ou vers le groupe des ictères de cause mécanique (rétention absolue). Cette distinction est sans doute schématique ; il peut arriver que dans un ictère de cause mécanique, la rétention biliaire ne soit pas absolue et qu'à certains moments les fèces soient un peu colorées ; elle mérite cependant d'être conservée.

Parmi les ictères chroniques ortho-pigmentaires, avec coloration des fèces, le plus important est celui de la *maladie de Hanot* : cirrhose hypertrophique avec ictère permanent et précoce, maladie dont l'unité est contestable (Chauffard) mais qui reste cependant le type des cirrhoses biliaires. Il s'agit, dans ces cas, d'un adulte, un homme le plus souvent, qui a présenté, après une phase préictérique de troubles gastriques, un ictère apparu avec des symptômes d'embarras gastrique et des symptômes fébriles; cet ictère s'est effacé presque complètement, puis de nouvelles poussées sont survenues et l'ictère est devenu définitif. A la période d'état de la maladie, on constate un ictère de coloration jaune clair ou jaune soufre, plus ou moins foncé par périodes, des urines contenant des pigments biliaires, des selles habituellement boueuses ou liquides, ayant un peu la coloration de moutarde anglaise. Le foie est gros, déborde les fausses côtes de trois à quatre travers de doigt, pouvant donner à la percussion une ligne de matité verticale de 20 centimètres sur la ligne mamelonnaire ; la partie de l'organe accessible à la palpation est ferme, lisse en général, parfois rendue inégale par des fausses membranes de périhépatite ; l'hypertrophie hépatique subit une recrudescence au moment des poussées d'ictère plus foncé pour rétrograder ensuite partiellement. La rate est toujours augmentée de volume, il n'y a ni ascite, ni dilatation des veines sous-cutanées abdominales. La durée de cette maladie est très longue, quatre à cinq ans en moyenne, avec des rémissions et des poussées paroxystiques qui deviennent de plus en plus intenses et rapprochées. Gros foie avec ictère sans décoloration des fèces, telle est la caractéristique de la maladie de Hanot.

On ne pourrait la confondre qu'avec une forme d'*hépatite syphilitique* décrite aussi par Hanot ; on retrouve en effet dans cette hépatite avec ictère chronique l'hypertrophie du foie et de la rate, les mêmes caractères des urines et des fèces, la même absence d'ascite ; cependant l'hépatite syphilitique avec ictère chronique a une marche plus rapidement progressive et sans crises paroxystiques ; l'étiologie et l'action du traitement spécifique précisent le diagnostic.

On voit encore l'ictère chronique sans décoloration des matières fécales dans la *cirrhose hypertrophique graisseuse* décrite par Hutinel et Sabourin ; mais cette cirrhose qui survient chez des malades alcooliques et tuberculeux, a plutôt une évolution subaiguë avec léger mouvement fébrile et l'ictère est moins prononcé que dans les cas précédents.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour une place de médecin-adjoint de Bicêtre et de la Salpêtrière s'est terminé par la nomination de M. Maillard.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — La commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne rappelle qu'il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 15 février 1909, un concours public pour une place de médecin de ses établissements.

Ce concours aura lieu devant la commission, assistée d'un jury médical. Il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat des hospices, rue Badouillère, à Saint-Etienne.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira le 21 juin 1909, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont promus dans le cadre des inspecteurs de l'Assistance publique :

Au traitement hors classe de leur grade : MM. les docteurs Mazade, inspecteur de Vaucluse; Metton-Lepouzé, inspecteur de la Seine-Inférieure.

A la troisième classe : M. le docteur Savary, inspecteur du Nord.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquantième semaine, 931 décès, au lieu de 912 pendant la semaine précédente et de 940, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 168 décès, au lieu de 161 pendant la semaine précédente (moyenne 168).

La phtisie pulmonaire a causé 190 décès (moyenne 201).

LE CHOLÉRA ANNONCÉ PAR LES HIRONDELLES. — L'épidémie de choléra qui vient de sévir, ramène l'attention sur une communication du célèbre zoologiste anglais, Arthur Beaven, qui eut l'occasion d'observer ce curieux phénomène au cours de ses nombreux voyages.

Se trouvant un jour en Egypte, il vit tout à coup des milliers d'hirondelles s'assembler, se former en corps en vue d'un départ prochain. Comme ce n'était pas l'époque où elles passent la mer pour venir en Europe, il fit part de son étonnement à un habitant du pays. Savez-vous, lui répondit-il, ce que cela signifie? C'est qu'avant une semaine nous aurons le choléra. Deux fois déjà les hirondelles sont parties avant leur époque habituelle et le choléra a éclaté presque aussitôt. M. Arthur Beaven ajoute que l'événement confirma ces prévisions et que les hirondelles, par un phénomène encore inexpliqué, avaient été averties de l'approche du terrible fléau. (*Mémorial de la Librairie.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Demoulins de Riols (de Saint-Lon).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 23 décembre 1908, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 janvier 1909, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

RENSEIGNEMENTS



Affections pulmonaires
Tuberculose
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable, elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Eviter les contrefaçons
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
Sirop Roche
Sirop Roche au Thiocol préparé par Ch. Weiss
30 Boulevard Magenta
Prix 4 fr
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

REVUE GÉNÉRALE (1)

SUR LE NOUVEAU CODEX

Par MM. GAULLIEUR L'HARDY et L. LAFAY.

Depuis qu'a paru ce nouveau Codex si longtemps attendu, bien des articles lui ont été consacrés, soit dans la presse médicale et pharmaceutique, soit dans la presse politique elle-même.

Il pourrait donc sembler que « nous venons trop tard », s'il était possible d'admettre que « tout est dit » sur un sujet aussi vaste. Notre intention n'est pas, d'ailleurs, de refaire après tant d'autres l'histoire de cette longue gestation qui, partant de 1897 aboutit, plus de onze ans après, à la naissance d'un Codex dont la mise en vigueur devait être presque immédiate, et dont les vulgaires contingences de la pratique, auxquelles on n'avait pas songé en haut lieu, ont forcé à remettre à plusieurs mois (15 mai 1909) l'obligation légale.

Nous voulons simplement insister ici sur ce qui, dans l'œuvre nouvelle, peut intéresser le praticien pour l'exercice quotidien de sa profession, et il faut avouer que la tâche est suffisante, car les modifications apportées par la récente édition sont considérables, et c'est un véritable bouleversement dans la forme et dans le fond auquel nous venons d'assister.

En ce qui concerne *la forme* nous rappellerons sommairement que le Codex de 1908 a réuni toutes les matières médicamenteuses sans distinction d'origine et les a rangées par ordre alphabétique, ce qui facilite singulièrement les recherches.

La Commission a cependant fait une catégorie à part pour les préparations physiologiques, sérothérapiques, opothérapiques, les toxines et vaccins d'origine microbienne, parce que « tant par leurs origines que par la loi spéciale qui les régit elles constituent des médicaments véritablement particuliers ».

Parmi les modifications portant sur *le fond*, les unes intéressent surtout, ou même uniquement le pharmacien, nous ne nous y arrêterons donc pas. Mais il est trois groupes de changements que le médecin a tout intérêt à connaître et à bien connaître, ce sont les *suppressions*, les *additions*, et surtout les *modifications de formule ou de titre* qu'ont subies un nombre important de médicaments. Ce dernier est de beaucoup le plus important des trois, car il renferme les médicaments dits héroïques dont s'est occupée tout particulièrement la Commission internationale de Bruxelles, et dont elle a fort sagement imposé l'unification.

Ce sont ces trois groupes que nous allons étudier successivement dans leurs points principaux.

Suppressions. — Les *suppressions* portent sur « 91 médicaments chimiques, plus de 500 préparations galéniques, et plus de 200 drogues tombées en désuétude ou dont l'usage ne paraît plus assez général ».

C'est ainsi que disparaît la thériaque. « Après avoir tenu une si grande et si longue place dans la pharmacie et la thérapeutique, dit M. Landouzy, elle quitte le domaine de l'histoire pour être reléguée dans celui de la légende. »

Et si, maintenant, tandis que nous passerons en revue les principales de ces suppressions, il nous arrive d'en déplorer quelques-unes, il ne faut pas que les médecins oublient que « la Commission générale, d'accord avec la jurisprudence nouvelle, a décidé : Que le Codex devait être considéré comme constitué par l'ensemble de toutes ses éditions ; qu'il suffisait, en conséquence, qu'un médicament ait été inscrit dans l'une quelconque des éditions du formulaire légal pour qu'il conservât une existence légale, sa formule ayant été publiée ».

Airelle myrtille. — La suppression de ces petites baies, qui eût été toute naturelle il y a quelques années, est assez malencontreuse aujourd'hui. Ce n'est pas seulement sur la table des hôtels suisses qu'on les rencontre, elles font partie intégrante de tous les régimes destinés aux entéritiques. On nous objectera que la confiture n'est pas communément une forme pharmaceutique. C'est cependant, en l'espèce, une façon agréable d'administrer un médicament dont on dit grand bien.

Boldo. — Nous nous associons pleinement au regret exprimé par M. Rénon au sujet de la suppression du boldo dont, dit-il, « l'action thérapeutique est indiscutable ». Les différentes préparations de boldo, tisane, teinture, etc., sont journellement employées, et les études expérimentales et cliniques effectuées récemment par Fedeli semblent corroborer les qualités reconnues jusqu'à présent au boldo dans le traitement de la lithiase biliaire.

Buchu. — C'est là, ainsi que le dit le professeur Guyon, un excellent diurétique grâce aux huiles essentielles que renferment ses feuilles.

Cade. — L'huile de cade, qui n'a pas trouvé grâce devant le nouveau Codex, est peut-être, avec le soufre, le médicament le plus fréquemment employé par le dermatologiste. Fallait-il la faire disparaître au moment même où l'on possède le moyen de distinguer pratiquement la véritable huile de cade des goudrons falsificateurs.

Digitaline amorphe. — Cette suppression est très importante à noter, et le praticien devra toujours avoir présent à la mémoire que *dorénavant la digitaline cristallisée existe seule au Codex*. C'est donc uniquement celle-ci que le pharmacien *devra* toujours délivrer lorsque le médecin aura simplement prescrit « digitaline » sans autre mention. « Si pour des raisons dont il est seul juge, dit M. Yvon, le médecin désire employer la digitaline amorphe (dite Homolle et Quévenne), il devra bien spécifier et écrire : digitaline amorphe du Codex de 1884. »

Eau phagédénique. — Cette préparation mercurielle est journellement employée dans les services de dermatologie, et fait en quelque sorte partie des préparations courantes de l'hôpital Saint-Louis pour le traitement local des lésions syphilitiques.

L'ésérine est supprimée comme alcaloïde, alors qu'à chaque instant les ophtalmologistes prescrivent des collyres *huileux* à l'ésérine, lesquels ne peuvent se préparer qu'avec l'alcaloïde et non avec ses sels. Ce dernier phénomène se reproduit d'ailleurs avec la cocaïne.

Extrait de chanvre. — L'extrait de cannabis indica est constamment utilisé comme sédatif (névroses, migraines), ou comme analgésique local (gastralgies), ou comme hypnagogue, etc., soit seul, soit associé au bromure de potassium et au chloral (Bromidia). Il fait en outre partie de la plupart des coricides à base de collodion salicylé.

Fraisier. — Les rhizomes de fraisier ont été préconisés par M. Albert Robin, comme astringent dans les cas de diarrhées chroniques ; on emploie ces rhizomes en infusion très chaude après les repas.

Fruits pectoraux. — Qui pourrait voir, sans mélancolie, disparaître du Codex les dattes, les jujubes, les figues et les raisins secs ?

Gouttes noires anglaises et laudanum de Rousseau. — Ce sont là d'anciennes préparations qu'on a bien fait de supprimer, vu leur activité trop grande. Le laudanum de Rousseau, notamment, pouvait entraîner de redoutables confusions, sa teneur en opium étant double de celle du laudanum de Sydenham.

Maté. — Nous regrettons de constater que la suppression de l'*yerba-maté* coïncide avec l'apparition de recherches expérimentales très intéressantes relatives à cet excellent aliment d'épargne.

Pates de jujube et de réglisse noire. — Le rôle thérapeutique de ces friandises est évidemment très restreint, et ce sont sans doute d'agréables souvenirs d'enfance qui nous font déplorer un peu leur suppression.

Psyllium. — Mucilagineuses, émollientes et laxatives, les graines de psyllium constituent au même titre que les graines de lin un laxatif mécanique facile à prendre et très souvent efficace. Leur suppression officielle du Codex n'entraînera nullement pour cela leur disparition de la table de certains constipés.

(1) Reproduction interdite.

Quinquinas. — Les quinquinas *gris* et *jaune* disparaissent quant à la plupart de leurs formes pharmaceutiques, pour faire place au quinquina *rouge*. C'est justice, si du moins la justice réside dans la fameuse formule : « Chacun son tour ». Le Codex de 1866, en effet, préconisait le quinquina jaune, le Codex de 1884 officialisait le quinquina gris. Est-ce grâce à l'ambiance politique actuelle? Toujours est-il que le quinquina rouge triomphe avec le Codex de 1908.

Sirop de narcéine. — Le Codex de 1884 ne l'avait pas introduit dans sa pharmacopée, mais pris de remords il lui créait immédiatement une place dans son supplément. Le Codex de 1908 le supprime!

Sirop de limon. — Si l'on s'en rapporte à la liste des suppressions, on peut voir, page 875, que le sirop de limon figure parmi les réprouvés. Si, au contraire, on se reporte à la page 610 on constate avec étonnement que le même sirop de limon y est inscrit avec sa formule en bonne et due forme.

Il faut signaler un autre ordre de suppressions au sujet desquelles la préface s'exprime ainsi : « La Commission a décidé de supprimer la préparation des médicaments chimiques que le commerce fournit en grand, exemple les sels de fer, de mercure, les sels de quinine, etc., et peut offrir dans un état de pureté satisfaisant. Mais elle a conservé non seulement la préparation des médicaments galéniques, mais encore celle des médicaments chimiques, dont la nature, la composition ou l'activité peut varier d'après le mode de préparation employé, le procédé du Codex devant servir d'indication à l'industrie et à la droguerie pharmaceutiques ».

Nous avons cité la fin de l'alinéa car elle explique clairement la première partie et montre que les suppressions dont il s'agit portent non pas sur les médicaments eux-mêmes, comme pour ceux que nous avons passé en revue plus haut, mais uniquement sur leur procédé de préparation.

Notons enfin que la suppression de certaines substances journellement employées par les praticiens pourrait paraître plus bizarre encore si on la compare au maintien de plusieurs autres qui ne sont que très exceptionnellement utilisées. Citons notamment l'*asclépiade dompte-venin*, le *bdellium d'Afrique*, les *baies de laurier commun*, la *germandrée* ou *petit chêne*, les *macis*, le *scordium*, le *tussilage* ou *pas d'âne*, l'*écorce de Winter*, le *zédoaire* et tutti quanti. Mais il faut réfléchir que le Codex, et cela est explicitement indiqué, en maintenant ces substances, « a exclusivement en vue leur utilisation dans la pharmacopée française et nullement l'usage qu'en fait la thérapeutique ». C'est ainsi que l'asclépiade entre dans le vin de scille composé, le bdellium dans l'emplâtre mercuriel, le laurier commun dans l'alcoolat de Fioravanti, et ainsi de suite.

Par contre, la docte Commission a gravement supprimé l'*œuf de poule* intégral (p. 873), mais a jugé bon d'en maintenir le blanc pour la préparation de l'eau albumineuse (p. 202), pour celle du soluté de peptonate de mercure (p. 669), pour celle enfin de la pâte *dite* de guimauve, laquelle, chacun le sait, se compose uniquement de gomme, de sucre blanc, d'eau distillée, d'eau de fleurs d'oranger et de blancs d'œufs (p. 449). Le jaune d'œuf est conservé, d'autre part, pour l'obtention des émulsions artificielles (p. 234).

On est encore en droit de s'étonner que le Codex supprime le *suif de mouton* (p. 876) et inscrive la façon de le purifier (p. 703).

Additions. — « Plus de 150 médicaments ou préparations nouvelles ont été inscrits au nouveau Codex; leur addition était commandée par les progrès de la médecine, de la physiologie et de la thérapeutique. » Ainsi s'exprime M. Laudouzy dans la préface. Comme nous l'avons fait pour les suppressions, nous allons examiner quelles sont celles de ces additions qui nous paraissent mériter une mention particulière.

Acétyl-salicylique (acide). — Cette substance existe aussi sous le nom déposé d'*aspirine*. L'inscription s'imposait, dans la nouvelle pharmacopée, de ce médicament journellement employé comme antithermique, analgésique et antirhumatismal. Et à ce sujet, se pose une question de portée pratique considérable. Le pharmacien sera-t-il libre de délivrer à son gré le produit spécialisé ou l'acide acétyl-salicylique? En d'autres termes, là où le médecin aura formulé « aspirine », le pharmacien pourra-t-il donner l'acide acétyl-salicylique? Nous ne le croyons pas quant à nous, car si avec les deux produits l'effet thérapeutique obtenu est à peu près identique, il arrive fréquemment qu'il n'en soit pas de même pour la tolérance. Avec l'acide on observe souvent des douleurs d'estomac, des nausées et des vomissements, alors que, chez les mêmes sujets, l'aspirine est parfaitement supportée.

Ce cas, si intéressant pour le praticien, n'est d'ailleurs pas isolé, car nous observons la même chose pour le pyramidon. Et le fait acquiert d'autant plus d'importance que le prix de l'acide acétyl-salicylique est à celui de l'aspirine ce que 1 est à 7.

La table des doses maxima, publiée par le nouveau Codex, porte 1 gramme d'acide acétyl-salicylique (aspirine) *pro dosi* et 6 grammes *pro die*. Ces doses sont en effet souvent fort bien tolérées. Il ne faut pas oublier cependant que le médicament en question provoque parfois « chez certains sujets, chez les débiles, les hyposthéniques en particulier, une action sudorifique quelquefois excessive qui peut s'accompagner d'hypotension, de lipothymie, voire de syncopes très inquiétantes et exercer une influence néfaste sur l'affection causale » (A. Martinet). L'un de nous a assisté à des phénomènes de ce genre, véritablement effrayants, provoqués par une dose de $0^{g}75$ d'aspirine. Nous croyons, en conséquence, qu'il sera bon, comme le conseille A. Martinet, de ne pas dépasser $0^{g}30$ à $0^{g}50$ comme dose initiale, en augmentant progressivement suivant la tolérance du malade, de faire prendre l'aspirine avec une infusion chaude antisudorale, de sauge par exemple, de prévenir l'entourage de la possibilité de sueurs abondantes, et d'avoir tout prêt pour pouvoir changer facilement les vêtements du malade ou instituer un traitement stimulant s'il ressentait une défaillance.

Adrénaline. — Les propriétés énergiquement vaso-constrictives et hémostatiques de ce produit récent lui ont valu son entrée de plain-pied dans le Codex de 1908. Rappelons en passant que son adjonction à la cocaïne rend l'action locale de cette dernière plus puissante et plus durable tout en diminuant les dangers d'intoxication. Cela résulterait d'une action retardante de l'adrénaline sur la résorption de la cocaïne.

Bourdaine. — Ce laxatif doux est entré largement dans la thérapeutique depuis que l'attention des cliniciens est attirée sur les affections de l'intestin. La bourdaine est actuellement employée chaque jour en infusion, à la dose de 2 à 5 grammes d'écorce pour une tasse, ou aux mêmes doses sous forme d'extrait fluide.

Colchicine. — Nous ne mentionnons ici l'inscription de cet alcaloïde dans la pharmacopée nouvelle, que pour en rappeler la redoutable toxicité. Ce médicament est extrêmement délicat et dangereux à employer, et les cas ne sont pas rares de phénomènes graves d'intoxication survenus après l'absorption des doses indiquées comme utilisables ($0^{g}002$ à $0^{g}004$).

Eau chloroformée. — Le praticien a coutume de prescrire l'eau chloroformée saturée, ce qui correspond à 9 grammes de chloroforme, environ, par litre d'eau distillée, le chloroforme rectifié du commerce se dissolvant dans 111 parties d'eau froide. Or l'eau chloroformée du nouveau Codex n'est qu'à 5 p. 1000, ce qu'il est très important de faire remarquer aux médecins.

Emulsion d'huile de foie de morue. — Sans doute parfaite au point de vue théorique, la formule du Codex de 1908 donne un produit éminemment instable, très inférieur aux émulsions obtenues par battage mécanique ou même avec la baratte. La préparation du Codex exposera le pharmacien aux réclamations incessantes du client, déjà familiarisé avec les émulsions du commerce, également titrées au tiers, et qui par leur aspect crémeux et leur longue conservation seront toujours préférées à l'émulsion officinale.

Extraits fluides. — Ces excellents produits, inscrits depuis longtemps dans la plupart des pharmacopées étrangères, et utilisés depuis des années dans toutes les officines, viennent seulement de recevoir l'estampille officielle dans le « Codex medicamentarius gallicus ». On sait que ces extraits, dits liquides ou fluides, correspondent exactement au poids de la drogue employée, desséchée à l'air et pulvérisée. Il

existe au Codex les extraits fluides de : *bourdaine, cascara sagrada, coca, cola, condurango, ergot de seigle, grindelia robusta, hamamelis virginica, hydrastis canadensis, salsepareille* et *viburnum prunifolium*.

Huile de foie de morue phosphorée. — Ce médicament très actif est dosé à 1 p. 20000. *Dix* grammes contiennent un *demi-milligramme* de phosphore, soit *un quart de milligramme* à peu près par cuillerée à café.

Maxima : 20 grammes *pro dosi*, 40 grammes *pro die*.

Huile grise injectable. — A la suite d'une discussion récemment soulevée par l'un de nous devant la « Société de pharmacie de Paris », le Codex a adopté la formule de l'huile grise précédemment élaborée par la « Société française de dermatologie et de syphiligraphie ». Sa composition est la suivante :

Mercure purifié	40 grammes.
Graisse de laine	26 —
Huile de vaseline	60 —

Ces 126 grammes d'huile grise donnent un volume de 100 centimètres cubes à peu près, ce qui fait 40 centigrammes de mercure par centimètre cube.

Huile biiodurée injectable ou solution huileuse de biiodure de mercure. — Ce produit a les honneurs de l'inscription au Codex juste au moment où il n'est plus utilisé qu'exceptionnellement par le corps médical. En raison des inconvénients inhérents à toute injection huileuse, l'huile biiodurée a presque complètement disparu devant l'emploi facile de la solution aqueuse isotonique de biiodure. Et il y a plus, le Codex a cru devoir donner la préférence au produit aujourd'hui délaissé des syphiligraphes, l'huile dite de Panas, dosée à 4 milligrammes de biiodure par centimètre cube. L'huile biiodurée centésimale, préconisée par l'un de nous en 1901, est à peu près la seule employée parce qu'elle permet d'injecter sous un petit volume une dose deux fois et demie plus forte de *sel* mercuriel. C'est là une considération d'un certain intérêt, la tolérance des injections mercurielles, surtout huileuses, étant inversement proportionnelle au volume injecté. On prépare cette huile centésimale en chauffant au bain-marie vers 60-70 degrés.

Biiodure de mercure	1 gramme.
Huile de noix vraie purifiée et stérilisée	100 cent. cubes,

ce qui donne en poids 92 grammes environ.

Mercure (benzoate de). — Il importait de faire connaître aux pharmaciens le mode de préparation de ce sel, un des plus employés en syphiligraphie, et qui devient partiellement insoluble dès qu'il n'est pas récent, inconvénient inhérent à la plupart des produits commerciaux. Le Codex a donc raison d'en donner la préparation détaillée, mais il est insuffisant de noter que ce sel est « à peine soluble dans l'eau », encore faut-il donner le procédé pratique de solubilisation pour l'injection hypodermique. Or c'est ce que les savants auteurs du Codex ont complètement négligé de faire. Nous allons réparer cet oubli en donnant la formule que préconise le professeur Gaucher :

Benzoate de mercure récent	1 gramme.
Chlorure de sodium pur	2g50
Eau distillée stérilisée... Q. s. p.	100 cent. cubes.

La quantité de chlorure de sodium théoriquement nécessaire est à peine de 0g30 par gramme de benzoate et pour 100 centimètres cubes d'eau. Pratiquement le chiffre est très augmenté afin d'obtenir une solution hypertonique ayant l'avantage d'assurer dans une très large mesure la tolérance locale de l'injection sans addition d'alcaloïde quelconque (cocaïne, stovaïne, etc.).

Poudre contre le coryza. — Le besoin ne se faisait pas vivement sentir d'officinaliser une poudre contre le coryza, dont la préparation n'exige aucune connaissance spéciale ni aucun mode opératoire particulier. Encore eût-on pu choisir une formule moins défectueuse que celle adoptée par le Codex, et que nous avons soin de ne pas reproduire pour ne pas contribuer à la généraliser. Il est aisé de constater en effet que les dérivés salicylés y atteignent la proportion énorme de 45 p. 100 ! Le salol figure à lui tout seul dans la formule officinale dans la proportion de 15 p. 100 ! Or les dermatologistes nous ont appris que le salol est une cause journalière d'accidents érythémateux. Le seul emploi de poudres, élixirs et pâtes dentifrices, où ce corps entre à des doses notablement moindres que celle indiquée plus haut, suffit fréquemment à déterminer des accidents péribuccaux. Que sera-ce lorsque les gens enrhumés tapisseront leur pituitaire, la journée durant, avec la poudre du Codex?

Pyramidon ou diméthylamino-antipyrine. — Bien qu'il ne figure dans la liste des additions que nous donne le Codex, ni sous son nom déposé ni sous sa dénomination chimique, le pyramidon est néanmoins inscrit à juste titre dans la nouvelle pharmacopée.

Nous ferons pour ce médicament les mêmes réserves que pour l'aspirine, car l'expérience médicale quotidienne est là pour prouver qu'il n'y a pas absolue identité d'action entre le pyramidon et la diméthylamino-antipyrine. Au médecin d'y penser, d'autant plus que le prix de la seconde est à celui du premier comme 1 est à 5.

Faisons remarquer d'autre part que les doses maxima de 1 gramme par prise et de 3 grammes par jour, indiquées par l'ouvrage officiel, sont très élevées. La dose de 0g30 est généralement d'une activité suffisante, et ce n'est que dans des cas particuliers et rares qu'il est nécessaire de dépasser 0g75 à 1 gramme *pro die*. Notons cependant que Milian (1) ordonne le pyramidon à doses très élevées contre les douleurs fulgurantes du tabes. « Certains de mes malades, dit ce distingué syphiligraphe, n'ont la vie supportable que grâce au pyramidon dont ils absorbent *quotidiennement de 1 à 3 grammes par jour, depuis plusieurs années*. » En dehors de ce cas spécial nous croyons néanmoins qu'il est bon d'aller prudemment et progressivement dans l'emploi du pyramidon, lequel détermine souvent des sueurs profuses comme l'aspirine, ce qui en contre-indique l'emploi chez les débilités, les malades cachectiques, et notamment chez les tuberculeux.

Saccharures granulés de cola et de glycérophosphate de chaux. — Nous ferons simplement remarquer aux praticiens que ces granulés sont à des titres absolument différents. Tandis que dans le granulé de cola il entre 12 p. 100 d'extrait, ce qui fait qu'il représente sensiblement son poids de semence de cola, le granulé de phosphoglycérate de chaux est à 5 p. 100, c'est-à-dire que 20 grammes renferment 1 gramme de sel.

Sirop de biiodure de mercure. — C'est le trop célèbre *sirop de Gibert*. Cette mauvaise préparation, telle qu'on la livrait jusqu'ici, était défectueuse pour deux raisons : 1° les poids réciproques des composants étaient illogiques, une cuillerée à soupe de sirop contenant 7 milligrammes de biiodure de mercure et 38 centigrammes d'iodure de potassium; 2° de l'avis des syphiligraphes la proportion d'iodure ne permettait pas une thérapeutique suffisante en iodure, vu le poids trop considérable du sel de mercure.

Le second de ces inconvénients persiste avec la nouvelle formule du Codex. Quant au premier il disparaît, puisque 20 grammes de sirop contiennent bien 1 centigramme de biiodure pour 0g50 d'iodure de potassium.

Soluté de peptonate de mercure. — Jusqu'ici cette préparation était composée de peptone, bichlorure de Hg et chlorhydrate d'ammoniaque dissous dans l'eau glycérinée. Le Codex qui inscrit le soluté injectable pour la première fois a changé tout cela et la formule sera désormais la suivante :

Blanc d'œuf	n° 1.
Pepsine	0g25
Acide chlorhydrique dilué	6 grammes.
Bicarbonate de soude	Q. s.
Chlorure mercurique	5 grammes.
Chlorure de sodium officinal	2g50.
Eau distillée	500 grammes.

Cela n'offre d'ailleurs qu'un intérêt très secondaire par suite de l'extrême rareté de l'emploi thérapeutique du peptonate de mercure.

Soluté de valérianate d'ammoniaque composé. — La formule que le Codex prescrit de cette préparation si universellement répandue aujourd'hui et qui donne souvent de si merveil-

(1) Milian. *Gaz. des hôpit.*, 1er déc. 1908; n° 138.

leux résultats dans le traitement de certains troubles nerveux, cette formule, disons-nous, nous paraît défectueuse. Nous craignons qu'on n'obtienne avec elle qu'un produit très facilement altérable, champignonnant avec rapidité.

Nous conseillons donc au praticien d'employer de préférence la formule ci-dessous, où l'action antiseptique de l'alcool de la teinture et surtout celle de l'eau chloroformée s'opposeront à la pullulation des germes.

Valérianate d'ammoniaque cristallisé	4 grammes.
Extrait de valériane	3 —
Teinture de valériane	12 —
Glycérine	20 —
Eau chloroformée.......Q. s. p.	125 cent. cubes.

Nous n'avons rien à dire ici des préparations physiologiques, sérothérapiques, opothérapiques, des toxines et vaccins d'origine microbienne. Le Codex ne pouvait faire autrement que d'inscrire ces médications nouvelles qui depuis quelques années ont révolutionné la thérapeutique. Mais on est surpris de voir que les métaux colloïdaux sont complètement passés sous silence. Le *collargol* tout au moins a déjà fait ses preuves, et il nous semble que la Commission eût été bien inspirée en introduisant officiellement dans la pharmacopée nouvelle, ce représentant principal du groupe des « ferments métalliques » aussi intéressants au point de vue pratique qu'au point de vue théorique.

Si d'ailleurs on considère les omissions faites, volontairement à n'en pas douter, par les auteurs du Codex, on constate qu'elles sont fort nombreuses. Ce n'est qu'à titre d'exemples que nous citerons les suivantes, fort inégales du reste en importance : l'*airol*, l'*alumine* (*acétate*), l'*amyle* (*valérianate*) qui rend de si grands services dans les coliques hépatiques, néphrétiques et utérines, l'*aristochine* ou éther carbonique de quinine, qui, absolument insipide et riche de 96 p. 100 de quinine, est si utile dans la thérapeutique infantile, la *craie mercurielle* précieuse aussi pour le traitement spécifique de l'enfance, la *digitaline en solution huileuse injectable*, la *dionine*, ce calmant merveilleux de la toux, l'*euquinine* ou éthyl-carbonate de quinine, qui appelle les mêmes réflexions que l'aristochine, l'*hémoglobine*, l'*hermophényl*, l'*héroïne*, les *huiles iodées*, l'*ichthyol* aux usages multiples, le *lactate de mercure*, la *lécithine*, la *levure de bière*, le *lycétol*, l'acide *nucléinique* et les *nucléinates*, la *papaïne*, les *perborates* et les *peroxydes*, sources d'oxygène, et qui sont à l'heure actuelle si largement entrés dans la pratique courante, la *phénolphtaléine* ou *purgène* qui a si rapidement conquis une place parmi les purgatifs, le *protargol*, le *salicylate de mercure*, les *savons médicamenteux*, les *solutés aqueux de benzoate et de biiodure de mercure*, la *stovaïne*, rivale, parfois préférée, de la cocaïne, le *tannigène*, l'*urotropine*, cet excellent médicament cher aux urologistes, le *thiocol*, le *véronal*, etc. Nous en passons... et des meilleurs !

Modifications de formules ou de titres. — Les modifications de formule ou de titre qu'ont subies 110 préparations galéniques « doivent, dit M. Landouzy, tout spécialement retenir l'attention des médecins et des pharmaciens ».

Les plus importantes d'entre elles ont en effet porté sur les médicaments héroïques dont l'activité se trouve ainsi soit augmentée, soit diminuée.

Il importe donc de connaître à fond ces changements qui vont nécessairement entraîner un certain flottement pendant quelque temps. Nous croyons donc être utiles aux praticiens en résumant ces modifications de façon aussi claire et aussi brève que possible.

Les médicaments *dont le titre a été augmenté* sont si peu nombreux que nous allons les réunir tous immédiatement en un groupe à part. Ce sont les suivants :

Cyanhydrique (acide dissous). — Le titre du soluté officinal d'acide cyanhydrique a été porté à 2 p. 100 au lieu de 1 p. 100 ainsi que le prescrivait le Codex de 1884. Cette préparation nouvelle étant *deux fois plus active* que la précédente, la posologie en devra être réduite d'autant. On donnera donc $0^{g}25$ à $0^{g}50$ *pro die*, c'est-à-dire de v à x gouttes, et de $0^{g}05$ à $0^{g}10$ *pro dosi*, c'est-à-dire I à II gouttes.

Diastase. — Le titre de la diastase a été élevé de 50 à 100, c'est-à-dire que 1 gramme de diastase devra saccharifier 100 grammes de fécule de pommes de terre. La posologie de ce ferment ne varie d'ailleurs pas.

Eau distillée de laurier-cerise. — Dans le Codex de 1884 cette eau ne contenait que 5 centigrammes d'acide cyanhydrique p. 100; dans le Codex de 1908 elle en contient 10 p. 100. Elle est donc deux fois plus active, et on ne saurait trop attirer sur ce point l'attention des médecins dont beaucoup ont l'habitude de prescrire l'eau de laurier-cerise *larga manu*. A l'heure actuelle, pour éviter des accidents, il ne faudra guère dépasser 1 à 2 grammes *pro dosi* et 5 à 10 grammes *pro die*.

Elixir de pepsine. — Cet élixir est modifié dans sa formule et dans son titre. Nous verrons en effet un peu plus loin que le titre de la pepsine a été élevé; il en résulte que le nouveau produit est *deux fois plus actif* que celui du Codex de 1904. Sa posologie ne varie pas.

Emplatre mercuriel de Vigo. — Renfermera dorénavant 20 p. 100 de mercure au lieu de 18 p. 100.

Gazes au bichlorure de mercure. — La teneur en bichlorure de mercure est de 0,1 à 0,5 p. 100 en poids au lieu de 0,1 p. 100.

Pancréatine. — La table des modifications, p. 887, dit que la pancréatine « doit saccharifier 125 fois son poids d'amidon au lieu de 60; l'essai sur les matières protéiques n'est pas modifié ». Si au contraire on se reporte à la page 446 on constate, en lisant l'essai de la pancréatine, que si le titre est bien de 1 p. 50 pour les matières protéiques, il est pour les matières amylacées de 1 p. 100 et non de 1 p. 125, puisque 5 grammes de fécule sont saccharifiés par 0,05 de pancréatine pure. Il n'est donc pas exact de dire que son pouvoir saccharifiant comparé à celui du Codex de 1884 a été doublé.

En effet, si l'on se reporte au supplément du Codex de 1884, on constate (p. 83) la même erreur, mais en sens inverse. Il y est dit que la pancréatine médicinale « doit transformer en sucre réducteur 40 fois son poids de fécule de pommes de terre ou d'amidon ». Si au contraire on se reporte quelques lignes plus bas à l'essai proprement dit, on est étonné de voir ce titre passer de 40 à 60, puisque $0^{g}10$ de pancréatine saccharifient 6 grammes de fécule ou d'amidon.

Il y a là soit une erreur matérielle, soit un lapsus, qu'on ne devrait pas rencontrer dans un organe officiel.

Pepsine. — La pepsine extractive devient la pepsine officinale. Elle se présente sous forme de pâte épaisse, de poudre, de paillettes translucides opaques, de couleur jaunâtre, suivant le mode d'évaporation ou de dessiccation. Elle doit peptoniser 100 fois son poids de fibrine essorée au lieu de 50. Sa puissance par rapport à celle du précédent Codex est donc doublée, sans qu'il en résulte une modification dans la posologie.

Phénol sodique dissous. — Le titre est élevé de 70 à 100 p. 1000. La proportion de soude est par contre diminuée : elle est réduite à 20 p. 1000.

Sirop de gomme. — Renferme 1 dixième de son poids de gomme au lieu de 1 douzième.

Tablettes de bicarbonate de soude. — Chaque tablette renferme $0^{g}10$ de bicarbonate de soude au lieu de 2 centigrammes et demi, c'est-à-dire une quantité quatre fois plus forte.

Teinture d'aloès composée. — La proportion d'aloès est portée de 20 à 25 grammes p. 1000. De plus la thériaque disparaît là comme partout ailleurs.

Teinture d'iode. — La teinture d'iode, dont les médecins sont impuissants à réfréner l'usage universel autant qu'abusif, subit des modifications assez importantes dans sa composition, et cela pour se conformer aux désirs de la conférence de Bruxelles. D'après le Codex de 1884 la teinture d'iode devait être préparée au *treizième* avec l'alcool à 90 degrés. Le Codex de 1908 impose la préparation au *dixième* avec l'alcool à 95 degrés.

Il sera bon que les médecins tentent à ce sujet l'éducation du public, car outre les badigeonnages de teinture d'iode beaucoup de gens recourent volontiers, *sponte sua*, à l'usage interne de cette panacée. Les deux modes d'emploi devront

être surveillés. A l'intérieur on pourra donner XV gouttes, soit 0g25 de teinture *pro dosi*, et aller jusqu'à la dose maxima de LXI gouttes, soit 1 gramme, *pro die*.

* * *

Parmi les autres modifications dont nous allons aborder maintenant l'étude, et dont la plupart consistent en *diminution de titre*, les plus importantes sont relatives aux teintures héroïques. Nous dirons d'une façon générale que ces teintures, préparées selon le Codex de 1884 au *cinquième* avec l'alcool à 60 degrés, seront, d'après le Codex de 1908, préparées au *dixième* avec l'alcool à 70 degrés. Elles sont donc environ moitié moins actives, ce qui fait que théoriquement leur posologie semble pouvoir être doublée; mais cette affirmation est plus apparente que réelle en ce sens que ces teintures au cinquième étaient autrefois préparées, au moins pour certaines d'entre elles, avec des drogues dont le titre n'avait rien de fixe ni de constant. Les drogues servant à les préparer seront au contraire désormais rigoureusement titrées. D'autre part le nombre de gouttes équivalant à un gramme de teinture est légèrement supérieur à ce qu'il était précédemment, 57 au lieu de 53 en moyenne.

Quoi qu'il en soit, et en admettant même que la posologie de ces teintures ne soit pas exactement doublée, il sera plus que jamais préférable de formuler ces médicaments *en poids* et *non par gouttes*, vu le nombre considérable de ces dernières qu'il faudrait prescrire. On s'en rendra aisément compte dans les pages qui vont suivre.

Pour faciliter les recherches nous allons adopter l'ordre alphabétique, en réunissant pour chaque substance les diverses formes médicamenteuses sous lesquelles on l'emploie. Nous indiquerons pour chacune de ces substances les suppressions, les modifications, et s'il y a lieu les adjonctions, apportées par le Codex de 1908.

Aconit. — SUPPRESSIONS. — Aconit ferox. — Alcoolature de *racines* d'A. — Extrait de *feuilles* d'A. — Teinture de *feuilles* d'A.

MODIFICATIONS. — Le Codex de 1884 comprenait : une alcoolature et une teinture de feuilles, une alcoolature et une teinture de racines, soit *quatre* préparations différentes. Le Codex de 1908 n'admet plus que les *deux* préparations ci-dessous :

Alcoolature de feuilles. — 1 gramme = LIII gouttes.

Le Codex n'hésite pas à indiquer comme maxima 1 gramme *pro dosi* et 5 grammes *pro die*, ce qui nous paraît considérable.

Teinture de racines. — 1 gramme = LVII gouttes.

Réduite de moitié par rapport à celle de 1884, elle doit renfermer 0g50 d'alcaloïdes totaux pour 1 000 grammes.

Doses maxima : 0g50 ou XXVIII gouttes *pro dosi*, 1g50 ou XCV gouttes *pro die*.

Extrait alcoolique. — Doit être titré et ne pas renfermer plus de 1 p. 100 d'alcaloïdes totaux.

Maxima : 0g03 *pro dosi*, 0g10 *pro die*.

Sirop. — Préparé actuellement avec la teinture de racines au lieu de l'alcoolature de racines.

20 grammes = 0g50 de teinture, soit XXVIII gouttes environ.

Belladone. — SUPPRESSIONS. — Alcoolature de *feuilles* de B. — Alcoolature de *racines* de B. — Extrait de B. *avec le suc.* — Extrait de B. *avec les semences.* — Glycéré d'extrait. — Huile médicinale de B. — Teinture éthérée de B. — Valérianate d'atropine.

ADJONCTIONS. — *Extrait alcoolique de feuilles de B.* — Remplace les extraits avec le suc et avec les semences. Il est plus actif.

Maxima : 0g03 *pro dosi*, 0g10 *pro die*.

Pilules de podophylline belladonée. — Préparation très courante, officinalisée par le Codex et qui contient 0g01 d'extrait alcoolique de feuilles pour 0g03 de podophylline.

MODIFICATIONS. — *Emplâtre d'extrait de B.* — Contient 25 p. 100 d'extrait alcoolique de feuilles au lieu de 75 p. 100 d'extrait alcoolique de semences.

Pommade belladonée. — Renferme *un dixième* de son poids d'extrait alcoolique de feuilles sèches de belladone, au lieu d'*un septième et demi* d'extrait de suc dépuré.

Sirop de B. — 20 grammes = 2 grammes de teinture de B. Soit environ *un tiers en moins* de principe actif que celui de 1884.

Cette préparation est inutile, et d'un maniement difficile et dangereux. Si le médecin veut prescrire du sirop de belladone, il aura tout intérêt à formuler du sirop simple contenant par cuillerée à café le nombre de gouttes de teinture qu'il jugera opportun.

Teinture de B. — 1 gramme = LCVII gouttes.

Cette teinture est au *dixième*, donc réduite de moitié par rapport à celle de 1884.

Maxima : 1 gramme *pro dosi*, 4 grammes *pro die*.

Ciguë. — SUPPRESSIONS. — Alcoolature de C. — Emplâtre de C. — Extrait *avec le suc.* — Glycéré d'extrait de C. — Huile médicinale de C. — Sparadrap de C. — Teinture de C. — Teinture éthérée de C.

MODIFICATIONS. — *Emplâtre d'extrait de C.* — Renferme 25 p. 100 d'extrait alcoolique de fruits au lieu de 75 p. 100 d'extrait alcoolique de semences.

Extrait alcoolique de fruits de C. — Préparé avec l'alcool à 70 degrés au lieu de 60 degrés.

Maxima : 0g05 *pro dosi*, 0g20 *pro die*.

Colchique. — SUPPRESSIONS. — Alcoolature de *bulbe* de C. — Alcoolature de *fleurs* de C. — Vin de *bulbe* de C. — Vin de *semences* de C. — Vinaigre de C.

ADJONCTION. — *Colchicine.* — Nous rappelons que ce médicament très toxique et d'un maniement très dangereux s'administre à la dose de 2 à 4 *milligrammes* par jour, en granules de 1 milligramme.

MODIFICATIONS. — *Extrait alcoolique de C.* — Préparé avec l'alcool à 70 degrés au lieu de 60 degrés.

Maxima : 0g05 *pro dosi*, 0g20 *pro die*.

Teinture de semences de C. — 1 gramme = LVI gouttes.

Maxima : 1g50 *pro dosi*, 6 grammes *pro die*.

Digitale. — SUPPRESSIONS. — Alcoolature de D. — Cigarettes de D. — Digitaline amorphe. — Emplâtre d'extrait de D. — Extrait *aqueux* de D. — Teinture éthérée de D.

MODIFICATIONS. — *Extrait alcoolique de D.*, préparé avec l'alcool à 70 degrés au lieu de l'alcool à 60 degrés.

Maxima : 0g05 *pro dosi*, 0g20 *pro die*.

Soluté de digitaline cristallisée. A été modifié dans sa formule et son procédé de préparation.

1 gramme = L gouttes = 1 milligramme de digitaline.

Maxima : 0g30 *pro dosi*, 1 gramme *pro die*.

Teinture de D. — 1 gramme = LVII gouttes.

Préparée au *dixième* avec l'alcool à 70 degrés au lieu de l'alcool à 60 degrés.

Maxima : 1g50 *pro dosi*, 5 grammes *pro die*.

Jusquiame. — SUPPRESSIONS. — Alcoolature de J. — Cigarette de J. — Glycéré d'extrait de J. — Hyosciamine. — Sirop de J. — Teinture éthérée de J.

MODIFICATIONS. — *Huile de J.*........ / *Huile de J. composée* } Modification de la formule et du procédé de préparation.

Cette dernière huile n'est autre que le célèbre *Baume Tranquille*, dont le nom viendrait du « Frère Tranquille » son inventeur. Certains auteurs prétendent même à ce propos qu'il faut écrire « Tranquile ».

Extrait alcoolique de feuille de J. Substitution dans la préparation de l'alcool à 70 degrés à l'alcool à 60 degrés.

Maxima : 0g10 *pro dosi*, 0g30 *pro die*.

Teinture de J. — 1 gramme = LVII gouttes. Préparée au *dixième* avec l'alcool à 70 degrés au lieu d'être au *cinquième* avec l'alcool à 60 degrés.

Maxima : 1 gramme *pro dosi*, 4 grammes *pro die*.

Pilules de jusquiame et de valériane composées. Substitution de l'extrait alcoolique de feuilles à l'extrait de semences.

Mercure. — SUPPRESSION. — *Eau phagédénique*, etc. (Voir au paragraphe : suppressions.)

ADJONCTIONS. — *Benzoate de mercure*, etc. (Voir au paragraphe : additions.)

MODIFICATIONS. — *Gazes au bichlorure de Hg.* (Voir aux augmentations.)

Emplâtre mercuriel de Vigo. (Voir aux augmentations.)

Pilules de chlorure mercurique opiacées ou *pilules de Dupuytren.* Tout l'effort de la commission s'est borné à remplacer, dans la formule de ces pilules célèbres, l'extrait de gaïac par l'extrait de chiendent. Par contre rien n'a été fait pour modifier la consistance ligneuse des pilules obtenues avec la formule du précédent Codex. Nous conseillons donc d'avoir recours à la formule du professeur Gaucher.

Chlorure mercurique	0,01	centigrammes
Extrait thébaïque	0,01	—
Poudre de savon médicinal	0,10	—
Glycérine neutre	Q.S.	

pour une pilule *molle.*

Dans cette formule la dose d'opium est moitié moindre que dans celle du Codex.

Pilules d'iodure mercureux opiacées ou *pilules de Ricord.* Chaque pilule renferme deux centigrammes de *poudre* d'opium au lieu de deux centigrammes d'*extrait.*

La dose d'opium est donc réduite de moitié.

Pommade au calomel.

Pommade au précipité blanc.

Pommade d'oxyde mercurique jaune.

Pommade d'oxyde mercurique rouge.

Dans les deux premières de ces pommades la vaseline, remplace l'axonge benzoïnée; dans les deux dernières le poids de la substance active change : il était de 1 p. 15, il devient de 1 p. 19.

Soluté de chlorure mercurique ou *liqueur de Van Swieten.* L'alcool est supprimé; il ne s'agit donc plus que d'une simple solution de sublimé à 1 p. 1000.

Maxima (usage interne) : 20 gr. *pro dosi,* 60 gr. *pro die.*

Noix vomique. — Suppressions. — Azotate de strychnine. — Brucine.

Modifications. — *Extrait alcoolique.* — Contrairement au passé cet extrait sera titré et renfermera 16 p. 100 d'alcaloïdes totaux. Il sera donc d'activité constante.

Maxima : 0g04 *pro dosi,* 0g10 *pro die.*

Teinture de noix vomique. — 1 gramme = LVII gouttes.

Elle est préparée avec l'extrait de noix vomique et l'alcool à 70 degrés dans des proportions telles qu'elle équivaut à une teinture de poudre au dixième. Elle renferme ainsi 0g25 d'alcaloïdes totaux p. 100, et son activité est *approximativement* moitié moindre que celle du Codex de 1884.

Maxima : 1 gramme *pro dosi,* 5 grammes *pro die.*

Nous rapprocherons de la teinture de noix vomique la *teinture de fève de Saint-Ignace composée,* dite encore *gouttes amères de Baumé,* 1 gramme = LIV gouttes. Préparée en employant pour 100 grammes de fève, 500 grammes d'alcool à 70 degrés au lieu de 200 grammes d'alcool à 60 degrés. Elle renferme donc *deux fois et demie moins* de principes actifs que l'ancienne.

Maxima : 0g25 *pro dosi,* 1g75 *pro die.*

Opium. — Suppressions. — Extrait de lactucarium. — Extrait de laitue cultivée. — Extrait de laitue vireuse. — Extrait de pavot blanc. — Glycéré d'extrait. — Gouttes noires anglaises. — Laudanum de Rousseau. — Narcéine. — Potion antispasmodique opiacée. — Sirop de Karabé. — Sirop de lactucarium opiacé. — Sirop de narcéine. — Sulfate de morphine. — Thériaque.

Adjonction. — *Phosphate de codéine.* — Sel très soluble dans l'eau : 1 p. dans 3, 5 p. d'eau froide. Comme posologie les formulaires indiquent généralement de 0g01 à 0g05 en injections sous-cutanées, de 0g01 à 0g07 en potions, pilules, sirops.

Le Codex donne comme maxima : 0g075 *pro dosi* et 0g30 *pro die.*

Modifications. — *Elixir parégorique ou teinture d'opium camphrée.* — Avec la nouvelle formule cette préparation classique et si populaire est *moitié moins active* que celle du Codex de 1884.

1 gramme = LIII gouttes.

Posologie : jusqu'à 40 grammes *pro die,* ce qui équivaut à 0g10 d'extrait. (Voir ci-dessous le tableau des équivalences.)

Emplâtre d'extrait d'opium. — Renferme 25 p. 100 d'extrait au lieu de 75 p. 100; il est donc diminué des deux tiers.

Laudanum de Sydenham. — Cette importante préparation cesse d'être un vin pour devenir une teinture. Sa formule a subi des modifications qui donnent au laudanum une plus grande fixité.

Un gramme de laudanum correspond à :

	Codex 1884.	Codex 1908.
Gouttes	XXXIII	XLIII
Opium (poudre)	0g125	0g100
Opium (extrait d')	0g0625	0g050
Morphine	0g0125	0g010

Avec la nouvelle préparation il faut accroître la posologie d'*un quart* si l'on prescrit en poids, il faut l'accroître *une fois et demie* au moins si l'on prescrit en gouttes.

Maxima: 2 grammes *pro dosi,* 6 grammes *pro die.*

Teinture d'opium. — Cette teinture est préparée au *vingtième* d'extrait d'opium et avec l'alcool à 70 degrés, de manière à équivaloir à une teinture de poudre au *dixième.* Elle est donc *notablement moins active* que celle du Codex de 1884 qui était une teinture d'extrait au *treizième* avec l'alcool à 60 degrés.

1 gramme = LVI gouttes.

Maxima : 2 grammes *pro dosi,* 6 grammes *pro die.*

Pour en terminer avec les opiacés nous pensons être utiles aux praticiens en établissant un tableau de correspondance des préparations d'opium, rapportées toutes à *un centigramme* de morphine.

Pour équivaloir à *un centigramme* de morphine, il faut :

Extrait d'opium	0,05 centigr.
Poudre d'opium	0,10 —
Pilules de cynoglosse opiacées 2 1/2 ou en masse pilulaire	0,50 —
Laudanum de Sydenham. XLIII gtes.	1 gramme.
Teinture d'extrait. LVI gtes	1 —
Poudre de Dower	1 —
Electuaire diascordium	8g30
Sirop de morphine	20 grammes.
Elixir parégorique. MLX gtes.	20 —
Sirop d'opium ou thébaïque	25 —
Sirop diacode	100 —
Pâte de lichen	250 —
Pâte pectorale officinale	250 —
Pâte de réglisse officinale	250 —
Sirop d'espèces pectorales	500 —

Quinquinas. — Suppressions. — Extrait de quinquina gris *alcoolique.* — Extrait de quinquina gris *aqueux.* — Extrait de quinquina gris *aqueux sec.* — Extrait de quinquina jaune hydroalcoolique. — Extrait de quinquina rouge alcoolique. — Extrait de quinquina rouge hydroalcoolique. — Lactate de quinine. — Poudre dentifrice au charbon et quinquina. — Poudre de quinquina gris. — Poudre de quinquina jaune. — Quinquinas gris Huanuco et Loxa. — Salicylate de quinine basique. — Sirop de quinquina ferrugineux. — Sirop de quinquina gris. — Sirop de quinquina au vin. — Soluté de chlorhydrate neutre de quinine. — Sulfate de cinchonine basique. — Sulfate de quinidine basique. — Tannate de quinine. — Teinture de quinquina gris. — Teinture de quinquina jaune. — Vin de quinquina ferrugineux. — Vin de quinquina gris. — Vin de quinquina jaune.

Adjonctions et modifications. — Rappelons que le quinquina officinal est le quinquina *rouge.* L'ancien Codex ne comprenait pas moins de sept extraits de quinquina; ils disparaissent avec le nouveau Codex sauf l'*extrait alcoolique de quinquina jaune.* Lui-même cependant diffère de celui de l'ancienne pharmacopée en ce qu'il est aujourd'hui titré et ne doit pas renfermer moins de 10 p. 100 d'alcaloïdes totaux. A côté de cet extrait le Codex crée l'*extrait aqueux de quinquina rouge,* ou extrait officinal, qui ne doit pas renfermer moins de 6 p. 100 d'alcaloïdes totaux. Il entre dans la composition des pilules officinales d'aloès et d'extrait de quinquina.

Le Codex ajoute aussi un *soluté de chlorhydrate basique de quinine,* pour injections hypodermiques, obtenu au moyen de l'antipyrine; 1 centimètre cube de ce soluté renferme 0g30 de sel de quinine, et 0g20 d'antipyrine.

On se demande pourquoi à la liste des médicaments introduits dans le nouveau Codex on voit figurer le *chlorhydrate*

neutre de quinine qui existait déjà dans le supplément du Codex de 1884 (p. 33).

Le *glycérophosphate basique de quinine* constitue au contraire une addition. Ce sel, qui s'emploie aux doses habituelles des sels de quinine, présente cette particularité de n'être pas décomposé à chaud comme les autres sels à base d'acide glycérophosphorique; il peut donc être utilisé en injections hypodermiques.

Quant au *sirop* et au *vin de quinquina* nous n'avons rien à en dire qui intéresse le médecin.

***

Il nous reste encore à passer en revue quelques modifications apportées par le nouveau Codex, et nous suivrons, pour cette dernière série de médicaments, plutôt leur ordre d'importance que leur ordre alphabétique.

Soluté d'arsénite de potasse. — La préparation de la *liqueur de Fowler* a été modifiée et on y a introduit 12 p. 100 d'alcool à 90 degrés. L'ancien et le nouveau soluté renferment tous les deux le *centième* de leur poids d'acide arsénieux et la posologie en *poids* n'est donc pas modifiée; mais il n'en est plus de même pour la posologie en *gouttes*. Nous résumons les importantes différences dans le petit tableau suivant dont nous empruntons les éléments à M. Yvon.

Codex 1884.	Codex 1908.
XXIII gtes = 1 gramme.	XXXIV gtes = 1 gramme.
XX = 8mg7 *d'ac. arsén.*	XX = 6mg *d'ac. arsén.*

Il faut donc VI à VII gouttes de la nouvelle préparation pour représenter *deux* milligrammes d'acide arsénieux.

Posologie en gouttes : V à XV gouttes *pro dosi*, jusqu'à L gouttes *pro die*.

Maxima du Codex : 0g50 *pro dosi*, 1g50 *pro die*.

Le soluté officinal de chlorhydrate de cocaïne est diminué de moitié; il renferme désormais 1 centigramme de sel pour 1 centimètre cube.

Le soluté officinal de chlorhydrate de morphine est également diminué de moitié et renferme 2 centigrammes de sel pour 1 centimètre cube.

Teinture de strophantus. — Elle est préparée au *dixième* avec l'alcool à 70 degrés au lieu d'être au cinquième avec l'alcool à 60 degrés. Elle renferme donc *moitié moins* de principes actifs que celle de 1884.

Posologie en gouttes : III à X gouttes *pro dosi*, XXXV gouttes *pro die*.

Maxima du Codex : 0g15 *pro dosi*, 0g60 *pro die*.

Teinture de lobélie. — Renferme *moitié moins* de principe actif que celle de 1884.

Posologie en gouttes : XXX à LX gouttes *pro dosi*, CXX gouttes *pro die*.

Maxima du Codex : 1g50 *pro dosi*, 5 grammes *pro die*.

L'extrait alcoolique d'ipéca diffère de celui du précédent Codex en ce que l'alcool à 70 degrés est désormais substitué à l'alcool à 60 degrés, et aussi en ce qu'il doit répondre à des caractères précis d'identité et de titrage.

La teinture d'ipéca est préparée au *dixième* avec l'alcool à 70 degrés au lieu d'être au cinquième avec l'alcool à 60 degrés.

Le sirop d'ipéca présente cette particularité amusante de ne pas répondre à celui adopté par la conférence de Bruxelles. Ce dernier est préparé avec 10 p. 100 de teinture et n'est donc pas vomitif aux doses habituelles.

Huile de foie de morue créosotée. — Moins active que celle du Codex de 1884 elle ne renferme que 1 gramme de créosote p. 100 au lieu de 1g50.

Potion antivomitive de Rivière. — Elle diffère de celle du précédent Codex sur deux points : 1° les deux nouvelles potions, alcaline (n° 1) et acide (n° 2) sont augmentées de volume et auront désormais 120 centimètres cubes au lieu de 60 centimètres cubes; 2° le bicarbonate de soude, à la dose de 3g50 remplace le bicarbonate de potasse.

Cérats. — Le Codex a été sagement inspiré en modifiant la formule du *cérat à la rose* où l'huile d'amandes douces est remplacée par un mélange de lanoline et d'huile de vaseline. Il aurait dû, dans le *cérat de Galien*, ne pas se borner à diminuer la dose d'eau de roses, et faire disparaître l'huile d'amandes douces qui donne un produit rancissant avec la plus grande rapidité.

Ce que nous disons du cérat de Galien s'applique également et dans les mêmes conditions au *cold-cream*.

***

En terminant cette étude du nouveau Codex nous n'ajouterons qu'une remarque destinée surtout aux jeunes praticiens. Les doses maxima indiquées par l'ouvrage officiel, et que nous avons reproduites, sont en général très élevées; il ne faudrait donc les aborder, soit *pro dosi*, soit *pro die*, qu'après avoir soigneusement et progressivement tâté la susceptibilité des malades. A bien plus forte raison ne faudrait-il les dépasser et user du fameux « *Je dis* » qu'à bon escient. Ces chiffres ont beau être indiqués « *à titre de simple renseignement* », le médecin, qui les aurait dépassés et qui aurait à déplorer un accident, serait sûr, par le temps qui court, de ne rencontrer aucune indulgence ni auprès du public, ni auprès des magistrats.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 12 décembre 1908 [*fin*])

Les glandes surrénales des tuberculeux. — M. A. Sézary, étudiant les surrénales de 40 tuberculeux dont la maladie présentait des localisations, des degrés et des associations variables, a trouvé, dans les formes chroniques, l'hypoépinéphrie et la sclérose. Mais une évolution courte (pleurésie, méningite, granulie) s'accompagne d'une légère hyperépinéphrie. Celle-ci s'observe même au début des processus chroniques, puis fait place progressivement à l'hypoépinéphrie. La durée trop courte des tuberculoses expérimentales ne permet pas l'organisation de lésions marquées. Selon la virulence de la toxi-infection, les altérations seront plus (tuberculose pulmonaire) ou moins (mal de Pott, tumeur blanche) accusées, plus ou moins rapides. Enfin, une néphrite préexistante à la tuberculose retarde son action nocive sur les surrénales : c'est dans une telle association qu'on peut observer de l'hyperépinéphrie nodulaire. Ces faits expliquent les divergences des auteurs sur les altérations des surrénales chez les tuberculeux.

Les lésions des cellules nerveuses corticales dans l'intoxication tabagique expérimentale. — MM. G. Guillain et A. Gy. Les symptômes nerveux sont très fréquents dans l'intoxication tabagique. Expérimentalement, les injections intraveineuses de macérations de tabac ou les dissolutions aqueuses de fumée déterminent des crises épileptiformes, des paralysies, de l'asthénie. Chez l'homme (ou du moins chez certains sujets), l'usage prolongé et excessif du tabac amène souvent des troubles de l'intelligence : difficulté de l'attention, de l'association des idées, aboulie, perte de la mémoire, etc. On observe aussi des céphalées, des spasmes musculaires, du tremblement, des vertiges et de l'insomnie.

Les auteurs ont pensé que l'étude des altérations nerveuses dans l'intoxication tabagique chronique et expérimentale méritait d'être précisée car la littérature médicale, à part quelques recherches de Vas, Pandi et Vladytchko, est muette à ce sujet.

Dans l'intoxication tabagique chronique du lapin, le système cérébral leur a paru intact (absence d'athérome, d'artérite chronique, d'hémorragies); il n'existait, de plus, ni méningite chronique, ni sclérose cérébrale; les lésions constatées sont uniquement cellulaires. Ces lésions cellulaires sont diffuses, dans les différentes couches de l'écorce. Beaucoup de cellules sont en chromatolyse soit totale, soit périphérique, soit périnucléaire; très souvent on observe la vacuolisation; les vacuoles sont marginales ou centrales et semblent déterminer parfois un véritable éclatement de certaines cellules. Le noyau est souvent excentrique; parfois on constate la caryo-

rexis ou la caryolyse. Dans l'intoxication prolongée, beaucoup de cellules semblent disparaître. Les auteurs n'ont jamais observé de neuronophagie. La chromatolyse et la vacuolisation sont sans doute des lésions réparables, si l'intoxication n'est pas de durée trop longue.

L'adrénaline agit-elle directement sur les fibres sympathiques? — M. Lépine avait émis récemment l'hypothèse que l'adrénaline, sécrétée par les cellules chromaffines, contiguës, comme on sait, aux fibres sympathiques, diffuse directement jusqu'à ces dernières. On est conduit à cette idée si l'on prend en considération, d'une part, la masse si faible du système chromaffine dans l'économie, d'autre part, la quantité relativement considérable d'adrénaline nécessaire pour produire des effets vaso-moteurs ou autres lorsqu'elle est injectée dans une veine. Cette hypothèse ayant été contestée, M. Lépine vient de faire quelques nouvelles expériences d'où il conclut qu'à l'heure actuelle, aucune critique sérieuse ne peut lui être adressée.

Composition chimique du sérum sanguin d'un homme intoxiqué par l'oxyde de carbone. — M. Patein, ayant examiné le sérum d'un individu intoxiqué accidentellement par l'oxyde de carbone, a constaté que ce sérum présente, avec le sérum normal, les différences suivantes : 1° il est coloré en rose ; 2° la proportion de sérine est notablement augmentée, tandis que la globuline est diminuée; 3° après neutralisation et séparation de l'acétoglobuline, il ne présente pas de coagulation par la chaleur au-dessous de 75 degrés, alors que le sérum normal donne à 64 degrés un coagulum abondant; 4° l'acétoglobuline n'est coagulée par la chaleur qu'au-dessus de 80 degrés, alors que l'acétoglobuline d'un sérum normal donne à 56 degrés un léger coagulum, puis, après séparation de celui-ci, un très léger louche à 64 degrés et devient de plus en plus opaque à partir de 70 degrés pour être complètement coagulée de 74 à 78 degrés.

Lésions fines du cervelet. — Dans quatre cas, MM. J. Nageotte et Lévi-Kindberg ont constaté une lésion spéciale du cervelet consistant en ce que le cylindraxe de nombreuses cellules de Purkinje présente, à une très petite distance du corps cellulaire, une tuméfaction fusiforme qui peut atteindre le volume de la cellule elle-même; lorsque les lésions sont très accentuées, la portion ultérieure du cylindraxe est remplacée par des cellules mâles hypertrophiées, qui remontent vers les cellules situées autour du corps des cellules de Purkinje; le courant nerveux remonte ainsi vers son point de départ. Il s'agit peut-être là du reliquat d'un processus pathologique antérieur. Cliniquement, dans la plupart des cas, existaient certains troubles de la motilité.

Recherche, dans l'urine, des chromogènes du bleu de méthylène par les oxydants en milieu acide. — M. C. Fleig indique des procédés de recherche du chromogène d'élimination du bleu de méthylène dans l'urine qui donnent des résultats bien supérieurs au procédé habituellement employé. On porte à l'ébullition quelques centimètres cubes d'urine contenant quelques gouttes d'acide acétique, on ajoute 5 millimètres à 1 centimètre cube d'eau oxygénée ou quelques gouttes d'une solution de persulfate d'ammoniaque à 5 p. 100 ou simplement un cristal du même sel et l'on continue à chauffer quelques instants : le liquide, qui, sous l'influence de la chaleur et de l'acide acétique, n'avait pris qu'une teinte verte plus ou moins foncée ou vert bleu, se colore immédiatement en bleu franc par addition de l'oxydant et cette coloration atteint de suite son intensité maxima. Dans le procédé classique au contraire, la coloration maxima n'est atteinte qu'au bout de douze à vingt-quatre heures après le chauffage en milieu acétique.

Les mêmes réactions s'obtiennent en chauffant l'urine préalablement additionnée d'emblée d'acide acétique et d'oxydant (au lieu d'ajouter l'oxydant après ébullition avec l'acide).

Si la coloration naturelle de l'urine diminue la netteté de la réaction, on opère sur l'urine déféquée à l'acétate de plomb.

On peut employer d'autres oxydants que H^2O^2 et le persulfate, ou d'autres acides que l'acétique, mais les réactions sont moins commodes à effectuer.

Autres communications :

Influence de l'âge et du régime alimentaire sur la quantité d'urohypertensine des urines. — MM. Abelous et Bardier.

Inhibition cardiaque et sels de sodium. — MM. Busquet et Pachon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 JANVIER 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 5 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Ricard, Marion et Auvray ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 6 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Rieffel et Branca.

2e : MM. Gariel, Langlois et Mulon.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Retterer, Proust et Couvelaire ; — (2e série) : MM. Lepage, Macaigne et Lecène ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Sicard et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Zimmern; — M. Ombrédanne, suppléant.

Jeudi 7 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Thiéry et Marion.

1er (oral) : MM. Ricard, Launois et Morestin.

2e : MM. Remy, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Retterer et Lenormant; — (2e partie) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 8 janvier, à une heure. — 5e (chrurgie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne ; — M. Branca, suppléant.

Samedi 9 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Renon et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Fernand Bezançon et Castaigne; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Jeudi 24 décembre, à une heure. — M. Merza Abbas Khan. Taoun (peste). Etude sur la peste en Perse. (MM. Debove, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. Krantz. De l'étude de la température dans le diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant. (MM. Debove, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. Boutin. La lutte contre la lèpre. (MM. Debove, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. Vinaver. Contribution à l'étude de la pneumo-typhoïde chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Debove, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. Gelma. Considérations sur les rapports de l'épilepsie latente avec l'alcoolisme. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Hutinel et Jeanselme.) — M. Anglas. De l'histolyse et de l'autolyse dans les tissus fœtaux macérés. (MM. Prenant, président ; Ribemont-Dessaignes, Quénu et Jeannin.) — M. Cadeau. De l'incision et de la suture abdominale dans l'opération de l'appendicite. (MM. Quénu, président ; Prenant, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.) — M. Semanne. Contribution à l'étude de la grossesse triple. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Prenant, Quénu et Jeannin.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 147. — MARDI 22 DÉCEMBRE 1908. 81e ANNEE. MARDI 22 DÉCEMBRE 1908. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le concours s'est ouvert aujourd'hui lundi 21 décembre.

Questions données : « Le nerf phrénique (anatomie sans la physiologie). — Symptômes et diagnostic des calculs du cholédoque. »

Questions restées dans l'urne : « Nerf sciatique poplité interne et sa distribution (sans la physiologie). — Symptômes, formes, diagnostic différentiel et étiologique de la péricarditte aiguë. » — « Les deux artères mésentériques supérieure et inférieure (anatomie sans la physiologie); — Causes, symptômes, évolution et traitement de l'infiltration d'urine d'origine urétrale. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'admissibilité a l'agrégation — Ce concours s'ouvre aujourd'hui à la Faculté de médecine de Paris.

Le jury est composé de MM. les professeurs Bouchard, président; Quénu, Pierre Marie, pour Paris; A. Imbert, pour Montpellier; Bouin, pour Nancy; Lambling, pour Lille; Courmont, pour Lyon; Ferré, pour Bordeaux; Abelous, pour Toulouse, membres.

Liste des candidats : Académie de Paris. — MM. Aimé, Ameuille, Armand-Delille, Aubertin, Babonneix, Bender, Blaisot, Boidin, Bouchet, Bourguignon, Capette, Cathala, Cauchoix, Chevassu, Chevrier, Chiray, Chirié, Civatte, Claude, Courcoux, Crouzon, Darré, Descomps, Desmarets, Detot, Devraigne, Dreyfus-Rose, Esmein, Faure-Beaulieu, Flourens, Fouquet, Froin, Gasne (E.), Gasne (G), Gaultier, Gernez, Gouraud, Grégoire, Grenet, Grisel, Guéniot, Guibé, Guillemard, Halbron, Hallopeau, Herscher, Israëls de Jong, Jomier, Lacasse, Laignel-Lavastine, Lardennois, Lassablière, Laubry, Laurens, Lejonne, Le Lorier, Lemaire, Lemierre, Le Flay, Lequeux, Léri, Le Serrec de Kervily, Leven, Lévy, Lhermitte, Lippmann, Lortat-Jacob, Louste, Malloizel, Mathieu, Matsoukis, Maugeais, Mercadé, Merklen, Moog, Mouchotte, Moutier, Nathan, Odin, Okinczye, Pagniez, Paisseau, Papin, Paris, Philibert, Rathery, Ravaut, Renaud, Ribadeau-Dumas, Ribierre, Rivet, Rostaine, Roussy, Salomon, Segall, Simon, Tanon, Thaon, Theuveny, Tixier, Touchard, Trémollières, Villaret, Vitry, Voisin, Weil (E.), Weil (B.).

Académie de Bordeaux.—MM. Aubaret, Buard, Codet-Boisse, Dumora, Lande, Leureut, Petges, Pierre-Nadal, Roques.

Académie de Lille. — MM. Courtellemont, Debeyre, Dubar, Jullien, Leroy, Looten, Minet.

Académie de Lyon. — MM. Bériel, Bonnamour, Cotte, Horand, Duroux, Muller, Pallasse, Piéry, Sarvonat, Savy, Tavernier, Violet.

Académie de Montpellier. — MM. Euzière, Rimbaud, Massabuau, Roger.

Académie de Nancy. — MM. Lucien, Parisot, Villemin.

Académie de Poitiers. — M. Dorléans.

Académie de Rennes. — MM. Chevrel, Marquis.

Académie de Toulouse. — MM. Constantin, Voivenel.

— A l'occasion des vacances du jour de l'an, les bureaux du secrétariat de la Faculté de médecine de Paris seront fermés le jeudi 31 décembre et le samedi 2 janvier.

LES PROTESTATIONS AU SUJET DU CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ A L'AGRÉGATION. — La Société de l'internat a organisé parmi ses membres un référendum dont voici le texte :

Les membres de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris considérant :

1° Les difficultés matérielles multiples que comporte le projet actuel du concours d'admissibilité à l'agrégation;

2° La méconnaissance absolue de la tendance universelle et nécessaire à la spécialisation, et l'obligation pour les candidats dont la culture générale est attestée déjà par leur diplôme de docteur en médecine, de subir annuellement des épreuves purement théoriques, communes à tous les candidats, et bien propres à entraver les recherches personnelles et le développement des qualités professionnelles;

3° L'obscurité du programme actuel qui a déjà nécessité pour l'an prochain des remaniements d'ailleurs insuffisants;

4° Considérant enfin les nombreuses critiques formulées déjà contre le concours d'admissibilité à l'agrégation, tant par les groupements professionnels que par des personnalités autorisées,

Protestent contre le concours d'admissibilité à l'agrégation qui doit s'ouvrir le 21 décembre prochain.

Sur 210 réponses reçues jusqu'à présent à la Société de l'internat, il y a 200 *oui* et 10 *non*.

— Au moment où nous mettons sous presse, des manifestations se produisent à la Faculté contre le concours.

INTERDICTION DU PHOSPHORE BLANC. — Le *Journal officiel* du 19 décembre publie la loi ratifiant la convention sur l'interdiction de l'emploi du phosphore blanc dans l'industrie des allumettes, signée à Berne, le 26 septembre 1906.

L'ICTÈRE DANS LA MALADIE DE BASEDOW

Par MM. Georges MOURIQUAND,
Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Lyon,
et Léon BOUCHUT,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

I

La plupart des traités classiques signalent en quelques mots la possibilité de l'ictère au cours de la maladie de Basedow. D'autres considèrent ce phénomène comme tellement accessoire qu'ils ne lui accordent même pas une mention. Dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (1) Luton dit en 1872 : « L'ictère est possible, nous en avons vu un cas.» Strumpell, qui d'après Sainton (2) en aurait le premier parlé, après avoir décrit la diarrhée si spéciale des basedowiens, ajoute seulement : « L'ictère peut aussi se développer (3). » Dieulafoy (4) dit : « J'ai constaté l'hypertrophie du foie et de l'ictère ».

M. Letienne (5) est plus explicite. Il discute en quelques mots la pathogénie de ce symptôme et constate notre ignorance à cet égard. Boix (6) compare l'ictère des basedowiens à l'ictère des tabétiques : « La sécrétion biliaire est quelquefois exagérée par un mécanisme analogue à celui des autres troubles sécrétoires ». Sainton (7) attribuerait volontiers cette jaunisse à l'émotivité bien connue de pareils sujets.

Si l'on veut avoir une description un peu complète de ce symptôme, c'est à l'article de Rendu (8) qu'il faut remonter. Cet auteur le décrit assez en détail et rapporte quelques observations intéressantes sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir. Pour lui « cet accident n'est pas si rare qu'on le pense, mais les données manquent sur sa nature ». C'est également l'opinion de tous les auteurs cités. Chacun invoque une pathogénie qui n'explique pas tous les cas. Il est un point cependant sur lequel tous les classiques sont d'accord, c'est la signification pronostique grave de l'ictère. « Il est impossible, dit Rendu, — après avoir rapporté quatre cas, — avec des documents aussi vagues d'apprécier la nature et la valeur pronostique de l'ictère qui survient comme complication de la maladie de Basedow. *Nous croyons néanmoins que c'est un symptôme grave dont l'apparition est de fâcheux augure* ». Chevalier (9) considère son apparition comme un signe de mauvais présage, indiquant l'impossibilité de l'organisme à éliminer les toxines thyroïdiennes. Même note chez M. Boix, même pronostic pour M. Letienne.

Nous avons pu nous rendre compte de tout l'intérêt clinique et pathogénique qui s'attache à ce phénomène, le jour où nous l'avons pu minutieusement observer et suivre dans le service de notre maître, M. le professeur Pic, chez un sujet atteint de goitre exophtalmique à évolution rapide. Voici, résumée en quelques mots, son observation, point de départ de ce travail.

Il s'agissait d'un sujet âgé de quarante-quatre ans sans antécédents héréditaires dignes d'être relevés. Moyennement éthylique il buvait 2 à 3 litres de vin par jour. Il fit à plusieurs reprises des poussées de rhumatisme articulaire aigu. Pendant la dernière poussée rhumatismale se développèrent chez lui tous les signes d'une maladie de Basedow typique. Nous pûmes assister au début de ses manifestations basedowiennes : tachycardie, tremblement, puis exophtalmie avec léger goitre.

Pendant un mois environ l'affection évolua avec une bénignité apparente. Le cœur était rapide, mais sans arythmie. Le malade n'avait pas d'œdème. Seul le foie était un peu gros et douloureux dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

L'amélioration se manifestait même déjà, lorsque pour la hâter on fit au patient deux piqûres d'extrait de thymus, médication récemment préconisée dans le traitement du goitre exophtalmique et qui compte quelques succès. La dernière injection provoqua une douleur intense qui persista vingt-quatre heures. La température monta le soir même à 39°, alors qu'elle évoluait habituellement aux environs de la normale. Le lendemain un gros disque d'albumine apparaissait dans l'urine. Le malade sortit de l'hôpital. Il revint huit jours plus tard avec une aggravation manifeste de tous ses symptômes. En dehors des signes antérieurement notés on constatait un ictère très net des conjonctives. Les téguments étaient jaunes ainsi que les muqueuses. Les urines, nettement hépatiques, contenaient beaucoup de pigments et un gros disque d'albumine. Le foie avait grossi, il débordait les fausses côtes de quatre travers de doigt. Depuis huit jours s'était installée une diarrhée avec selles fréquentes ; *les matières très liquides et très bilieuses tachaient le linge comme le fait l'urine ictérique.* Les jours suivants, en même temps que se manifestaient des signes d'asystolie irréductible, les troubles digestifs et hépatiques s'aggravèrent encore. L'ictère devint de plus en plus foncé et les selles de plus en plus verdâtres. L'albuminurie augmenta. La rate légèrement hypertrophiée au début dépassa largement de quatre travers de doigt le bord inférieur de l'hemithorax gauche. Le malade présenta des épistaxis assez abondantes ; les œdèmes envahirent les membres inférieurs, l'ascite apparut.

Trois mois après le début des accidents basedowiens, le malade mourut asystolique mais surtout profondément intoxiqué.

A l'autopsie en dehors des lésions de péricardite et de myocardite, on trouva un foie légèrement cirrhotique et très congestionné, des voies biliaires perméables et un intestin plein de bile. La rate était énorme (540 grammes). Les reins présentaient des lésions de néphrite anciennes et récentes.

L'ictère avait duré six semaines.

Ce qui caractérise cette observation, c'est, en dehors des divers phénomènes communément observés au cours de la maladie de Basedow, l'apparition d'un ictère en pleine aggravation du mal dont il fut pour ainsi dire le témoin. Il ne s'est pas agi d'ictère par rétention, mais bien d'ictère par « hypercholie »,

(1) Luton. Art. goitre exophtalmique, in *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XVI, p. 500, Paris 1872.

(2) Sainton. Art. goitre exophtalmique, in *Traité de méd. et de thérap.*, publié sous la direction de Brouardel et Gilbert, Paris 1902, t. X, p. 643.

(3) Strumpell. *Traité de pathol. spéciale et de thérap. des mal. int.*, traduction française, Paris 1889.

(4) Dieulafoy. *Manuel de pathol. int.*, t. I, p. 814, 14e édit., Paris 1904.

(5) Letienne. Art. goitre exophtalmique, in *Manuel de méd.* Debove et Achard, t. IV, Paris 1894.

(6) Boix. Art. goitre exophtalmique, in *Traité de méd.* Bouchard et Brissaud, t. X, p. 580, 2e édit., Paris 1905.

(7) Sainton. Loc. cit.

(8) Rendu. Art. goitre exophtalmique, in *Dict. encyclop. des sciences méd.*, t. XLV, Paris 1883.

(9) Chevalier, cité par Sainton. Loc. cit., p. 642.

puisque jusqu'à la mort les selles ont conservé leur caractère nettement bilieux.

Fallait-il voir dans cet ictère un incident sans intérêt au cours d'une affection aux manifestations polymorphes, ou bien le considérer comme un phénomène ayant une signification clinique et pathogénique précise ?

Nous pensons pouvoir montrer que ce symptôme mérite de fixer l'attention. Rendu (1), constatant l'incertitude clinique et pathogénique où nous étions à son endroit, n'écrivait-il pas en 1883 : « Il y a toute une série de recherches à faire sur ce point de l'histoire du goitre exophtalmique. » Ces recherches nous les avons faites. Nous possédons actuellement un nombre assez considérable de faits qui nous permettront de comprendre et d'expliquer quelques points obscurs.

II

Avant d'aborder l'étude de l'ictère proprement dit et surtout des manifestations terminales qui coïncident avec lui, il nous paraît nécessaire de mettre en lumière un fait clinique important : c'est l'*hyperfonctionnement habituel du foie des basedowiens*. Tous les auteurs qui ont décrit les troubles digestifs de ces sujets ont mis en lumière ce fait que la diarrhée était chez eux fréquente, et qu'elle possédait les caractères propres des diarrhées nerveuses, — ce sont, dit M. P. Marie (2), « des diarrhées qui prennent tout d'un coup ». — Ces diarrhées ont de plus une coloration spéciale, elles sont généralement bilieuses, verdâtres. Rendu signale déjà ce caractère : « Les garde-robes sont constituées par des sécrétions fluides *plus ou moins bilieuses.* » Les observations de P. Marie en contiennent quelques exemples : le malade de l'observation IV présentait « des diarrhées fréquentes survenant par accès, sans coliques, assez souvent aussi une *diarrhée bilieuse* s'accompagnant de coliques ». Le malade de l'observation XII présentait des selles au nombre de trois, quatre, cinq, six, *vertes, bilieuses* ». On relève des vomissements bilieux dans une observation de M. Dieulafoy (3), et des « selles liquides jaunâtres... ou encore de coloration verdâtre » dans un cas de M. Lancereaux cité par Gaultier. M. Gaultier (4) dit lui-même que « les garde-robes sont constituées par des sécrétions intestinales fluides plus ou moins bilieuses ». L'examen chimique des fèces lui montre que les basedowiens possèdent « un type de diarrhée acide souvent bilieuse... de coloration jaune clair ou grisâtre, tenant en petite quantité de la bile ou au contraire verdâtre, *riche en pigments biliaires non transformés.*

Cette coloration verdâtre, bilieuse, des selles peut exister en dehors de toute complication hépatique apparente, au début comme à la fin de la maladie de Basedow.

Lorsque l'ictère apparaît, bien loin de s'atténuer, le caractère bilieux des fèces s'accentue. Notre malade qui avait des selles légèrement verdâtres avant sa jaunisse vit cette teinte devenir franchement verte au cours de celle-ci. Dans les diverses observations dont nous ferons usage plus loin, ce même caractère est fréquemment noté.

(1) Rendu. Loc. cit., p. 580.
(2) P. Marie. *Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow*, Obs. VI, Th. de Paris, 1883.
(3) Dieulafoy, in Gaultier. Les troubles gastro-intestinaux de la maladie de Graves-Basedow, *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, nov. 1907, p. 668.
(4) Gaultier. Loc. cit., p. 673.

Ainsi donc « l'hypercholie », se traduisant dans la plupart des cas par la coloration bilieuse des matières, est habituelle au cours de la maladie de Basedow. Ce n'est pas le lieu de rechercher ici la pathogénie de ce phénomène. Nous avons voulu seulement noter sa fréquence. Il peut être considéré comme le premier stade, la manifestation atténuée de cet ictère, que nous allons maintenant décrire.

III

Chez les basedowiens « hypercholiques », il est fréquent de relever une légère teinte subictérique des conjonctives. Ce symptôme atténué, et sans grande valeur pronostique, sert de transition entre la diarrhée bilieuse simple et l'ictère franc dont l'intérêt clinique et pathogénique est autrement grand.

L'ictère du goitre exophtalmique est le plus souvent un ictère franc, jaune clair au début et dont la couleur se fonce au cours de l'évolution du mal. La coloration jaune des muqueuses et des téguments s'accompagne d'une élimination urinaire considérable de pigments biliaires. Les selles sont généralement diarrhéiques et, comme nous venons de le montrer, le plus souvent bilieuses.

La clinique nous oblige pourtant à ne pas faire de cet ictère une description univoque. Parmi les observations on trouve des apparitions et des manifestations variables de ce phénomène.

Dans certains cas c'est un signe de début de la maladie qui s'efface vite pour ne plus revenir. Dans d'autres l'ictère initial disparaît puis se montre à nouveau comme manifestation terminale. Enfin dans la plupart des cas l'ictère s'installe à demeure et persiste sans atténuation jusqu'à la fin.

L'ictère initial, première manifestation de la maladie de Basedow est un symptôme assez rare. Il est généralement passager. Une observation de Grancher en est un bel exemple (1) : il s'agissait d'un homme de trente-sept ans entré dans le service de ce maître avec tous les signes du goitre exophtalmique. Deux ans auparavant, ce malade avait été traité à Tenon pour un ictère auquel il faisait très nettement remonter le début des accidents basedowiens. L'ictère avait duré un mois environ. Le malade sortit amélioré du service.

Il eût été intéressant de savoir quelle fut l'évolution ultérieure de sa maladie. Dans des cas semblables, en effet, le pronostic en apparence bénin au début s'est considérablement aggravé dans la suite, comme si la présence d'un ictère initial avait été un symptôme de mauvais augure. Dans une observation de MM. Mollard et Bernoud (2) par exemple, la maladie de Basedow débuta par un ictère émotif des plus nets à la suite d'une frayeur intense provoquée par la chute de la foudre. L'ictère dura trois mois puis disparut longtemps avant la mort qui survint du fait d'un œdème pulmonaire. S'il fallait encore une preuve de la gravité pronostique de pareils ictères on la trouverait dans l'observation de James Begbie (3) : il s'agissait d'un homme de trente-trois ans chez lequel se développa en 1851 un ictère chronique qui persista douze mois consécutifs ; pendant cette période apparurent des palpitations du goitre et de

(1) Grancher. Goitre exophtalmique, *Gaz. des hôpit.*, 1880, p. 1060.
(2) Mollard et Bernoud. Les troubles de l'appareil respiratoire dans le goitre exophtalmique ; un cas d'œdème du poumon simulant la tuberculose. Revue de clinique et de thérapeutique, *Journ. des prat.*, p. 337 et 357.
(3) James Begbie. *Contribut. to Pratic. Med.*, p. 143, Edinburgh 1862.

l'exophtalmie. Il y eut une amélioration notable de tous les symptômes coïncidant avec la disparition de l'ictère pendant deux ans. Au mois de mars 1854, après un refroidissement, l'ictère réapparut avec l'engorgement du foie et les signes d'une affection du cœur qui fut mortelle.

Sauf le cas de Grancher — dans lequel les renseignements manquent sur la destinée du malade — tous les cas de maladie de Basedow à début ictérique connus de nous se sont terminés par la mort. Nous ne faisons ici que des constatations cliniques, dont nous essaierons plus loin de donner une explication.

Pratiquement, il faudra donc tenir pour grave tout goitre exophtalmique qui comptera l'ictère parmi ses symptômes de début. Nous ne possédons pas encore sur ce point des documents assez nombreux pour être absolus, mais ceux que nous avons parlent dans ce sens.

La physionomie clinique et la valeur pronostique de l'*ictère, qui s'installe en pleine période d'état* ou à la dernière période du goitre exophtalmique, sont au contraire très caractéristiques.

Nous possédons sur cet ictère — véritable ictère de la maladie de Basedow — des documents sinon abondants du moins assez précis. Ces documents sont disséminés çà et là dans la littérature où nous les avons découverts par l'analyse de plusieurs centaines d'observations. Nous ne voulons tenir compte ici que des cas suffisamment décrits, qui seuls nous permettront d'éclairer la pathogénie de ce phénomène. Les courtes observations de Guyot et de Dumontpallier (1) que cite Rendu, sont cliniquement très nettes. Les faits de James Begbie, de Habershon (2) renseignent sur la valeur pronostique de l'ictère, sur laquelle Chevalier insista. Le cas de Friedreich (3) soulève une discussion pathogénique sur laquelle nous reviendrons; les courtes indications de Luton, les cas résumés de Bourdillon (4) nous seront d'un faible secours. Au contraire les observations si complètes de MM. Renaut et Bertoye (5), de Paul (6), de MM. Chatin et Cade (7), nous éclaireront à la fois sur la sémiologie et la nature du phénomène que nous décrivons. Un cas récent de M. Froment (8) et un fait plus récent encore de M. Clunet (9) sont de précieux documents. Notre observation, où l'évolution de l'ictère fut systématiquement suivie et où un examen nécropsique et histologique complet fut pratiqué sera la base véritable de cette étude.

L'ictère qui se développe en pleine maladie de Basedow a une physionomie clinique très spéciale. Sur ce point la grande majorité des observations concordent. L'esquisse générale que nous avons

(1) Cités par Rendu. Loc. cit., p. 580.
(2) Habershon, cité par Rendu.
(3) Friedreich. *Traité des mal. du cœur.* Traduction française par Lorber et Doyon, p. 552-553, Paris 1873.
(4) Bourdillon. Quelques phénomènes peu communs dans le goitre exophtalmique, *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, 1891.
(5) Renaut, in Bertoye. *Etude clinique sur la fièvre du goitre exophtalmique et comparativement sur les fièvres spéciales à quelques autres névroses*, Th. de Lyon, 1888.
(6) Paul. *Berl. klin. Wochens.*, 3 juillet 1865, nº 27.
(7) Chatin et Cade. Un cas de goitre exophtalmique, *Med. mod.*, 1901, p. 336.
(8) Froment. *Cardiopathies valvulaires compliquées de Basedowisme*, Obs. XXI, Th. de Lyon, 1906.
(9) Clunet. Accidents cardiaques au cours d'un cancer thyroïdien basedowifié. Réaction parathyroïdienne hypophysaire et surrénale, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, avril 1908, p. 232.

déjà donnée de ce phénomène est vraie pour cette variété. Mais à côté de l'ictère et de ses diverses manifestations habituelles, à côté des selles bilieuses qui le caractérisent apparaissent toute une autre série de symptômes.

Il s'agit le plus souvent de basedowiens chez lesquels la maladie évolue depuis un temps plus ou moins long sans tendance nette vers la guérison. Ces sujets peuvent avoir, comme dans le cas de Begbie, de longues rémissions, mais généralement chez eux les troubles cardiovasculaires prédominent. On note fréquemment dans leurs antécédents des infections, surtout le *rhumatisme* (Vincent, Mouriquand, Bouchut, F. Teissier, Poncet, etc.), qui peuvent être rendues responsables des troubles thyroïdiens et des troubles cardiaques. Leur tendance à l'asystolie est ordinairement manifeste; les lésions et les troubles cardiaques sont relevés dans la plupart des cas : dans le cas de Paul on note des œdèmes généralisés; dans celui de Friedreich une insuffisance tricuspidienne; dans l'observation de Habershon existait une endocardite mitrale et aortique; dans celle de Begbie « une affection organique du cœur »; dans celle de Renaut et Bertoye des lésions mitrales et aortiques. Dans le cas de Dring (1) on entendait un souffle systolique de la pointe à timbre élevé et l'autopsie montra des lésions mitrales. Le malade de MM. Chatin et Cade avait de la myocardite; celui de Clunet mourut en pleine asystolie et le nôtre eut le même sort.

Ce qu'il faut donc retenir c'est que les basedowiens qui font de l'ictère sont presque toujours des cardiaques non seulement fonctionnels — du fait de la tachycardie — mais le plus souvent *organiques*.

Comme corollaire de cette tendance asystolique, on trouve généralement chez eux un gros foie qui augmente ou diminue suivant l'état du cœur, de l'œdème des membres inférieurs, parfois de l'anasarque qui subit plus ou moins les mêmes variations. Il est assez habituel de voir les médicaments cardiaques les plus actifs (digitale) échouer contre cette asystolie progressive. Ces manifestations banales de l'asthénie cardiaque sont à ce point fréquentes chez les basedowiens ictériques que leur ictère semble bien à première vue relever seulement de cette asystolie. Mais il est certains symptômes, exceptionnels dans l'asystolie vulgaire, qui se rencontrent avec une constance remarquable dans ces cas. C'est tout d'abord une hypertrophie de la rate presque toujours manifeste, parfois considérable. La rate était augmentée de volume dans les observations de Paul, M. Bertoye, MM. Chatin et Cade, M. Froment, M. Clunet.

Dans notre observation, son pôle inférieur dépassait de plus de quatre travers de doigt le bord de l'hémithorax gauche.

Le malade dont les urines diminuent ne présente pas seulement l'albuminurie habituelle des cardiaques asystoliques, mais un disque albumineux épais, dense, tels que seule une néphrite aiguë ou subaiguë peut en donner. M. le professeur Renaut (2) a d'ailleurs insisté à juste titre sur la valeur pronostique de cette albuminurie.

Au point de vue de l'état général, le malade n'est pas seulement un sujet asystolique, mais *un sujet profondément intoxiqué*. Les parties du corps qui ne

(1) Dring. *The Lancet*, 11 avril 1874, p. 510, cité par Froment.
(2) Renaut. Discussion, in *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, séance du 21 janv. 1908.

sont point le siège d'œdème maigrissent rapidement. L'asthénie est intense. Des hémorragies se montrent parfois sous la forme de pétéchies ou plus encore sous celle d'épistaxis abondantes. Le tableau est caractéristique : la face est d'une couleur jaune intense, les membres inférieurs sont œdémateux, le cœur arythmique, le foie et la rate gros. Les urines sont hautes en couleur et les selles bilieuses. La teinte ictérique diminue rarement à l'approche de la mort; le plus souvent — dans notre cas par exemple — l'hypercholie s'exagère, les téguments et les selles se surcolorent, la rate grossit, le disque d'albumine augmente avec les progrès du mal.

Nous avons précédemment étudié l'asystolie de la maladie de Basedow (1), elle ne diffère en général pas dans sa sémiologie de l'asystolie banale.

Cette asystolie peut évoluer sans ictère, alors qu'il est exceptionnel que l'ictère — phénomène peu fréquent — évolue sans asystolie.

Cet ictère ressemble cliniquement à l'ictère que font certains cardiaques asystoliques, ictère dont la pathogénie n'est pas encore élucidée.

La description sémiologique de l'ictère dans la maladie de Basedow permet d'en faire facilement le pronostic. Avec Chevalier, Rendu, Guyot, M. Bérard (2) et les classiques, nous pouvons donc considérer ce phénomène comme de fâcheux augure. Si le pronostic de l'affection reste parfois douteux lorsque l'ictère est initial, il est toujours grave, et souvent grave à bref délai, quand il s'installe à la période d'état. Lorsque l'ictère apparaît au cours du goitre exophtalmique on peut admettre qu'il ne reste que quelques mois de vie au patient. L'ictère dura trois mois dans le cas de Guyot; dans le cas de Habershon il s'établit « un ictère foncé qui hâta le moment de la mort ». La mort survint environ quatre mois après son installation dans le cas de Paul, un mois après dans celui de MM. Chatin et Cade, trois mois après chez le malade de M. Clunet, un mois après dans notre cas. Ces exemples montrent assez que l'ictère est un symptôme indicateur d'aggravation. Nous avons pourtant montré, que dans des cas peu fréquents, il peut disparaître longtemps avant la mort (cas de MM. Mollard et Bernoud) ou reparaître après un long intervalle (cas de Begbie).

Nous ajouterons que l'ictère est parfois un symptôme tout à fait ultime, comme dans les cas de Dring où il apparut dix jours avant la mort et de M. Bertoye où il la précéda de quarante-huit heures. Il s'agit souvent alors d'un ictère léger mais qui se fonce aux approches de la fin (cas de Dring).

Ainsi donc au point de vue clinique l'ictère, apparaissant au début et surtout au cours de la maladie de Basedow, présente tous les caractères d'un ictère par sécrétion biliaire exagérée et non ceux d'un ictère par rétention. Il se développe le plus souvent chez des basedowiens chez lesquels prédominent les signes d'asthénie cardiaque. A côté des symptômes d'asystolie qui l'accompagnent on relève presque toujours des symptômes d'intoxication profonde de l'organisme, une grosse rate, une énorme albuminurie, une cachexie à évolution aiguë et divers phénomènes (hémorragie) rappelant l'insuffisance hépatique.

Au point de vue pronostique cet ictère doit être considéré comme un signe de haute gravité sinon de mort prochaine. (*A suivre.*)

(1) Georges Mouriquand et Léon Bouchut. L'asystolie mortelle dans la maladie de Basedow, *Sem. méd.*, 8 juillet 1908.

(2) Bérard. Art. goitre exophtalmique, in *Nouveau traité de chir.*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, p. 348.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 14 décembre 1908)

L'homme fossile de la Chapelle-aux-Saints. — M. Marcellin Boule. Le 3 août 1908, MM. les abbés J. Bouyssonie, A. Bouyssonie et L. Bardon ont trouvé dans une grotte près de la Chapelle-aux-Saints (Corrèze) un certain nombre d'ossements, parmi lesquels une tête dont la reconstitution a permis des constatations très intéressantes.

Le crâne présente, en effet, en les exagérant parfois, tous les caractères des calottes crâniennes de Néanderthal et de Spy, de sorte que ces diverses pièces osseuses trouvées sur des points de l'Europe occidentale fort éloignés les uns des autres, mais à des niveaux géologiques très voisins appartiennent à un même type morphologique.

M. Boule tire les conclusions suivantes de ses observations: « Le type humain, dit de Néanderthal, doit être considéré comme un type normal caractéristique, pour une certaine partie de l'Europe, du Pléiostocène moyen et non, comme on le dit parfois, du Pléistocène inférieur. Ce type humain, fossile, diffère des types actuels et se place au-dessous d'eux, car, dans aucune race actuelle, on ne trouve réunis les caractères d'infériorité que l'on observe sur la tête osseuse de la Chapelle-aux-Saints. »

Il représente un type inférieur se rapprochant beaucoup plus des singes anthropoïdes qu'aucun autre groupe humain. Morphologiquement il paraît se placer entre le Pithécanthrope de Java et les races actuelles les plus inférieures, ce qui n'implique pas, ajoute M. Boule, l'existence de liens génétiques directs.

Études sur le cancer de la souris : sur l'histo-physiologie de certaines cellules du stroma conjonctif de la tumeur β. — MM. L. Cuenot et Mercier.

Sur le traitement des tumeurs profondes par un procédé permettant de faire agir directement la matière radiante dans l'intimité des tissus sans altérer les téguments. — M. E. de Bourgade de la Dardye.

Sur le traitement de l'hypertension artérielle par la d'Arsonvalisation. — M. G. Lemoine.

Étude anatomo-radiographique des synoviales de l'articulation du coude et de l'articulation du genou chez une fillette de trois ans et demi. — M. Maxime Ménard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 18 décembre 1908)

Réaction méningée au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone. — MM. Legry et Duvoir rapportent l'observation d'un intoxiqué par l'oxyde de carbone chez lequel ils étudièrent le liquide céphalo-rachidien par des ponctions lombaires en série. Ils ont constaté, moins de trois heures après le début de l'intoxication, un peu de sang avec une proportion élevée de leucocytes. Dès le lendemain, ils observèrent une polynucléose abondante qui se poursuivit, puis fit place à une mononucléose mixte et enfin à une lymphocytose fugace. L'évolution totale avait duré treize jours.

L'observation est intéressante en raison des phénomènes cliniques (contracture, exagération des réflexes, ébauche de signe de Kernig) qu'on a pu constater pendant les premiers jours et qui étaient en rapport avec les réactions méningées décelées par la ponction lombaire.

Les auteurs se demandent si, parmi les troubles nerveux signalés après l'intoxication oxycarbonique, certains ne peuvent être imputés à une réaction méningée de même ordre.

Pachyméningite hémorragique. Ponction lombaire et injections de gélatine. Guérison. — M. Legry. Un homme de soixante-six ans, goutteux, ayant depuis quelques mois de la céphalée revenant par crise, tombe dans un état de somnolence profonde simulant le coma, mais on pouvait obtenir des réponses nettes précises en interpellant fortement le malade.

Il n'y avait aucun signe de lésion cérébrale en foyer ni d'irritation méningée, pas de paralysies, pas de contractures, pas de troubles pupillaires, pas de signe de Kernig, pas de modifications des réflexes.

Une ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien jaune d'or avec des globules rouges assez nombreux.

Le lendemain de cette ponction l'activité cérébrale normale était recouvrée, mais dès le surlendemain la torpeur reparaissait.

Trois autres ponctions lombaires furent pratiquées, chacune d'elles sauf la seconde, provoqua comme la première un retour à l'état normal, mais seulement encore de façon passagère.

Une première injection de gélatine (150 centimètres cubes de solution physiologique contenant 1g50 de gélatine) n'amena aucun résultat cliniquement appréciable.

Une seconde injection de dose semblable fut suivie quelques heures après du réveil définitif cette fois de l'activité intellectuelle.

Ces alternatives de torpeur et de reprise du fonctionnement cérébral, qui du reste s'étaient produites même en dehors de l'intervention des fonctions, mais alors avec moins d'opposition entre les deux états, avaient duré plus d'un mois.

Il n'y a plus eu d'hémorragie sous-arachnoïdienne après la première ponction, car les ponctions ultérieures ont démontré la diminution progressive des hématies.

Il faut donc attribuer le retour de la somnolence, laquelle, en somme, a été avec la céphalée, l'expression clinique essentielle de la maladie, aux hémorragies successives qui se sont faites dans l'hématome, d'où des variations de son volume déterminant à certains moments des phénomènes de compression.

Les injections de gélatine semblent bien être une médication de choix dans les faits de ce genre.

Sur un pseudo-tympanisme par refoulement. — MM. Louis Rénon et Moncany. A côté du tympanisme abdominal vrai, dû à la rétention de gaz dans l'intestin, il peut exister un pseudo-tympanisme par refoulement des anses intestinales par le diaphragme.

Les auteurs ont observé ce pseudo-tympanisme, au cours de crises intestinales très douloureuses, chez deux malades névropathes, dont l'un était atteint d'entérite muco-membraneuse.

Les crises de tympanisme s'accompagnaient de douleurs très vives; la paroi abdominale se tendait, durcissait et se météorisait rapidement. A la percussion, la sonorité pulmonaire occupait la totalité du thorax jusqu'au rebord costal. La matité hépatique était abaissée au-dessous de ce rebord et s'étendait seulement sur une hauteur de deux travers de doigt.

Les auteurs ont pu, chez quelques sujets, reproduire avec un peu d'éducation, ce pseudo-tympanisme. Il serait intéressant d'examiner à ce point de vue les tympanites dites hystériques, pour voir si elles rentrent dans le cadre de l'hystérie telle que la conçoit M. Babinski.

Méningite cérébro-spinale suppurée à streptocoque dans la scarlatine. — MM. Gouget et R. Bénard rapportent un cas étudié aux points de vue clinique, anatomique, et cyto-bactériologique. La méningite éclata au cinquante-deuxième jour d'une scarlatine compliquée d'otite et de néphrite et évolua en neuf jours, avec le tableau clinique complet de la méningite. Trois ponctions lombaires et deux injections intra-rachidiennes d'électrargol restèrent sans action. La première ponction donna 81 polynucléaires pour 19 lymphocytes et moyens mononucléaires; la troisième, pratiquée quatre jours plus tard, alors que l'état de la malade n'avait fait que s'aggraver, montra un liquide plus louche, plus riche en cellules et en fibrine, et une proportion de 55 polynucléaires contre 45 éléments mononucléés. Cette modification de la formule leucocytaire ne doit donc pas toujours être interprétée dans le sens d'une amélioration ou d'un temps d'arrêt dans le processus méningitique. Le liquide céphalo-rachidien et le sang puisé dans la veine donnèrent des cultures pures d'un streptocoque moyennement virulent.

L'autopsie montra une suppuration méningée étendue à toute la longueur de la moelle et à presque toute la base du crâne, avec prédominance au niveau du lobe frontal gauche. Pas de lésions du rocher ni des sinus veineux. Il s'agit, en somme, d'un de ces cas de méningite diffuse d'origine otique dont M. Lermoyez, MM. Vaquez et Ribierre, ont apporté des exemples il y a quelques années.

A signaler également les lésions de nécrose centro-lobulaire trouvées dans le foie, et rappelant celles que MM. Beauvy et Chirié, Ménétrier et Aubertin ont signalées dans l'appendicite, et M. Beauvy dans un cas d'urémie scarlatineuse.

A propos du cas actuel, les auteurs rapportent un certain nombre d'observations de méningite suppurée dans la scarlatine, et en discutent la pathogénie.

M. Lermoyez insiste sur la gravité de la constatation du streptocoque dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Gouget ne croit pas que toujours en pareil cas, la terminaison doive être fatale, et particulièrement lorsque le liquide est clair.

M. Œttinger estime exagérée l'opinion que toutes les méningites à streptocoques soient vouées à la mort.

Méningite cérébro-spinale à streptocoque au cours de la scarlatine. — MM. Teissier, Boudon et Duvoir rapportent une observation de méningite cérébro-spinale mortelle dont les premières manifestations apparurent au cours d'une manifestation régulière. La ponction lombaire avait permis de contrôler la présence dans le liquide céphalo-rachidien, en dehors d'une polynucléose intense, constituée surtout par des polynucléaires en histolyse, de streptocoques en abondance. Il n'existait pendant la vie aucun symptôme qui permît d'incriminer une lésion de l'oreille, des sinus ou des fosses nasales; toutes ces cavités examinées minutieusement à l'autopsie étaient absolument normales. Il y a eu vraisemblablement infection méningée par septicémie streptococcique, qui méritait d'être relevée eu égard à la rareté des complications méningées au cours de la scarlatine, survenant chez l'adulte, indépendamment de toute lésion des cavités crâniennes.

Influence des obstructions nasales sur les phénomènes inspiratoires. — MM. G.-H. Lemoine et C. Sieur (du Val-de-Grâce). Sur 54 sujets atteints d'obstructions nasales diverses dues soit à des déviations de la cloison, soit à des épaississements de la muqueuse pituitaire, soit à des hypertrophies polypoïdes des cornets, 22 ont présenté une diminution d'intensité de l'inspiration du niveau de la région sous-claviculaire, 19 à droite et 3 à gauche.

Dans le plus grand nombre des cas il s'agissait d'obstruction de la fosse nasale droite, 7 cas, ou d'obstruction bilatérale, 7 cas.

Lorsque l'obstacle siégeait à gauche on a constaté 5 fois une diminution de murmure vésiculaire à droite et 3 fois à gauche. Il semble donc que le siège de l'obstruction a une influence sur la localisation de l'anomalie inspiratoire. Ce fait viendrait infirmer les expériences de Tissié qui chez l'animal a produit une rétraction de la cage thoracique du même côté où il avait provoqué une obstruction de la narine, et permettrait de penser que l'onde aérienne pénétrant dans chaque fosse nasale pourrait conserver une certaine indépendance.

Sur ces 54 sujets, 14 ont été revus 8 à 12 mois après l'opération. Chez tous, le murmure vésiculaire s'était modifié. Son intensité était augmentée au point de devenir égale ou supérieure à celle de l'inspiration de l'autre côté D'autre part, l'auscultation dans les huit jours qui s'écoulèrent après l'opération n'avait permis de déceler aucune modification. Il faut donc pour obtenir une amélioration de l'état inspiratoire non seulement que l'obstacle siégeant dans les fosses nasales soit levé, mais encore que le poumon ait eu le temps de prendre de nouvelles habitudes permettant un déplissement plus large des alvéoles pulmonaires, sous la poussée d'une onde aérienne plus abondante.

Il y a donc lieu de réserver une place à ces anomalies dues à un état pathologique des voies aériennes supérieures, à côté des anomalies physiologiques; toutes deux peuvent exis-

ter sans lésion pulmonaire. Mais tandis que ces dernières consistent surtout en une augmentation d'intensité de murmure vésiculaire au sommet droit, les premières s'accusent au contraire par une diminution qu'on pourrait attribuer à un état pathologique du poumon. Aussi avant de conclure, devra-t-on pratiquer l'examen des fosses nasales.

M. Lermoyez, en se basant sur des considérations physiologiques, n'admet pas cette relation de cause à effet entre les obstructions nasales et les modifications inspiratoires.

La réaction de fixation et le diagnostic des kystes hydatiques chez l'homme. — MM. Laubry et Paron. La recherche des anticorps spécifiques chez les malades atteints de kyste hydatique se fait à l'aide de la réaction connue de Bordet et en employant comme antigène le liquide de kyste hydatique de mouton. Les auteurs la considèrent comme une réaction spécifique et signalent les services qu'elle peut rendre à la clinique, en rapportant l'observation de trois malades du service de M. Lejars, chez lesquels ils pratiquèrent cette réaction.

Dans un cas, il s'agissait d'une tumeur du foie chez une femme jeune, avec bon état général, signes digestifs intermittents, éruption urticarienne, bref avec un ensemble clinique, confirmé par la radioscopie, autorisant le diagnostic de kyste hydatique : seule la réaction de fixation était négative; or l'opération montra qu'il s'agissait d'une tumeur solide, et probablement d'un sarcome. Dans un autre cas, une tumeur de l'abdomen fut diagnostiquée cliniquement comme kyste hydatique, mais la cessation des troubles par le repos, la régression de la tuméfaction, pouvaient faire naître quelques doutes, la réaction fut positive et à l'opération on trouva un kyste hydatique du lobe gauche du foie. Enfin la réaction positive trancha une autre fois le diagnostic entre une hydropisie de la vésicule et un kyste hydatique.

MM. Laubry et Paron comparent la réaction de fixation aux autres méthodes de laboratoire. La ponction est souvent aveugle et dangereuse : la radioscopie ne donne aucun renseignement sur la nature de la tumeur, comme ils ont pu s'en rendre compte. Seule jusqu'ici l'éosinophilie fournit des données utiles, mais elle n'est pas spécifique, elle fait défaut dans les kystes anciens à parois épaisses (Chauffard, Boidin, Fiessinger); enfin elle peut exister dans les tumeurs malignes. Aussi la réaction de fixation, bien que les auteurs n'en aient pas jusqu'ici la preuve par leurs observations, paraît supérieure. Elle a le défaut d'être longue, d'exiger une technique et des préparations préalables minutieuses, mais ces défauts sont minimes si l'on considère que le kyste hydatique est une affection lente, permettant toutes les recherches, et exigeant toutes les garanties de certitude avant l'intervention grave qu'il comporte.

M. Vaquez relate que des expériences confirmatives se poursuivent à ce sujet et en ce moment dans la République Argentine, où les kystes hydatiques sont très fréquents.

A propos de deux cas de perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. — MM. Faisans et Flandin insistent sur la nécessité d'une intervention hâtive et rapide dans le cas de perforation intestinale typhique adoptant les conclusions de M. Michaux à la Société de chirurgie. Sur quoi fonder un diagnostic précoce? Sans parler des signes classiques de péritonite qui apparaissent en général tardivement, aucun signe n'est infaillible.

La *température* s'abaisse ou s'élève brusquement, ou ne subit que peu de changements.

Le *pouls* donne aussi des renseignements infidèles.

L'*examen du sang*, quand il est réalisable, a surtout une valeur pronostique.

L'*état du ventre* est essentiellement variable : contracture ou ballonnement peuvent apparaître tardivement ou même manquer.

Restent le *facies* et la *douleur*. Ce sont les signes essentiels. L'altération du facies est précoce; l'expression d'angoisse toute particulière des yeux doit faire penser à quelque chose d'abdominal.

La *douleur* est sans contredit le signe le plus important, au moins chez un malade dont l'état général est satisfaisant. L'apparition soudaine d'une douleur abdominale, alors que rien ne l'explique, peut la plupart du temps justifier la laparotomie. Attendre l'apparition d'autres symptômes peut compromettre le résultat et en tout cas assombrit le pronostic, puisque celui-ci dépend surtout de la précocité de l'intervention.

Sporotrichose. — M. de Beurmann, en son nom et au nom de MM. Gougerot et Vaucher, lit un mémoire sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 16 décembre 1908)

La tarsalgie. — M. Poncet répond à M. Kirmisson. On sait que M. Kirmisson n'admet, pour la tarsalgie des adolescents, que l'étiologie d'origine mécanique. A côté de cette variété de tarsalgie dont M. Poncet n'a jamais nié l'existence, il existe aussi une tarsalgie d'origine inflammatoire. Il regrette que M. Kirmisson ne veuille pas l'admettre et il continue à penser que la tuberculose joue un rôle important dans la pathogénie de cette variété de tarsalgie.

Nous pensions bien que M. Kirmisson ne laisserait pas, sans réponse, la nouvelle argumentation de M. Poncet. Cette réponse n'est pas venue tout de suite. Mais elle est venue en fin de séance, au moment des présentations.

M. Kirmisson a présenté deux garçons, l'un de quinze ans, l'autre de quatorze ans, atteints de pied plat valgus douloureux. Le premier est un garçon boucher, grand, fort, se tenant toujours debout et portant des poids lourds. Il a une tarsalgie réductible. Le second est petit, mais robuste; il est employé dans une maison de commerce, toujours debout. Il présente une tarsalgie irréductible. Ce sont là deux étapes d'une même affection qui n'a rien à faire avec la tuberculose.

M. Poncet reconnaît que ces deux garçons ne présentent actuellement aucune trace de tuberculose. Mais, même à l'occasion de ces deux garçons, il fait des réserves sur la pathogénie de leur affection, et il fait remarquer qu'au point de vue de la tuberculose, cette tarsalgie pourrait être la première manifestation de la maladie. Aussi demande-t-il qu'on ait recours, chez ces deux sujets, à l'ophtalmo-réaction ou à la cuti-réaction. En effet il y a un nombre considérable de garçons bouchers à Paris qui, comme ceux-là, restent debout et portent des poids lourds. Combien y en a-t-il, sur ce nombre, qui soient atteints de tarsalgie? Il peut donc y avoir autre chose que l'effort pour expliquer la production de la tarsalgie chez ces garçons.

Apportez-nous des faits, répond à cela M. Kirmisson.

Et la discussion est momentanément close sur une réflexion de M. Broca qui n'accorde aucune confiance à ces différentes réactions, pour la découverte des tuberculoses latentes.

Deux cas d'invagination intestinale. — M. Souligoux fait un rapport sur deux observations adressées par M. Brin (d'Angers). Dans le premier cas il s'agit d'une femme qui, douze jours après une hystérectomie vaginale présenta des phénomènes d'obstruction intestinale. On pouvait croire à l'adhérence d'une anse grêle à la cicatrice vaginale. Il s'agissait d'une invagination intestinale que M. Brun put réduire après avoir excisé le diverticule de Mœckel.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme qui était atteint d'obstruction intestinale à type intermittent. M. Brin fit la laparotomie et trouva encore une invagination intestinale qui a pu être réduite. Il fit une entéro-anastomose.

M. Souligoux discute ces deux cas intéressants d'invagination intestinale, toutes deux invaginations du diverticule de Mœckel. Il rappelle le travail de Forgue et Riche qui ont relaté 33 cas de ce genre.

M. Souligoux y ajoute deux ou trois cas personnels; il discute tous ces faits et s'applique à déterminer la meilleure conduite à tenir suivant les cas.

Traitement de la leucoplasie linguale. — M. Morestin après avoir rappelé les insuccès des traitements locaux et du mercure, à l'intérieur, étant données les relations admises aujourd'hui entre la syphilis et la leucoplasie buccale, estime que dans les cas de leucoplasie linguale étendue, ancienne, menaçante, il est préférable d'extirper la totalité de la plaque leucoplasique et de réunir ensuite les deux bords de la langue l'un à l'autre par une suture complète. L'aspect cylindrique

que présente la langue ainsi suturée ne persiste pas. Au point de vue des fonctions de la langue, elles ne sont pas gênées. Les suites sont simples. M. Morestin a ainsi opéré 6 malades qui ont bien guéri. Dans un seul cas il est survenu un épithélioma, en dehors du champ opératoire.

M. Reclus trouve très ingénieuse l'opération proposée par M. Morestin; mais il se demande quelles sont exactement les indications de cette opération. Il n'y a pas que sur la face dorsale de la langue qu'on trouve des plaques leucoplasiques; on en trouve aussi sur les parties latérales, sur les commissures labiales, sur le plancher buccal. M. Morestin propose-t-il d'opérer dans tous ces cas? En outre, est-il bien sûr d'empêcher le développement ultérieur de l'épithélioma.

M. Morestin garde son opinion et reste convaincu qu'en présence de la faillite des moyens médicaux, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. C'est là, d'ailleurs, l'avis de MM. Fournier et Gaucher. M. Morestin ajoute qu'il n'entend parler que de la leucoplasie linguale. On sait que celle-ci dégénère plus facilement en épithélioma que la leucoplasie jugale. La face inférieure de la langue est généralement respectée; mais au cas où elle serait atteinte, M. Morestin agirait de même pour elle que pour la face dorsale.

Le pronostic de cette leucoplasie linguale est très grave. Elle est souvent l'antichambre du cancer. De là l'opportunité d'une intervention précoce.

M. Segond, comme M. Reclus, demande à M. Morestin de spécifier formellement les cas qu'il juge devoir opérer. En effet, M. Segond connaît un grand nombre de sujets, généralement fumeurs, qui depuis de longues années sont atteints de plaques leucoplasiques et qui se trouvent très bien quand ils consentent à moins fumer et à se laver la langue avec de l'eau de Vichy. Si M. Morestin entend qu'il faut opérer ces malades, M. Segond déclare qu'il professe une opinion absolument contraire.

M. Lucas-Championnière croit qu'il serait bon que chacun fît connaître son opinion sur ce sujet. D'une manière générale, il déclare avoir très peur des opérations faites sur la leucoplasie. Souvent cette affection bénigne devient maligne quand on y touche. Ce sont là, pour M. Championnière, de véritables *noli me tangere*. On a vu souvent l'épithélioma se déclarer à la suite de l'ablation de ces plaques leucoplasiques. C'est d'ailleurs là une question très délicate et qui mérite d'être discutée.

M. Poncet, comme M. Championnière, considère ces plaques leucoplasiques comme de véritables *noli me tangere*. Il a connu des cas dans lesquels le résultat de l'opération a été désastreux par suite de la transformation rapide de la leucoplasie en cancer après l'opération. M. Poncet se rallie donc aux conclusions de MM. Reclus, Segond et Lucas-Championnière.

M. Monprofit trouve ces conclusions un peu exagérées. Il a vu des malades atteints de plaques leucoplasiques ou même de petits épithéliomas obtenir un réel bénéfice de l'opération.

M. Morestin n'extirperait pas les gencives ou le voile du palais. Il n'a parlé que de la leucoplasie linguale. Il répète que quand cette leucoplasie est étendue, végétante, menace de s'ulcérer, il est préférable de l'opérer.

La discussion se poursuit ainsi entre M. Morestin, qui reste partisan de son opinion, et MM. Reclus, Segond, Routier qui maintiennent qu'il vaut mieux s'abstenir.

Hémostase. — M. Monprofit présente un appareil métallique destiné à remplacer la bande d'Esmarch.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 19 décembre 1908)

Sur la glycémie expérimentale. — MM. A. Gilbert et A. Baudouin ont étudié ce que devient la glycémie, après ingestion de glucose, chez l'homme sain et malade. Le sujet en expérience doit être à jeun : on lui fait une première prise de sang : puis il absorbe 150 grammes de glucose : une heure après, on lui fait une seconde prise. On a deux chiffres de glucose. Le rapport du second au premier, qui mesure l'hyperglycémie, est le « coefficient glycémique ».

Chez le sujet sain, il y a toujours hyperglycémie expérimentale : le coefficient glycémique est toujours supérieur à l'unité : mais il est faible et ne dépasse pas 1,35.

Chez les malades atteints d'affections hépatiques, le coefficient glycémique augmente beaucoup. Les auteurs ont recherché ce coefficient chez des cirrhotiques, sujets atteints de cancer du foie, de foie cardiaque : ils ont trouvé qu'il oscillait entre 1,70 et 2,50.

Moyens d'obtenir, chez l'homme, du sang pour les recherches chimiques. — MM. Gilbert et Baudouin, après friction à l'alcool de la région lombaire, appliquent une grosse ventouse à robinet et pratiquent l'aspiration au moyen de la pompe de l'appareil Potain. Quand la peau a suffisamment rougi, on retire la ventouse, on pratique avec un scarificateur quatre scarifications croisées; on réapplique la ventouse et on aspire à nouveau. On injecte alors immédiatement, par l'ajutage du robinet, du fluorure de sodium saturé : on injecte 10 centimètres cubes en deux fois avec une petite seringue de 5 centimètres cubes. Les petites plaies étant lavées par le jet de liquide anticoagulant, le sang s'écoule et la ventouse se remplit. Il faut avoir soin d'agiter constamment. Quand on juge la ventouse suffisamment remplie, on la retire en ayant soin de ne pas laisser écouler au dehors une seule goutte de son contenu. Il est facile, dès lors, de mesurer, en poids ou en volume, la quantité de sang recueillie.

Activité de l'absorption leucocytaire étudiée par le rouge neutre. — MM. Achard et Louis Ramond. La coloration vitale des globules blancs par le rouge neutre indique la présence dans ces cellules de vacuoles résultant soit de l'absorption de molécules dissoutes ou de particules solides (activité plasmocrine de Renaut), soit de l'élaboration d'un grain de ségrégation formé par une sorte de travail sécréteur aux dépens de substances absorbées (activité rhagiocrine). Dans les deux cas, elle indique une absorption active et non une simple inhibition passive de la cellule. Aussi avons-nous songé à l'utiliser pour apprécier l'activité leucocytaire.

Dans le sang, les leucocytes à vacuoles colorables sont en général peu nombreux. Ils le sont davantage dans les sérosités.

L'activité de l'absorption leucocytaire est très faible dans l'eau salée; le citrate de soude l'augmente. Le liquide de Fleig, le sérum et les sérosités les favorisent aussi. Mais les liquides d'épanchements pathologiques, notamment ceux des pleurésies, diminuent parfois l'activité des leucocytes du sang.

La formation de vacuoles colorables par le rouge neutre paraît bien préexister à la sortie des leucocytes hors de l'organisme et n'être pas consécutive au séjour de ces éléments dans les milieux artificiels.

De plus, les vacuoles colorables ne disparaissent pas des cellules lorsqu'on déplasmatise celles-ci pour les placer dans un milieu peu favorable comme l'eau salée physiologique.

Digestion de la viande chez le lapin. — MM. Garnier et Simon ont recherché, en dosant l'urée et l'azote total dans l'urine, ce que devenait la viande introduite dans l'estomac du lapin. Si, à un lapin mis au jeûne, on fait ingérer de la viande, on voit l'azote urinaire, dont le chiffre était tombé très bas, s'élever immédiatement d'une façon considérable. De même si on ajoute de la viande à la nourriture habituelle du lapin, la quantité d'urée et d'azote total augmente plus ou moins rapidement. Enfin, si chez un lapin, on remplace une certaine quantité de son par une dose de viande telle que la proportion d'azote ingérée soit la même dans les deux cas, l'urée et l'azote total augmentent encore; l'excès de l'azote urinaire est presque égal à la dose d'azote introduite sous forme de viande. Il semble donc que la plus grande partie sinon la totalité de l'azote d'origine animale passe dans l'urine. D'ailleurs, pendant le régime mixte, le poids du lapin reste stationnaire, tandis qu'avec une nourriture composée exclusivement de son et de choux, et représentant la même dose d'azote, l'animal engraisse. Par conséquent, si le lapin est capable de digérer la viande et de faire subir à l'albumine animale la série des transformations qui l'amènent à être éliminée en grande partie sous forme d'urée il ne peut fixer cet azote dans son organisme, ni s'en servir pour édifier des tissus nouveaux.

Considérations sur la résistance globulaire. — M. E. Feuillée. Dans la recherche de la résistance globulaire le

procédé de déplasmatisation au citrate de soude ne donne souvent qu'un coefficient intermédiaire variable avec la quantité de citrate.

L'auteur propose trois coefficients : la résistance absolue avec les globules lavés au chlorure de sodium seul; la résistance physiologique déterminée avec des gouttes de sang; la résistance des globules citratés avec des globules conservés dans une solution isotonique de citrate de soude.

Ces coefficients peuvent être utiles pour certaines déductions à tirer de l'état des combinaisons des substances alcalino-terreuses et de l'alcalinité du sang. On aborde ainsi la part purement globulaire de l'hémolyse.

Diagnostic de l'échinococcose par la recherche des anticorps cellulaires. — MM. Weinberg et Parvu rapportent de nouveaux cas de kyste hydatique où la recherche des anticorps spécifiques a aidé à établir le diagnostic. Dans tous les cas, où la recherche des anticorps a été positive, on a trouvé de l'éosinophilie. Cependant ils ont vu un malade qui présentait tous les signes d'un kyste hydatique du foie, avec éosinophilie sanguine, et à l'autopsie duquel on trouva un ou deux kystes hémorragiques du pancréas. Dans ce cas, l'éosinophilie était provoquée par la destruction des globules rouges.

Recherches sur l'indice opsonique dans le diabète sucré. — MM. Nattan-Larrier et Parvu ont étudié l'indice opsonique chez dix diabétiques. Neuf présentaient un abaissement de cet indice, mais il n'y avait pas de parallélisme entre cet abaissement et l'intensité de la glycosurie.

Inhibition cardiaque et calcium. — MM. Busquet et Pachon : 1° l'addition de calcium aux solutions isotoniques de sels de sodium leur confère la faculté de maintenir le fonctionnement de l'appareil cardio-inhibiteur, que par elles-mêmes elles suppriment, en circulation artificielle à travers le cœur ; 2° pour obtenir ce résultat, il suffit de doses infimes de calcium; 3° le rôle du calcium dans le maintien de l'excitabilité normale et du fonctionnement de l'appareil nerveux inhibiteur cardiaque est spécifique.

Artério-sclérose expérimentale chez le singe. — M. Boveri. On peut reproduire expérimentalement l'artério-sclérose chez le singe; cette artério-sclérose est identique à l'artério-sclérose humaine.

Hyperthyroïdie basedowienne. Sa base anatomique. — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild. La maladie de Basedow comporte une part plus ou moins considérable revenant à l'hyperthyroïdie (réalisation du syndrome chez l'homme par thyroïdisme alimentaire, symptômes de myxœdème par le sérum antithyroïdien, effets favorables de la thyroïdectomie, résistance des souris à l'intoxication par l'acétonitrile).

Les lésions d'où dépend cette hyperthyroïdie vont de l'hypertrophie vraie de la glande thyroïde à l'hyperplasie, aux adénomes nodulaires, au polyadénome thyroïdien.

Les greffes justifient l'activité plus grande des tissus hyperplasiques.

Dans ces lésions thyroïdiennes, l'iode est diminué, le phosphore augmenté, conformément à la règle d'alternance entre l'iode et le phosphore. L'hyperactivité secrétoire dans le goitre exophtalmique peut se traduire par l'expression *d'hyperthyroïdie phosphorée.*

Le « Sphygmométroscope ». — M. L.-A. Amblard présente un appareil destiné à mesurer la pression artérielle maxima, la pression artérielle minima, la pression artériolaire digitale ; il est constitué par un brassard en cuir doublé intérieurement de deux manchons circulaires de caoutchouc, dans lesquels on comprime de l'air, à l'aide d'une petite pompe. Un manomètre relié au brassard évalue la valeur de la contrepression.

La lecture de la tension artérielle minima se fait au moment où, au cours de la compression, l'aiguille du manomètre présente ses oscillatious maxima; la lecture de la tension artérielle maxima, au point où les oscillations de l'aiguille s'arrêtent sous l'influence d'une compression progressive.

La mesure de la tension artériolaire digitale est obtenue à l'aide d'un petit manchon digital ajustable.

Elections. — M. Malassez est nommé président par 59 voix sur 60 votants.

MM. Weiss et Widal sont élus vice-présidents; Jolly, trésorier; Pettit, archiviste ; Camus, Gravier, Mayer et Rabaud, secrétaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 JANVIER 1909

THÈSES

Mercredi 6 janvier 1909, à une heure. — M. Jorrand. Contribution à l'étude de la myopathie primitive, progressive, atrophique. (MM. Déjerine, président; Reclus, Roger et Pierre Duval.) — M. Defaix. Contribution à l'étude des synovites tuberculeuses à grains riziformes de l'articulation du genou. (MM. Reclus, président ; Déjerine, Roger et Pierre Duval.) — M. Fayolle. Chaudesaigues. Station hydrothermale. (MM. Roger, président ; Déjerine, Reclus et Pierre Duval.)

Jeudi 7 janvier, à une heure. — M. Carlo. Le pronostic des gliomes de la rétine. (MM. de Lapersonne, président; Prenant, Quénu et Auvray.) — M. Pacaut. Des systèmes de noyaux géminés dans les épithéliums cornés des mammifères. Contribution à l'étude de l'assitole. (MM. Prenant, président; de Lapersonne, Quénu et Auvray.) — M. Cadeau. De l'incision et de la suture abdominale dans l'opération de l'appendicite. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Prenant et Auvray.) — M. Carbonnel. Traitement de l'éclampsie puerpérale à la maternité. (MM. Bar, président; Gilbert Ballet, Claude et Brindeau.) — M. Cotard. Contribution à l'étude séméiologique du psittacisme et de ses divers aspects en clinique psychiatrique. (MM. Gilbert Ballet, président; Bar, Claude et Brindeau.)

RENSEIGNEMENTS

« Tout confrère qui connaîtrait un emploi pouvant convenir à la veuve ou à la fille d'un médecin est prié de l'indiquer à la Commission d'assistance de la Société centrale de l'A. G., 5, rue de Surène, Paris. »

Demandes d'emplois :

N° 1. — Veuve de médecin, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits et enluminures : prix modérés.

N° 2. — Veuve de médecin voudrait travaux d'écriture à faire chez elle.

N° 4. — Veuve de médecin donne leçons de dessin, peinture, gravure, allemand et anglais.

N° 6. — Deux sœurs, filles de médecin, âgées, l'une de 36 ans, l'autre de 27, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

N° 7. — Fille de médecin ayant maison médico-chirurgicale demande pensionnaires. Prix modérés.

N° 11. — Veuve de médecin, 39 ans, connaissant bien direction de maison, ayant l'habitude du monde, désire trouver emploi, à Paris ou banlieue, comme dame de compagnie ou pour diriger un intérieur.

N° 12. — Fille de médecin d'âge sérieux et d'excellente éducation, connaissant très bien la tenue d'une maison, désire situation de dame de compagnie, lectrice ou secrétaire. S'occuper. d'enfants. 12 ans de référ. parfaites. Très recommandée.

S'adr. à la Commission d'assist. de l'A. G., 5, r. de Surène.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 148. — JEUDI 24 DÉCEMBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 24 DÉCEMBRE 1908. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

Paris, le 23 décembre 1908.

La première séance du concours d'admissibilité à l'agrégation a été troublée par de graves manifestations.

On ne saurait s'en étonner. Depuis sa naissance le frère cadet du trop célèbre « certificat d'études médicales supérieures » avait excité la défiance des praticiens.

Les difficultés matérielles multiples qu'il comporte, l'incohérence de son programme déjà revisé avant d'être appliqué, avaient soulevé de nombreuses et légitimes protestations.

Tandis que M. le président du Conseil assurait aux délégués du Congrès des praticiens que le concours n'aurait pas lieu, tandis que M. le ministre de l'Instruction publique donnait de bonnes paroles aux délégués de la Société de l'internat, le jury était désigné en secret et chaque juge prévenu individuellement.

Trop de mystère entourait ce concours déjà impopulaire : il ne faut donc pas s'étonner de l'explosion de colère qui s'est produite à la Faculté parmi les praticiens et les candidats dupés.

Les autorités universitaires ont cru relever le prestige du concours en appelant la police dans la Faculté, comme sous l'Empire ! C'est là une erreur grave contre laquelle nous ne saurions trop protester.

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous avons publié à l'usage des candidats *un carnet permettant de collationner les notes et de suivre ainsi jour par jour le concours. Ce carnet est mis en vente au prix de 20 centimes.*

Nous nous ferons un plaisir de l'adresser gracieusement à ceux de nos abonnés qui nous en feront la demande.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Répartition des jurys.* — Anatomie. — MM. les docteurs Tapret, Garnier, Guibé, Sébileau et Brindeau.

Pathologie. — MM. les docteurs Barié, Claisse, Parmentier, Mouchet et Veau.

Ordre de lecture. — Anatomie. — Du n° 1 à 443.

Les séances auront lieu les mardis, jeudis, samedis, à huit heures du matin, à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre Velpeau.

La première séance aura lieu le jeudi 24 décembre.

Pathologie. — Du n° 223 à 443, puis du n° 1 à 222.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures et demie, à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre Velpeau.

La première séance aura lieu le mercredi 23 décembre.

Ordre de lecture des copies. — 1. MM. Bontemps, Couput, Beck, Thibaut-David, Sellet, Pellot, Mlle Parisse, MM. Desprez, Kemhadjian, Rousseau (Fernand),

11. MM. Desaux, Lorin, Dragatzis, Renaud-Badet, Albertin, Noël, Miginiac, Théry (André), Besnard (Jacques), Mlle Condat,

21. MM. Brocq, Sourdille, Roy, Ramadier, Séguinot, Cassard Moriez, Gauthier (Emile), Boivin, Farah,

31. MM. Krebs, Béraud (Henri), Mairesse, Pakowski, Dournay, Vincent (Max), Huber, Fallot, Guerrero, Bobrie,

41. MM. Zislin, Kahn, Swiécinski, Bloch (Marcel), Fortin, Brenot, Mlle de Pfeffel, MM. Huygues de Beaufond, Alexandre, Bourrouillou,

51. MM. Feil, Jumon, Mossé, Stréhaiano, Avezou, Desplas, Chichmanian, Crétaux, Mlle Neveux, M. Le Savoureux,

61. MM. Ohanianz, Lévy (Georges), Lechevallier, Faure-Beaulieu, Lehmann (Pierre), Toulant, Delagenière, Huard, Séjournet, Vallery-Radot,

71. MM. Pizon, Gordies, Poirot-Delpech, Tissier, Mlle de Jong, MM. Bouvier, François (René), Rolland, Turquety, Kœchlin (Fernand),

(*Voir la suite, p. 1771.*)

L'ICTÈRE DANS LA MALADIE DE BASEDOW [1]

Par MM. Georges MOURIQUAND,
Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Lyon,
et Léon BOUCHUT,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

IV

Un point qui doit être mis hors de doute c'est que cet ictère *n'est pas un ictère par rétention* malgré la teinte extrêmement foncée qu'il peut acquérir. Nous avons vu que les selles étaient habituellement bilieuses chez les basedowiens et particulièrement chez les basedowiens ictériques. Mais comme dans beaucoup de cas la coloration des fèces n'a pas été suffisamment notée, comme la recherche précise des pigments a été rarement faite, il convient d'établir qu'anatomiquement aucun obstacle macroscopique ou microscopique ne s'oppose à l'arrivée de la bile dans l'intestin.

Les observations précédemment citées sont à peu près toutes concordantes sur ce point; Friedreich ne trouve aucun obstacle sur les grosses voies biliaires, Paul n'en signale pas, MM. Chatin et Cade notent leur perméabilité; l'observation de Dring dit que « le cholédoque est libre », dans celle de Froment il n'y avait rien aux voies biliaires, il en était de même dans l'observation de Clunet. Dans notre cas le cholédoque, le cystique, l'hépatique étaient absolument perméables. Seul Habershon qui ne donne d'ailleurs aucune description précise dit que « la cause de l'ictère parut être le gonflement de l'orifice du cholédoque ». C'est là une hypothèse sans preuve.

L'étude histologique du foie n'a malheureusement pas été pratiquée dans tous les cas, aussi ne possédons-nous sur l'état des voies biliaires intrahépatiques qu'un nombre de documents restreints. Mais tous ces documents sont très catégoriques au sujet de la perméabilité de ces voies dans l'ictère de la maladie de Basedow. Dans aucun cas on ne note des lésions d'angiocholite; ni Friedreich, ni Paul, ni MM. Chatin et Cade n'en signalent malgré l'étude histologique approfondie qu'ils ont faite. Dans notre cas nous avons expressément noté que tout processus inflammatoire des canalicules biliaires était absent. Friedreich croit que l'obstacle ne siège pas dans les voies elles-mêmes, mais au dehors, dans les capillaires ectasiées qui les compriment.

Il est facile d'ailleurs de repousser victorieusement les arguments de l'ictère « par obstacle ». Presque toutes les observations notent en effet que les voies biliaires sont sur tout leur trajet imprégnées de bile, que les matières fécales sont surcolorées par les pigments, et que la paroi intestinale elle-même est verdâtre.

Joints aux preuves cliniques ces arguments anatomiques démontrent formellement que, dans la majorité des cas, l'ictère de la maladie de Basedow ne relève pas d'un obstacle mécanique à l'écoulement de la bile.

Nous voudrions noter maintenant les autres particularités présentées par le parenchyme hépatique. Cliniquement, le foie est hypertrophié. Il est pourtant exceptionnel de le trouver gros à l'autopsie. La plupart des observations notent son poids qui est inférieur à la normale.

Il y a parfois une contradiction manifeste entre les données de la clinique et celles de l'autopsie au point de vue du volume de cet organe. Paul, après avoir signalé l'hépatomégalie pendant la vie, constate à l'amphithéâtre que le volume du foie est normal. Dans l'observation de MM. Chatin et Cade où le foie débordait largement les fausses côtes, celui-ci fut trouvé petit, pesant 1 kilogramme.

M. Clunet signale dans son cas un foie volumineux douloureux pulsatile pendant la vie et anatomiquement un foie peu volumineux pesant 990 grammes. Dans notre cas l'observation indique à plusieurs reprises l'augmentation rapide du volume du foie « qui dépasse de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes » lorsque l'ictère apparaît, alors qu'il les dépassait à peine avant son apparition. L'autopsie montra un foie petit de 940 grammes. Il est probable qu'une telle différence de volume résulte de poussées congestives extrêmement actives du côté de cet organe pendant la maladie et surtout au moment de l'apparition de l'ictère. Un tel phénomène peut s'observer dans l'asystolie banale mais jamais, semble-t-il, à un tel degré.

La coupe du parenchyme montre généralement au point de vue macroscopique le dessin caractéristique du foie cardiaque, muscade. Dans certains cas exceptionnels néanmoins — comme celui de Dring — le foie est pâle, très jaune, nullement muscade, et rappelle absolument le foie des ictères graves. Le microscope montre parfois des lésions intenses ou le plus souvent discrètes de cirrhose — comme dans notre cas — souvent aussi de la dégénérescence graisseuse des cellules et de la surcharge pigmentaire. Les travées cellulaires sont parfois disloquées sous la pression des capillaires dilatés (Chatin et Cade). Cette dilatation des capillaires et cette dislocation possible de la travée n'entraînent pas comme le disait Friedreich, la rétention biliaire, puisque dans la majorité des cas la coloration biliaire des selles est intense. Dans l'observation de cet auteur les selles étaient pourtant décolorées et dans ce cas on serait tenté d'admettre son explication si la majorité des faits ne la contredisait absolument.

La rate cliniquement hypertrophiée est généralement grosse à l'autopsie. Cette hypertrophie est notée dans la majorité des observations (Dring, Friedreich, Chatin et Cade). Dans notre cas elle pesait 540 grammes et le très léger degré de cirrhose était incapable d'expliquer un volume et un poids pareil. Dans certains cas (Chatin et Cade) la présence des infarctus explique cette hypertrophie.

Le cœur présente les lésions que la clinique avait fait prévoir, lésions mitrales ou aortiques, parfois lésions de myocardite qui peuvent passer inaperçues si un examen minutieux n'est pas pratiqué comme dans le cas de Chatin et Cade et notre propre observation.

Les reins sont fréquemment le siège de poussées inflammatoires récentes.

Les lésions du corps thyroïde sont classiques.

Les centres nerveux sont normaux.

En somme l'étude anatomique du foie et des divers organes amène à des conclusions identiques à celles qui découlent de l'analyse clinique.

L'ictère de la maladie de Basedow n'est pas un ictère par rétention : les voies biliaires étant toujours libres. L'examen du foie montre le plus sou-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 147, p. 1755.

vent une congestion de cet organe, reliquat sans doute bien atténué de la congestion active qui hypertrophie le foie pendant la vie. Cette congestion n'existe pas dans tous les cas, et l'on peut avoir un foie jaune d'ictère grave. Les lésions de la travée sont toujours profondes (dislocation, dégénérescence graisseuse, nécrose cellulaire); un léger degré de cirrhose existe souvent.

Du côté des autres organes et notamment du côté de la rate et du rein existent des hypertrophies et des lésions d'ordre infectieux ou toxique. La même tendance inflammatoire se manifeste au niveau du cœur expliquant l'asystolie.

V

L'étude critique des observations au point de vue clinique et anatomopathologique nous a permis d'établir les caractères habituels de l'ictère dans la maladie de Basedow.

Il nous reste à expliquer cet ictère.

Bien que nous ne puissions pas en rapporter d'exemple, il est permis de penser que l'ictère par rétention, l'ictère par angiocholite, peut exister au cours de l'évolution du goitre exophtalmique. Il est également naturel d'envisager avec Sainton la possibilité d'un ictère spasmodique chez des sujets éminemment nerveux. L'ictère initial de l'observation de MM. Mollard et Bernoud peut même être proposé, comme un bon exemple de cette catégorie d'ictère. On a même pu considérer que l'ictère s'installant chez des basedowiens d'origine rhumatismale pouvait relever du poison rhumatismal lui-même. Mais tous ces ictères n'ont aucun lien spécial avec la maladie de Basedow.

L'ictère que nous étudions est au contraire si particulier que les divers auteurs qui l'ont décrit ont voulu chercher sa cause dans la maladie elle-même. Tous ont proposé des explications diverses, dont quelques-unes paraissent contenir une notable part de vérité.

Nous voudrions à notre tour tenter une explication pathogénique basée uniquement sur l'interprétation des faits acquis.

Nous avons déjà montré que la théorie de l'obstacle biliaire est à rejeter. Nous ne saurions revenir sur ce point établi par la clinique et l'anatomie.

Un autre fait qu'il faut rappeler ici c'est la tendance que manifestent les basedowiens, même en l'absence de tout ictère, à exagérer leurs secrétion biliaire. Les auteurs classiques ont attribué avec raison, croyons-nous, cet état d'hyper-fonctionnement hépatique à la dilatation des capillaires et aux fluxions congestives brusques qui se produisent du côté de cet organe, comme elles se produisent du côté de l'intestin, du poumon (Mollard et Bernoud), des téguments, etc. Mais ces mêmes auteurs ont voulu expliquer l'ictère par ce simple mécanisme. L'explication était claire et élégante. Par malheur les faits ne la confirment point : la congestion active du foie ne suffit point à expliquer l'ictère. Ce phénomène se produit grâce à un concours de circonstances déterminées presque toujours le même.

Les basedowiens qui font de l'ictère à la période d'état sont habituellement des malades à tendance asystolique avec des lésions cardiaques diverses que nous avons décrites. Ce sont des sujets à foie cardiaque. Il serait puéril d'essayer de montrer ici que la congestion passive ne suffit point à produire l'ictère en l'absence d'un obstacle ou de phénomènes d'hypersécrétion. Les asystoliques ordinaires donnent bien du côté de leur conjonctive une note hépatique, mais c'est une note atténuée, ne dépassant guère le léger subictère. Or l'ictère que nous décrivons est un ictère franc.

Sur ce foie passivement congestionné les poussées actives semblent fréquentes. C'est sans doute à de telles fluxions que correspondent ces hypertrophies parfois énormes du foie qu'on ne retrouve plus à l'autopsie où dans la plupart des cas on note un foie petit, voire atrophié, malgré sa congestion passive persistante.

Il nous paraît légitime de rapprocher ces poussées congestives de la maladie de Basedow, de celles observées dans certaines infections comme l'infection malarienne. M. Chauffard (1) a montré qu'elles s'accompagnent comme dans nos cas d'un subictère, puis d'un ictère qui se fonce, coïncidant avec une diarrhée bilieuse, une hypertrophie de la rate, des épistaxis, de l'asthénie. La cause est différente mais le syndrome est identique.

Il ne paraît donc pas possible de refuser un rôle à la fluxion active qui sera d'autant plus intense qu'elle se manifestera sur le terrain éminemment préparé du foie cardiaque.

Il existe dans la science beaucoup d'exemples d'asystolie basedowienne où de telles conditions (foie cardiaque, poussées fluxionnaires) paraissent avoir été réunies et où pourtant l'ictère n'a point paru. D'autres facteurs sont donc indispensables.

Il est profondément regrettable que nous ne possédions pas sur l'hématologie de tels sujets de documents précis. Le sang paraît en effet touché si l'on en juge par les hémorragies assez fréquentes, par l'hypertrophie constante de la rate qui se manifeste en dehors de toute infection. Y a-t-il dans ces cas sous l'influence d'un toxique une destruction sanguine énorme qui se manifeste par un ictère de plus en plus foncé, par des selles de plus en plus bilieuses ? La chose est possible mais non démontrée.

En tout cas si l'on se reporte aux plus récents travaux (2) sur les ictères hémolytiques, on acquiert la conviction qu'une destruction globulaire ne suffit pas toujours à expliquer un ictère aussi intense. L'intensité et surtout la gravité de cet ictère trouvent, semble-t-il, leur explication dans les lésions du parenchyme hépatique, lésions généralement profondes et signalées dans tous les cas : c'est le petit foie, avec de la dégénérescence graisseuse, avec la dislocation des travées hépatiques, avec sa cirrhose légère, qui paraît le facteur principal du phénomène. M. Hayem (3) a d'ailleurs bien montré le rôle du foie dans les ictères hémolytiques : « Dans tous ces cas d'hémolyse *in vivo*, dit-il, l'hémoglobine mise en liberté n'est pas génératrice de bilirubine : celle-ci ne se produit qu'à la suite de l'intervention du foie. »

Nous devons donc admettre que toute une série de facteurs est nécessaire pour que l'ictère apparaisse au cours de la maladie de Basedow : asthénie cardiaque, congestions fluxionnaires actives du foie,

(1) CHAUFFARD. Art. CONGESTIONS HÉPATIQUES AIGUES, in *Traité de méd.*, Bouchard et Brissaud, 2e édit., p. 123, Paris 1902.

(2) CHAUFFARD. Les ictères hémolytiques, *Sem. méd.*, 29 janv. 1908, p. 49, et bibliographie de cet article.

(3) HAYEM. Ictère chronique splénomégalique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séances des 17 et 24 janv. 1908 ; — *Sem. méd.*, 1908, p. 57.

peut-être hémolyse d'origine toxique chez des sujets dont la travée hépatique est profondément altérée.

Il serait intéressant de savoir si la *sécrétion thyroïdienne* joue un rôle dans l'apparition de cet ictère. Chevalier avait déjà attribué ce phénomène à la non élimination des toxines basedowiennes. Mais il avançait là une simple vue hypothétique.

Sans pouvoir sur ce point tirer des expériences de Laulanié (1) une conclusion formelle, elles nous paraissent pourtant dignes d'être mentionnées.

Laulanié éthyroïde onze chiens; il constate que leurs urines deviennent toxiques, albumineuses, et *fortement chargées de sels biliaires*. Ces résultats ont été constants. Ils ont d'ailleurs ultérieurement été confirmés par Gley (2), Cadéac et Guinard (3), Verstrœten et Vanderlinden (4).

Dans le cas de Laulanié l'autopsie montra un estomac et un intestin vides d'aliments, mais remplis de bile : « C'est parfois, dit-il, *une véritable inondation biliaire* s'étendant jusqu'à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. » Le foie était turgescent, le plus souvent de volume normal, sa lobulation était nette « comme dans le foie cardiaque ».

La description macroscopique de nos pièces ne diffère pas de cette description. Histologiquement la similitude est encore plus grande : on note « de l'ectasie des capillaires qui sont remplis de sang, disséquant et atrophiant les travées hépatiques qui s'amincissent et deviennent filiformes au centre des lobules ». Les cellules sont en dégénérescence graisseuse, etc. Ce sont là pour l'auteur des lésions d'hépatite toxique. Des lésions de même ordre (dégénérescence graisseuse, lésions congestives) s'observent au niveau des reins.

Horsley (5) chez ses animaux thyroïdectomisés a trouvé une augmentation constante du volume de la rate.

A propos de nos cas nous nous sommes demandés si la résistance globulaire était diminuée et *si cet ictère pouvait procéder de l'hémolyse* : à l'appui de cette hypothèse nous citerons les résultats expérimentaux de Bottazi (6), de Gley et Langlois (7) qui chez des lapins thyroïdectomisés ont constaté « une diminution manifeste et persistante de la résistance des globules rouges ».

L'expérimentation nous montre donc que, dans certaines circonstances, l'ablation totale du corps thyroïde reproduit dans ses traits essentiels le syndrome ictérique que nous avons décrit chez les basedowiens : caractérisé chez les animaux comme chez l'homme par la présence d'abondants pigments dans l'urine, par « l'inondation biliaire de l'intestin grêle », par des phénomènes toxiques qui s'accompagnent d'une hypertrophie de la rate, de lésions de néphrite, peut-être de fragilité globulaire et surtout de lésions hépatiques profondes.

Chez l'homme comme chez les animaux ce syndrome a une valeur pronostique très grave. De tels accidents survenant au cours de la maladie de Basedow pourraient donc être considérés comme favorisés par une insuffisance terminale de la glande thyroïde.

En résumé. — Au début, mais surtout au cours de la maladie de Basedow, l'ictère peut apparaître. Il est caractérisé, en dehors des manifestations ictériques banales, par l'hypercholoration biliaire des fèces. C'est, en effet, un ictère par hypercholie et non par obstacle. Des phénomènes habituels l'accompagnent : troubles cardiaques, foie congestif. L'asystolie favorise son apparition. On note au cours de cet ictère des phénomènes traduisant l'intoxication de l'organisme, grosse rate, grosse albuminurie, cachexie rapide.

Son pronostic est presque toujours fatal.

L'autopsie confirme les données de la clinique en établissant la perméabilité des voies biliaires, les lésions cardiaques, la splénomégalie, la néphrite. Elle montre habituellement un foie petit, atrophié, congestif ou non.

Plusieurs facteurs sont nécessaires à l'apparition de cet ictère. Le terrain asystolique est favorable grâce à la congestion hépatique qu'il entretient, les poussées fluxionnaires du côté du foie semblent nécessaires, mais non suffisantes pour son développement; elles paraissent en tout cas capables d'entretenir l'hypercholie habituelle des basedowiens. Il est possible que la destruction globulaire soit exagérée, mais à cet égard les renseignements cliniques manquent; peut-être l'hypertrophie splénique habituelle pourrait-elle être considérée comme le témoin de cette destruction.

Les lésions hépatiques sont constantes et très profondes, parfois aussi intenses que dans les cas d'ictère grave.

Il paraît enfin légitime de faire jouer un rôle à l'insuffisance thyroïdienne terminale dans le développement de cet ictère.

(1) Laulanié. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1891, p. 309.
(2) Gley. *Bull. de la Soc. de biol.*, Paris 1891, p. 366 ; — *Arch. de physiol.*, 1892, p. 87.
(3) Cadéac et Guinard. *Bull. de la Soc. de biol.*, Paris 1894, p. 510.
(4) Verstrœten et Vanderlinden. *Mém. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 1894.
(5) Horsley. *Brit. med. Journ.*, 1885, p. 211.
(6) Bottazzi. *Lo Sperimentale*, 1894, XLVIII, fasc. 2, p. 192 ; — *Arch. ital. de biol.*, t. XXIII, p. 360.
(7) Gley et Langlois. *Bull. de la Soc. de biol.*, Paris 1895, p. 606.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1908)

Emploi du nitrate d'argent. — M. Yvon fait un rapport, en réponse à une demande du ministre de l'Intérieur, sur la nécessité d'autoriser les sage-femmes à prescrire des solutions de nitrate d'argent à 2 p. 100 afin de laver les yeux des nouveau-nés, cette solution ayant été reconnue le meilleur moyen de prévenir l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés.

Pharmacognosie. — M. Perrot fait une communication sur ce sujet. Il y définit le but de la pharmacognosie, c'est-à-dire l'histoire naturelle des médicaments d'origine végétale et animale.

Le sulfate d'hordénine. — M. Léger rappelle un premier travail qu'il a présenté à l'Académie, en novembre 1907, sur le même sujet. Il a continué ses recherches. Ce sel est extrait des touraillons d'orge. Il a été employé avec succès contre la dysenterie, aux doses de 25 centigrammes à 1 gramme.

Election du bureau. — M. Labbé, vice-président, passe président à la place de M. Bucquoy.

M. Dieulafoy est élu vice-président par l'unanimité des suffrages, moins un. Il remercie ses collègues de l'appeler à la plus haute situation qu'il ait pu ambitionner dans toute sa carrière médicale et leur donne l'assurance qu'il fera tous ses efforts pour suivre les exemples qui lui ont été donnés par ses prédécesseurs.

M. Weiss est élu secrétaire annuel, à la place de M. Troisier, qui a donné et maintenu sa démission.

MM. Magnan et Porak sont nommés membres du conseil d'administration.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1908)

Les maisons de régime. — Rapport présenté au nom d'une commission composée de MM. Caron de la Carrière, Dedet, Froussard, H. Huchard, Ch. Leroux, Mazeran, par M. MAZERAN (de Châtel-Guyon) rapporteur.

Dans ce rapport documenté, le Dr Mazeran fait connaître à la Société les deux systèmes d'organisation de ces maisons à l'étranger : ou bien la maison de régime proprement dite, placée sous la direction immédiate du médecin, tel que le Sanatorium Clara-Emilia de Homburg, ou bien l'hôtel aménagé pour la cure de régime ainsi que cela fonctionne à Lausanne sous l'impulsion du docteur Combes.

Puis, il étudie les maisons de régime françaises en séparant celles qui existent dans les stations thermales et celles existant en dehors de la ville d'eau. Il constate que la France n'est pas restée en arrière dans l'évolution de la science diététique appliquée, mais il regrette qu'on n'ait pas affirmé au loin, à l'étranger, ce qui se fait dans l'ombre et le silence. Enfin, l'auteur érige la maison de régime modèle en étudiant successivement les différents facteurs qui interviennent dans la construction de celle-ci. Il souhaite la réalisation de cet établissement diététique qui assurera la cure de régime parfaite.

Les tables de régime. — Rapport présenté au nom d'une commission composée de MM. Caron de la Carrière, Dedet, Froussard, H. Huchard, Ch. Leroux, par M. DEDET (de Martigny) rapporteur.

M. Dedet, après avoir étudié très consciencieusement l'institution des tables de régime à l'étranger (Carlsbad, Marienbad, Wiesbaden, Kreuznach, Ems) passe en revue les différents modes de procéder dans les stations hydro-minérales françaises.

Avec beaucoup de compétence, il décrit l'organisation des tables de régime dans les principales stations (Vichy, Châtel-Guyon, Plombières, Saint-Nectaire, Vittel, Contrexéville, Martigny). Partout, il constate les efforts, l'évolution franche des idées de régime et leur application pratique. Il met en opposition ce qui se passe en Allemagne où ce sont surtout des éléments de forme qui dominent. La réputation étrangère des tables de régime est surfaite et nous n'avons en France rien à rendre à l'étranger.

Enfin, le Rapporteur propose de substituer à l'expression « tables de régime » celle de « carte de régime » comme beaucoup plus rationnelle et réalisable.

M. BOURSIER. La table de régime, tant vantée à l'étranger, n'existe pas : elle consiste simplement à éliminer du menu un certain nombre de mets. C'est en France que la question des tables de régime a été le mieux solutionnée, et M. Boursier cite comme modèle de table de régime ce qui a été fait à Saint-Nectaire où la clinique est absolument limitée à une seule maladie qui a besoin d'un régime alimentaire spécial et sévère.

Pour de nombreuses stations en France, la solution serait d'installer des cartes de régime. On arrivera ainsi à obtenir des hôteliers de fournir des mets en rapport avec les prescriptions médicales. La table d'hôte tend à disparaître des stations et le repas à la carte permettra de faire suivre au malade le régime approprié à son état.

M. CAZAUX pense que les tables de régime ne sont indispensables que dans certaines stations où l'on traite les affections de l'estomac et les maladies de la nutrition. D'ailleurs, il s'est produit un changement de mœurs dans les villes balnéaires qui simplifie la question non des *tables*, mais des *cartes* de régime : les baigneurs aisés négligent la table d'hôte et choisissent sur le menu du restaurant les mets qui leur conviennent. Quant aux gens peu fortunés, ils trouvent dans les maisons dites particulières une cuisinière qui leur prépare l'alimentation conseillée par le médecin. La question est donc pour une bonne part, résolue en France.

Les indications de la trachéo-bronchoscopie inférieure. — M. CAUZARD. La trachéo-bronchoscopie dite inférieure ou traumatodiale est celle faite après trachéotomie. Si elle a l'inconvénient de nécessiter une plaie trachéale, elle a l'avantage de permettre l'introduction de tubes plus courts et de plus grand diamètre, de faciliter le manuel opératoire, l'introduction de pinces, de crochets plus gros. L'auteur, à ce sujet, rapporte deux observations (la première de MM. Variot et Cuisez, la seconde personnelle). Dans les deux cas, un haricot situé dans la bronche ne put être enlevé par la bronchoscopie supérieure ou buccale, et dans les deux cas, on n'eut pas le temps de recourir à une seconde intervention après trachéotomie. L'auteur conclut qu'en présence de corps étrangers tels que graines, haricots, dont la consistance devient molle et pâteuse, il faut d'emblée recourir à la trachéotomie et à la bronchoscopie traumatodiale.

Assemblée générale. — Le renouvellement du Bureau a eu lieu en séance. Président : M. Buret. Vice-Présidents : MM. Boursier, Cayla, Bourdel. Secrétaire général adjoint : M. Dubar. Trésorier-adjoint : M. Nigay. Secrétaires de séance : MM. Blanche, Gigon, Granel, Mortier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONCOURS POUR LES HOPITAUX

La commission administrative des hospices civils de Troyes, désirant s'attacher les services d'un médecin spécialiste pour les maladies des yeux, de la gorge et du nez, a fait annoncer l'ouverture d'un concours.

Le jury, qui siégeait à la Faculté de médecine de Paris, classa en première ligne le docteur Chalmette avec 47 points et en seconde ligne le docteur Breuil avec 44 points.

Mais c'est le docteur Breuil qui fut nommé par la commission administrative.

Le docteur Chalmette qui, bien que classé premier par le jury, se trouvait évincé, s'est pourvu devant le conseil d'Etat.

Par un premier pourvoi il a demandé l'annulation, comme irrégulière, de la nomination de son concurrent. Par le second, pour le cas où sa demande à fin d'annulation ne serait pas accueillie, il a réclamé des dommages-intérêts aux hospices de Troyes.

Le conseil d'Etat, statuant au contentieux, a souvent prononcé l'annulation pour excès de pouvoir de nominations de fonctionnaires irrégulièrement faites dans les services de l'Etat ou des autres administrations publiques. Mais il faut pour cela que l'irrégularité consiste dans la violation soit d'un texte de loi, soit d'un acte réglementaire. L'inobservation des engagements qu'une administration a pu prendre à l'égard d'un citoyen, en dehors de toute réglementation générale ou locale du service public, peut bien donner lieu à une action d'ordre contractuel se résolvant en dommages-intérêts, mais ne peut motiver l'annulation de la nomination, même si la faute commise par l'administration est de nature à entraîner sa responsabilité pécuniaire.

Or, dans l'espèce, il n'existait à Troyes aucun règlement sur la matière et il n'existe d'ailleurs pas, sur ce point, de réglementation générale. Le recours pour excès de pouvoir tendant à l'annulation de la nomination du docteur Breuil a donc été rejeté.

Mais le docteur Chalmette, dans son second recours, demandait des dommages-intérêts fondés sur la faute que la commission des hospices aurait commise en ne tenant pas les engagements qu'elle aurait pris à l'égard des candidats appelés au concours et en portant atteinte au droit que l'intéressé tirait de son rang de classement.

Or, il a été reconnu par le conseil d'Etat que, dans la circonstance, il n'y avait pas eu, malgré certaines expressions employées, de véritable concours, dans le sens où ce mot est communément usité. La commission administrative, qui était libre, d'après la loi, de recourir au mode de recrutement

qu'elle jugeait le meilleur, avait entendu se réserver la faculté d'exercer son choix parmi les candidats ayant satisfait aux épreuves, sans être liée par l'ordre de classement.

L'affiche annonçant le concours indiquait, en effet, en termes exprès qu'il s'agissait d'une simple « présentation », laquelle ne créait aucun droit au candidat classé le premier.

La demande en dommages-intérêts a donc été rejetée.

Mais l'arrêt rendu par le conseil d'Etat indique nettement l'intention de la haute assemblée de se fonder, dans l'espèce, sur les circonstances de fait. La décision contient en outre un paragraphe que nous croyons utile de citer et qui précise la jurisprudence :

« Considérant que les commissions administratives des hôpitaux sont libres, pour assurer le recrutement du corps médical attaché à leurs établissements, soit de procéder par voie de nomination directe sur le vu de titres ou d'épreuves qui ne sont pour elles qu'un élément d'appréciation et ne créent aux postulants aucun droit de préférence, soit d'instituer, sous des conditions qu'elles déterminent, des concours dans lesquels l'ordre de classement constitue en faveur des concurrents un véritable droit dont la méconnaissance serait de nature à engager la responsabilité du service public... »

Il semble bien résulter de ces termes que la solution serait différente dans les cas où les hospices, comme ils en ont la faculté, auraient entendu instituer un recrutement au concours, et qu'alors le droit lésé donnerait ouverture à des dommages-intérêts au profit du candicat. (*Le Temps.*)

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LA MÉDICATION PHOSPHATÉE. UNE SÉLECTION NÉCESSAIRE

Par M. CARBEL.

Il y a peu de médications aussi souvent employées que la médication phosphatée. Tuberculoses, anémies, convalescences, asthénies, diminution du rendement intellectuel, etc., sont autant de ses indications.

Mais puisque le médecin est familiarisé avec cette thérapeutique, il doit apprendre à connaître la valeur réelle des préparations commerciales qu'on lui soumet. Les phosphates granulés, par exemple, renferment fort peu de principe actif, et, sous le prétexte de masquer un goût désagréable, ils offrent au malade plus de sucre que de phosphate. En outre, ces remèdes sont presque tous à base calcique, et, s'il est indiqué, dans la tuberculose et les troubles de croissance, de s'adresser aux sels de chaux, il y a d'autres états de dénutrition où la soude, la magnésie, la potasse, le fer doivent aussi être utilisés.

Il n'est certes pas facile d'apprécier toujours laquelle de ces substances manque le plus dans l'organisme. Aussi, dans la pratique, faut-il mieux employer les préparations polyphosphatées, et l'expérience prouve qu'elles donnent, dans la plupart des cas, de meilleurs résultats.

C'est ainsi que dans les névroses et même chez les malades qui, syphilitiques, font de la sclérose médullaire, nous avons obtenu avec le Neurogénol (association des divers phosphates) des résultats stimulants toniques et reconstituants bien plus nets qu'avec les granulés calciques du commerce.

La supériorité clinique du Neurogénol tient aussi à ce fait que les phosphates de sa constitution sont *naturels* et sans sucre. Ils ont donc une énergie médicamenteuse plus nette, et l'on peut dire que la dose moyenne, deux cuillerées à café par jour, équivaut à une dose trois fois plus forte de granulés sucrés.

On se rend bien compte de cette différence dans le traitement de la tuberculose où la déphosphatisation est la règle. Il faut, au Neurogénol, moitié moins de temps qu'aux glycéro et lacto-phosphates pour relever les forces du malade et tonifier l'état général. Par l'absorption prolongée de ce remède, il est fréquent d'observer une amélioration persistante, et chez les malades aisés qui peuvent, en même temps, se suralimenter (six cuillerées à soupe de nutrigène) et prendre des comprimés de thiocol, on constate réellement de forts bons résultats.

Il y a pourtant un défaut à ce remède : il a une saveur fortement salée. C'est là le goût naturel des phosphates et les malades difficiles sont obligés de le masquer en versant dans la solution qu'ils préparent quelques gouttes d'essence de menthe.

Chez les enfants rachitiques et scrofuleux, nous employons le sirop de Neurogénol qui n'a plus cet inconvénient. Mais qu'importent ces questions secondaires de goût et de saveur, en présence des résultats obtenus !

Dans la médication phosphatée, il y a donc lieu de faire une sélection. Les produits préconisés n'ont pas toujours une activité suffisante. L'association des divers phosphates, quand ils sont naturels, purs et sans sucre, présente au contraire des propriétés reconstituantes énergiques et toujours les mêmes, quelle que soit la dose ordonnée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

81. MM. Léger, Strauss, Lévy (Isaac), Fontorbe, Buc, Vielle (Albert), Pont, Chomanet, Rousseau (Emile), Weissenbach,

91. M. Delivet, Mlle Peltier, MM. Chevallier (Paul), Adler, Mlle Hirtz, MM. Engel, Dufour, Monod (André), Marquis, de Cumont.

101. MM. Collet, Paris, Legal-Lassalle, Latil, Berthod, Rose, Bruel (Paul), Lorreyte, Brac, Rabourdin,

111. MM. Laisney, Bonnet (Emile), Monbrun, Miégeville, Lafont, Gras, Chevallier (Pierre), Philbert, Virenque, Pimpaneau,

121. Mlle Sabin, MM. Netter, Ferry (Maurice), Heuyer, Gutmann, Usse, Buquet, Lefranc, Viguerie, Labourdette,

131. MM. De Vaugiraud, Denet, Nicaud, Libert, Pineau (Alfred), Richard (Georges), Finot, Baron, Deffins, Guéniot,

141. MM. Paley, Tzanck, Bailleul, Amaudrut, Viel (Emile), Girard, Mornet, Feuillet, Jacquet, Wallimann,

151. MM. Schneider, Monnier (Henri), Bruslé, Mignot, Rouèche, Gallais, Meyer-Heine, Villette, Chatelin (Philippe), Gautier,

161. MM. Mutel, Goret, Maurer, Baufle, Rousseau-Langwelt, Caux, Guelfucci, Lebeuf, Turnesco, Pollet,

171. MM. Madier, Tribes, Leblanc (Albert), Vilfroy, François (Paul), Foisy, Ghys, Vinçotte, Boutet, Gatellier.

181. MM. Jaisson, Potherat, Richard (Georges), Chauvet, May, Bourgeois, Camboulives, Doucet, Malet (Charles), Routier,

191. MM. Perrier, Lancrenon, Dragoesco, Miriel, Mlle Lenormand, Schoofs, Françon, Bloch (Jacques), Plaisant, Fenard,

201. MM. Porak, Bachy, Teisset, Montet, Castang, Aine, Nadal, Gassier, Fège, Rousselot,

211. MM. Jacquemin (Alfred), Carnot, Ferté, Moreau, François (Maurice), Magniel, Croissant, Villechaise, Dutheil, Vosy,

221. Mlle Giboulot, MM. Pottecher, Prélat, Bollack, Chatelin (Charles), Mallet (Lucien), Vincent (René), Pruvost (Pierre), Bernard, Gillot,

231. MM. Gendron, Fricker, Bith, Monnier (Paul), Lamare, Michaut, Métivet, Bouhey, Patenostre, Dogny,

241. MM. Beloux, Lœwy (Georges-Alf.), Roussel, Cain, Baumgartner, Logre, Saint Girons, Lebas, Fabre, Gillard,

251. MM. Boulan, Guilmet, Magron, Molina, Samson, Besnard (Jean), Bruel (Léon), Godlewski, Ferry (Charles), Aubry,

261. MM. Fouchet, Thiers. Corpechot, Ségard, Jeannest, Duval, Gautier (Claude), Chataing, Mlle Cosmovici, M. Ferrand,

271. MM. Passot, Durand (Henri), Mlle Lévi-Alvarès, MM. Pierret, Busson, Gouverneur, Rosenwald, Angot, Gouguet de Girac, Rouillard,

281. MM. Héricourt, Poisson, Delort, Michel, Barthélemy (Raymond), Béchade, Mondor, Bodineau, Petit (Charles), Dumas,

291. MM. Fourrière, Charrier, Sédillot, Gougelet, Allard, Madre, Mlle Lévy, Mlle d'Argent, MM. Vinay, Girou,

301. MM. Pinchon Philippon, Butin, Vignes, Bénazet, Brodin, Vivier, Rol, Onfroy de Bréville, Piot,

311. MM. Bruslon, de Berne-Lagarde, Hadengue, Pierrot, Gheorghiu, Reilly, Mercier, Bougot, Lévy (Alfred), Gauchery,

321. MM. Gastaud, Photiadès, Bretel, Schilmann, Deville, Genil-Perrin, Donzelot, Lubetzki, Larcher, Prost,

331. MM. Caudrelier, Fau, Lévy (Pierre), Castex, Maréchal, Monod (Robert), Lataillade, Rougier, Carrié, Reynier,

341. MM. Lelièvre, Weber, Vaudescal, Lefèvre, Monin, Mlle Leven, MM. Bergeret, Vilbort, Roux, Guyonnaud,

351. MM. Berthomier, Tison, Sécheret, Lucas-Championnière, Colombe, Bellin du Coteau, Barthélemy (Paul), Prigent, Mlle Monbiot, Mlle Trélat,

361. MM. Eissen, Ollé, Mlle Rabuteau, MM. Dubois (Robert), Pernet, Sauty, Mlle Blanchier, MM. Pignot, Couinaud, Toffin,

371. MM. Liébault, Lehmann (Paul), Parin, Bougeant, Rousseau (F.-Louis), Panciulesco, Darrieux, Larue, Roubeau, Ducastaing,

381. MM. Chabert, Benoiste-Pilloire, Balland, Baudouin (Emile), Sébillotte, Cleisz, Loubeyre, Karroque, Escallier, Huc,

391. MM. Coppin, Legrand, Jamin, Dufourmentel, Desvaux de Lyf, Ducamp, Moulonguet, Pellissier, Bloch (René), Lamy,

401. MM. Weisweiler, Sidoun, Caillé, Astruc, Clogne, Bel, Bloch (André), Portret, Danton, Mlle Delage,

411. MM. Renault (Charles), Kœchlin (Jean), Desbouis, Wilmet, Rudelle, Bonnet (Flavien), Le Roy (René), Blacque, Autier, Monod (Raoul),

421. MM. Clarac, Malarte, Cuny, Mlle Landesmann, Srotain, Bouquier, Salès, Garsaux, Briault, Roullier.

431. MM. Girault (Albans), Maillet, Parent, Petit (Henri), Ecalle, Desnoues, Chamard, Berthomier-Lamer, Renault (André), Durœux.

441. MM. Vignal, Morancé, Dubois (Jean).

— Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 1er mars 1909, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration (bureau du personnel médical), de midi à trois heures, du lundi 25 janvier au samedi 13 février inclusivement.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ A L'AGRÉGATION. — La première séance du concours qui devait être consacrée à l'appel des candidats n'a pu avoir lieu à cause des manifestations que l'on connaît. Un certain nombre de candidats se sont néanmoins fait inscrire.

L'épreuve écrite du concours aura lieu le jeudi 24 décembre, à sept heures et demie du matin. Les candidats devront entrer par la grille de l'Ecole de médecine et se réunir dans la salle des Pas-Perdus.

— Les protestations :

« Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine, considérant que tout concours, pour être légal, doit être public, et que les étudiants avaient le droit absolu de pénétrer à la Faculté pour assister à la première épreuve du concours d'admissibilité à l'agrégation; considérant que des forces de police, sur l'intervention des autorités universitaires, les ont *brutalement* expulsés de l'Ecole, *alors que l'appel des candidats n'était pas fait encore, c'est-à-dire avant toute intervention tumultueuse*; considérant que, d'ailleurs, ni le doyen ni aucun professeur n'est intervenu directement auprès des étudiants ni avant ni après l'arrivée de la police à l'Ecole, constate la responsabilité encourue par l'auteur de la réquisition à la police;

Rappelle que, depuis l'Empire, la tradition républicaine s'était établie et avait été respectée jusqu'à ce jour de la non-intervention de la police à l'intérieur de l'Ecole de médecine et que jamais, depuis quarante ans, l'Ecole n'avait été le siège de *bagarres sanglantes*, d'arrestations, de luttes comme aujourd'hui;

S'élève avec indignation contre ces procédés de brutalité que les étudiants en médecine ne sauraient laisser s'établir à la Faculté.

Le Comité d'association corporative des étudiants en médecine. »

L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE A LA FACULTÉ. — Le doyen a fait afficher les deux avis suivants :

1° Les étudiants de première et de deuxième année ont, samedi, troublé et empêché le cours du professeur d'anatomie : leur but avoué était de contraindre la Faculté à modifier l'heure d'ouverture des pavillons d'anatomie. De tels procédés ne sont pas tolérables. Les règlements (depuis longtemps en vigueur) doivent être respectés. Pareilles manifestations, troublant l'ordre et le travail, si elles se renouvelaient, aboutiraient à la fermeture de la Faculté pour les étudiants de première et de deuxième année, mesure qui entraînerait pour eux : la suspension des travaux pratiques obligatoires; l'incapacité de valider ceux des travaux pratiques accomplis; l'incapacité de prendre l'inscription de janvier.

Lundi, 21 décembre 1908.

Le doyen : L. LANDOUZY.

2° Les élèves de première et de deuxième année auront seuls accès au cours de M. le professeur d'anatomie, sur la présentation de la carte spéciale qui leur a été délivrée au début de la présente année scolaire.

Le doyen : L. LANDOUZY.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Des concours s'ouvriront le 3 mai 1909, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale et pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le 7 juin 1909, devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

NANTES. — Un concours s'ouvrira, le 21 juin 1909, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille des épidémies en bronze est décernée à MM. les docteurs Champsaur, de Gap, Chaplain, de Rouen.

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — La commission parlementaire d'assurance et de prévoyance sociale a entendu M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, sur la proposition de M. Dubuisson, ayant pour objet de modifier l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Cette proposition a pour but de donner aux personnes inscrites sur la liste de l'assistance gratuite le libre choix du médecin.

M. Mirman a indiqué le mouvement qui porte de plus en plus les conseils généraux à adhérer au système du libre choix; mais il a ajouté qu'il convenait de laisser l'évolution s'accomplir librement et qu'il importait, en conséquence, de ne pas déposséder les conseils généraux du droit, que leur a donné la loi de 1893, d'organiser dans chaque département le service de l'assistance médicale gratuite.

Il a fait connaître qu'une enquête était actuellement ouverte dans les départements sur les diverses questions soulevées par la proposition de M. Dubuisson.

SOCIÉTÉ NATIONALE DU CHIEN SANITAIRE. — Dans les guerres passées, combien de blessés, après s'être traînés, dans un dernier effort, vers des endroits abrités, y ont trouvé la mort, faute d'avoir pu attirer sur eux l'attention des brancardiers! Ces « nids de blessés » seront de plus en plus fré-

quents dans les guerres futures, la relève immédiate ne pouvant se faire pendant l'action. Aussi l'idée est-elle venue, il y a quelques années, de demander au flair du chien l'aide nécessaire pour découvrir la nuit, sans lumières apparentes, ces égarés trop faibles pour appeler ou pour sortir de leurs cachettes.

Pendant les guerres anglo-boër et russo-japonaise, des chiens dressés par des médecins militaires anglais et allemands ont ainsi retrouvé de nombreux blessés qui, autrement, eussent été totalement abandonnés.

La Société nationale du chien sanitaire vient d'être créée pour doter notre pays de ce nouveau moyen de secourir les braves tombés pour la défense de la patrie. Sous la présidence d'honneur de MM. le ministre de la Guerre, le ministre des Colonies et le ministre de l'Agriculture, elle est ouverte à tous ceux qu'intéresse le sort des blessés. Elle est accessible à tous, en raison de la modicité de la cotisation minima demandée : cinq francs.

Faire connaître au public l'utilité, la nécessité des « chiens sanitaires »; développer le goût de l'élevage de ces animaux; faciliter leur dressage en prêchant d'exemple, tel est le but que se propose de remplir la Société nationale du chien sanitaire. Il n'est pas douteux qu'elle n'y arrive, grâce à l'inlassable activité de son président, M. A. Lepel-Cointet, et des membres du bureau : MM. Krauss, vice-président; docteur Granjux, secrétaire général; Lebourg, secrétaire général adjoint; Oudinet, trésorier.

Siège social : 21, rue de Choiseul.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duputel (de Rouen); Justin Lemaître (de Limoges); Chauvel, médecin inspecteur du cadre de réserve, ancien président de la Société de chirurgie; Emile Cazelles, ancien conseiller d'Etat.

CONFÉRENCES POUR L'INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE, par le docteur R. Benon, interne de la clinique des maladies mentales. La première conférence aura lieu à l'asile clinique, 1, rue Cabanis, le jeudi 14 janvier, à quatre heures.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 43, 24 oct. 1908.) P. JACQUES : Anatomie pathologique et traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens. — DELIE : Un cas de pseudo-leucémie ou lymphadénie d'origine amygdalienne. — (N° 44, 31 oct.) SARGNAN et BARLATIER : Contribution à l'étude de la laryngostomie. — (N° 45, 7 nov.) SEIFERT : Contusion du larynx. — GUISEZ : Faits d'œsophagoscopie; considération sur nos derniers cas d'extraction de corps étrangers de forme irrégulière par l'œsophagoscopie (dentiers). — F. LAVAL : Durée insoupçonnée de l'ulcération et du spasme dans les brûlures de l'œsophage révélée par l'œsophagoscopie. — (N° 46, 14 nov.) TRÉTROP : Du traitement des vertiges, des bourdonnements et de l'affaiblissement de l'ouïe. — H. MASSIER : Périchondrite tuberculeuse du larynx; épiglottectomie partielle; élimination spontanée de séquestres cartilagineux; trachéotomie. — (N° 47, 21 nov.) PIETRI et MAUPETIT : Du nystagmus rythmique provoqué en dehors de toute affection pathologique.

Revue médicale de l'Est. — (N° 21, 1er nov. 1908.) G. ETIENNE et M. PERRIN : Comment meurent les pneumoniques âgés.

Revue neurologique. — (N° 20, 30 oct. 1908.) J. BABINSKI : Quelques remarques sur le mémoire de M. Alfred Gordon intitulé : « Troubles vaso-moteurs et trophiques de l'hystérie. » — POP-AVRAMESCO (de Bucarest) : L'anesthésie régionale par la rachistovaïnisation. — (N° 21, 15 nov.) Pierre MERLE : Aphasie et hémiachromatopsie. — P. L. LADAME et VON MONAKOW : Anarthrie corticale à propos de la discussion sur l'aphasie.

Semaine gynécologique. — (N° 43, 27 oct. 1908.) BOSSI : Des moyens de remédier à la fréquence des avortements criminels. — (N° 44, 3 nov.) E. MÉRIEL : Fibrome du col et cancer épithélial du corps utérin. — (N° 45, 10 nov.) PICHEVIN : A propos de l'avortement criminel. — (N° 46, 17 nov.) PICHEVIN : A propos de quelques fausses utérines.

Semaine médicale. — (N° 44, 28 oct. 1908.) F. ROSE et Max EGGER : Stéréoagnosie et asymbolie tactile. — (N° 45, 4 nov.) R. DE BOVIS : Peut-on opérer les grossesses extra-utérines durant la phase de Shock? — (N° 46, 11 nov.) SABRAZÈS et LAFON : Le chalazion, acné des glandes de Meibomius; histologie et pathogénie. — (N° 47, 18 nov.) G. MARINESCO : Traitement de la chorée de Sydenham par les injections intra-arachnoïdiennes de sulfate de magnésie.

Tribune médicale. — (N° 43, 24 oct. 1908.) Thomas JONNESCO et Amza JIANO : L'anesthésie générale par injections intra-rachidiennes. — (N° 44, 31 oct.) Rubias MEIRA : Sur un cas d'anévrisme de l'aorte d'origine rhumatismale chez un enfant de quinze ans. — Michel DUPONT : Les hématomes sous cutanés dans les leucémies. — (N° 45, 7 nov.) HUTINEL : L'intra-dermo-réaction à la tuberculine. — (N° 46, 14 nov.) G. MOURIQUAND et Léon BOUCHUT : Rhumatisme et maladie de Basedow. — M. DUPONT : Les hématomes dans les leucémies. — (N° 47, 21 nov.) BROCA : Rupture traumatique de l'urètre.

NOTES POUR L'INTERNAT

SÉMÉIOLOGIE DE L'ICTÈRE CHRONIQUE (1)

Voici enfin tout le groupe des ictères de cause mécanique avec décoloration des matières fécales. Il existe alors un obstacle sur le trajet des voies biliaires entre le hile du foie et l'ampoule de Vater; il faut préciser le siège et la nature de cet obstacle. Quelques cas sont exceptionnels, par exemple la compression des voies biliaires par un anévrisme de l'artère hépatique, par un kyste hydatique de la face inférieure du foie, par un cancer de la petite courbure de l'estomac ayant envahi le petit épiploon. La sténose du cholédoque par des adhérences d'origine péritonéale sera aussi très difficile à reconnaître; on trouvera dans les antécédents du malade l'histoire clinique d'un ulcère ou d'un cancer de l'estomac, d'une péritonite tuberculeuse. En dehors de ces cas très rares et de diagnostic presque impossible, trois hypothèses sont toujours à faire : ictère catarrhal prolongé, lithiase biliaire, cancer du foie, des voies biliaires ou du pancréas.

L'*ictère catarrhal prolongé* (Dieulafoy) débute sans douleurs par des symptômes d'embarras gastrique, accompagnés quelquefois d'un état fébrile assez intense. Le foie est généralement un peu augmenté de volume; les malades maigrissent. Mais au bout de deux à trois mois, le canal cholédoque redevient perméable, et l'apparition de la bile dans l'intestin est le signal de la guérison. C'est donc l'évolution favorable qui permet le diagnostic; on différenciera l'ictère catarrhal prolongé d'une oblitération du cholédoque par un calcul en tenant compte du début qui n'a pas été marqué par une ou plusieurs crises de colique hépatique.

Dans l'ictère chronique de la *lithiase biliaire*, il s'agit d'un malade relativement jeune qui a eu habituellement une longue série de douleurs; les coliques hépatiques manquent rare-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 142, p. 1701, et 145, p. 1737.

ment, ce sont elles qui ouvrent la scène, elles ont été accompagnées d'ictère passager. Puis un calcul s'arrête dans le cholédoque; l'ictère survient et passe à l'état chronique. Mais cet ictère est sujet à des variations fréquentes, car l'occlusion du cholédoque par un calcul est rarement complète ; la bile filtre entre le calcul et la paroi du canal; les fluctuations dans l'intensité de l'ictère et en même temps dans la décoloration des matières fécales sont un des caractères les plus constants de l'ictère lithiasique. De plus, cet ictère, même très accusé, ne devient jamais très foncé; il reste jaune sans passer au vert bronzé. D'après Kehr, les ictères légers à rémissions fréquentes indiquent que le calcul est situé dans la portion initiale du cholédoque; les ictères foncés s'observent surtout quand les calculs sont bas situés au voisinage de l'ampoule. Le malade a de temps en temps des accès de fièvre, qui coïncident avec les crises douloureuses et les poussées d'ictère. Le foie est le plus souvent augmenté de volume; la phase atrophique de la cirrhose calculeuse est très tardive. La vésicule biliaire est petite et rétractée; Courvoisier et Terrier ont insisté sur cette atrophie de la vésicule dans la lithiase, tandis qu'on trouve la vésicule dilatée dans le cancer du pancréas; on a dit que la vésicule s'atrophiait par inflammation chronique; pour certains auteurs l'atrophie de la vésicule biliaire s'observe surtout en cas d'obstruction du canal cystique par un calcul. L'atrophie de la vésicule biliaire est un symptôme de grande valeur, mais qui n'est pas pathognomonique; il y a des exceptions à la loi de Courvoisier-Terrier; de plus c'est un signe difficile à rechercher, quelquefois le gros foie lithiasique bascule en avant, ce qui rend la vésicule inexplorable. Dans quelques cas où la palpation de la vésicule est facile, on a pu sentir des calculs renfermés dans cette vésicule. Chez certains malades maigres, on peut explorer le cholédoque par une pression profonde un peu à droite de la colonne vertébrale; on détermine une douleur vive et dans quelques cas on a senti une induration.

En cas de *cancer de la tête du pancréas*, l'ictère chronique a deux caractères qui le distinguent de l'ictère lithiasique : 1° il ne présente ni temps d'arrêt, ni période d'amélioration passagère, son accroissement est progressif et continu; les matières fécales ne subissent jamais d'alternatives de décoloration puis de coloration; 2° il tend à devenir extrêmement intense, presque noir.

L'état du foie ne donne pas grands renseignements pour le diagnostic, car le foie est tantôt atrophié, tantôt hypertrophié. Mais la vésicule biliaire est très souvent dilatée; on sent une tumeur piriforme, lisse, tendue, parfois seulement une vague tumeur légèrement douloureuse; la dilatation de la vésicule n'est pas constante. Dans quelques cas, on peut sentir la tumeur pancréatique à droite de la colonne vertébrale dans la région pylorique. On trouve souvent quelques signes d'insuffisance pancréatique (stéarrhée, azotorrhée), plus rarement des signes du syndrome diabétique, par exemple la glycosurie. Enfin et surtout, la cachexie s'établit rapidement et elle est souvent extrêmement marquée; la terminaison fatale survient ordinairement en six mois à peine. Ce qui complique le diagnostic entre l'ictère de la lithiase biliaire et l'ictère du cancer de la tête du pancréas, c'est que la lithiase biliaire détermine parfois une *pancréatite chronique* et qu'alors aux caractères de l'ictère lithiasique s'ajoutent quelques signes pancréatiques; le diagnostic est souvent presque impossible même au moment d'une intervention chirurgicale ; il en fut ainsi dans le cas de Waldeck-Rousseau (Kehr).

Le *cancer de l'ampoule de Vater* donne le même syndrome de compression des voies biliaires que le cancer de la tête du pancréas. Aussi le diagnostic est très délicat. Hanot et Rendu ont donné deux symptômes cliniques que l'on rencontre plutôt dans le cancer de l'ampoule de Vater : l'ictère est quelquefois variable, plus ou moins foncé, peut-être par suite de variations dans la turgescence et la vascularisation du néoplasme; la diarrhée est parfois rebelle et intense. Ces deux symptômes ne sont pas constants.

Le cancer des voies biliaires est le plus souvent un *cancer de la vésicule biliaire* ; il coïncide à peu près constamment avec la présence de calculs dans la vésicule. Chez un malade lithiasique, survient le syndrome ictère chronique, auquel s'ajoutent un amaigrissement et une cachexie plus rapides que dans la lithiase biliaire ; à la palpation de la région sous-hépatique, on trouve parfois une tumeur indurée ; on constate aussi souvent des ganglions au cou, dans les aines; c'est surtout l'évolution de la maladie qui permet un diagnostic exact.

Le *cancer des canaux biliaires* (hépatique, cystique, cholédoque) donne à peu près les mêmes symptômes qu'un cancer de la tête du pancréas : ictère chronique, cachexie et affaiblissement progressif, mort au bout de quelques mois. Cependant le foie est presque toujours augmenté de volume; la dilatation de la vésicule biliaire est la règle dans le cancer du cholédoque, tandis que dans le cancer du canal hépatique la vésicule biliaire n'est pas dilatée. On remarquera encore que, dans le cancer de la tête du pancréas, l'hypothermie est très fréquente et que, dans le cancer des canaux biliaires, la température est toujours normale quand elle n'est pas fébrile.

Enfin, dans certaines formes de *cancer du foie*, en particulier de cancer nodulaire, le syndrome ictère chronique est assez fréquent; les canaux biliaires sont comprimés par des nodules cancéreux; on trouve alors un foie augmenté de volume, inégal, bosselé de saillies marronnées; ces masses cancéreuses subissent un accroissement très rapide ; le malade se cachectise vite, la durée moyenne du cancer nodulaire étant de trois à six mois.

M. Gaultier a montré qu'on pouvait distinguer les affections du foie et les affections du pancréas par le *syndrome coprologique*. Dans les affections du foie, on constate une durée de la traversée digestive allongée, une réaction des fèces acide, une diminution de la quantité d'eau avec augmentation de poids des substances sèches. Dans les affections pancréatiques, on trouve au contraire une durée de la traversée digestive raccourcie, une réaction neutre ou alcaline, une augmentation de la quantité d'eau des fèces avec diminution de poids des substances sèches.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE. — La valeur séméiologique du syndrome ictère chronique et surtout de ses variétés cliniques est évidemment très grande. La cholémie révèle la diathèse biliaire; l'ictère méta-pigmentaire de certaines affections du foie indique la période d'insuffisance hépatique; l'ictère orthopigmentaire différencie les cirrhoses biliaires des cirrhoses veineuses; l'ictère avec décoloration des fèces signifie que les voies biliaires sont oblitérées par un calcul ou comprimées par une tumeur du voisinage. En réalité, l'ictère chronique comprend plusieurs syndromes, et en présence de l'un de ces syndromes, le diagnostic est immédiatement orienté vers un groupe d'affections du foie, des voies biliaires ou du pancréas. Mais ensuite, pour préciser le diagnostic, il faut rechercher d'autres symptômes ou signes physiques : état du foie, de la vésicule biliaire, état général. On doit encore faire remarquer que ces schémas des affections hépatiques, avec ou sans ictère, avec ictère ortho ou méta-pigmentaire, ne correspondent pas d'une façon absolue à toutes les réalités cliniques et qu'il faut compter avec quelques exceptions aux règles générales. Ainsi, tout récemment, Gilbert et Lereboullet, Fiessinger, ont rapporté plusieurs cas d'ictère franc, avec ou sans décoloration des matières fécales, au cours des cirrhoses alcooliques bi-veineuses.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Il est impossible de formuler un pronostic général, les faits cliniques sont trop différents ; aux deux extrémités de la série des malades, on trouve le cholémique ou l'ictérique congénital s'accommodant fort bien avec leur ictère, et le cachectique succombant en quelques mois d'un cancer de la tête du pancréas.

De même, il n'y a pas un traitement de l'ictère chronique mais des indications médicales ou chirurgicales relevant de la cause de l'ictère. Rappelons seulement, à propos des ictères ortho-pigmentaires avec syndrome de rétention biliaire, que l'ictère lithiasique bénéficie des progrès de la chirurgie des voies biliaires.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité de méd.*; — *Traité de méd. et de thérap.* ; — *Manuel de méd.* ; — *Manuel des mal. du tube digestif* (t. II, PANCRÉAS). — L. LÉVI. Diagnostic clinique des cirrhoses hypertrophiques, *Gaz. des hôpit.*, 1898, n° 24. — RHENTER et REBATTU. Cancer primitif des canaux biliaires, *Gaz. des hôpit.*, 1908, n°s 116 et 119. — CHIRAY. De l'obstruction biliaire, *Gaz. des hôpit.*, 1908, n°s 134 et 137.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 149. — SAMEDI 26 & MARDI 29 DÉC. 1908. 81e ANNÉE. SAMEDI 26 & MARDI 29 DÉC. 1908. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 28 décembre 1908.

L'extraordinaire concours d'admissibilité à l'agrégation a subi un échec que nous espérons décisif. Un arrêté du ministre de l'Instruction publique vient de le suspendre *sine die* en attendant son annulation qui ne saurait tarder.

La courageuse solidarité des candidats, l'énergie dont ont fait preuve les praticiens et les étudiants ont seules déterminé ce retour au bon sens que n'avaient pu faire prévaloir les deux Congrès des praticiens contre la centralisation à outrance qui étouffe nos universités.

A ce titre, les protestataires ont droit à la gratitude de tous les praticiens de France.

Mais ils ont remporté une autre victoire dont nous ne leur sommes pas moins reconnaissants.

Ils ont pu établir devant le président du Conseil que la police avait envahi la Faculté de médecine *avant* toute manifestation et que l'inqualifiable réquisition *préventive* signée par le président du jury avait été la cause initiale de tous les désordres.

M. le préfet de police a reçu un ordre écrit lui défendant à l'avenir d'obéir à de semblables réquisitions.

Nous aimons à croire que désormais la Faculté redeviendra ce qu'elle n'aurait jamais dû cesser d'être : la maison des médecins et des étudiants dans laquelle une seule voix doit se faire entendre, paternelle et respectée : la voix du doyen.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 27 décembre 1908 : MM. Prélat, 11 ; Bollack, 10 ; Chatelin (Ch.), 10 ; Vincent (René), 8 ; Pruvost, (Pierre), 8 ; Bernard, 12 ; Gendron, 12 ; Bith, 12 ; Monnier (Paul), 6.

Anatomie. — La séance de samedi 26 décembre n'ayant pu avoir lieu par suite d'un malentendu est reportée au mardi 29 à 8 heures du matin.

— Un concours pour l'admissibilité au concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 22 février 1909, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, service du personnel, du lundi 18 janvier au samedi 6 février inclusivement, de midi à 3 heures.

Le nombre des places d'admissibles mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire en vue du concours d'admission dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du lundi 18 janvier au samedi 6 février inclusivement, de midi à 3 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La fermeture de la Faculté pour les étudiants de première et de deuxième années. — « En raison des désordres graves et répétés dont le cours d'anatomie a été le théâtre, par arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique, en date du 24 décembre 1908, pris par application de l'article 40 du décret du 21 juillet 1907 et après avis du Conseil de l'Université, la Faculté de médecine de l'Université de Paris est fermée jusqu'à la fin du premier semestre de l'année scolaire 1908-1909 (1er mars 1909) pour les étudiants de première et de deuxième années.

Pendant la durée de fermeture de la Faculté tous les actes scolaires seront suspendus pour les étudiants de première et deuxième années Ils ne pourront prendre d'inscriptions, subir d'examens ni obtenir le transfert de leur dossier dans un autre établissement. »

Nous espérons, dans l'intérêt des étudiants que cette grave mesure ne sera pas maintenue et que l'indulgence ministérielle permettra bientôt la reprise des cours. On tiendra certainement compte du préjudice sérieux occasionné aux études par la mauvaise organisation des études anatomiques, défauts qu'a reconnus M. le Doyen, avant de l'aggraver encore par une sévérité excessive.

(*Voir la suite, p. 1785.*)

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

(*Service de M. Broca.*)

PNEUMONIE SIMULTANÉE

CHEZ LE FRÈRE ET LA SŒUR

APPENDICITE ET PNEUMONIE

Par M. RAILLIET,

Interne des hôpitaux de Paris.

Une pneumonie prise pour une appendicite et envoyée comme telle dans un service de chirurgie, c'est un fait, sinon banal, du moins bien connu. Aussi ne rapporterions-nous pas l'observation du jeune Robert T..., bien que, dans le cas particulier, l'erreur fût favorisée par l'existence d'antécédents appendiculaires, si nous n'avions appris que la sœur du petit malade était également atteinte de pneumonie et que cette pneumonie avait débuté le même jour chez les deux enfants. Ce cas, certes, n'offre pas la netteté de celui que MM. Chauffard et Widal ont présenté à l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux (1), concernant deux conjoints atteints simultanément de pneumonie à début et à évolution rigoureusement superposables; il nous paraît pourtant avoir quelque intérêt.

Robert T..., âgé de quatre ans et demi, a une sœur de trois ans, Alice, et un petit frère de deux ans, Hubert. Tous trois, ainsi que leurs parents, sont habituellement bien portants.

Depuis le mois de février 1908 cependant, Robert présente des troubles abdominaux, vraisemblablement appendiculaires. A cette époque, il s'est plaint un jour de brusques douleurs prédominant dans la fosse iliaque droite, et non accompagnées de vomissements; en huit jours, tout est rentré dans l'ordre.

Vers la mi-juin, les douleurs se sont renouvelées avec la même brusquerie, un peu moins violentes pourtant que la première fois. Céphalée, constipation, pas de vomissements. Température entre 38 et 39 degrés. Purgatifs, lavements, régime sévère, lait coupé d'eau de Vals et bouillon de légumes. Au bout d'une quarantaine de jours, la fièvre étant tombée, l'enfant est envoyé en convalescence à la campagne.

Là, il contracte les oreillons. Puis il revient en octobre, bien portant. Le 26 octobre, au dispensaire de la rue Oudinot, où la mère le conduit régulièrement, on constate qu'il a maigri; il a le ventre un peu plus ballonné que de coutume; il a vomi, et de plus il présente une légère angine. A la fin du mois, après quelques jours de repos à la chambre, il est parfaitement guéri.

Tout va bien, lorsque le *4 novembre*, à dîner, il déclare que sa soupe « lui fait mal au ventre » ; il va se coucher, s'endort; puis, soudainement, à *onze heures du soir*, il est réveillé par une violente crise de douleurs abdominales, surtout intenses dans la région préombilicale. Vers trois heures du matin, vomissements alimentaires, puis bilieux à trois reprises.

Le lendemain, 5 novembre, la douleur a diminué, mais le moindre attouchement la réveille. Pas de nouveau vomissement. Pas de selle depuis l'avant-veille malgré les lavements.

Robert est conduit au dispensaire où il est examiné par le docteur Bresset et notre collègue Détré. Ceux-ci, en présence des signes constatés : température à 39 degrés, douleur au voisinage de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite, absence de tout signe d'auscultation, et aussi en raison des antécédents appendiculaires, concluent à une nouvelle poussée d'appendicite et envoient l'enfant aux Enfants-Malades, où il est admis d'urgence dans le service de M. Broca.

Dès son entrée, le petit malade est examiné par notre excellent collègue Schreiber, qui note : pas de ballonnement du ventre, un peu de défense musculaire à droite, avec douleur assez légère au point de Mac Burney lors de la palpation profonde, gargouillement dans la fosse iliaque droite, rien au toucher rectal. Langue belle; pouls petit, régulier, à 108; température, 39°3. Frappé par la toux courte et fréquente que présente l'enfant, notre collègue ausculte longuement et soigneusement, mais ne découvre rien d'anormal.

Le 6 *novembre*, l'enfant n'accuse plus qu'une légère douleur para-ombilicale à gauche; pas de douleur dans la fosse iliaque droite. Gargouillement en ce point. Pas de matité. Ni selle ni vomissement. Langue saburrale. Température, 39°2. Petite toux grasse, fréquente. Respiration courte, 48. Au sommet droit, en arrière, souffle tubaire éloigné. Submatité. Le diagnostic de pneumonie du sommet droit remplace alors celui d'appendicite. Le traitement est changé en conséquence, la glace est supprimée et les boissons abondantes sont prescrites.

Le soir : température, 40 degrés; pouls faible, régulier, à 116.

7 novembre. — L'enfant n'a pas reposé durant la nuit; il a beaucoup toussé. Abattement. Herpès de la lèvre supérieure, à droite. Le souffle n'est pas plus intense que la veille; il se perçoit à peine dans l'aisselle droite. La douleur péri-ombilicale persiste encore, mais le ventre reste assez souple; au point de Mac Burney en particulier, on peut déprimer fortement la paroi. Les urines sont rares, très chargées; albumine; chlorures peu abondants, 4g255 par litre.

Le soir, pommette droite très rouge. Gorge un peu rouge, douloureuse. Température, 40 degrés; pouls régulier, bien frappé.

8 novembre. — La température tombe à 38°4 le matin. L'état général est meilleur.

9 novembre. — Les signes physiques constatés à droite sont maintenant presque effacés.

Le soir, ascension à 40°2. Matité au sommet gauche; souffle lointain à ce niveau, quelques râles fins dans l'aisselle gauche.

10 novembre. — Matité étendue au sommet gauche et dans l'aisselle. Souffle et râles muqueux fins, inégaux à la fin de l'inspiration. Respiration courte. La toux continue.

11 novembre. — Amélioration de l'état général; 39°5 le matin, 38°5 le soir. Les signes physiques varient peu.

12 novembre. — La défervescence continue : 39 degrés le matin, 37°3 le soir.

13 novembre. — La température est revenue à la normale; encore quelques râles dans l'aisselle. Pouls tombé à 88, bien frappé.

Les signes physiques et la toux persistent quelques jours encore et l'enfant sort parfaitement guéri le 19 novembre.

*
* *

Notre collègue Détré, qui s'intéressait à l'enfant, nous ayant appris incidemment que sa sœur, la petite Alice, avait fait, pendant le séjour de Robert à l'hôpital, une pneumonie bénigne, nous l'avons prié de vouloir bien nous communiquer l'observation de la fillette. Voici la note, forcément sommaire, — l'enfant ayant été soignée chez elle par sa mère — que Détré a eu l'obligeance de nous envoyer et dont nous le remercions vivement.

(1) Chauffard et Widal. Pneumonie conjugale simultanée. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 oct. 1908 (v. *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 1508).

Toujours bien portante, Alice n'a eu que les oreillons, en même temps que ses deux frères, pendant les vacances.

Le *4 novembre, à midi*, en rentrant de l'école, elle est prise d'un frisson et vomit. Le lendemain matin, elle est conduite au dispensaire, avec son frère. Comme lui, elle a 39 degrés. Mais, tandis que chez lui on ne trouve aucun signe pulmonaire et que les symptômes abdominaux prédominent, elle présente une légère dyspnée. A l'auscultation, respiration soufflante au sommet droit ; pas d'altération notable à la percussion. Cependant on pense à une pneumonie du sommet et on prescrit un traitement en conséquence.

Le *6 novembre*, température, 39 degrés (prise par la mère).

Le 7, l'enfant est ramenée, chaudement enveloppée, au dispensaire. Température, 39 degrés. Souffle au sommet droit. Légère albuminurie fébrile.

Le 8, température, 38°5 (prise par le mère).

Le 9, 37°2. Amélioration notable.

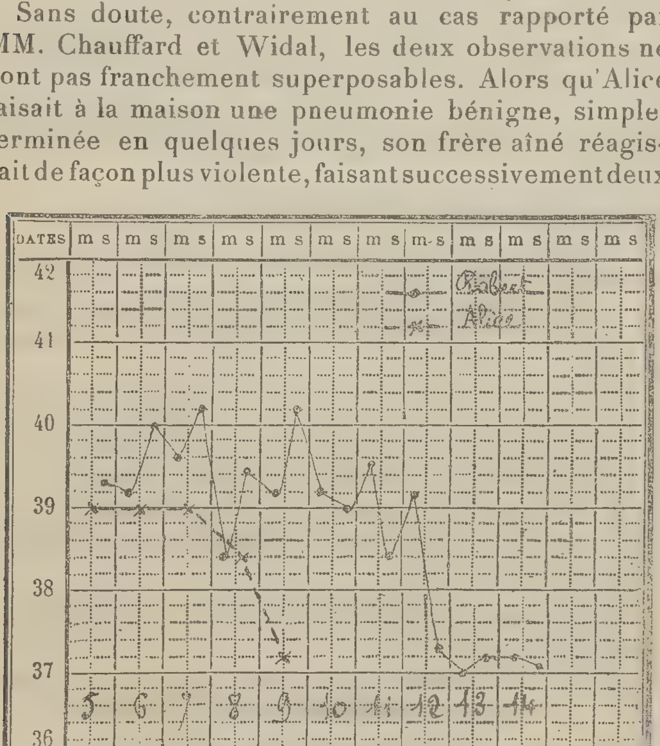
Le 14, l'enfant est revue. Encore quelques légers râles sous-crépitants.

Si sommaire que soit cette observation, il ne nous semble pas que le diagnostic de pneumonie soit contestable.

* * *

En résumé, il s'agit de deux cas de pneumonie ayant éclaté à onze heures d'intervalle chez le frère et la sœur, qui, tous deux, couchent bout à bout dans le même lit. Le jeune Hubert, qui est resté indemne, couche dans la chambre de ses parents.

Sans doute, contrairement au cas rapporté par MM. Chauffard et Widal, les deux observations ne sont pas franchement superposables. Alors qu'Alice faisait à la maison une pneumonie bénigne, simple, terminée en quelques jours, son frère aîné réagissait de façon plus violente, faisant successivement deux



Novembre 1908

foyers, l'un à droite, comme elle, l'autre à gauche, plus étendu. Mais jusqu'au moment où ce deuxième foyer s'est manifesté, la courbe de température est demeurée à peu près parallèle à celle d'Alice ; il n'y a qu'une différence d'intensité.

Pourquoi Robert a-t-il fait une forme plus grave que sa sœur? Peut-être pourrions-nous jusqu'à un certain point incriminer l'influence fâcheuse de l'hospitalisation dans une salle de quarante malades ; mais nous sommes aussi en droit d'invoquer l'état de moindre résistance où se trouvait le petit malade à la suite de ses crises appendiculaires répétées, de ses oreillons et de son angine toute récente.

Quant à l'étiologie de cette infection simultanée, il nous a été impossible de la préciser.

* * *

Si classique que soit la symptomatologie abdominale des affections pleuro-pulmonaires, on n'en voit pas moins à chaque instant de nombreuses erreurs de diagnostic, commises même par des cliniciens expérimentés, tellement ce diagnostic est une question de nuances. Aussi ne croyons-nous pas inutile de rappeler brièvement ici les symptômes différentiels de la pneumonie et de l'appendicite, tels qu'ils résultent des discussions et des travaux les plus récents.

A propos d'une communication de M. Mignon à la Société de chirurgie (1), un certain nombre de semblables confusions ont été signalées. Pour Kirmisson, le ou les vomissements que présentent souvent les enfants au début de la pneumonie augmentent les chances d'erreur ; il faut tenir compte du facies plombé, péritonitique dans l'appendicite, coloré, vultueux au contraire dans la pneumonie. Pourtant chez notre malade, la rougeur de la pommette ne s'est montrée que le troisième jour, en même temps que l'herpès labial. D'autre part, nous suivons en ce moment un malade chez lequel l'appendicite n'a jamais pu être mise en doute et qui a depuis le début le facies vultueux.

Arrou rappelle l'importance de la dyspnée et de la spontanéité de la douleur, indifférente à la pression.

Triboulet (2) attache quelque importance aux caractères du vomissement : celui-ci serait plus dramatique et plus facilement bilieux d'emblée au début de la pneumonie. Mais il attribue une valeur bien plus grande au type respiratoire : d'instinct, le sujet à péritoine lésé conserve l'immobilité en *position allongée*; le pneumonique, au contraire, recherche la *position en chien de fusil* ou la *position assise*.

Lesné et Marre (3) insistent sur l'absence habituelle de défense musculaire dans la pneumonie ; lorsqu'elle existe, la contraction se relâche dans l'intervalle des respirations ; elle disparaît aussi lorsqu'on déprime la région appendiculaire par une pression large, ferme et progressive (Guinon).

Outre ces signes récemment mis en vedette, on ne négligera pas de tenir compte de l'élévation plus grande de la température, de l'existence, fort inconstante d'ailleurs, de la toux, de la diminution des chlorures, antérieurement signalées dans la pneumonie. Par contre, l'examen du sang qui décèle une leucocytose dans les deux cas, et la radiographie, ne seront d'aucun secours.

Ainsi donc, il ne semble pas facile, malgré une étude méticuleuse de tous les symptômes, d'éviter

(1) Mignon. Infections pleuro-pulmonaires à allures cliniques d'infections péritonéales. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1er avril 1908.

(2) Triboulet. Pneumonie et syndrome appendiculaire. *La Clinique*, 3 avril 1908.

(3) Lesné et Marre. Point de côté abdominal et phénomènes appendiculaires dans la pneumonie infantile. *Id.*, 14 août 1908.

toujours la confusion. Mais, ce qui complique la difficulté, c'est qu'il est des cas, très rares il est vrai, où avec la pneumonie, affirmée sur les signes physiques, coexiste réellement une appendicite. Lesné et Marre rapportent les deux seuls cas incontestables, à leur connaissance, de cette coexistence, l'un, personnel, l'autre de Ch. Leroux.

Était-ce le cas chez notre malade, et s'agissait-il chez lui d'une appendicite ancienne, certaine, réveillée par la pneumonie? Après analyse soigneuse de l'observation, nous ne le croyons pas. Sans doute, les vomissements du début, la constipation et, localement, la légère défense musculaire, la douleur à la pression, semblaient plaider en faveur de l'appendicite; mais, en vérité, pour une colique appendiculaire datant de dix-huit heures environ, ces symptômes locaux eussent été bien atténués. De plus, le maximum de la douleur siégeait plutôt autour de l'ombilic; enfin, il n'y avait pas de ballonnement. L'erreur d'ailleurs ne fut pas de longue durée, grâce surtout à la toux et à la persistance d'une température élevée, qui attirèrent l'attention du côté des voies respiratoires.

En général il en sera ainsi, et le diagnostic sera rectifié assez vite, ce qui, au point de vue thérapeutique, n'est pas sans importance. Sans parler de l'intervention, pour le moins inutile, et laissant de côté l'application de glace dont il ne peut pâtir beaucoup, le pneumonique a besoin de boire beaucoup et d'être purgé, tandis que l'appendicité doit être soumis à une diète sévère, absolue, et jalousement protégé contre toute purgation intempestive.

PRATIQUE CHIRURGICALE

DRAIN ARMÉ DU DOCTEUR RICARD

M. Ricard a présenté à la Société de Chirurgie (v. *Gazette des hôpitaux*, 1908, n° 121, p. 1446) un drain qui a l'aspect d'un drain ordinaire en caoutchouc rouge, mais qui a comme particularités d'avoir noyées dans son épaisseur de minces lamelles en aluminium, qui lui donnent plus de résistance et rendent presque impossible son aplatissement au milieu des tissus.

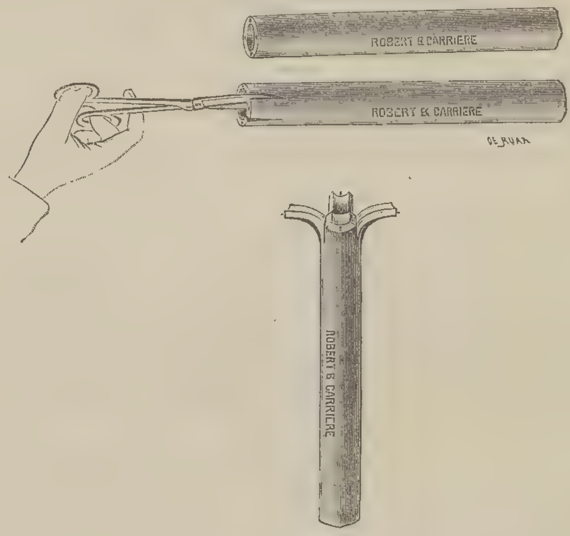
Mais ce n'est pas là son seul avantage. M. Ricard avait déjà fait confectionner un premier modèle de drain muni à l'une de ses extrémités d'une rondelle de caoutchouc; cette rondelle empêchait le drain de rentrer complètement dans la plaie; le pansement, en s'appliquant sur sa surface extérieure l'empêchait d'en sortir.

Pour utiliser ce drain il fallait se rendre compte de la profondeur de la plaie, afin de couper le drain à la longueur voulue. Le nouveau drain que présente M. Ricard a comme le drain à rondelle l'avantage de se maintenir fixe dans la plaie au point précis où il a été placé, sans pouvoir ni s'enfoncer, ni sortir de la plaie.

Voici comme l'on procède ; le drain est choisi comme il convient, fenêtré ou non, et du calibre voulu; il est introduit dans la plaie comme un drain ordinaire et coupé non pas au ras de la plaie, mais 2 à 3 centimètres au-dessus.

Cette partie extérieure du drain est alors sectionnée longitudinalement entre les plaquettes de métal et les quatre sections sont ensuite rabattues à angle droit, formant ainsi une croix dont chaque branche rigide contient une plaquette de métal. Le drain ne peut ainsi rentrer dans la plaie. Le pansement extérieur le fixe et l'empêche de sortir.

Il est bon de noter que les plaquettes qui arment le caoutchouc s'arrêtent environ à 1 centimètre à chaque extrémité du drain, de façon que le métal ne soit jamais en contact avec la plaie.



Ce drain a un avantage que les malades savent bien apprécier. N'étant pas solidaire du pansement, il reste invariablement fixé là ou le chirurgien l'a placé. Il ne bouge pas avec le pansement et évite ces va-et-vient douloureux des drains pris par l'épingle dans les compresses. D'autre part, n'étant pas tiré hors de la plaie par le pansement qui remonte, il draine bien là où le chirurgien a voulu qu'il drainât.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1908)

De la carpo-cyphose (anatomie normale et pathologique de l'articulation radio cubitale inférieure). — M. ROBINSON appelle carpo-cyphose une déformation du poignet connue depuis quelque temps sous le nom de maladie de Madelung et qui en réalité était décrite par Dupuytren d'abord, par Smith et Cruveilhier ensuite. Il a pu disséquer un cas de ce genre chez une femme de trente ans, et radiographier un autre chez une jeune infirmière avec le concours de M. Jacoulet, interne des hôpitaux. D'un autre côté, il a tâché de reproduire expérimentalement la luxation de la tête cubitale chez le cadavre. Le résultat de ses recherches l'ont conduit à accepter une malformation congénitale de la cavité sigmoïde du radius, laquelle est petite, plate ou déjetée en dehors. Ici comme dans la luxation de la hanche le défaut anatomique est évident Pourtant on ne pourrait aucunement contester l'influence du traumatisme ou d'une lésion épiphysaire, qui agissant sur le cartilage rétréci en avant, élargi en arrière comme l'auteur l'a constaté après Ufelmann, fera bailler l'espace diaphyso-épiphysaire et produira une bosse en avant (carpo-cyphose antérieure), tandis que les fléchisseurs gênés par cette bosse, irrités par l'arcade palmaire en avant et le bout inférieur déformé du radius en arrière, tireront sur le cubitus qui leur donne attache et feront déclancher la tête cubitale en arrière (carpo-cyphose postérieure).

L'homme fossile de la Chapelle-aux-Saints (Corrèze). — MM. A. et J. BOUYSSONIE et L. BARDON. Dans la séance du 14 décembre 1908, M. Boule a présenté les restes du squelette humain découvert récemment par les auteurs. Ceux-ci exposent aujourd'hui les circonstances de leur découverte et

concluent que l'homme fossile est incontestablement de la période monstérienne, qu'il a été intentionnellement enseveli et que l'endroit où il a été trouvé était non un lieu d'habitation, mais un tombeau où se sont donnés d'assez nombreux repas funéraires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1908)

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. Chauvel et propose de lever la seance en signe de deuil.

Toutefois, suivant l'usage, on laisse la parole aux présentateurs.

Plaie du poumon. — M. DEMOULIN présente une jeune femme de vingt ans qui s'est tiré un coup de revolver dans la partie latérale droite de la poitrine. Amenée à l hôpital, elle y a des hémoptisies et les internes de garde constatent un commencement d'épanchement à la base du poumon droit, M. Demoulin rappelle avoir soutenu que, dans ces cas, l'expectation était la meilleure conduite à suivre. Il revient sur cette opinion. En effet, chez cette blessée, malgré l'immobilisation, la morphine, l'hémoptisie persistait, l'épanchement pleural augmentait. Les internes, en particulier M. Bodolec, interne de M. Demoulin, n'hésitèrent plus à intervenir. M. Bodolec fit un volet thoracique, évacua de la plèvre 1 litre et demi de sang, extériorisa le poumon, y trouva une plaie qu'il sutura. Pendant deux ou trois jours, la malade eut beaucoup de fièvre; 39 et 40 degrés, puis elle guérit très rapidement. Aujourd'hui sa respiration, du côté blessé, est aussi ample que de l'autre côté.

Plusieurs orateurs se sont fait inscrire, en particulier M. Delorme, pour prendre part à la discussion soulevée par M. Demoulin.

Elections. — On procède à l'élection du bureau pour l'année 1909, qui se trouvera ainsi composé : président : M. Reynier; vice-président : M. Routier; seérétaire général: M. Rochard; premier secrétaire : M. Lejars; deuxième secrétaire : M. Hartmann; trésorier : M. Arrou; archiviste : M. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1908)

Le thymus rachitique. — M. J. DU CASTEL, après une étude comparative de thymus rachitiques et non rachitiques, arrive aux conclusions suivantes : tout thymus qui dépasse 8 grammes est hypertrophié. Le rachitisme hypertrophie le thymus et en retarde l'involution. La myélocytose y est souvent très abondante et par contre la sclérose tardive. Il est rare cependant que le thymus rachitique dépasse 15 grammes. Comme toujours en anatomie pathologique, il ne s'agit là que d'une règle générale; en outre, le rachitisme n'est pas la seule cause d'hypertrophie thymique. Quoiqu'il en soit, elle fait partie de la réaction des organes lymphoïdes au cours de cette affection, au même titre que l'hypertrophie de la rate et les ganglions.

Hyperthyroïdie compensatrice ou réactionnelle. — MM. LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD. Les lésions d'hyperthyroïdie existent dans des états thyroïdiens variés : goitres simples, kystes, par exemple.

L'expérimentation les reproduit par résection partielle de la glande, ligature des vaisseaux, injections artérielles, etc. Il s'agit d'hypertrophie compensatrice ou réactionnelle se traduisant par des signes cliniques.

La réaction peut dépasser l'individu, intéresser l'espèce (hérédité réactionnelle).

Le traitement thyroïdien susceptible d'amener la rétrocession de l'hyperplasie, se trouve ainsi justifié dans l'hyperthyroïdie. Il agit par diminution de l'hyperactivité phosphorée.

Dans certains cas, au contraire, il transforme un goitre simple en goitre basedowien (inversion des résultats).

Des effets superposables de la médication iodée attestent qu'elle est, à certains points de vue, une médication thyroïdienne indirecte.

Le phénomène de la disparition des globulins. — MM. ACHARD et AYNAUD. La disparition temporaire des globulins de la circulation s'observe après l'injection intraveineuse non seulement de peptone et de gélatine, mais encore de beaucoup d'autres substances (electrargol, sulfure d'arsenic colloïdal, ovalbumine, lécithine, graisses), dont les unes accélèrent, d'autres ralentissent ou encore ne modifient pas la coagulation. Sacerdotti a constaté aussi cette disparition après l'injection d'antisérums, de sérum hémolytique, de sérum hétérogène ; elle est seulement plus courte qu'après le sérum antiplaquettes. Nous l'avons vue, de même, après le sérum hétérogène, qui détermine *in vitro*, comme les substances précédentes, l'agglutination des globulins.

En somme, le phénomène de la disparition des globulins paraît être une réaction assez banale produite par de nombreuses substances dont le seul caractère commun est leur nature colloïdale. Avant d'affirmer qu'un sérum est vraiment globulinolytique, il y aurait lieu de s'assurer qu'il n'est pas simplement agglutinant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ A L'AGRÉGATION

Bien que les journaux politiques aient publié dans leurs moindres détails les événements de ces jours derniers, nous croyons utile de résumer ici d'une façon très succincte, à l'intention de nos confrères de province, les principaux épisodes qui ont marqué le début du concours aujourd'hui suspendu.

Le concours s'est ouvert lundi 21 décembre à midi. A l'heure indiquée les candidats se présentent pour l'appel. Ils entrent un à un par la grille entrebaîllée de la Faculté de médecine pendant qu'une foule déjà considérable stationne au dehors.

Les candidats se trouvent dans la cour attendant l'appel lorsque des forces de police, gardiens de la paix et gardes municipaux en tenue de campagne pénètrent dans la Faculté précédés par un commissaire et un tambour. L'étonnement des candidats fait place à une violente indignation quand le commissaire de police exhibe une réquisition signée du Président du jury, *alors qu'aucun désordre ne s'est produit dans la Faculté.*

Malgré leurs protestations la police expulse brutalement les candidats, plusieurs sont grièvement contusionnés.

Après de longs pourparlers ils sont enfin admis à rentrer dans la Faculté et à venir un à un, encadrés d'agents de police, répondre à l'appel.

Ce fut un spectacle extraordinaire que ces candidats conduits entre deux agents devant un jury entouré lui-même de gardes municipaux.

Il ne manquait que les menottes pour qu'on se crût au Dépôt!

Ces faits inouïs amènent dès le soir même des protestations indignées.

Les candidats se réunissent à l'Hôtel des Sociétés savantes et par 96 voix contre 5 (les candidats de province n'ayant pu être avisés) adoptent une ligne de conduite qui restera rigoureusement secrète jusqu'au jeudi matin.

Le Président du concours d'admissibilité à l'agrégation ayant exprimé ses idées dans une conversation avec un rédacteur d'un journal politique, les candidats font connaître à leur tour leur manière de voir dans une note publiée par la grande presse.

Il leur paraît en outre indispensable de s'expliquer devant leurs confrères en leur exposant certains points en litige, afin de les faire juge du différend.

Voici la note qu'ils nous communiquent :

« 1° Selon le Président, le concours actuel s'adresse plus particulièrement aux jeunes médecins, de ving-huit à trente ans, dont la mémoire conserve encore toutes fraîches les matières sur lesquelles porte précisément le programme. Dans ces conditions, le travail de préparation à l'épreuve écrite serait minime et l'effort exigé des candidats peu considérable.

Nous répondons :

Le nombre des places est des plus limité, étant fixé à vingt pour toutes les Facultés et Ecoles de médecine et pour toutes les agrégations (médecine, chirurgie, obstétrique, anatomie, physiologie, physique, chimie et histoire naturelle). Il s'en suit que l'énorme majorité des candidats seront refusés cette fois-ci. L'année prochaine et les suivantes, la plupart d'entre eux auront à recommencer le même concours.

Il suffit, d'ailleurs, de consulter la liste actuelle des candidats pour reconnaître qu'au moins à Paris, on trouve un certain nombre de chirurgiens et médecins des hôpitaux, des chefs de clinique, tous ayant déjà dépassé la trentaine. On peut ajouter, en toute modestie, qu'ils ont fait leurs preuves.

2° Notre président estime que, pendant l'intervalle qui séparera l'admissibilité acquise et le concours de nomination définitive, les candidats débarrassés de la première épreuve théorique, pourront se consacrer à des travaux personnels dont il sera tenu grandement compte pour la nomination.

Nous répondons :

L'épreuve d'admissibilité étant un concours, les candidats refusés, c'est-à-dire l'énorme majorité, seront bien obligés de se remettre, chaque année, aux études théoriques.

Ajoutons que, pour ce qui concerne les médecins et les chirurgiens proprement dits, ce travail de préparation, simple effort de mémoire, est déterminé sur un programme étranger à la pathologie externe ou interne, puisqu'il n'a trait tout d'abord, qu'à l'anatomie, à l'histologie et à la physiologie. Que dire des physiciens et des chimistes qui seront tenus d'apprendre ainsi, à nouveau, l'anatomie et la physiologie? Programme stérile, qui a certainement empêché de s'inscrire nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux des plus qualifiés.

3° Il ne nous appartient pas de revenir sur la question du certificat d'études médicales supérieures en vue duquel le programme du concours actuel avait été établi. Il serait oiseux d'insister sur la façon dont le certificat prétendait servir les intérêts de ceux qui se destinaient à la carrière scientifique ou à l'enseignement. Il nous sera bien permis cependant de constater que, transformée en *concours* ouvert pour un nombre très restreint de places, cette épreuve va directement à l'encontre des idées exprimées par l'auteur de la réforme. »

Enfin une délégation se rend au ministère de l'Instruction publique sous la conduite des docteurs Reymond, sénateur, et Dubuisson, député. Elle expose au ministre sa protestation contre le concours et affirme énergiquement que cette protestation est étrangère à toute agitation politique.

Le ministre répond qu'il ne peut supprimer un concours annoncé régulièrement, mais il fait entrevoir la possibilité de modifications pour l'avenir.

Tandis que différentes manifestations plus ou moins violentes se produisent autour de la Faculté, les praticiens et les étudiants font entendre d'énergiques protestations.

Le comité de vigilance du comité des Praticiens dans une réunion tenue à l'Hôtel des Sociétés savantes fait appel à l'opinion publique et vote l'ordre du jour suivant :

« Considérant qu'après deux ans de démarches multipliées auprès des pouvoirs publics, et après avoir épuisé tous les moyens légaux, deux congrès ayant réuni l'adhésion de plus de 12.000 médecins français n'ont pu obtenir satisfaction sérieuse;

Félicite l'Association corporative des étudiants en médecine, les candidats protestataires et les praticiens de leur attitude énergique;

S'élève avec indignation contre l'invasion brutale et illégale de la Faculté de médecine, invasion qui a provoqué les troubles;

Adresse aux victimes des manifestations l'expression de ses fraternelles sympathies;

Se déclare solidaire dans la lutte si vaillamment entreprise;

Proteste contre les tentatives faites pour continuer les épreuves d'un concours qui ne saurait avoir lieu;

Blâme le président inconscient, les membres du jury et quelques candidats du concours, qui s'acharnent à défier dangereusement l'opinion du corps médical;

Repousse comme mensongères les insinuations qui tendent à rabaisser à une manœuvre politique mesquine l'effort entrepris pour faire triompher les justes revendications de l'unanimité des médecins français. »

De son côté l'association corporative des étudiants en médecine se solidarise avec les candidats et l'association générale des étudiants publie une protestation réprouvant les brutalités policières.

Jeudi matin, 24 décembre, a lieu enfin l'épreuve écrite à 7 h. 1/2 du matin à la Faculté.

La réunion préparatoire des candidats avait décidé l'abstention en masse. Seuls quelques candidats par déférence pour leurs maitres, membres du jury, avaient refusé cet engagement.

Les candidats sont conduits dans la grande salle de la bibliothèque de la Faculté où ils constatent la présence d'une centaine d'agents en civils chargés de leur surveillance.

Ils font parvenir alors au président du jury la belle et très digne lettre qui suit :

« Monsieur le président,
Messieurs les membres du jury,

Par le respect que nous devons à des juges, nous nous croyons tenus de vous faire connaître les raisons de l'attitude d'abstention que beaucoup de nous comptent avoir au cours de cette épreuve.

Nous vous la faisons connaître par écrit et non oralement, pour ne pas troubler l'épreuve elle-même et ceux qui veulent y participer.

Notre manifestation n'est pas dirigée contre l'agrégation, à laquelle nous désirons nous élever, et que nous ambitionnons tous. Notre présence ici, silencieuse et respectueuse en fait foi.

Nous nous abstenons de ce concours pour des raisons diverses. Les uns parce que vieux candidats, et qui ont déjà fait leurs preuves, ils estiment que ce concours nouveau sur des matières nouvelles et si générales qu il est impossible de trouver une question qui convienne vraiment à toutes les spécialisations confondues, est une erreur qui leur est préjudiciable. D'autres, qui pensaient concourir, s'abstiennent parce que leur dignité ne leur permet pas de poursuivre un concours, qui a été immédiatement précédé de violences prétoriennes que rien ne justifiait.

Parmi les candidats, il n'y a que des hommes déjà mûris par des études longues : beaucoup ont des cheveux blancs : quelques-uns ont fait leurs preuves et sont médecins ou chirurgiens des hôpitaux de Paris ou d'ailleurs.

Ils se refusent à être traités comme des enfants. Or, certains ont été brutalisés, d'autres expulsés, d'autres momentanément arrêtés. On les a menacés, pour un mot dit à haute voix, d'une expulsion définitive de tous les concours des Facultés de médecine.

Vous n'aurez pas à sévir. Le plus grand ordre régnera à l'épreuve; mais nombreux, très nombreux seront les hommes dignes qui refuseront d y prendre part.

Nous avons tenu, Monsieur le président, à vous faire connaître les motifs de notre conduite La déférence nous fait un devoir de vous l'expliquer autrement que par la voie de la presse.

Nous vous prions respectueusement de faire lire cette lettre à la séance et de la joindre au procès-verbal.

Un groupe d'abstentionnistes. »

Le jury fait son entrée, il n'est déjà plus au complet, M. le professeur Quénu ayant démissionné la veille. Le Président ouvre la séance et donne lecture des trois sujets entre lesquels les candidats ont à choisir :

Muqueuse intestinale et ses fonctions. — Sécrétion et excrétion biliaire. — Glande mammaire et ses fonctions.

Vingt-huit candidats seulement, sur 146, commencent à écrire. Tous les autres restent debout pour bien marquer leur abstention et demeurent dans la salle jusqu'à la fin de l'épreuve en

causant paisiblement entre eux et avec les membres du jury sans qu'aucun incident grave se produise.

A la fin de la journée les candidats tiennent une nouvelle réunion à l'Hôtel des Sociétés savantes. Quelques orateurs prennent la parole pour blâmer l'attitude de ceux qui ont cru devoir prendre part effectivement au concours et remettre leur composition écrite. Parmi ces derniers plusieurs viennent déclarer qu'ils se rangent parmi les abstentionnistes et qu'ils ne se présenteront pas devant le jury pour la lecture des compositions.

L'ordre du jour suivant est ensuite voté :

« Les candidats au concours d'admissibilité, réunis en assemblée plénière, déclarent que les troubles actuels ont été provoqués exclusivement par l'intrusion brutale de la force armée dans la Faculté de médecine.

Ils sont les premiers à prier les étudiants en médecine d'imiter leur exemple et de ne pas répondre à la violence par la violence. »

Le 25 décembre, le comité de l'Association corporative des étudiants en médecine, accompagné de MM. Lefas et Marin, députés, membres de la commission de l'enseignement, et de MM. les docteurs Caussade, Dufour, Griffon et Rist, médecins des hôpitaux; Monthus, ophtalmologiste des hôpitaux; Coppens, Caudrelier, pour le comité de vigilance du congrès des praticiens; Noir, secrétaire général de l'union des syndicats médicaux; Philippeau, président du syndicat des médecins de la Seine; Laubry, candidat à l'agrégation, est reçu à dix heures du matin par M. Clemenceau, président du conseil des ministres.

L'entretien porte sur les événements récents de l'Ecole de médecine et sur le concours d'admissibilité à l'agrégation.

En ce qui concerne le concours de l'agrégation, les délégués laissent à la présidence une note précise résumant les vues du corps médical tout entier.

En ce qui concerne l'entrée à l'école de la police, le président du conseil déclare qu'il ignorait l'entrée des agents en bourgeois à l'Ecole de médecine : et devant l'affirmation précise que des agents en bourgeois se trouvaient dans la salle même du concours d'une part, et que d'autre part, le 21 décembre, un officier de paix était entré d'abord en civil dans l'école, puis avait revêtu dans les locaux mêmes de la faculté son uniforme, M. Clemenceau donne l'assurance formelle que les agents en civil ne pénétreront plus dans l'intérieur de l'Ecole de médecine.

Enfin les délégués montrent la profondeur du mouvement mené par tout le corps médical français, mouvement purement professionnel, n'ayant aucun rapport avec une agitation politique quelconque.

Quelques instants après, en présence des ministres de l'Instruction publique, de la Justice et du Travail, M. Lépine préfet de police reçoit du président du Conseil l'ordre écrit de ne plus laisser pénétrer les agents en civil à la Faculté et de ne plus obéir à des réquisitions, à titre préventif, comme celle que lui a adressée le président du jury

Le 26 décembre enfin, le secrétariat de la Faculté de Médecine, à la suite de la décision prise par le Conseil supérieur de l'Université et par M le ministre de l'Instruction publique, a fait placarder, l'affiche suivante à la porte de la rue de l Ecole de Médecine :

Par décision de M. le ministre de l'Instruction publique, les opérations du concours d'admissibilité à l'agrégation de Facultés de médecine sont interrompues. Un arrêté ministériel déterminera ultérieurement le lieu et la date où elles seront reprises.

Le jour même les candidats à l'admissibilité à l'agrégation, réunis à l'Hôtel des Sociétés savantes, décident de charger une Commission composée de MM. Ravaut, Aubertin, Chevrier, Grisel, Guéniot, Moog et Courtellemont, qui sera complétée par l'adjonction de six délégués des candidats de province, à raison de un par faculté :

1° De demander le retrait du décret instituant un concours annuel d'admissibilité en vertu duquel un concours devrait avoir lieu en 1909. *Agir d'urgence et faire comprendre que ce concours d'admissibilité de 1909 aurait le même accueil que celui de 1908;*

2° De demander la réunion d'une commission de réforme de l'agrégation, où les candidats pourront soumettre leurs revendications concernant le tirage du jury, le siège du concours et les épreuves.

LIVRES NOUVEAUX

Bibliothèque de thérapeutique, publiée sous la direction de A. GILBERT, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, et P. CARNOT, professeur agrégé de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

La nouvelle *Bibliothèque de thérapeutique* sera divisée en trois séries, dans lesquelles seront étudiés les agents thérapeutiques, les médications, les traitements.

Deux volumes viennent de paraître simultanément : l'un consacré à la *physiothérapie*, l'autre aux *médicaments microbiens.*

L'étude des *agents physiques* a pris, depuis quelques années, un développement considérable. Les diverses branches de la *physiothérapie* offrent, par là même, au praticien, une série de ressources nouvelles. Qu'il s'agisse de *kinésithérapie*, de *massage*, d'*hydrothérapie*, d'*électrothérapie*, de *radiothérapie*, etc., tout médecin doit savoir appliquer, lui-même, les méthodes usuelles et connaître le principe, les indications et les résultats des méthodes plus compliquées, qui restent, nécessairement, confiées aux spécialistes.

Quatre volumes seront consacrés à la *physiothérapie*. Celui qui vient de paraître (1) est consacré à la *mécanothérapie* et à l'*hydrothérapie*, à la *rééducation*, aux sports en thérapeutique, et à la *méthode de B er*, et est dû aux docteurs Fraikin, de Cardenal, Constensoux, Tissié, Délagenière, Pariset, tous spécialement désignés pour traiter le sujet qui leur est particulièrement familier.

Les *médicaments d'origine microbienne* ont métamorphosé le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses. Ils peuvent conférer une immunité active grâce aux méthodes pastoriennes de *vaccination*, ou passive grâce aux méthodes de *sérothérapie*. On peut aussi, avec Metchnikoff, faire de la *bactériothérapie*, en opposant aux microbes nocifs d'autres microbes domestiques et inoffensifs, dont le développement gêne celui des premiers.

Le volume qui paraît sous le titre de *Bactériothérapie, Vaccination et Sérothérapie* (2) est rédigé par MM. Metchnikoff, Sacquépée, Remlinger, Louis Martin, Vaillard et Dopter, Salimbeni, Besredka, Wassermann et Leber, Dujardin-Beaumetz, Calmette. Ces volumes inaugurent sous les auspices les plus favorables la nouvelle *Bibliothèque de thérapeutique*, qui sera bientôt entre les mains de tous les praticiens.

L. GAYARD.

Nouveau traité de chirurgie (3), par A. LE DENTU et P. DELBET. — *Maladies des articulations*, fascicule VII, par MM. P. MAUCLAIRE et Ch. DUJARIER.

Ce fascicule est divisé en trois parties :

Dans la première, M. Mauclaire étudie les maladies inflammatoires des articulations en général : arthropathies inflammatoires amicrobiennes.

Les arthrites microbiennes sont ensuite passées en revue. La tuberculose articulaire fait l'objet d'une étude minutieuse, surtout dans la partie du traitement; de nombreux clichés radiographiques montrent les lésions des os dans les tumeurs blanches.

M. Mauclaire examine enfin les arthropathies syphilitiques, blennorrhagiques, rhumatoïdes.

M. Dujarier, dans la deuxième partie, nous donne une bonne description des corps étrangers articulaires, de

(1) In-8 de 404 p. avec 114 fig., cart. — Prix: 8 francs. — Paris, J.-B Baillière.

(2) In-8 de 400 p. avec 26 fig., cart. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B Baillière.

(3) Un vol grand in-8 de 288 p., avec 88 fig. — Prix : broché, 6 francs; cartonné, 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

l'arthrite sèche, enfin de toutes les arthropathies nerveuses, surtout de l'arthropathie tabétique qui fait le sujet d'un chapitre très complet, illustré de nombreuses figures.

Les ankyloses et les tumeurs articulaires sont traitées par M. Mauclaire qui insiste spécialement sur le traitement et la façon de mobiliser ces articulations enraidies.

E. LE SOURD.

Traité des maladies des voies urinaires (1), par MM. E. Desnos et H. Minet.

Les auteurs ont voulu, dans cet important ouvrage, nous donner un état actuel de la pathologie des voies urinaires qui a tant progressé depuis la période antiseptique, mais de plus ils ont tenu à montrer les liens étroits qui unissent cette spécialité à la chirurgie et à la médecine générale et combien une étude restreinte et limitée des voies urinaires resterait stérile comme l'a enseigné le professeur Guyon, si elle se désintéressait des questions générales et élevées.

MM. Desnos et Minet, ainsi qu'ils le disent dans leur préface, « ont eu pour but de composer un ouvrage qui permette à l'élève de trouver les éléments nécessaires à son instruction, au praticien un guide toujours prêt, au spécialiste, un moyen de préciser ses souvenirs » et ils y ont pleinement réussi.

Les différents chapitres sont bien proportionnés; les descriptions simples et claires, surtout en ce qui concerne les méthodes nouvelles : urétroscopie, cystoscopie, etc. ; de nombreuses figures illustrent le texte ; le traitement est particulièrement développé, en même temps que très précis.

La première partie du volume est consacrée aux maladies de l'urètre, la deuxième à la prostate (avec une très importante étude sur l'hypertrophie de la glande et les indications opératoires).

Les affections de la vessie débutent par un examen très complet des fonctions de cet organe

Le rein et l'uretère sont étudiés dans une quatrième partie, signalons les chapitres consacrés à l'exploration du rein, aux infections rénales, et à la technique des opérations sur le rein et l'uretère.

E. LE SOURD.

Monographies cliniques (N° 53). *Les sulfo-éthers urinaires* (2). MM. H. Labbé et G. Vitry.

La question des sulfo-éthers urinaires est une question nouvelle, mais qui doit maintenant être connue de tous les médecins. Les sulfo-éthers, ou dérivés sulfo-conjugués, sont des corps formés par la combinaison de l'acide sulfurique avec diverses substances aromatiques. Un certain nombre d'auteurs, surtout allemands et suisses, ont voulu considérer ces corps comme provenant des putréfactions intestinales et leur dose, comme pouvant fournir un « index » de l'auto-intoxication digestive. MM. H. Labbé et G. Vitry ont étudié l'élimination des sulfo-éthers urinaires d'une façon méthodique; ils ont montré d'abord que chez un sujet sain leur quantité est directement proportionnelle à la quantité d'albumine ingérée, ou plus exactement à la quantité d'albumine réellement assimilée : ce sont donc des produits normaux de la désagrégation de l'albumine, et leurs variations suivent celles de l'azote total urinaire. Le rapport entre ces deux éléments (étudié par Amann) reste donc sensiblement constant.

A l'état pathologique, il en est de même et les sulfo-éthers urinaires restent proportionnels à l'albumine aninulée. Si l'on fait baisser leur chiffre total avec certains régimes (dits antiputrides), c'est que l'on fait en même temps diminuer les quantités d'albumine ingérée, et le rapport d'Amann reste constant chez un même individu. L'exposé de l'historique de cette question et des travaux des auteurs pourra rendre des services à tous ceux qui s'occupent du traitement des affections intestinales.

L. BABONNEIX.

(1) Un vol. grand in-8, cart. toile, de 1 100 p., avec 289 fig. dans le texte et 8 pl. en couleurs hors texte. — Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8. — Paris, Masson.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le bromure de potassium qui donne des résultats si merveilleux dans toutes les affections nerveuses de l'enfance trouve également dans la coqueluche et ses complications une de ses indications les plus précieuses.

Contre les quintes de toux il sera administré à des doses variant de 1 à 4 grammes par jour. Les complications du côté du système nerveux, l'agitation, l'*insomnie*, les convulsions seront efficacement combattues par son emploi.

M. J. Comby cite dans le *Traité des maladies de l'enfance* un cas dans lequel il a obtenu la sédation de convulsions chez un petit coquelucheux en donnant 4 grammes de bromure de potassium par jour.

Dans des cas semblables, on se trouvera bien de prescrire le sirop de Henry Mure au bromure de potassium qui est si facile à doser d'une façon précise et dans lequel le sirop d'écorces d'oranges masque la saveur salée du bromure. Ce sirop est parfaitement accepté par les enfants. Chaque cuillerée à bouche est titrée à 2 grammes de sel et la cuillerée à café à 50 centigrammes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES (SUITE)

RETRAITE DE M. CAMPENON. — Jeudi matin, à onze heures, Campenon atteint par la limite d'âge, résignait ses fonctions de chirurgien de la Charité.

Ses nombreux élèves et ses amis, plus nombreux encore, avaient tenu à se grouper dans l'amphithéâtre Potain, où Campenon, avec une tristesse à peine dissimulée et partagée par tous, fit ses adieux à son service et à son vieil hôpital.

Le professeur Guyon, en quelques mots, retraça la vie chirurgicale de Campenon, et rappela sa conscience, son savoir, ses grandes qualités de clinicien, sa droiture et sa bonté.

Campenon, trop ému pour parler, se contenta de remercier tous ses collègues de l'hôpital serrés autour de lui et tous les assistants.

Cette cérémonie toute simple fut très touchante.

GUERRE. — Sont nommés au grade de médecin inspecteur dans la première section du cadre des médecins inspecteurs, les médecins principaux de première classe dont les noms suivent :

M. Pitot, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur Darricarrère, placé dans la section de réserve.

M. Chevassu, directeur du service de santé du 17e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur Fluteau, placé dans la section de réserve.

MM. les médecins inspecteurs Pitot et Chevassu ont été maintenus dans leurs fonctions actuelles.

EXAMENS DE SAGES-FEMMES. — Un décret du 26 décembre dispose que les aspirantes au diplôme de sage-femme de première classe, candidates à la Maternité de Paris et non pourvues du brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire, subissent un examen d'entrée conforme aux programmes par l'autorité universitaire, devant une commission spéciale siégeant à la Maternité et nommée par le vice-recteur de l'Académie de Paris.

Les élèves de la Maternité de Paris subissent les examens prévus par le décret du 25 juillet 1893 et correspondant à la première et à la deuxième année d'études devant un jury de cinq juges, dont deux membres de la Faculté de médecine, y compris le président.

A la suite de ces examens, le ministre de l'Instruction publique pourra, s'il y a lieu, après rapport du président prononcer l'échange du certificat délivré par ce jury contre le diplôme de sage-femme de première classe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs René Blache, membre de l'Académie de médecine; Crosnier (de la Pyramide) ; Huart (d'Hellemes) ; Mariotte, aide-major des troupes coloniales, tué à l'ennemi en Guinée française ; Planque (de Saint-Pol-sur-Ternoise).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 11, nov. 1908.) SABOURAND : Les trichophytons faviformes. — Ch. AUDRY et F. SUFFRAN : Note sur l'histopathologie comparée de la peau (tumeurs, folliculites à demodex, botryomycose, etc.). — LASSERRE : Le passif des injections mercurielles (*à suivre*).

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 11, nov. 1908.) Th. HERYNG : Traitement de la tuberculose des voies respiratoires supérieures. — BRYSON-DELAVAN : Les causes périphériques de la paralysie du nerf récurrent. — Urbano MELZI et Amedeo CAGNOLA : Quatre cas de sténoses chroniques laryngo-trachéales guéris par la laryngo-trachéostomie. — Julien BOURGNET : Thrombo-phlébite du sinus latéral droit. Issue mortelle. — L. BALDENWECKE : Les collections suppurées intra et extra-cérébrales d'origine otique.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Dec. 1908.) BARADAT : La tuberculose et les transactions. — Louis BOSSU : Médecins experts et médecine légale au XIVe siècle. — L. VASSEUR : Le premier Congrès international de la route.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 250, 25 nov. 1908.) Stéphane LEDUC : Sur le traitement électrique des paralysies et des atrophies musculaires par les courants intermittents ; — Interrupteur pour la production des courants intermittents. — A. IMBERT : Rôle de la radiographie dans une récente affaire de Cour d'assises. — NOGIER : Nouveaux résultats éloignés de la radiothérapie. — BERGONIÉ et SPÉDER : Recherches techniques au moyen du meuble d'Arsonval-Gaiffe pour diminuer le temps de pose en radiographie. — (N° 251, 10 déc.) CLUZET et BASSAL : Action des rayons X sur l'évolution de la mamelle pendant la gestation. — BARJON : De la filtration en radiothérapie. — Georges BELLEY : Tuberculose péritonéale à forme ascitique traitée et guérie par les rayons X. — E. SPÉDER : Les tubes à rayons X à grande puissance. — M. MAURY : Nouveau support d'ampoule.

Archives de médecine des enfants. — (N° 12, déc. 1908.) WINOCOUROFF : Ophtalmo-réaction à la tuberculine. — D'ŒLSNITZ : Infections pleuro-pulmonaires débutant par des symptômes abdominaux. — BABONNEIX : Les reflexes dans la chorée de Sydenham.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 11, nov. 1908.) HAYEM : Indications des lavages de l'estomac. — A. MATHIEU : La constipation spasmodique existe-t-elle? — G. LION et Marcel NATHAN : Estomac biloculaire (*suite*).

Archives générales de médecine. — (N° 11, nov. 1908.) LAIGNEL-LAVASTINE : Les troubles psychiques dans les syndromes surrénaux. — Georges COSKINAS : Sur un cas d'éosinophilie survenue après des hémorragies répétées. — ROCH et COTTIN : De la théocine comme diurétique. Revue générale, expériences cliniques (*suite*).

Archives générales de chirurgie. — (N° 11, 25 nov. 1908.) HARDOUIN : Résultats éloignés des interventions pour imperforations ano rectales. — Félix MARSAN : Sur un nouveau cas de maladie de Madelung. — MAUCLAIRE : Volumineuses hernies inguinales traitées par les sections du cordon ou par la cryptorchodie pelvienne artificielle.

Bulletin médical. — (N° 93, 25 nov. 1908.) LE MASSON : Le massage dans la néphroptose. — CHAVIGNY : Œdème hystérique provoqué. Procédé pour faire des œdèmes. — (N° 94, 28 nov.) BARBIER et LAROCHE : Note sur la nature tuberculeuse de certaines scléroses pulmonaires avec dilatations bronchiques chez les petits enfants ; — Sur un cas d'endocardite tuberculeuse avec inoculation positive au cobaye chez un nourrisson. — F. BEZANÇON et I. DE JONG : Etude histo-chimique et cytologique du crachat des tuberculeux. — (N° 95, 2 déc.) MONGOUR et GINESTOUS : De la profession dans l'évaluation de l'incapacité permanente après les accidents du travail. — (N° 96, 5 déc.) Paul RICHER : L'anatomie vivante. Leçon d'ouverture du cours d'anatomie de l'Ecole nationale des Beaux-Arts. Avec 17 figures d'après les dessins originaux du professeur. — (N° 97, 9 déc.) KIRMISSON : De l'état actuel de la question de la pathogénie et de la nature de la tuberculose chirurgicale. — MÉRY, DUFESTEL et ARMAND-DELILLE : La valeur du diagnostic précoce de la tuberculose infantile par la méthode de Grancher confirmée par l'ophtalmo-réaction. — (N° 98, 12 déc.) P. BAR : Bassin coxalgique. — PLICQUE : Le traitement des hématémèses.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 nov. 1908.) CABANÈS : L'hygiène et la thérapeutique de Voltaire (*fin*). — (30 nov.) A. ROBIN : Traitement du prurigo. — Jean CAMESCASSE : Un traitement systématique des nodosités d'Heberden.

Écho médical du Nord. — (N° 48, 29 nov. 1908.) BERTIN : La prophylaxie de la syphilis. — (N° 49, 6 déc.) BERTIN : La prophylaxie de la syphilis. — DESCARPENTRIER : Un cas d'artrophyte traumatique du genou. Du rôle de la contraction du muscle poplité dans cette lésion.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 48, 29 nov. 1908.) LABAT : Sur la recherche du sang en clinique et en médecine légale. — SABRAZÈS : Utilité de la coloration au bleu de méthylène, en milieu hypotonique. — KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 47, 22 nov. 1908.) A. CHARRIER : Deux cas de néphrectomie pour tuberculose rénale (*suite*). — MONGOUR : A propos de tuberculose et du Congrès de Washington. — (N° 48, 29 nov.) PITRES : Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans deux cas d'entéroptose, avec colite muco-membraneuse et algies viscérales protéiformes. — (N° 49. 6 déc.) BERGONIÉ : La Faculté future. — ANDÉRODIAS : Fœtus hydrocéphale se présentant par la face. — (N° 50, 13 déc.) H. VERGER : La pathologie générale et la conception biologique de la maladie. — A. GUÉRIN : Le traitement de la goutte en Angleterre.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 nov. 1908.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Traitement du cancer par fulgurations.

Journal des praticiens. — (N° 48, 28 nov. 1908.) BARIÉ : L'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire. — G. SARDOU : Climats stimulants et climats modérateurs. — (N° 49, 5 déc.) HUTINEL : Rougeole et tuberculose. — PILLET : Résultats de l'exploration fonctionnelle des reins. — (N° 50, 12 déc.) DEBOVE : Du diabète hypophysaire.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 47, 21 nov. 1908.) DURET : Les guérisons de Lourdes sur le passage du Saint Sacrement. — AUGIER et CHATEAU : Un cas de tumeur solide primitive du mésocôlon transverse (endothéliome). — (N° 48, 28 nov.) BOUCHAUD : Hémiplégie cérébrale spasmodique survenue à l'âge de douze ans. — L. CHATEAU : Fibrome utérin compliqué d'épithélioma du corps. Hystérectomie abdominale supra-vaginale. — (N° 49, 5 déc.) BOUCHAUD : Hémiplégie cérébrale spasmodique survenue à l'âge de douze ans (*fin*). — Th. BODHUIN : Sur un cas de placenta prævia, variété marginale.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 48, 26 nov. 1908.) A. BAYET : Le traitement du cancer par le radium. — VANDERVELDE et CANTINEAU : Deux cas de méningite aiguë, suivis de guérison. — (N° 49, 3 déc.) NŒVER : Quelques cas de fractures des membres. — (N° 50, 10 déc.) H. COPPEZ : Deux cas d'amaurose avec hydrorrhée nasale. — A. BAYET : Sur les effets thérapeutiques du radium.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 150. — JEUDI 31 DÉCEMBRE 1908. 81e ANNÉE. JEUDI 31 DÉCEMBRE 1908. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nos lecteurs trouveront, encartés au milieu de ce numéro, les TITRES *destinés à être placés en tête de la* GAZETTE DES HOPITAUX, *année 1908.*

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 28 décembre 1908 : MM. Métivet, 11 ; Belong, 7 ; Lawy (Georges-Alf.) et Roussel, 6 ; Cain et Baumgartner, 11 ; Logre, 12.

Anatomie. — Séance du 29 décembre : MM. Bontemps, 7 ; Beck, 10 ; Thibaut-David, 9 ; Pellot, 12 ; Mlle Parisse, 4 ; MM. Kemhadjian, 5 ; Rousseau (Fernand), 8 ; Desaux, 5 ; Lorin, 10.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 31 décembre, à huit heures du matin.

Il n'y aura pas de séance le samedi 2 janvier 1909.

— CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Un premier concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du concours d'admissibilité (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 149, p. 1777.) Un second concours pour la nomination à deux autres places sera ouvert quinze jours après la clôture des opérations du premier. Seront admis à se présenter à concourir les candidats dispensés de ce concours en raison de leurs admissibilités antérieures et les nouveaux admissibles, déclarés à la suite du concours du 24 février.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Pierret, Repellin, Pellissier, Leclercq, Pépy, Duvillier, Eloy, Durand et Benoît, internes titulaires ; MM. Veaudeau et Tilmant, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Valette, Bruyant, Legrand, Arnould, Breynaert, Dhalluin, Guenez, Hallez, Bœz, Leclerq, Lalisse, Roville, Deflinne, Leclercq, Wery, Culot, Grumeau, Martin et Siauve.

Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de M. Deborter, interne titulaire ; M. Boudois, interne provisoire.

Le prix de l'externat, accordé chaque année aux externes de l'administration des hospices pour leur zèle et leur tenue dans les services hospitaliers, a été attribué ainsi qu'il suit : un prix de 100 francs à MM. Tiberghien, Dubus, Marchand, Pierret, Fontan, Lucas ; un prix de 50 francs à MM. Lesur, Norel, Ruyssen, Lien, Tilmant, Evrard, Moisson et Fourdriniez.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE. — Les étudiants de première et de deuxième année réunis à l'Association corporative des étudiants en médecine ont voté l'ordre du jour suivant :

« Les étudiants en médecine de première et de deuxième année chargent l'Association corporative, de concert avec eux, de porter à M. Nicolas, à M. le doyen, et si c'est nécessaire au ministre de l'Instruction publique, leurs revendications.

Ils déclarent qu'ils ne peuvent croire que l'on ait voulu frapper en eux les manifestants du 21 décembre et ne voient pourtant pas d'autres causes à une mesure si grave qui les frappe cruellement et que rien autre ne peut légitimer. »

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille des épidémies en argent est décernée à M. le médecin principal Billet (de Constantine).

La médaille en bronze est décernée à MM. les médecins-majors Morvan, Blanc, Pignet, George et Riot.

Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Louis Combe (de Ténès) et Azaïs, médecin aide-major.

ACADÉMIE DES SCIENCES, BELLES-LETTRES ET ARTS DE LYON. — Le prix Ampère Chevreux, de la valeur de 1800 francs, alloué annuellement pendant trois ans, a été attribué à M. Loëc, étudiant en médecine, externe des hôpitaux de Lyon.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1796.*)

LE RÉTRÉCISSEMENT CONGÉNITAL HYPERTROPHIQUE DU PYLORE

Par F. SARVONAT (de Lyon).

Historique. — Les premières observations de rétrécissement congénital du pylore remontent à plus d'un siècle [Hezekiah Beardsley 1788 (1)]. En 1841, Williamson (2) présentait à la Société anatomique d'Edimbourg un « squirrhe de l'estomac probablement congénital » qu'il regardait comme une hypertrophie ou une modification du tissu cellulaire. Dawosky (3) publia un nouveau cas en 1842. Hirschsprung (4), Finkelstein (5), Gran (6), d'autres encore publièrent des observations qui permirent aux auteurs de faire de la question une étude d'ensemble. En 1899, Cautley (7) pouvait en rassembler 20 cas, dont 3 nouveaux. A la même époque, Neurath (8) en trouvait 41 cas.

Depuis, le nombre des cas est allé en se multipliant. Cautley et Dent, parlant devant le *Royal Medical and Chirurgical Society*, le 9 décembre 1902 (9), en trouvaient plus de 50 cas, dont 19 opérés. En 1903 et 1904, l'attention des observateurs semble avoir été particulièrement attirée sur ce sujet, car une dizaine d'observations nouvelles ont vu le jour. Cautley (10), dans un nouveau travail, Schoten (11), Shaw et Elting (12), Jusuf Ibrahim (13), résumaient l'état de la question et rassemblaient les observations éparses.

En France l'étude de ces rétrécissements semble avoir été un peu négligée jusqu'à ces dernières années. La thèse de Gillot (14), les travaux de Romme (15) et de Cheynesse (16) n'apportèrent aucun document nouveau. La revue générale de Weill et Péhu (17) avait surtout pour but de démontrer l'existence du pylorospasme essentiel (18) et de justifier les idées de Pfaundler. Les thèses de Duval (19) et de Richard (20) ne réunissaient que quelques observations disparates.

En 1905 (21), nous publiâmes la première observation française complète, suivie d'autopsie. Notre travail fut le signal de toute une série de publications dues principalement à Frédet (22) et à ses collaborateurs, où nous pûmes retrouver nos idées, nos observations et nos statistiques.

En Angleterre, Cautley devant la *British medical Association* (1906); en Allemagne, Alder (1), sont revenus sur ce sujet et ont particulièrement insisté sur la pathogénie.

Etiologie. — Il est difficile de se prononcer sur la fréquence de cette affection : d'abord, parce qu'il n'est pas toujours facile de faire le départ entre les rétrécissements anatomiques vrais et ceux où l'élément spasmodique joue le plus grand rôle; ensuite, parce que si le nombre des cas publiés semble avoir brusquement augmenté durant ces dernières années, c'est ce qui se passe toujours au moment où une affection décrite se fait sa place au milieu des idées classiques.

En tout cas, il semble que cette malformation ne soit pas une rareté. Elle frappe plus souvent les garçons que les filles, quelquefois avec un caractère familial [Henschel (2), Asuby (3), Freund (4), Koppen (5), Ibrahim, Grisson (6), Schotten, Peden (7)]. Les premiers nés en seraient plus fréquemment atteints que les autres (Schotten).

Ashby, Cautley (8), Still (9) l'ont vue coexister avec diverses malformations.

Enfin la plupart des observations appartiennent à l'Allemagne et à l'Angleterre. Ce n'est que depuis notre publication que les observations françaises se sont multipliées.

Symptomatologie. — La plupart des cas de rétrécissement du pylore offrent une symptomatologie assez univoque.

Il s'agit d'un enfant généralement né dans de bonnes conditions; pendant les premiers jours de la vie, il ne présente rien d'anormal, puis au bout de quelques jours s'installent les signes de sténose pylorique. La présence de cet « intervalle libre » entre la naissance et le début des accidents est rapportée dans un grand nombre d'observations.

Le vomissement, la dilatation, le péristaltisme de l'estomac, les modifications des selles et des urines, le retentissement sur l'état général, sont les traits essentiels du tableau clinique.

*
* *

Le vomissement se caractérise par sa ténacité, par sa résistance aux agents thérapeutiques et aux modifications de régime (de Bruyn Kops, Schwyzer, nous-même, etc.). Il se répète généralement après tous les repas; quelquefois cependant l'estomac tolère plusieurs tétées et les rejette ensuite en masse (10). Un caractère important de ces vomissements est de ne renfermer jamais de bile. Cependant Saunders (11), Schwyzer (12), Stiles (13), Munro (14), Schott en ont observé exceptionnellement des vomissements bilieux.

(1) Cité d'après Cautley. *Brit. Journ. of Child. dis.*, 1904, n° 1.
(2) Williamson. *London a. Edimb. Mont. Journ.*, 1841.
(3) Dawosky. *Casper's Wochens., f. ges. Heit.*, 1842.
(4) Hirschsprung *Jahrb. f Kind.*, 1888, p. 463.
(5) Finkelstein. *Ibid.*, 1896.
(6) Gran. *Ibid.*, 1896.
(7) Cautley. *Med. Chir. Trans.*, 1889. LXXXII.
(8) Neurath. *Centr f. d. Grenz d. Med*, 1899.
(9) *Med Chir. Trans.*, 1903, LXXXVI.
(10) Cautley. *Brit. Journ. of Child, dis.*, 1904, n. 1.
(11) Schoten. *Volk. Samml.*
(12) Shaw et Elting. *Arch. of Pediat.*, déc. 1904.
(13) Ibrahim. *Die Pylorestenose* Berlin (Karger), 1905.
(14) Gillot. Th. de Paris, 1899-1900.
(15) Romme. *Gaz. hebdom.*, 1899; *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1899
(16) Cheynesse. *Semaine méd.*
(17) Weill et Péhu. *Gaz des hôpit.*, 1901, p. 1029 et 1097.
(18) Pariset. Th. de Lyon, 1901.
(19) Duval. Th. de Paris, 1901.
(20) Richard. Th. de Paris, 1905.
(21) Audry et Sarvonat. *Lyon méd.*, 1905. — Sarvonat. Th. de Lyon, 1905.
(22) Frédet. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1907; Soc. d'obst., 1907; *Revue de chir.*, 1908.

(1) Alder. *Jahrb. f. Kind.*, 1907, II, ergänzungsheft., p. 197.
(2) Henschel. *Arch. f. Kind.*, 1891, XIII.
(3) Ashby, *Arch. of Pediat.*, 1897.
(4) Freund. *Mitth u. Grenz., d. Med. u. Chir.*, 1902.
(5) Koppen. *Inaug. dissert.*, Bonn, 1901.
(6) Grisson. *Zeist. f. klin. Chir.*, 1904.
(7) Peden. *Glasgow med. Journ.*, 1889, I, 416.
(8) Cautley. *Med. chir. Trans.*, LXXXII.
(9) Still. *Trans. of the path. Soc.*, 1899, L, p. 87.
(10) Cautley. *Brit. Journ. of dis. of Child.*, 1904, p. 13.
(11) Saunders. *Med. News*, 1901.
(12) Schwyzer. *New-York med. Record*, 1897.
(13) Cité par Ibrahim, d'après une communication personnelle.
(14) Munro. *Bost. med. and surg. Journ.*, 1904.

Simonsohn, Rolleston et Crofton, Atkins (1), Köppen (2), Ibrahim y trouvèrent un peu de sang.

Les vomissements se font parfois avec une énergie spéciale [J. Schmidt (3), Mackay, Munro, Schotten, Weil et Nové-Josserand]. Enfin Anstey Giles (4) et Still (5) rappellent l'un et l'autre la comparaison que faisait la mère de l'enfant : les vomissements sortaient comme de l'eau d'une pompe ; dans le dernier cas ils sortaient même par les narines.

Les vomissements sont d'abord fréquents et peu abondants ; ils se composent de lait, de salive et de sécrétions gastriques, ce qui explique le fait souvent constaté par la famille et les médecins (Ibrahim, Finkelstein, etc.) que l'enfant rejette plus de liquide qu'il n'en ingère. Plus tard, l'estomac se laisse distendre, les vomissements sont plus espacés, mais aussi plus abondants.

Le chimisme gastrique n'a donné que des résultats très variables (Finkelstein, Gran, Abel, Kehr, Ibrahim) et dont on ne peut guère attendre.

L'hyperchlorhydrie dont on faisait un élément étiologique important n'a été retrouvé que par Freund, par Ibrahim. Il semble que ce soit là plutôt la conséquence que la cause de la sténose.

*
* *

La dilatation de l'estomac se traduit quelquefois à première vue par la déformation de l'abdomen ; la région hypocondriaque est distendue, tandis que les flancs et les hypogastres se rétractent d'autant plus que l'intestin reçoit moins d'aliments. Ibrahim a toujours trouvé un écartement des muscles droits dans leur partie supérieure, qu'il attribue à la distension de l'estomac, et qui facilite considérablement l'examen de ce viscère.

La simple inspection révélera ainsi assez facilement les modifications de la région de l'hypocondre gauche, sa tension, sa saillie plus ou moins prononcée. Quand cette résistance est très nette, ses limites coïncident au moins grossièrement avec celles de l'estomac.

La limite inférieure du péristaltisme pourra aussi servir à apprécier l'étendue de l'estomac.

La palpation soigneuse de l'abdomen permettra quelquefois de sentir directement l'estomac et ses limites.

L'exagération de la contractilité stomacale rend cette exploration quelquefois très facile, car l'estomac est parfois le siège d'une rigidité tétanique, qui le durcit en masse pendant quelques instants, et il peut alors être perçu derrière la paroi abdominale comme un corps solide à bords nettement limités.

La recherche du clapotage permet de préciser soit l'existence de la dilatation et de la stase alimentaire, soit l'emplacement de la limite inférieure de l'estomac.

L'insufflation a été rarement pratiquée (Finkelstein, Ibrahim). Dans un cas, cette exploration provoqua du collapsus. Elle est au moins inutile, sinon dangereuse.

La gastrodiaphanie, proposée par Pfaundler, la radioscopie essayée par Ibrahim n'ont donné aucun résultat utilisable.

Dans toutes ces explorations, il ne faut pas confondre l'estomac atonique et l'estomac véritablement ectasié, distinction sur laquelle insiste Pfaundler. Bien des estomacs qui semblent dilatés ne présentent que des modifications de leur élasticité. Abandonnés à eux-mêmes ou sous la pression d'une colonne de quelques centimètres d'eau, leur capacité est notablement plus grande que normalement ; mais sous une pression plus forte, ils se conduisent comme un estomac normal. Cet état d'hypotonie, très fréquent, mais toujours transitoire, d'après Pfaundler, expliquerait l'abaissement du bord inférieur de l'estomac dans un grand nombre de cas.

On est donc fondé à ne considérer comme dilatés que les estomacs sur lesquels l'intensité du péristaltisme révèle l'énergie de la musculature et dont la limite inférieure reste abaissée d'une façon permanente, même après l'évacuation du contenu stomacal.

*
* *

La dilatation de l'estomac se traduit, comme chez l'adulte, par l'exagération du péristaltisme, d'autant plus visible que la paroi est plus amincie. Tantôt l'estomac se dessine en entier comme un boudin transversal parcouru de gauche à droite par des ondulations ; d'autres fois, c'est une onde plus large qui parcourt l'hypocondre de gauche à droite ; parfois enfin, c'est une contraction irrégulière, de sens variable, morte presque aussitôt que née, rarement antipéristaltique [Trautenroth (1), Stamm (2), Heubner]. Rarement, les ondes péristaltiques dépassent le plan du pylore constaté à la palpation et à l'autopsie. Cautley (3) l'attribue à la contraction du duodénum ; Ibrahim admet plutôt une dilatation sacciforme de l'antre pylorique dépassant le plan du pylore. Assez souvent, les contractions affectent la forme en sablier [Bernheim (4), Heubner (5), Pritchard (6), Schotten].

Ces diverses contractions se produisent spontanément quand l'estomac est plein. Still (7) insiste sur leur intermittence ; il faut les chercher à diverses reprises pendant dix ou quinze minutes pour avoir la chance de les rencontrer, surtout après le repas. On peut aussi les provoquer en tapotant l'épigastre avec le doigt ou en y appliquant un corps froid [Cautley (8)].

*
* *

La constatation d'une tumeur pylorique est un symptôme moins fréquent qu'on ne l'attendrait. D'un côté, la flaccidité de la paroi, la fréquence des éventrations, la vacuité des intestins rendent l'exploration du pylore plus facile ; mais, d'autre part, la tumeur est petite ; l'estomac distendu masque plus ou moins le pylore, et l'enfant, dès qu'on veut l'examiner, s'agite et tend sa paroi abdominale, masquant ainsi ses organes profonds.

Cependant, de Bruyn-Kops, Finkelstein, Still ont pu percevoir la tumeur. Cautley en fixe le siège à 3/4 de pouce au-dessus et 1/2 pouce à droite de l'ombilic. Still (9), dans un travail plus récent mais sans

(1) Atkins. *Brit. med. Journ*, 1900, II, 1768.
(2) Köppen. *Wien. klin. Runds.*, 1901.
(3) J. Schmidt. *Münch. med. Wochens.*, 1905.
(4) Anstey Giles. *Austral med. Journ.*, 1904
(5) Still. *Lancet*, 11 mars 1905, p. 633.

(1) Trautenroth. *Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir*, 1902, Bd. XI, p. 724.
(2) Stamm. *Arch. f. Kind.*, 1903, Bd. XXXVIII, p. 175.
(3) Cautley. *Lancet*, 20 déc. 1902.
(4) Bernheim. *Korresp. Bl. f. Schw. Art.*, 1904, nº 8.
(5) Cité par Finkelstein. *Jahrb. f. Kind.*, 1896, p. 105.
(6) Pritchard. *Arch. of Pediat.*, 1900.
(7) Still. *Lancet*, 11 mars 1905.
(8) Cautley. *Brit. Journ. of dis. Child.*, 1904, nº 1.
(9) Still. *Lancet*, 11 mars 1905.

aucun détail, prétend avoir senti le pylore hypertrophié dans 19 cas sur 20, à condition de le chercher dans les périodes de péristaltisme. Scudder et Quinby (1) signalent la tumeur dans 18 cas sur 115; Thompson (2), dans la moitié des cas.

* * *

Les troubles des fonctions gastriques et l'inanition progressive retentissent sur les autres fonctions de l'organisme.

La constipation est un des symptômes les plus frappants, parfois le plus précoce. Son intensité est proportionnée à la lumière du pylore. Parfois elle est absolue: les enfants ne rejettent que quelques débris bilieux d'aspect gluant et verdâtre. En faisant ingérer des poudres colorées, on peut s'assurer de l'imperméabilité du pylore.

Les urines présentent des modifications parallèles. Ell s sont rares, très uratiques. Certains enfants restent un jour et plus sans se mouiller.

* * *

L'état général se ressent bien vite de ces troubles digestifs. La température s'abaisse parfois au-dessous de la normale et s'y maintient jusqu'à la fin. Le poids s'abaisse avec quelques oscillations et, au bout de quelques semaines de maladie, il atteint à peine celui de la naissance. La disparition du revêtement adipeux, la maigreur de la face, tout indique la mort par la faim et par la soif auxquelles les enfants succombent lentement.

Dent (3) explique aussi la rapidité de l'atrophie par la suppression du réflexe duodénal et de la sécrétion pancréatique. Il invoque aussi l'atrophie progressive de la muqueuse intestinale sous l'effet de l'inanition. C'est ce qui expliquerait la difficulté qu'ont certains enfants à se rétablir après l'intervention.

Évolution. Pronostic. — Il est difficile de se fixer sur la gravité et sur l'évolution ultérieure de cette malformation, en raison de l'obscurité qui règne sur la nature des cas guéris : s'agit-il alors de spasme ou de rétrécissement anatomique? C'est ce qu'il est presque toujours impossible de savoir. Cependant, même dans des cas apparemment très graves, on peut voir survenir la guérison sous l'influence d'un traitement purement médical; c'est ainsi que Batten (4), Gardner (5) purent autopsier au bout de quelques années des malades guéris.

En tout cas, c'est là une éventualité assez rare; la fin naturelle de ces maladies, c'est la mort au bout de quelques mois. La mort survient généralement dans le marasme, quelquefois du fait de la bronchopneumonie.

* * *

Nous avons dit que dans quelques cas les symptômes de rétrécissement congénital du pylore s'atténuent au bout de quelque temps et finissent par disparaître, même dans les cas où l'on a eu des constatations aussi nettes que la présence d'une tumeur. Que deviennent ces cas guéris? Aucun n'a été suivi suffisamment longtemps pour qu'on puisse être fixé sur leur sort. Peut-être faut-il voir en eux le premier stade des rétrécissements dits congénitaux que l'on observe à un âge plus avancé et qui ont été décrits par Landerer (1) et par Maier (2).

Diagnostic. — Les éléments principaux du diagnostic sont l'apparition des vomissements quelques jours seulement après la naissance (nous avons vu, du reste, que cette particularité n'est pas absolument constante), l'absence de bile dans les vomissements, la force avec laquelle ils sont expulsés, la rétraction de l'abdomen dans sa moitié inférieure, contrastant avec les signes de dilatation gastrique (Ibrahim), la présence d'une tumeur pylorique, signe important (Schwyzer, Cautley), mais rare, le péristaltisme, la constipation, l'oligurie, la cachexie.

* * *

Le rétrécissement hypertrophique congénital du pylore doit être distingué de l'atrésie de cet orifice, due soit à un processus inflammatoire, soit à une malformation grossière et dont Duval (3) a résumé l'étude en France Dans tous ces cas, la lésion anatomique est grossière, l'imperméabilité pylorique est absolue dès la naissance, les symptômes d'inanition s'établissent sans intervalle libre, sans début progressif.

Dans un cas de Mya (4) où une péritonite fœtale avait entraîné un estomac en sablier et une sténose pylorique, les vomissements et la constipation apparurent dès la naissance et la mort survint au dix-septième jour.

Quant au cancer du pylore, Stern (5) n'a pu trouver qu'un cas de Cullingworth (6) chez un nourrisson de cinq semaines. Enfin, Goldenhorn et Kolatchweski (7) ont observé des polypes muqueux de la région pylorique susceptibles de provoquer de l'obstruction.

* * *

Les sténoses congénitales de l'intestin grêle, soit anatomiques, soit dues à une malformation de l'artère mésentérique supérieure [Kuliga (8)], ont une évolution plus rapide et la mort survient entre la première et la deuxième semaine. La dilatation d'estomac fait défaut; le péristaltisme prend des caractères et une localisation en rapport avec le siège de la lésion. Enfin, les vomissements renferment quelquefois de la bile, du moins quand la topographie des lésions le permet.

Dans quelques cas, l'invagination de l'intestin a pu présenter des difficultés de diagnostic [Park West (9), Guthrie (10)].

On aura parfois beaucoup de peine à diagnostiquer l'affection qui nous occupe d'avec le spasme simple du pylore. Les symptômes sont, en somme, les mêmes.

---

(1) Scudder et Quinby. *Journ. of the Amer. Ass.*, 1905.
(2) Thompson. *Surg. gyn. a. Obst.*, 1906, p. 525.
(3) Dent. *Brit. J. of Child. dis.*, 1904, vol. I, p. 16.
(4) Batten. *Lancet*, 1892.
(5) Gardner. *Lancet*, 1903.

(1) Landerer, *Inaug. diss.*, Tübingue 1879.
(2) Maier. *Virchow's Arch.*, 1885.
(3) Duval. Th. de Paris, 1900.
(4) Mya. *Monats. f. Kind.*, 1905. Bd. IV, nº 7.
(5) Stern. *Deuts. med Wochens.*, 1892, p. 494.
(6) Cullingworth. *Brit. med. Journ.*, 17 août 1877.
(7) Goldenhon et Kolatchweski. *Berl. klin. Wochens.*, août 1888, p. 51.
(8) Kuliga. *Ziegler's Betrage*, 1903, XXXIII, p. 481.
(9) Park West. *Arch. f. Pæd.*, 1903.
(10) Guthrie. *Reports of the Society for the study of dis in Children*, vol. III.

L'intolérance gastrique, le péristaltisme, peut-être même la tumeur pylorique (Bouveret), pourraient se rencontrer dans les deux cas, mais avec de nombreuses variations dans le cas de spasme. Quand les symptômes d'occlusion sont très caractérisés, le péristaltisme tenace, la tumeur persistante, on a bien des chances de se trouver en présence d'un rétrécissement vrai.

Le spasme essentiel de Weil et Péhu (1) n'a qu'un seul symptôme net : c'est le vomissement persistant. La stase gastrique, le péristaltisme, la tumeur pylorique sont absents de son cadre clinique. Enfin, il se voit presque exclusivement chez des enfants nourris artificiellement. Still (2) insiste avec raison sur l'apparition et la persistance des vomissements au cours de l'allaitement au sein comme un bon caractère du rétrécissement hypertrophique.

Anatomie pathologique. — L'hypertrophie du pylore atteint des degrés et présente des formes variables, suivant les diverses observations. De plus, elle s'accompagne, dans presque tous les cas, des modifications des autres portions du tube digestif.

Nous étudierons successivement les modifications du pylore macroscopiques et histologiques, les altérations de l'estomac et celles des autres organes.

* * *

Le pylore se dessine presque toujours extérieurement au toucher et à la vue comme une tumeur dure et indépressible, plus ou moins allongée ; les auteurs la comparent à du cartilage, du squirrhe, du carton ou du cuir.

Le volume de la tumeur est très variable. En général, elle forme une sorte de manchon cylindrique assez nettement limité à ses extrémités, long de 102 millimètres.

Le calibre du canal pylorique est très variable : tantôt il a été vaguement défini comme admettant un stylet (Hirschsprung, Dawosky, Pritchard, Stern, Rolletson et Hayne), une épingle (Rolletson et Crifton Athens) ; tantôt on a des chiffres plus précis : 2 millimètres et 1 millimètre et demi (Schwyzer, 2 cas), 3mm5 de diamètre (Still). D'une façon générale, la perméabilité du pylore est moindre que ne le feraient supposer les chiffres cités. Cette disproportion tient, d'une part, à la tonicité du sphincter hypertrophié et à l'élément spasmodique qui se surajoute à la lésion (Cautley), et d'autre part, à la disposition plissée que revêt la muqueuse. Ces plis de la muqueuse sont très souvent notés dans les autopsies. Les auteurs comparent leur aspect à celui du *veru montanum* (Cautley), ou des valvules auriculo-ventriculaires (Carr et Campbell).

Les tuniques présentent toujours, au niveau du pylore, un certain degré d'hypertrophie ; elles se dessinent sur la coupe comme un bourrelet saillant à ses deux extrémités, surplombant particulièrement la muqueuse duodénale au-dessus de laquelle elles font nettement saillie. Schwyzer, Stern, Melzer, Cautley, Clogg comparent cette disposition à la saillie du col utérin dans le vagin.

L'épaisseur de la paroi varie de 4 à 6 et même 8 millimètres (Still, Finkelstein, Dorning, Batten, Ibrahim).

Du côté de l'estomac, la saillie est généralement moins nette. Dans certains cas (Hirschsprung, Henschel, Pitt, Still), l'hypertrophie pylorique se perdait peu à peu sur les tuniques gastriques ; dans d'autres cas, la limite de séparation est plus nette : dans le cas de Finkelstein, le pylore était séparé de l'estomac par un sillon net, et intérieurement par une saillie en escalier.

* * *

Le rétrécissement du pylore entraîne la dilatation de l'estomac qu'il est, du reste, assez difficile d'apprécier, car l'état variable de sa musculature rend les résultats assez peu comparables. Il n'est pas rare d'observer les dimensions de 8 à 10 centimètres depuis le pylore jusqu'au fondus, même sur le vivant [Fritzsch et Monnier (1)]. Il atteint jusqu'à 12 centimètres de largeur.

Il est plus exceptionnel de trouver l'estomac en sablier après la mort, comme Henschel l'observa une fois ; ce n'était, du reste, qu'une apparence qui disparut après l'insufflation.

Les parois de l'estomac se modifient aussi. Tantôt elles s'amincissent sous l'effet de la distension et ne dépassent guère l'épaisseur d'une feuille de papier. La portion pylorique échappe presque toujours à l'amincissement ; elle présente souvent, au contraire, un épaississement progressif, formant une sorte d'entonnoir au devant du pylore (Meltzer, Ashby, Nicoll).

Dans d'autres cas, la paroi stomacale est hypertrophiée dans son ensemble. Nous verrons plus loin quelle est la signification de cette hypertrophie au point de vue de l'évolution de la maladie.

* * *

L'examen histologique a montré au niveau du pylore comme lésion constante l'hypertrophie de la tunique musculaire, prédominant nettement sur la couche circulaire. Cette hypertrophie se fait généralement sans aucune autre modification. On observe en outre, parfois un peu d'épaississement de la muqueuse ou de la sous-muqueuse et même des formations lymphoïdes [Thompson (2)] ; il est rare d'y trouver des altérations catarrhales (Finkelstein, Rolleston et Hayne, Bernheim, Cautley).

Gran, Still, Ibrahim se sont attachés à faire des mensurations précises, et tous ont confirmé l'existence de l'hypertrophie de la couche musculaire.

Il est assez exceptionnel d'observer une infiltration de la région pylorique par des cellules inflammatoires. Cependant, cette constation est signalée dans certaines observations (Finkelstein, nous-même).

* *

Dans les cas guéris où la mort est survenue du fait d'une affection intercurrente (Batten et Ibrahim), les lésions présentent un certain intérêt, car elles nous éclairent sur le mécanisme de cette guérison. Dans ces cas, le pylore conservait ses caractères, mais l'estomac présentait une hypertrophie considérable de ses parois. Dans le cas de Batten, mort à onze mois de broncho-pneumonie, la muqueuse de l'estomac semblait saine, ses tuniques mesuraient 4 millimètres d'épaisseur, dont 2 millimètres pour la musculeuse.

(1) Weil et Péhu. *Lyon méd.*, 1900 ; — *Gaz. des hôpit.*, 1901.
(2) Still. *Lancet*, 1905.

(1) Fritzsch et Monnier. Th. de Zürich, 1900.
(2) Thompson. *Scottisch. med. and chir. Journ.*, 1897.

Dans le cas d'Ibrahim, mort à onze mois, l'exiguité de l'estomac était vraiment surprenante : ses parois semblaient épaissies dans leur ensemble et faisaient involontairement penser à une hypertrophie concentrique. L'hypertrophie portait principalement sur les fibres circulaires et l'auteur conclut :

« Il existe un processus naturel de guérison : c'est la compensation due à l'hypertrophie de la musculature de l'estomac, peut-être aussi à la distension du pylore. »

La sténose pylorique s'accompagne parfois de la dilatation de l'extrémité inférieure de l'œsophage (Beardsby, Hirschprung, Thomson, Raglan, Thomas, Cautley, Britchard, Stiles). La masse intestinale est toujours rétractée, plus ou moins suivant le degré de l'atrésie. Quelquefois on note des lésions de broncho-pneumonie, de méningite. Toujours on signale la maigreur extrême du cadavre.

Pathogénie. — L'hypertrophie du pylore a été regardée comme :

1° Une malformation congénitale ;

2° Le résultat d'un trouble d'innervation ;

3° Une illusion.

* * *

L'hypertrophie du pylore est-elle une illusion? Pfaundler (1) l'a prétendu. Cet auteur admet que l'estomac peut se présenter sous trois aspects différents après la mort : tantôt l'estomac est « diastolique », ses parois sont flasques, le pylore est facilement perméable.

Dans d'autres cas (1 fois sur 3 chez le nourrisson), l'estomac présente une contraction persistante, sa paroi formant au niveau du pylore une tumeur saillante perméable pour une sonde. Histologiquement, on retrouve ici l'épaississement de la musculeuse circulaire qui caractérise l'hypertrophie du pylore. Mais il suffit de soumettre ces estomacs à la pression d'une colonne d'eau de 30 centimètres pour voir se dissiper toute apparence de tumeur.

Enfin, l'estomac peut être « hémisystolique », le pylore seul est contracté, formant tumeur, tandis que le ventricule est resté diastolique.

Ce sont ces deux derniers types, estomac systolique et estomac hémisystolique, d'après Pfaundler, qui auraient été regardés comme des sténoses hypertrophiques. Pour lui, toutes les prétendues hypertrophies du pylore sont des spasmes dus à la sensibilité des appareils nerveux du nourrisson et toujours curables par un traitement médical convenable.

En réalité, l'estomac systolique ou hémisystolique donnant l'illusion d'une tumeur est rare (Weil et Péhu). De plus, l'hypertrophie s'accompagne souvent de lésions, d'inflammation interstitielle qui cadrent mal avec les idées de Pfaundler (Finkelstein, Hirschsprung, nous-même et bien d'autres). Enfin, Ibrahim a mesuré l'épaisseur des diverses couches du pylore sur deux estomacs nettement systoliques, et les chiffres qu'il donne sont nettement inférieurs à ceux des pylores hypertrophiés.

Il est enfin une série de cas dont Pfaundler semble bien légèrement faire table rase, dans lesquels la tumeur a été touchée et vue au cours du relâchement musculaire provoqué par l'anesthésie, ou dans lesquels [Graanborn (2)] l'autopsie révéla les mêmes altérations que l'opération faite six semaines plus tôt.

En somme, il existe probablement des spasmes du pylore qui simulent plus ou moins le rétrécissement; mais il existe des cas incontestables de sténose opérés ou atrophiés. Nous oserions presque dire avec Hirschsprung (1), que « Pfaundler n'a jamais vu d'hypertrophie vraie du pylore; il en parle comme un aveugle des couleurs ».

(1) Pfaundler. *Wien. klin. Wochens.*, 1897 et 1898; *Bibliotheca medica*, 1898.

(2) Graanborn. *Monats. f. Kind.*, 1902.

* * *

D'autres auteurs ont admis un spasme comme cause de l'hypertrophie. Ce spasme serait dû lui-même à l'hyperchlorhydrie [Knopfelmacher (2)]; mais cet état représente une éventualité bien inconstante. Une ulcération gastrique expliquant l'état spasmodique est aussi exceptionnelle.

D'autre part, l'hypertrophie a été constatée parfois sur le cadavre au bout d'un temps bien court, quatre semaines [Rolletson (3)], trente heures [Simonsohn (4)]. Est-il bien démontré, du reste, que le spasme d'un sphincter puisse en amener l'hypertrophie? Bien des auteurs admettent que l'hyperchlorhydrie de l'adulte s'accompagne de spasme pylorique; cet état dure parfois des années, et cependant n'entraîne pas d'hypertrophie du pylore (Rolleston).

Puisque l'hypertrophie existe à la naissance, Thomson (5) a reporté dans la vie fœtale le spasme, cause de tout le mal. L'estomac, durant la vie intra-utérine, est incessamment traversé par un courant de liquide amniotique que l'enfant déglutit et qui passe dans l'intestin. L'incoordination des mouvements gastro-pyloriques aboutira au spasme d'abord et à l'hypertrophie ensuite.

Mais est-il bien démontré que le fœtus déglutisse son liquide amniotique (6), qu'il y ait un état spasmodique du pylore fœtal, et, cela admis, que ce spasme soit capable de produire l'hypertrophie? Nous ne voyons guère la nécessité de créer deux hypothèses nouvelles pour en étayer une troisième.

* * *

Reste enfin l'hypothèse de la malformation congénitale.

Still a montré combien est variable l'épaisseur de la paroi pylorique, et surtout de la couche des fibres circulaires, en dehors de tout état morbide. A un degré extrême de ces variations se placerait l'hypertrophie pathologique, capable de transformer le pylore en un manchon rigide et d'entraîner à la suite tout le cortège des symptômes classiques.

La coexistence d'autres malformations, le caractère familial observé dans quelques cas, parlent en faveur de cette hypothèse. L'anatomie pathologique lui fournit un appui, en montrant un pylore non seulement contracté, mais sur lequel toutes les tuniques sont plus ou moins altérées : la sous-muqueuse (Peden, Meltzer), la muqueuse (Arreger), la musculature circulaire et même longitudinale (Finkelstein).

Les plus grosses objections que l'on puisse faire à cette hypothèse, c'est que les symptômes ne se

(1) Hirschsprung. *Hospitalstidende*, 1901, p. 1869.

(2) Knopfelmacher. *Wien. klin. Wochens.*, 1900 et 1901.

(3) Rolletson. *Lancet*, 1904 II, 1783

(4) Simonsohn. Royal med. and chir. Soc., *Lancet*, 1902, XII, 20.

(5) Thomson. *Lancet*, 1897, I, p. 1416; *Brit. med. Journ.*, 1902, II, p. 678.

(6) Rolletson. *Med. chir. Trans.*, 1903, p. 511.

révèlent généralement qu'au bout de quelques jours, et que dans quelques cas ils peuvent régresser sous l'influence d'un traitement purement médical.

Ces deux arguments ne nous semblent pas irréfutables. D'abord les cas guéris présentaient cette particularité que la paroi de l'estomac était hypertrophiée et mesurait 4 millimètres, dont 2 pour la musculeuse. C'est le processus de guérison de tous les rétrécissements canaliculaires. D'autre part, il faut tenir compte de deux éléments essentiellement variables, la tuméfaction de la muqueuse et le spasme secondaire. Il a suffi souvent d'une légère rétention, d'une faute de régime pour que la muqueuse oblitère un orifice déjà peu perméable (Finkelstein); en diminuant l'alimentation, en lavant l'estomac, l'ordre se rétablit; plus tard, en avançant en âge, la susceptibilité gastrique de l'enfant s'atténue, la musculature de l'enfant s'épaissit et le développement s'achève peut-être sans encombre.

Quant à l'apparition secondaire d'un élément spasmodique, c'est un élément trop connu en pathologie générale partout où un organe souffre, pour qu'on puisse en nier l'existence.

Enfin, le tableau clinique dérive aussi de l'état de la paroi gastrique, tant que l'enfant s'alimente peu, tant que son estomac ne s'est pas laissé distendre, tout va bien ; mais du jour où le muscle gastrique est épuisé, où le « myogastre » est en « asystolie », alors apparaissent les symptômes classiques.

Meltzer (1) a essayé de pénétrer plus avant dans le mécanisme des accidents, et il a émis l'hypothèse suivante. Les premiers repas sont incomplètement évacués par l'enfant, leurs résidus s'accumulent. La présence de ces aliments constitue un excitant pour l'estomac, dont la musculature réagit en se contractant énergiquement et en exerçant sur son contenu une pression plus considérable. Cette pression suffit en général à triompher de la résistance du pylore, mais aussi de celle du cardia, et c'est alors qu'apparaissent les premiers vomissements. L'estomac évacué reprend pour quelque temps son volume normal. C'est le stade « d'insuffisance simple » qui dure tant que l'estomac garde sa tonicité. Mais cette insuffisance s'accroît peu à peu, le muscle gastrique essaie vainement de réagir en s'hypertrophiant (stade de « compensation »); les vomissements persistent et augmentent, la grosse tubérosité se dilate peu à peu, la musculature perd son élasticité, et nous arrivons au troisième stade de « gastrectosie et d'atonie ».

Cette interprétation semble jusqu'à un certain point confirmée par le fait que la guérison de l'affection se fait toujours par l'hypertrophie de la paroi gastrique.

Resterait enfin à préciser la nature de la malformation en face de laquelle nous nous trouvons. Cautley (2) dit simplement que la nature prévoyante, voulant faire au pylore un sphincter puissant, a dépassé le but qu'elle se proposait. Flynn (3), Murray (4) ont rapproché cette formation du moulin gastrique des crustacés et du sphincter pylorique énorme des édentés. Ibrahim (5) remarque simplement que chez le fœtus et le prématuré, le pylore est proportionnellement plus développé que le reste de l'estomac; la sténose hypertrophique du pylore ne serait que le reste d'un stade ontogénique.

(1) MELTZER. *New-York med. Rec.*, 1898.
(2) CAUTLEY. *Brit. Journ. of child. dis.*, 1904, I, p. 15.
(3) FLYNN. *Austr. med. Gaz.*, déc. 1902.
(4) MURRAY. *Lancet*, 1903, I, p. 266.
(5) IBRAHIM. Cf. OPPEL. *Vergleich. Ancet. der Wirbeltiere.*

TRAITEMENT. — Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Le traitement médical semble justiciable, puisque l'on connaît quelques guérisons contrôlées par l'autopsie et les auteurs, et les auteurs anglo-américains Sutherland (1), etc., semblent de mieux en mieux disposés en sa faveur. Il consiste essentiellement dans le régime et l'hygiène : les tétées régulières, peu abondantes, fréquentes; au besoin le lavage d'estomac s'il y a stase, les cataplasmes, les enveloppements chauds; contre l'état spasmodique une goutte ou une demi-goutte de teinture d'opium. Telles sont les grandes lignes du traitement. La réduction de l'alimentation peut du reste être considérable, et Berlaholz (2) vit guérir deux enfants qui ne recevaient que 65 calories par kilogramme.

Ce traitement peut donner quelques succès. En tous cas, il permettra d'attendre un diagnostic suffisamment ferme pour tenter une intervention.

Le traitement chirurgical, proposé par Schwytzer en 1897, comprend d'abord la divulsion du pylore, difficilement applicable à ces sténoses qui sont beaucoup trop calleuses et trop longues pour s'y prêter. Cautley la rejette absolument. Dufour et Fredet ont trouvé, en réunissant notre statistique et celle de Thompson, que sur 36 cas, cette opération a donné 15 morts.

La pyloroplastie a donné 11 morts sur 22 cas. Dent la préconise beaucoup comme étant plus bénigne que les autres interventions ; il recommande surtout le procédé de Heinecke, Michrulicz. Fredet a imaginé pour ces cas la pyloroplastie sous-muqueuse déjà décrite depuis longtemps par Jaboulay (3), dont il semblait, du reste, ignorer la paternité.

Reste enfin la gastro-entéro-anastomose. Elle a été pratiquée par les procédés les plus divers. Sur 52 cas on trouve 30 morts opératoires.

Cependant la statistique semble s'améliorer si l'on ne considère que les cas traités dans les dernières années et par la voie antérieure.

Tous les auteurs sont unanimes pour constater la fragilité de l'intestin des malades après l'intervention; peut-être faut-il tenir compte (Dent) de l'atrophie de la muqueuse intestinale due à l'inanition. Les graisses en particulier stagneraient longtemps dans ces estomacs [Tobler (4)]. Il y aurait donc intérêt à les restreindre le plus possible. En tous cas, le rechauffement de l'opéré, l'alimentation rectale pendant quelques jours, le sérum artificiel sont autant de précautions qu'il ne faudra jamais négliger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 25 décembre 1908, sont promus dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Véron, maintenu à l'hôpit. Villemanzy, à Lyon; Labit, médecin-chef de l'hôpit. de Lille; Debrie, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. de

(1) SUTHERLAND. *Lancet*, 1907, I, p. 725.
(2) BERLAHOLZ. *Monats. f. Kind.*, 1905, Bd. V, n° 4.
(3) KŒPELIN. *Lyon méd.*, 1899.
(4) TOBLER. *Jahrb. f. Kind.*, 1907, II, p. 473.

Verdun; Vignol, secrétaire du comité technique et chef de la section technique de santé.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Lebastard, maintenu médecin-chef de l'hôpit. de Dunkerque; Lejeune, médecin-chef des salles milit. de l'hosp. de Nantes; Lapasset, à l'hôpit. milit. de Rennes; Bouchereau, à l'hôpit. Villemanzy, à Lyon; Baratte, à l'hôpit. Bégin, à Saint-Mandé.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Lejonne, maintenu au 147ᵉ d'inf.; Martin (H.), au 156ᵉ d'inf.; Saulay, au 112ᵉ d'inf.; Franquet, au 152ᵉ d'inf.; Le Goïc, au 113ᵉ d'inf.; Cousin, au 145ᵉ d'inf.; Huot, au 3ᵉ tirailleurs algériens; Dodleau, aux hôpit. de la division d'Alger; Dettling, au 32ᵉ d'art.; Althoffer, aux hôpit. de la division d'Alger; Baumevieille, au 17ᵉ d'inf.; Laporte, au 131ᵉ d'inf.; Martin (F.), au 85ᵉ d'inf.; Cadet, au 48ᵉ d'inf.; Faivre, au 32ᵉ d'inf.; Pous, au 6ᵉ d'art.; Payerne, au 1ᵉʳ zouaves; Descorps, au 24ᵉ d'art.; Rougier, au 126ᵉ d'inf.; Tostivint, aux salles milit. de l'hosp, mixte d'Angers; Vallet, passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Montpellier; Georges, affecté à l'hôpit. milit. de Marseille et maintenu en mission officielle en Perse; Cordillot, au 68ᵉ d'inf.; Beaujean, au 35ᵉ d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Beau, maintenu au 153ᵉ d'inf.; Vallat, au 13ᵉ d'inf.; Maisonneuve, au 16ᵉ d'inf.; Bordereau, au 108ᵉ d'inf.; Capdevieille, au 60ᵉ d'inf.; Galley, affecté à l'hôpit. de Marseille, et maintenu en mission officielle en Perse; Jousselin, maintenu au 93ᵉ d'inf.; Couturier, au 32ᵉ d'art.; Grenier, au 19ᵉ d'inf.; Cange, affecté à l'hôpit. du Dey, à Alger; Garcin, maintenu aux hôpit. milit. de la division d'Alger; Dautheville, aux hôpit. de la division d'Oran; Delmas, au 58ᵉ d'inf.; Téchoueyres, affecté aux salles milit. de l'hosp. de Reims; Godeau, maintenu au 106ᵉ d'inf.; Roualet, à l'Ecole milit. préparat. de cavalerie d'Autun; Béraud, passe aux hôpit. de la division d'Oran; Henriot, maintenu au 158ᵉ d'inf.; Raoul, à la section technique de santé; Lecomte, au 87ᵉ d'inf.; Deleuze, au 112ᵉ d'inf.; Azémar, en mission au Maroc; Pourpre, aux hôpit. de la division de Constantine; Ebstein, au 17ᵉ d'art.; Jude, au 70ᵉ d'inf.; Long, au 94ᵉ d'inf.; Stitet, passe au 3ᵉ zouaves.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1909, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur BARTH, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Paul ROBIN. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT. — 5° *Médecine thermale*, par le docteur MACREZ.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins du bureau de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 francs. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 francs; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIX, n° 16, 15 oct. 1908.) Charles L. SCUDDER : Les principes dirigeant le traitement de l'obstruction intestinale aiguë. Etude de 121 observations recueillies dans les services de clinique du Massachusetts general Hopital. — Morton PRINCE : Sur l'avantage qu'il y aurait à introduire l'étude de la psychopathologie dans les écoles médicales et les programmes d'études. — Harry W. GOODALL : Varices congénitales de la jambe droite et des organes génitaux externes (avec 2 fig.). — Kendall ERNERSON : Poliomyélite à la suite d'une amygdalite. — (N° 17, 22 oct.) R. W. PHILIP : Le programme antituberculeux : coordination des mesures préventives (4 courbes, 1 fig., 2 tabl.). — Ernest Amory CODMAN : Inflammations de la bourse sous-acromiale : périarthrite de l'épaule [bursite sous-deltoïdienne] (avec 8 fig.). — Frank Taylor FULTON : Le traitement sérothérapique de la méningite cérébro-spinale épidémique, avec un rapport de 22 cas (1 tabl.). — John B. WHEELER : Un cas de pyonéphrose et de calculs rénaux chez une femme gravide. Travail provoqué, néphrectomie, guérison (avec 1 fig.). — (N° 18, 29 nov.) Frederick J. COTTON et Louis T. WILSON : Sur les fractures du calcanéum (avec 5 fig.). — E. J. CURRAN : Les cellules ethmoïdates et leur développement pendant la vie fœtale (avec 12 fig.). — Charles M. GREEN : Un cas de coïncidence de grossesses tubaire et intra-utérine (avec 3 fig). — Frank Taylor FULTON : Le traitement sérothérapique de la méningite cérébro-spinale épidémique, avec description de 22 cas (*suite*). — Ernest Amory CODMAN : Inflammation de la bourse séreuse sous-acromiale; péri-arthrite de l'épaule [bursite sous-deltoïdienne] avec 2 fig. (*suite*). — (N° 19, 5 nov.) William H. WELCH : Considérations pour servir à l'histoire de l'anesthésie chirurgicale. — Samuel ALEXANDER : Contribution à la chirurgie de la prostate. La prostatectomie dans le traitement des abcès prostatiques, d'origine gonococcique (avec 7 tabl.). — Maurice H. RICHARDSON : Sur l'extirpation totale de l'extrémité inférieure du pharynx pour épithélioma, avec œsophagostomies permanentes : remarques sur le traitement chirurgical du cancer. — Ernest Amory CODMAN : Inflammation de la bourse séreuse sous-acromiale : péri-arthrite de l'épaule [bursite sous-deltoïdienne] (*suite*). — Frank Taylor FULTON : Le traitement sérothérapique de la méningite cérébro-spinale épidémique, avec description de 22 cas [1 tabl., 2 tracés] (*suite*). — (N° 20, 12 nov.) Christopher GRAHAM : Cancer de l'estomac (avec 1 tabl.). — Frederick T. LORD : Etude expérimentale de l'ophtalmo-diagnostic par la tuberculine chez des cobayes infectés avec des bacilles tuberculeux de l'homme, du bœuf, des oiseaux, spécificité. Unité de réaction pour chaque groupe. Absence de sensibilité avec de la tuberculine non fraîche. — Ernest Amory CODMAN : Inflammation de la bourse séreuse sous-acromiale : péri-arthrite de l'épaule [bursite sous-deltoïdienne] (*suite*). — (N° 21, 19 nov.) John H. CUMMINGHAM : Epididymite gonococcique aiguë, avec indications spéciales sur son traitement opératoire. — Charles Greene CUMSTON : La loi et les experts médicaux, et en particulier étude des codes de procédure criminelle dans les pays d'Europe. — Ernest Amory CODMAN : Inflammation de la bourse séreuse sous-acromiale : péri-arthrite de l'épaule [bursite sous-deltoïdienne] avec 1 fig. (*suite*). — F. B. LUND : Un cas d'anastomose artério-veineuse pour endartérite oblitérante.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 23, 23 fév. 1908.) Prof. Guido BACCELLI : La sclérose hypertrophique du foie d'origine uricémique. — Felice SENNA : Le diagnostic des tumeurs cérébrales. — M. BIAGI : Recherche du bacille de Koch dans les urines des malades atteints de tuberculose pulmonaire. — Giuseppe TONDI : La sténose aortique pure. — (N° 26, 1ᵉʳ mars.) Prof. E. DE

RENZI : Thérapeutique de la typhoïde. — Stefano MIRCOLI : L'anaphylaxie nécro-érythrocytique. Rapports éventuels avec l'accès fébrile paludéen. — Libero FURLANETTO : Courte note sur un cas de septicémie avec endocardite ulcéreuse à longue évolution. — R. REPETTO ; Comparaison entre le pouvoir immunisant contre la rage, de la substance nerveuse normale et du vaccin de Pasteur. — F. STINELLI : Caverne tuberculeuse solitaire du poumon droit se faisant jour à l'extérieur après perforation des muscles intercostaux. Emphysème circonscrit au-dessous du grand pectoral. Intervention chirurgicale. Guérison. — Carlo VISCONTINI : Contribution à l'étude des hernies du repli semilunaire de Spiegel. — (N° 29, 8 mars.) Arturo CAMPANI : L'action du nitrite de soude et du nitrite d'amyle dans certains types d'hémoptysies. Ces substances peuvent-elles être utiles dans d'autres formes d'hémorragie? — Angelo CAMBIASO : Contributions cliniques à l'étude de la thérapeutique spécifique de la tuberculose. — F. DE MARCHIS : Les kystes hématiques de la rate. — Ernesto MONTANARI : Traitement chirurgical suivi dans un cas de lithiase biliaire avec empyème de la vésicule biliaire et occlusion cicatricielle du cholédoque. — (N° 32, 15 mars.) G. A. PARI : L'action physiologique du camphre isomère. — Leonardo PAGLIERI : Contribution à l'étude des tendinites et péritendinites. — Antonio COMOLLI : La cure par hyperémie artificielle à la clinique du professeur Bier, à Berlin. — Felippo SOLIMENA : Hémoglobinuries malariques spontanées, quiniques et mixtes. — (N° 35, 22 mars.) CARLETTI et DOZZI : Les épreuves de Yéfimov pour le diagnostic de l'helminthiase intestinale n'ont aucune valeur. — BAZZICALUPO : Eosinophilie et quelques anticorps connus du sérum. — Eugenio ARCOLEO : Les tumeurs herniaires épiploïques. — Ugo GIRONI : L'hyperémie dans les adénites inguinales superficielles aiguës. — Vincenzo SCOCCIA : Un cas de luxation médio-carpienne dorsale droite. — (N° 38, 29 mars.) Torindo SILVESTRI : La dissociation de la sensibilité à type syringomyélique d'origine cérébrale. — Ferruccio SICURIANI : Contribution à l'étude de l'hypodermoemphysème oxygéné, comme traitement des névralgies et spécialement des ischialgies. — Guelfo ALESSANDRI : La valeur de l'ophtalmo-réaction de Calmette dans le diagnostic du rhumatisme articulaire tuberculeux. — Leone MINERVINI : Variations cardiaques. — (N° 41, 5 avril.) V. CARLETTI : Les granulations albumineuses et grasses des leucocytes dans le sang des tuberculeux pulmonaires. — Angelo CAMBIOSO : Contribution clinique à l'étude de la thérapeutique spécifique de la tuberculose. — Salvatore LAVAGNA : Contribution à l'étude des congestions pulmonaires du sommet simulant la tuberculose. — Adige MAGI : Iodophilie et leucocytose dans la scarlatine. — Giovanni MONDIN : Contribution à la pathogénie de l'adipose. — BAMBACE : Nosologie et symptomatologie de la rubéole. L'hématurie comme complication. — (N° 44, 12 avril.) Gino MASSINI : Un alcaloïde du groupe des tropéines et son empioi dans la médecine interne. — Angelo CAMBIOSO : Bronchopneumonie tuberculeuse fébrile traitée par la thérapeutique spécifique. Guérison persistant dans deux ans. — FINZI et VISONA : Contribution à l'étude de l'ophtalmo-réaction de Calmette. — Ottavio CIPOLLINA : Un cas d'abcès du foie par bacterium coli. — Ferruccio BINDI : Pneumotomie pour abcès pulmonaire. — Raniero CINAGLIA : Sarcome du mésentère. — (N° 47, 19 avril.) Luigi BALDASSARI : L'organisation technique des hôpitaux dans ses rapports avec l'hygiène hospitalière. — Ezio CALCATERRA : Injections intra-veineuses de chlorure de magnésium chez les choréiques. — Gioachino NEGRONI : A propos de la hernie inguino-propéritonéale. — Carlo VISCONTINI : Considérations à propos d'un cas de tétanos survenu malgré l'injection préventive d'antitoxine. — Giovanni POLINI : La cure hyperémiante de Bier chez les opérés de résection du genou. — (N° 50, 26 avril.) Amerigo BARLOCCO : La présence de substances thermostables et d'alcools solubles dans les tissus et leur signification ; — Le contenu des précipitines diplococciques dans le sang chez les pneumoniques. — Antonio BERTI : L'action locale de la bile et du glyco-cholate de soude sur les vaisseaux sanguins. — (N° 53, 3 mai.) Ettore TEDESCHI : La présence d'anticorps dans le sérum du sang des carcinomateux et des leucémiques. — G. PESCI : Un cas de kyste du foie par échinocoque donnant la symptomatologie de la lithiase biliaire. — Giovanni ROMANELLI : Un cas de fièvre typhoïde sans localisations avec phénomène hémorragique. — Alfredo BALDACCI : Contribution à l'étude de la péritonite primitive causée par le pneumocoque de Talamon-Fraenkel. — (N° 56, 10 mai.) Luigi TARABINI : Un cas de catalepsie avec spasme. — Leonardo PAGLIERI : Un cas de tumeur gastrique d'origine syphilitique. — Marchese DI LUNA : Septicohémie cryptogénétique. — Gustavo TANFANI : L'astrologie dans la médecine et le « Fasciculus » de Petrus de Montagnana. — (N° 59, 17 mai.) Stefano MIRCOLI : La phase pyrétique dans l'action de la quinine. Ses rapports avec la cure par la quinine de la fièvre malarique. — Ettore TEDESCHI : Phénomènes d'allergie chez les syphilitiques. Cuti-réaction syphilitique? — Giulio APPIANI : A propos d'un cas mortel d'infection paratyphoïde. — (N° 62, 24 mai.) A. ROSSI et Dario MARAGLIANO : Le pouls dans la péritonite aiguë et l'occlusion intestinale. — Nicolino FEDERICI : Un nouveau cas d'éclampsie gravidique opéré et guéri. — Giulio BINETTI : Contribution à l'étude de l'insuffisance tricuspidienne et de sa compensation. — Giuseppe MATARAZZO CARVENI : Expériences et déductions sur l'intoxication quinique de Tomaselli. — Arturo CANTIERI : Le goitre exophtalmique. — Prof. G. ZAGARI : Abcès hépatique et appendicite. — (N° 65, 31 mai.) G. GHEDINI : Désordres circulatoires portaux par simple congestion biliaire. — A. PARI : L'avoine dans le traitement du diabète sucré. — Torindo SILVESTRI : Contribution à l'étude de la pathogénie de la goutte. — SOTTILE : Sarcome de la vessie urinaire chez un enfant de six mois. — Aurello GERMANI : Contribution clinique à l'étude de la thérapeutique spécifique de la tuberculose. — (N° 68, 7 juin.) Amerigo BARLOCCO : Les propriétés immunisantes du diplocoque cultivé sur extrait organique. — GOGGIA : Applications et avantages de l'albuminate de gaïacol. — Gino MASSINI : Du saturnisme spécialement en ce qui regarde son diagnostic et sa prophylaxie chez les personnes adonnées aux arts graphiques. — Alessandro GIRARDI : L'élongation des nerfs plantaires comme prétendue méthode de traitement de l'ulcère perforant du pied. — Nicola GIANNETTASIO : Nouvelle contribution clinique à la rachistovaïnisation. — (N° 71, 14 juin.) A. RANDI : Les hôpitaux et les pavillons spéciaux pour phtisiques constituent-ils un danger pour le voisinage? — Francesco PEDRAZZINI : Dégénérescence lacunaire du thymus et asthme de Richa-Kopp. — Salvatore LAVAGNA : Cachexie tuberculeuse chronique avec rares réactions pulmonaires et insuffisance mitrale. — Attilio VALLI : Un cas d'hémorragie grave par rupture du cul-de-sac vaginal droit survenue pendant le coït. — (N° 74, 21 juin.) Tito DI GIUSEPPE : Le pronostic des brûlures de la cornée. — Aldo MASSAGLIA : L'albuminurie dans l'insuffisance parathyroïdienne. — G. GHEDINI : Pouls rare dans la parotidite aiguë. — Eugenio CALAMIDA : Un cas d'occlusion du diverticule de Meckel. — Ubano MELZI et Amedeo CAGNOLA : A propos de quatre cas de sténose chronique laryngo-trachéale guérie par la laryngo-trachéostomie. — — (N° 77, 28 juin.) Germano MELCHIORRI : Opothérapie surrénale et insuffisance aortique. — Prof. BOSSI : L'influence des glandes surrénales sur l'ossification du squelette. — Prof. Dario MARAGLIANO : Pour l'analgésie médullaire. — Maulio FERRARI : Sur un cas de myélite aiguë diffuse consécutive à l'herpès zoster. — Paolo GALLI : Syndrome d'accroissement et dysthyroïdisme. Essai d'interprétation pathogénique et tentative d'opothérapie. — Fermo PIRIA : A propos d'un cas d'hydronéphrose à symptomatologie très obscure. — Giacomo PIROLLI : Cryptorchidie bilatérale. — (N° 80, 5 juillet.) GOGGIA ; Les diverses localisations du souffle par insuffisance organique de la mitrale. — Ettore GREGGIO : A propos d'un cas de syndrome cérébelleux guéri par le traitement anti-syphilitique. — Prof. PACINOTTI ; Un cas de kyste par échinocoque de la capsule surrénale. — Prof. BRUSCHETTINI et PACCANARO : Etude sur la typhoïde. — G. RAFFAELLI : Contribution au traitement de l'entérite folliculaire des enfants. — GHISELLINI : Notes sur le traitement spécifique antituberculeux.

Lyon chirurgical. — (N° 2, 1er déc. 1908.) VIGNARD et GRÜBER : Du plombage des articulations (3 fig.). — DELORE et THÉVENET : Traitement de l'anus contre nature. — WEIL, VIGNARD et MOURIQUAND : Des lésions du foie d'origine chloroformique. — Louis TAVERNIER : Les traumatismes du poignet [4 fig.] (*fin*).

Lyon médical. — (N° 48, 29 nov. 1908.) MOLLARD : Epanchement pleural bilatéral symptomatique d'infarctus pulmonaires. — MOURIQUAND : Sur quelques cas de chirurgie biliaire. — (N° 49, 6 déc.) MOURIQUAND et REBATTU : Syphilis secondaire maligne. — DE TEYSSIER : Eczéma généralisé guéri par des injections de sérum de Quinton. — (N° 50, 13 déc.) MOURIQUAND et POLICARD : Alternance fonctionnelle des acini parotidiens. — BERCHOUD : A propos d'un cas de scorbut infantile.

Marseille médical. — (N° 23, 1er déc. 1908.) PLUYETTE et SAUVAN : Statistique du premier service de chirurgie de l'hôpital de la Conception.

Montpellier médical. — (N° 47, 22 nov. 1908.) RIMBAUD : Les infections paratyphoïdes et les bacilles paratyphiques. — J. ABADIE : Tuberculose cutanée verruqueuse, papillome inflammatoire (contribution à l'étude du diagnostic). — (N° 48, 29 nov.) RODET et DELANOE : La virulence des bacilles dans ses rapports avec la marche de la tuberculose pulmonaire. — RIMBAUD : Les infections paratyphoïdes et les bacilles paratyphiques (*suite*). — (N° 49, 6 déc.) FORGUE : La technique de notre procédé anté-funiculaire de cure radicale de la hernie inguinale (procédé de Bassini modifié) [*à suivre*]. — RIMBAUD : Les infections paratyphoïdes et les bacilles paratyphiques (*suite*).

Nord médical. — (N° 340, 1er déc. 1908.) G. LEMOINE : Névralgies et névrites.

Presse médicale. — (N° 95, 25 nov. 1908.) GILBERT et BAUDOUIN : La mort subite héréditaire. — (N° 96, 28 nov.) Albert FROUIN : Auto-digestion expérimentale de l'estomac. — Léon BERNARD : Les travaux du Congrès de Washington. — (N° 97, 2 déc.) JAYLE : Des causes de la mortalité du cancer de l'utérus et de sa guérison par l'hystérectomie. — RAMOND : Sur l'état clair des cellules hépatiques. — (N° 98, 5 déc.) DUPRÉ : Conférences de médecine légale du palais de justice. Droit criminel et médecine mentale. — (N° 99, 9 déc.) BOIDIN et DELVAL : L'épithélioma adamantin, ses deux formes anatomo-cliniques profonde et superficielle. — BRAULT et FAROY : Tétanos d'origine utérine. — CANTONNET : Les collyres isotoniques. — (N° 100, 12 déc.) L. WICKHAM : Le radium. Principales applications thérapeutiques. — A. ZIMMERN : L'étincelle électrique en médecine et la fulguration. — H. CLAUDE et Albert SÉZARY : Hémiatrophie faciale progressive. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Province médicale. — (N° 47, 21 nov. 1908.) VENOT et LACOUTURE : Plaie du foie et de l'estomac par balle de revolver. — LUCIEN et PARISOT : La pathogénie de l'athérome d'après l'étude de ses lésions expérimentales et spontanées. — SARGNON et ROME : Un nouveau cas de guérison d'une sténose laryngée aiguë grave non diphtérique chez l'enfant par les injections de morphine. — (N° 48, 28 nov.) JABOULAY : Myxosporidies des tumeurs humaines. — P. CARLES : L'eau minérale et le froid. — (N° 49, 5 déc.) PIERRET : Les grandes lignes de l'hérédité. — L. THÉVENOT et J. MAISONNET : Du rôle du grand épiploon dans les injections intrapéritonéales de bacilles tuberculeux en culture homogène. — (N° 50, 12 déc.) Paul COURMONT : A propos du Congrès de la tuberculose à Washington. — J. SELLIER : Du vertige stomacal.

Pédiâtrie pratique. — (1er déc. 1908.) ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE : Que vaut la consultation des nourrissons dans la lutte actuelle contre la mortalité infantile. — BERGHINZ : L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse et l'expression de l'infection aérogène. L'infection intestinale se manifeste par l'adénopathie tuberculeuse mésentérique primitive. — WEYMEERSCH : Gastro-entérite grave guérie par l'administration du régime sec. — CONCETTI : Les ferments digestifs dans le traitement des affections gastro-intestinales des enfants.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 48, 28 nov. 1908.) A. HENNIG : L'influence des mers allemandes (Baltique et mer du Nord) sur la tuberculose des voies aériennes supérieures. — Pierre SAGOLS : Mastoïdite chez un typhoïdique, opération, guérison. — Rupture du tympan par explosion d'une fusée paragrêle; otite moyenne aiguë.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 20, 30 oct. 1908.) O. GUELLIOT : Un souvenir de la Faculté de médecine de Reims; Le squelette de la grande Jeannette. — (N° 21, 15 nov.) Centenaire de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims.

NOTES POUR L'INTERNAT

PYÉLO-NÉPHRITES

La pyélo-néphrite est l'inflammation simultanée de la glande sécrétrice et des premières voies d'excrétion, du parenchyme rénal et du bassinet.

I. **ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.** — Il y a lieu d'examiner quels sont les *agents* de l'infection, quelles *voies* ils suivent pour arriver au rein, et quelles *causes* favorisent leur développement.

1° AGENTS DE L'INFECTION. — Ce sont : *a.* le *coli-bacille*, (décrit autrefois sous le nom de bactérie septique de la vessie par Clado, de bactérie pyogène par Albarran et Hallé, depuis complètement identifié par Achard et Renault, à la race du coli-bacille) ; il peut exister à l'état de pureté, ou associé à d'autres microbes pyogènes ; *b.* Les *pyogènes* vulgaires, staphylocoques et steptrocoques ; *c.* le *bacille d'Eberth* (cas de Melchior, Rovsing) ; *d.* le *bacille de Koch*, la pyélo-néphrite n'étant alors qu'une des multiples formes de la tuberculose du rein.

2° VOIES SUIVIES PAR L'INFECTION — *a.* Voie *ascendante*, la pyélo-néphrite est alors l'aboutissant des infections des voies urinaires inférieures, d'où l'ancienne division en pyélo-néphrite avec cystite et sans cystite. Elle complique surtout : l'hypertrophie prostatique à une période avancée, les rétrécissements de l'urèthre avec cystite, les cystites chroniques blennorragique, calculeuse, des paraplégiques, post-puerpérales, — dans lesquelles le cathétérisme répété ne peut pas toujours être fait d'une façon aseptique.

b. Voie *descendante*, ou infection par voie sanguine survenant au cours α) d'affections *intestinales*, β) *génito-urinaires*, γ) *générales* : infections à staphylocoques, comme l'anthrax, l'ostéomyélite, ou même sans voie d'entrée appréciable (cas de Delpeuch et Netter), à streptocoque (érysipèle, variole, lymphangites...), à bacille d'Eberth, qu'il s'agisse de fièvre typhoïde ou d'infection éberthienne sans fièvre typhoïde, — au cours de la grippe. A côté de la voie descendante, il faut signaler l'infection par *propagation* de proche en proche, (voie directe ou lymphatique) admise par Rovsing.

3° CAUSES QUI LOCALISENT L'INFECTION DANS LE REIN. — *a.* Dans les pyélo-néphrites ascendantes : la *rétention* joue ici le rôle essentiel, aussi toutes les causes qui la provoquent en faisant obstacle au cours normal de l'urine doivent-elles être incriminées ; la rétention entraîne la dilatation urétérale et la congestion de l'appareil urinaire ; mais l'ascension des lésions peut se faire de proche en proche, comme dans la tuberculose.

b. Dans les pyélo-néphrites descendantes, les causes *locales* ont un rôle important : le traumatisme (expériences d'Albarran), la congestion rénale, les lésions antérieures (surtout la lithiase), sont autant de causes d'appel. La *grossesse* est considérée comme une cause prédisposante. Il faut parfois invoquer des causes *générales* : le surmenage, le froid, pour expliquer certaines pyélites spontanées (A. Robin), favorisées

sans doute par un état de moindre résistance, de « débilité » du rein.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° LÉSIONS ESSENTIELLES, portant sur le rein, le bassinet, l'uretère.

a. Dans les formes *aiguës*, on constate macroscopiquement la congestion du rein et du bassinet, on en distingue trois types : à prédominance hémorragique, à prédominance éphithéliale, ou à prédominance de diapédèse avec ou sans abcès *miliaires*.

b. Dans les formes *subaiguës* et *chroniques*, l'aspect est différent suivant qu'il y a ou non distension. α) *sans distension*, le *rein* est un peu gros, mou, grisâtre, bosselé ; il y a des abcès infiltrés rayonnant à partir du hile ; le *bassinet*, dans les variétés sabaiguës, a sa muqueuse rouge, tapissée de fausses-membranes, incrustée de calculs phosphatiques ; dans les variétés chroniques, ses parois sont épaissies, sclérosées, ulcérées ; c'est la « leucophasie urinaire » (Hallé), pouvant devenir néoplasique. L'*uretère* est plus ou moins atteint, il peut dans les lésions anciennes avoir l'aspect d'un cordon noueux cicatriciel, ou présenter des dilatations.

β) *Avec distension*, c'est la pyonéphrose. La poche pyélo-rénale, de volume variable a une *surface* extérieure ordinairement lisse; sa *paroi* est amincie, semée de petits abcès ; sa *face interne* est recouverte d'une couche glaireuse et de calculs, avec une *muqueuse* ardoisée, friable, ulcérée ; elle est parfois multiloculaire. La valeur fonctionnelle d'un tel rein est presque nulle ; toutefois il reste encore du tissu rénal vers le hile, capable d'assurer une sécrétion externe et interne. L'uretère est souvent abouché *au-dessus* du point déclive de la poche et offre une valvule, obstacle à son cathétérisme.

2° LÉSIONS SECONDAIRES. — Les vaisseaux rénaux sont atrophiés, mais il existe une circulation supplémentaire, grâce aux anastomoses. La graisse périnéale est fréquemment enflammée (*périnéphrite scléreuse*). Enfin, suivant la cause de la pyélo-néphrite (lithiase, tuberculose, néoplasme, etc.), on trouvera dans le rein et les autres organes des lésions correspondantes.

En résumé, au point de vue anatomique, on peut dire que les pyélo-néphrites ascendantes sont surtout caractérisées par leur unilatéralité, la dilatation de l'uretère et son mode d'abouchement (importance opératoire) ; les pyélo-néphrites descendantes par l'absence de poche pyélique s'il n'y avait pas hydronéphrose avant (Gosset), par l'intégrité de l'uretère, et la bilatéralité fréquente.

III. SYMPTOMES. — 1° SYMPTOMES GÉNÉRAUX. — a. *Dans la forme aiguë. Début.* Il peut être brusque, caractérisé par un accès fébrile avec ses trois stades : frisson, chaleur. sueurs, — ou progressif. *Etat.* C'est un état fébrile continu avec accès répétés. Le teint est jaune terreux, la langue rouge, sèche ; la gorge rouge et douloureuse ; il existe parfois du muguet, les vomissements et la diarrhée complètent les troubles digestifs. Dès cette période, certaines complications peuvent s'observer : érythèmes, congestion pulmonaire, suppurations (telle que parotidite). L'évolution ultérieure peut se faire vers la périnéphrite ou vers la pyélo-néphrite chronique. La guérison est toutefois possible dans les formes qui n'ont pas cette gravité d'emblée.

b. *Dans la forme chronique.* — Ici le début est absolument insidieux et une fois établie, la lésion se manifeste par une couche thermique très irrégulière : hyperthermie légère, accès fébriles, température normale et, parfois, hypothermie ; par des troubles digestifs (sécheresse de la muqueuse buccale, anorexie, vomissements, diarrhée), et par un état général conduisant peu à peu à la cachexie urinaire (peau sèche, terreuse, amaigrissement), sans accidents urémiques véritables.

2° SYMPTÔMES LOCAUX. — Ce sont : les altérations de l'urine, les troubles de la miction, la douleur et la tumeur rénales, mais ils varient suivant deux cas :

a. *Il n'y a pas de distension rénale*, α *Urines.* — Leur quantité est augmentée; cette polyurie, qui s'accompagne de pollakiurie, peut atteindre de 2 à 4 litres; leur couleur est jaune pâle, elles sont parfois opalescentes; au repos, il se fait un dépôt purulent, elles s'alcalinisent rapidement (cependant pour Ultzmam, elles resteraient acides dans les pyélo-néphrites primitives), l'urée est diminuée; à l'examen microscopique on trouve des cellules, des cylindres, des cellules du bassinet, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, des globules rouges et une flore microbienne extrêmement abondante et variable.

β. *Douleur.* — Elle est spontanée, souvent bilatérale mais prédominant dans une des régions lombaires, la douleur provoquée par l'exploration du rein est presque constante.

b. *Il y a distension.* — Cette phase succède à la précédente, ou à une hydro-néphrose antérieure. Elle présente les mêmes symptômes, plus deux autres : 1° la présence d'une *tumeur rénale*, arrondie, ferme, rénitente ; douloureuse spontanément et à la pression. Les caractères classiques peuvent manquer si le rein est immobile et si elle se développe vers le thorax; 2° l'*intermittence* de la pyurie. Après chaque évacuation pyurique, il y a amélioration générale et la tumeur rénale s'affaisse. Cette intermittence est pathognomonique d'une lésion rénale. Si entre les crises, l'urine est normale, c'est que le rein opposé fonctionne bien.

IV. ÉVOLUTION ET PRONOSTIC. Il y a une période de tolérance, pendant laquelle l'état général est peu touché, mais si la guérison ne survient pas, soit par une intervention opportune, soit spontanément, par ouverture au dehors, ou par transformation fibro-lipomateuse et sclérose périrénale, arrive la période de cachexie — au cours de laquelle une complication spéciale doit être signalée : la formation de *calculs secondaires*, qui peut rester latente, ou donner lieu au syndrôme de la colique néphrétique et aux hématuries.

V. DIAGNOSTIC. — 1° IL N'Y A PAS DE TUMEUR RÉNALE, le diagnostic est à faire avec *a*) la cystite chronique, mais il n'y a pas de polyurie, les urines sont troubles surtout au début et à la fin de la miction, la vessie est particulièrement sensible à l'exploration. L'état général est moins atteint *b*), la tuberculose rénale, le diagnostic se fondera surtout sur les antécédents du malade, sur l'existence d'hématuries antérieures, sur la rech rche du bacille de l'urine.

2° IL Y A UNE TUMEUR RÉNALE. — S'il y a en même temps de la pyurie, simple ou intermittente, le diagnostic est facile. Sinon, si la pyonéphrose est *fermée*, il faudra envisager l'hypothèse de néoplasme (mais les hématuries spontanées et abondantes font alors rarement défaut), de tuberculose avec gros rein, de diagnostic très difficile, ou d'hydronéphrose simple : ici il n'y a pas d'infection urinaire antérieure appréciable ou vésicale, ni rénale, ni générale.

Le diagnostic devra être complété par l'examen des questions suivantes : la lésion est-elle bilatérale, sinon quel est le rein malade? Quel est l'état de l'uretère? Le siège exact des douleurs, la constance ou l'intermittence de la puyrie, l'examen chimique de l'urine, et surtout la division intravésicale des urines, permettront d'y répondre dans la plupart des cas. Quelquefois cependant la nécessité d'une intervention opératoire étant établie, c'est seulement au cours de la néphrotomie exploratrice que le diagnostic pourra être précisé.

VI. TRAITEMENT. — L'abondance et la persistance de la pyurie, ainsi que l'existence des signes de la distension rénale, marquent le moment où le traitement de médical (repos absolu, régime lacté, révulsion locale), devra devenir chirurgical. La *néphrotomie* est l'opération de choix, elle assure le drainage de la cavité purulente, mais laisse persister une fistule lombaire, qui réclame elle-même un traitement ultérieur. La *néphrectomie*, toujours plus grave, est réservée aux cas où l'un des deux reins est profondément et irrémédiablement lésé, et où le rein opposé est resté suffisamment sain. Mais avant d'intervenir, il faut avoir eu soin, particulièrement dans les pyonéphroses ascendantes, de traiter la lésion causale, la cure d'un rétrécissement par l'uréirotomie, l'évacuation régulière et méthodique et les lavages d'une vessie distendue chez un prostatique, amenant parfois une amélioration très notable du côté du rein.

TABLE DES MATIÈRES

1908

A

D

E

F

G

N

O

P

Q

R

T

U

V

X

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1908

A

B

M

N

O

P

V

W

Y

Z

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE